



PROJET D'ETABLISSEMENT 2013 - 2018



<http://www.ch-montelimar.fr>

Sommaire

INTRODUCTION	4
I – Les méthodes et principes.....	8
II – Le Centre Hospitalier dans son territoire de santé – Constats – Objectifs régionaux et perspectives.....	11
II – 1 – Caractéristiques démographiques.....	12
II – 2 – Taux d'équipement et organisation.....	14
II – 3 – Objectifs fixés par le SROS au Centre Hospitalier de Montélimar	16
III – Le bilan du Projet d'Établissement 2006-2010 – La situation actuelle de l'établissement	19
III – 1 - Bilan du projet d'établissement 2006-2010.....	20
III – 2 - Données d'activité	22
IV – Le Projet Médical	33
IV – 1 – Organisation polaire.....	34
IV – 2 – Objectifs transversaux à l'ensemble des pôles	36
IV – 3 – Objectifs par Pôle d'Activité Médicale	41
- Pôle Urgences et Spécialités Médicales	41
- Pôle Spécialités Chirurgicales	58
- Pôle Gériatrie.....	66
- Pôle Femme – Mère – Enfant – Pédopsychiatrie.....	71
- Pôle Spécialités Transversales	77
IV – 4 – Projections d'activité	90
V – Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique (PSIRMT)	92
V – 1 – Contexte juridique et législatif	94
V – 2 – Evaluation du PSIRMT 2005-2012.....	95
V – 3 – Organisation de la Direction des Soins.....	98
V – 4 – Méthodologie d'élaboration du Projet de Soins (IRMT).....	99
V – 5 – Les cinq axes du PSIRMT	100
V – 6 – Synthèse des actions.....	124
VI – Le Projet Politique Qualité et Risques	129
VI – 1 – Instances de coordination des démarches de qualité et sécurité des soins	131
VI – 2 – Commissions concourant à la qualité et la sécurité des soins.....	134
VI – 3 – Axes stratégiques de la politique qualité et gestion des risques	139
VII – Le Projet Social.....	151
VII – 1 – Bilan du précédent projet social	152
VII – 2 – Diagnostic	153
VII – 3 – Pilotage et évolution	156
VII – 4 – Objectifs	157

VIII – Le Projet de Gestion.....	166
VIII – 1 - Projet du système d'information hospitalier et Communication.....	167
VIII – 2 – Gestion des ressources.....	169
IX – Le Plan Directeur	172
IX – 1 – Consacrer l'investissement à l'humanisation des services d'hospitalisation, d'hébergement et d'accueil des urgences dans le cadre d'une gestion des investissements équilibrée.....	173
IX – 2 - Assurer la sécurité des infrastructures	173
IX – 3 – Renforcer l'attractivité et l'accessibilité pour les patients dans le cadre d'une approche urbaniste du site Beusseret	174
IX – 4 – Adéquation des ressources et des capacités.....	174
GLOSSAIRE.....	176
X – ANNEXES.....	179

Introduction

« On juge de l'aptitude d'un homme à faire de grandes choses, par l'attention qu'il porte aux plus petites ».

TACITE

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Montélimar 2013-2018 repose sur la conviction partagée que proposer un projet d'établissement, c'est savoir s'accorder sur les axes stratégiques majeurs qui vont guider l'action des cinq prochaines années.

S'accorder au sein de la communauté hospitalière afin que le projet soit fédérateur et mobilisateur. Cette mobilisation est un enjeu dans un contexte où la **confiance des usagers** engage chacun à une maîtrise rigoureuse de la **qualité** et où la **rareté des ressources** publiques engage à **l'efficacité**.

C'est également s'accorder avec les partenaires institutionnels et autorités de tarification sur la place de l'hôpital en lien avec l'ensemble des acteurs de santé. C'est enfin et surtout s'accorder avec les besoins de santé de la population dans une conception dynamique d'un établissement au service du parcours de santé de tous.

Ecoute et analyse, dialogue et ouverture, engagement et responsabilité, réactivité et efficacité sont les maîtres mots qui sous tendent la réflexion du projet d'établissement 2013-2018.

La conception du projet d'établissement 2013-2018 s'est enrichie de la réflexion du projet médical du Groupement de Coopération Sanitaire de l'Ardèche Méridionale et de la Drôme Provençale ainsi que celui de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) réunissant les Centres Hospitaliers d'Aubenas, de Montélimar et de Privas. Elle a également intégré le diagnostic et les objectifs du Projet Régional de Santé adopté fin octobre 2012, tout spécifiquement les attentes vis-à-vis du Centre Hospitalier de Montélimar sur les filières structurantes de la continuité des soins. Cette concordance de temps dans ces réflexions stratégiques amène à une prise en compte de la dimension territoriale dans l'ensemble des axes du projet d'établissement.

Ce projet résulte de plusieurs mois d'analyses et d'échanges mais aussi de tests « grandeur nature », la dégradation de la situation financière ayant nécessité des ajustements rapides dans l'organisation interne de l'établissement. La période en cours est en effet une période de transition pour le Centre Hospitalier de Montélimar. Les investissements du schéma directeur 2006-2010 ne sont pas encore finalisés et la montée en charge financière des investissements non encore achevée alors que les conditions de l'exécution budgétaire se sont resserrées jusqu'au déséquilibre constaté en 2011. La dynamique de l'activité est forte, témoin de l'attractivité de l'établissement portée par le projet d'établissement 2006-2010, et de la dynamique du territoire de santé.

Les besoins d'adaptation des infrastructures hôtelières, urgences et services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie deviennent pressants. Le prochain projet doit préparer l'ouverture de la nouvelle infrastructure du plateau technique, actualiser les projections d'activité en consolidant l'existant et proposer une couverture pour les besoins non couverts : neuro vasculaire ou prise en charge de la fin de vie, par exemple. L'évolution des infrastructures actuelles d'accueil des urgences et d'hospitalisation constituera un enjeu majeur tout comme la consolidation des compétences médicales disponibles. La performance attendue dans la gestion doit servir ces investissements à venir.

Dans ce contexte particulier, la proposition d'un nouveau schéma de management avec des pôles d'activité médicale redéfinis en 2012 a constitué un point d'appui pour des réorganisations ambitieuses car gérées dans un espace temps très court. L'efficacité et la réactivité de l'établissement démontrées trouvent largement leur origine dans ce dialogue. La médicalisation du management interne de l'hôpital doit être poursuivie pour conjuguer efficacité de gestion, souplesse, qualité et sécurité des prises en charge et ainsi répondre aux défis d'un établissement en pleine mutation. La réalisation d'un projet social attentif aux parcours professionnels individuels, attentif à la qualité de vie au travail au plan individuel et collectif d'équipe est un objectif majeur d'un management porteur de sens, condition sine qua non d'un développement équilibré.

En synthèse, le Centre Hospitalier de Montélimar doit être au service :

- ❖ Du **parcours de soins** de la population ce qui implique une bonne articulation interne / interne et interne / externe (médecins généralistes, acteurs du domicile, autres établissements du territoire, acteurs de la prévention pour leur rôle d'observateur sentinelle et d'alerteur) ;
 - Volets du projet d'établissement impacté :
 - Projet médical / Projet de soins,
 - Schéma directeur,
 - Communication,
 - Qualité.

- ❖ De la **proximité** :
 - En interne : éviter les fuites hors territoire en renforçant les compétences médicales internes, en organisant le recours aux services experts ;
 - Volets du projet d'établissement impacté :
 - Projet médical,
 - Organisation interne.
 - Au titre de la mission d'hôpital référent du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), en veillant au maintien des compétences de proximité.

- ❖ De la **pertinence** :
 - Dans les compétences mises en œuvre (qualité),
 - Dans les actes et gestes techniques,
 - Dans l'utilisation des fonds publics que ce soit au niveau de la gestion courante ou de l'investissement :
 - Volets du projet d'établissement impacté : tous.

Volontariste et exigeant, le projet d'établissement proposé par le Centre Hospitalier de Montélimar conjugue cinq axes au sein de ses différentes composantes :

- Développer l'offre de soins pour les besoins de soins critiques insuffisamment couverts et consolider les spécialités médicales et chirurgicales existantes.

- Décliner des filières de soins avec l'ensemble des partenaires de santé – consolidation de l'offre de soins sur le territoire dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire et du Groupement de Coopération Sanitaire notamment ; ouvrir l'hôpital à la médecine de ville pour faciliter la coordination des parcours de soins.
- Adapter l'infrastructure hospitalière aux exigences techniques et hôtelières : ouverture du plateau technique et adaptation des infrastructures existantes. La réorganisation interne de l'établissement sera poursuivie pour assurer le développement des structures ambulatoires (chirurgie ambulatoire et hôpital de jour). Cette réorganisation interne des unités devra également permettre l'accueil des spécialités mal couvertes aujourd'hui : prise en charge de la fin de vie, neurologie, néphrologie, addictologie. Cet objectif suppose enfin de maintenir une politique d'investissement dynamique (extension des urgences, réhabilitation du bâtiment Galoubet) tout en sécurisant son financement dans le cadre d'une gestion rigoureuse et transparente.
- Maîtrise de la gestion des risques et de la qualité des soins ; renforcer l'évaluation de la pertinence des soins dans la perspective du juste soin appréciée comme la valeur cardinale du système de santé au regard des enjeux de qualité, maîtrise des risques et optimisation des coûts de la santé.
- Assoir un management équilibré et communicant.

Pour le projet médical, ces dimensions seront déclinées au sein des cinq pôles d'activité médicale :

- Pôle urgences et spécialités médicales,
- Pôle chirurgical,
- Pôle gériatrie,
- Pôle mère – enfant,
- Pôle transversal (réanimation, pharmacie, laboratoire, équipe d'hygiène).

I - LES METHODES ET PRINCIPES

Pour l'ensemble des dimensions du projet d'établissement, la démarche suivie a été participative. Elle a cherché à croiser des approches transversales (séminaires, groupes de travail projet social et projet de soins) et des approches par pôle.

La réflexion du projet médical s'est déroulée en trois temps. Elle a été engagée par l'organisation d'un séminaire qui a associé les médecins, les responsables de pôles et la direction de l'établissement. L'animation en a été confiée à un cabinet conseil extérieur, B2Ge Conseil. Plus d'une cinquantaine de médecins ont participé aux échanges qui se sont construits à partir d'une analyse du positionnement de l'établissement, de ses forces et faiblesses. Sur cette base, les praticiens ont présenté leur projet par spécialité et les thèmes suivants ont été systématiquement évoqués : organisations médicales, permanence et continuité de soins, attendus en termes d'activités et nouvelles organisations, partenariats et coopérations, notamment dans le cadre du GCS-DPAM (Drôme Provençale – Ardèche Méridionale). B2Ge a ensuite prolongé la réflexion, d'une part lors de rencontres singulières avec médecins et personnels de direction ou d'encadrement, d'autre part lors de réunions thématiques et séminaires de travail associant médecins et direction. Suite à la définition des nouveaux pôles d'activité médicale et à la nomination des chefs de pôle, le projet médical a été débattu au sein des pôles pour une appropriation complète des objectifs stratégiques qui ont pu être amendés le cas échéant.

Un Comité de Pilotage a suivi l'ensemble de l'élaboration du projet. Sa composition correspondait à celle du Directoire. Il a eu pour fonction de valider la méthodologie et les orientations, d'arbitrer parmi les propositions émises.

Les entretiens individuels se sont déroulés à la fin de l'année 2011, début 2012.

Le projet social a été piloté par la direction des ressources humaines. Le projet social émane des propositions d'un groupe composé des représentants du personnel, d'un représentant de la direction des soins, et d'un représentant de la commission médicale d'établissement.

Le projet de soins résulte de 6 mois de réflexion conduite par la direction des soins avec l'ensemble des Cadres supérieurs de santé, treize Cadres de santé représentant les différents secteurs d'activité du Centre Hospitalier ; ainsi qu'un représentant de la commission médicale d'établissement, de paramédicaux membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ; et d'un

représentant des usagers, membre de la Commission des Relations avec les Usagers (CRU).

Les objectifs du projet d'établissement feront l'objet d'une déclinaison opérationnelle dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'Agence Régionale de Santé. Le suivi de la réalisation sera réalisé annuellement dans le cadre du directoire et des instances concernées.

II - LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON TERRITOIRE DE SANTE - CONSTATS - OBJECTIFS REGIONAUX ET PERSPECTIVES

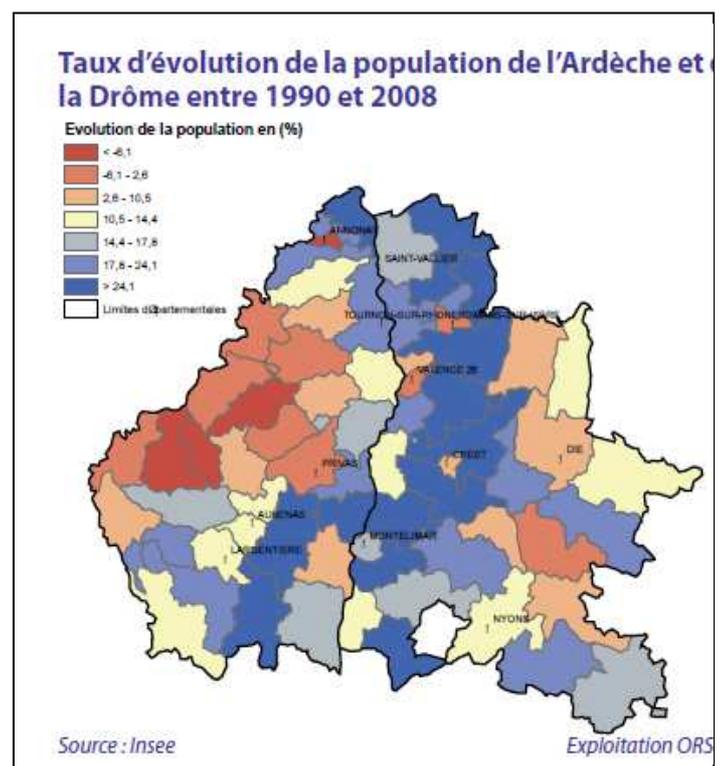
II. 1 - Caractéristiques démographiques

Le Centre Hospitalier de Montélimar relève du territoire Sud. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) le reconnaît comme établissement de référence de son bassin (n° 3). Le Centre hospitalier de recours du territoire Sud est le Centre Hospitalier de Valence.

Le bassin de population desservi par le Centre Hospitalier de Montélimar est relativement étendu. Centré sur le couloir rhodanien, il s'étend de part et d'autre sur plus de 100 kilomètres depuis les collines du Nyonsais jusqu'aux contreforts des Cévennes en Ardèche.

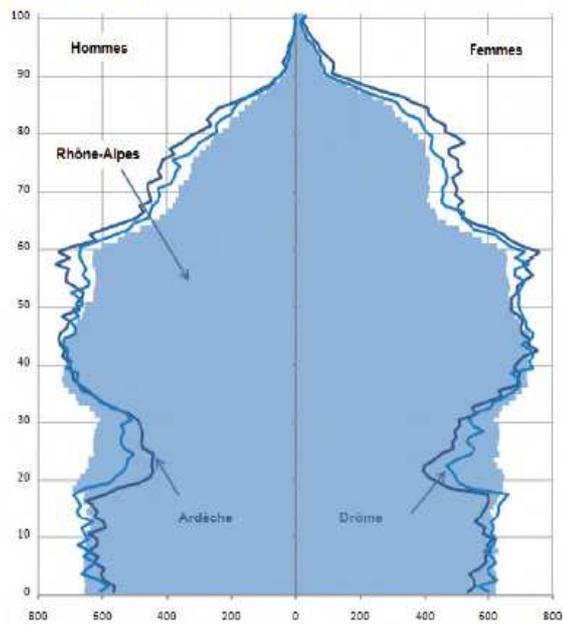
Les axes de circulations sont développés dans le couloir rhodanien. L'accessibilité des zones situées aux extrémités Est et Ouest du territoire est pénalisée par la faiblesse des moyens de communication. Deux centrales nucléaires (Tricastin et Cruas) sont à une dizaine de kilomètres du Centre Hospitalier.

Les caractéristiques de la population sont contrastées, plutôt urbaine dans le couloir rhodanien, rurale sur la grande majorité du territoire. L'évolution démographique est contrastée : moins forte dans les territoires ruraux et globalement en Ardèche, plus forte dans les zones urbaines et globalement en Drôme. Dans ce département, la population progresse de 0.8% entre 2008 et 1990 pour 0.7% en région et 0.5% en France. Plus spécifiquement, la Ville de Montélimar est particulièrement dynamique. La Ville comptait 31 386 habitants en 1990, elle accueille 36 669 en 2013, soit plus de 16%. Les projections démographiques tablent sur le maintien d'une croissance élevée.



La population du territoire est plus âgée que celle de la région. Les personnes âgées de plus de 65 ans et plus sont en proportion plus importante que dans la Région : 20.3% en Ardèche, 18% en Drôme contre 16.7% en France et 15.9 % en Rhône-Alpes.

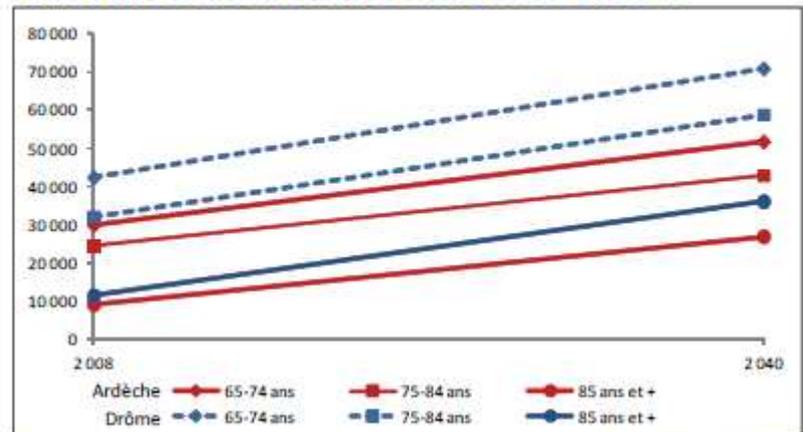
Pyramide des âges de la population de l'Ardèche et de la Drôme au 1er janvier 2008



Source : Insee

Exploitation ORS RA

Projection du nombre de personnes âgées de l'Ardèche et de la Drôme entre 2008 et 2040



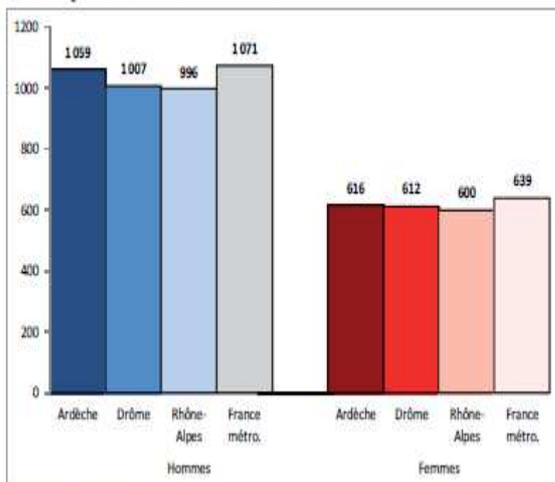
Source : Insee

Exploitation ORS RA

La population âgée de 85 ans et plus devrait être multipliée par 3 entre 2008 et 2040.

Les départements de l'Ardèche et de la Drôme sont deux départements marqués par la précarité avec une situation d'autant plus fragile que l'on s'éloigne de la vallée du Rhône.

Taux* comparatifs de mortalité générale par sexe sur la période 2007-2009



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation ORS RA

*Taux pour 100 000 habitants

Comme en région, la mortalité est en baisse mais la tendance est toutefois moins favorable en Ardèche et en Drôme que dans les autres départements. Pour la période 2007-2009, les taux de mortalité prématurée enregistrent un niveau supérieur au niveau régional.

Les cancers sont la première cause de décès. La baisse des taux de mortalité est moins favorable dans le Sud des deux départements et dans l'Ouest de l'Ardèche (cancer du colon, rectum, cancer du sein ou de l'utérus).

Les maladies cardio vasculaires sont la deuxième cause de décès. Les taux d'admission en ALD sont en forte progression en Ardèche et en Drôme et placent ces deux départements en position défavorable par rapport à la région.

Le diabète est une pathologie en forte augmentation en incidence et en prévalence.

Répartition (%) des principales causes de mortalité sur la période 2007-2009

	Ensemble			
	Ardèche	Drôme	RA	France
	%	%	%	%
Tumeurs	29,2	29,9	30,5	29,8
Maladies de l'appareil circulatoire	28,2	28,5	27,0	27,5
Causes externes de mortalité	6,7	7,6	7,1	7,0
Maladies de l'appareil respiratoire	6,0	5,6	6,0	6,2
Maladies du système nerveux	6,1	5,7	6,2	5,7
Maladies de l'appareil digestif	3,9	3,9	4,1	4,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4,0	3,7	3,5	3,7
Troubles mentaux et du comportement	3,7	3,6	3,2	3,3
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1,7	1,7	2,0	2,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,2	1,5	1,7	1,7
Autres et causes non définies	8,3	8,3	8,6	8,9
Total général	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Inserm CépiDC

Exploitation ORS RA

Parmi les indicateurs défavorables de la région, la population des 15-24 ans est particulièrement concernée par les comportements à risque : accidents, addictions, tentatives de suicide.

Les taux d'IVG du Sud des deux départements sont élevés alors que les taux départementaux sont dans la moyenne régionale.

II. 2 - Taux d'équipement et organisation

Le taux d'équipement en moyens hospitaliers est globalement plus faible dans le territoire Sud que sur le reste de la région.

Pour les soins de suite, la situation est contrastée : le taux d'équipement est supérieur en Ardèche (2.0) aux niveaux national et régional (1.6) mais il est inférieur en Drôme (1.3).

Ce déficit est particulièrement prégnant pour le Centre Hospitalier de Montélimar.

La Drôme et l'Ardèche sont moins bien dotés en soins de longue durée que la région et la France.

Le taux de recours aux établissements de la région PACA et Languedoc Roussillon est important. L'analyse des taux de fuite conduite pour le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Montélimar confirme au plan local ce constat du SROS.

Nombre de lits et taux* d'équipement en hospitalisation complète en 2010

		Nombre de lits			Taux*		
		Public	Privé	Total	Département	RA	France
Ardèche	Médecine	500	14	514	1,6	1,7	1,8
	Chirurgie	122	271	393	1,3	1,3	1,3
	Gynéco-obst.	49	42	91	0,7	0,8	0,8
	Court séjour	671	327	998	3,2	3,3	3,5
	SSR	435	204	639	2,0	1,6	1,6
	SLD	135	-	135	0,4	0,6	0,8
Drôme	Médecine	730	77	807	1,7	1,7	1,8
	Chirurgie	293	188	481	1,0	1,3	1,3
	Gynéco-obst.	118	-	118	0,6	0,8	0,8
	Court séjour	1 141	265	1 406	2,9	3,3	3,5
	SSR	271	352	623	1,3	1,6	1,6
	SLD	147	54	201	0,4	0,6	0,8

Source : SAE

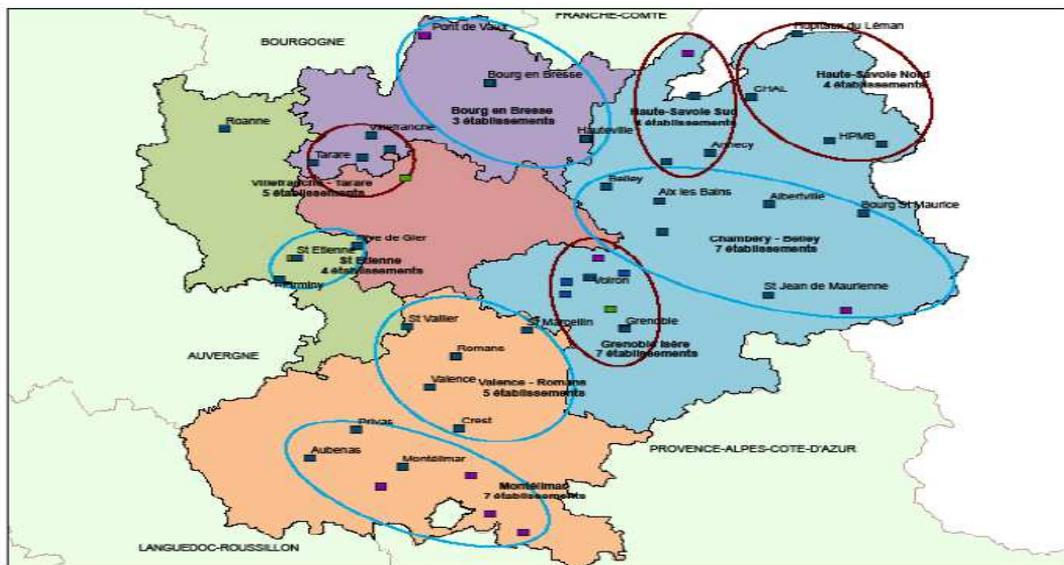
Exploitation ORS RA

* Taux pour 1 000 habitants ou taux pour 1 000 femmes de 15 ans et + en gynéco-obstétrique

Le bassin de Montélimar se caractérise par une offre variée, notamment grâce à la présence d'un grand nombre d'établissements de santé de proximité ainsi que de quelques établissements de rééducation spécialisés. Il s'agit là d'un atout pour la constitution des filières de soins qui sera à mobiliser dans un contexte de densité médicale libérale faible.

Une Communauté Hospitalière est en cours de constitution entre les centres hospitaliers de Montélimar, Privas et Aubenas. Elle confortera les axes développés au sein du Groupement de Coopération Sanitaire Drôme Provençale – Ardèche Méridionale (GCS) qui associe aux trois établissements pivots les établissements de santé de proximité : Hôpital local de Nyons, Buis les Baronnies, Hôpital de Dieulefit, Hôpital intercommunal de Viviers-Bourg-Saint-Andéol, Centre de Réadaptation ATRIR Santé de Nyons (ESPIC), Centre de Réadaptation Cardio-Respiratoire Dieulefit Santé (ESPIC), Hôpital de Villeneuve-de-Berg, Hôpital de Joyeuse, Hôpital des Vans, Centre de Post Cure Labastide-de-Virac (ESPIC), Hôpital Local de Vallon-Pont-d'Arc, Centre de Rééducation Respiratoire Folcheran de Gravières (ESPIC), Hôpital Intercommunal de Largentière.

Les CHT en Rhône-Alpes



ARS Rhône-Alpes - DGRP / PES
Sources : IGH, Insee, Digne/ARH, DDC6-06/02/2012

II. 3 - Objectifs fixés par le SROS au Centre Hospitalier de Montélimar

Au regard de ces constats, le projet régional de santé (PRS) de Rhône Alpes, arrêté le 29 novembre 2012, fixe 18 priorités en santé pour la région visant à :

- ↪ Développer des démarches préventives notamment en santé environnementale,
- ↪ Faciliter l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente,
- ↪ Fluidifier les prises en charge et accompagnements.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et ses annexes territoriales définissent les actions prioritaires menées en direction de six publics ciblés : la mère et l'enfant, les adolescents, les personnes les plus démunies, les personnes atteintes de maladie chronique, les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge ou d'un handicap et les personnes en souffrance psychique.

Les objectifs qui concernent le territoire dans son ensemble et qui sont susceptibles d'impacter le CENTRE HOSPITALIER de Montélimar sont repris en italique.

<p>Organisation sanitaire et structuration de l'offre de soins</p>	<p>Projet médical de Communauté Hospitalière fédérateur des orientations médicales portées par les Centre Hospitalier de Privas, Montélimar et Aubenas ; Développement des coopérations avec les ex hôpitaux locaux ; Prise en charge des soins critiques articulée autour du service de réanimation du Centre Hospitalier de Montélimar et des lits de surveillance continue des Centres Hospitaliers de Privas, Aubenas et de la clinique Kennedy ; Evaluation du regroupement des lits de néonatalogie du Centre Hospitalier d'Aubenas sur le site du Centre Hospitalier de Montélimar.</p>
<p>Complémentarité public / privé</p>	<p><i>Structures de coopération public / privé à développer pour la prise en charge de la chirurgie carcinologique ; Coopérations à proposer pour pérenniser l'activité d'urologie.</i></p>
<p>Evolutions des plateaux techniques</p>	<p>Activités intra territoriales Hospitalisation à Domicile (HAD): la résorption des inégalités d'accès territorial doit être envisagée à partir des dispositifs existants. Pour le bassin de Montélimar, la zone de proximité de Privas n'est pas couverte par ce mode de prise en charge. Les structures d'HAD de Montélimar et Aubenas seront mobilisées dans le cadre du projet de CHT.</p>

	<p>Réanimation : augmentation de la capacité du service de Montélimar dans le cadre de la structuration de la filière de soins critique.</p> <p>Dialyse : <i>hémodialyse à domicile à développer.</i></p> <p>Périnatalité : <i>Révision des capacités autorisées en néonatalogie en cours de SROS.</i> <i>Réflexion à conduire sur des coopérations entre établissements pour répondre aux problèmes de recrutement de pédiatres .</i></p> <p>Urgences : <i>Mutualisation des SAMU 07 et 26 à envisager au moins entre 24h et 8h</i> <i>Renfort du SMUR hélicoptéré de Valence et des SMUR terrestres.</i></p> <p>Imagerie : Possibilité de renfort en IRM ostéo-articulaire.</p> <p>Addictologie : Attribution d'un niveau 2 au Centre Hospitalier de Montélimar.</p> <p>Structuration des filières</p> <p>Cancérologie : <i>Coopération des établissements attendue pour maintien des seuils.</i> <i>Evolution de l'activité de chimiothérapie du Centre Hospitalier de Privas en tant que site associé.</i> <i>Mise en œuvre effective de la coopération Centre Marie Curie - Centre Hospitalier de Montélimar.</i></p> <p>AVC : Dans l'attente de l'installation d'une Unité Neuro Vasculaire à Montélimar, installation de lits dédiés. Développement de la télémédecine.</p> <p>Soins palliatifs : Renfort de l'EMASP. Mise en place de lits dédiés.</p> <p>Douleur chronique rebelle : Création d'une structure d'étude et de traitement de la douleur au Centre Hospitalier de Montélimar.</p> <p>Gériatrie : <i>Formalisation des chartes.</i> <i>Développement des lits de court séjour dans les établissements de référence.</i></p> <p>SSR : Organisation de l'activité d'hospitalisation temps partiel entre Dieulefit Santé, l'ATRIR et le Centre</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Hospitalier de Montélimar sur le site montilien. Psychiatrie : organisation de l'activité autour du CHS le Valmont et du CHS Sainte Marie.
Permanence des Soins en Etablissements de Santé	A établir selon cahier des charges.

Outre ces objectifs spécifiques, le Centre Hospitalier de Montélimar intègrera les priorités du PRS notamment en ce qui concerne les orientations suivantes :

- Veille sanitaire,
- Infections,
- Prévention – Dépistage – Education thérapeutique.

III - LE BILAN DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2006-2010

LA SITUATION ACTUELLE DE L'ETABLISSEMENT

III. 1 - Bilan du Projet d'Etablissement 2006-2010

Le projet d'établissement 2006-2010 s'est appuyé sur le constat d'un « hôpital de proximité renforcé ayant vocation à devenir établissement de référence » pour fixer les orientations stratégiques qui ont acté et consolidé le positionnement du Centre Hospitalier comme pôle hospitalier principal du bassin de santé. Il a été encouragé en cela par les orientations du SROS et la dynamique d'activité.

La reconnaissance du Centre Hospitalier de Montélimar comme établissement de référence de son bassin par le PRS 2012-2018 témoigne de la pertinence des choix retenus et de la réalisation effective des priorités fixées.

Le bilan du projet d'établissement 2006-2010 présenté au conseil de surveillance du 16 décembre 2010 faisait apparaître les points suivants :

Parmi les priorités retenues, cinq ont été largement induites par les orientations du S.R.O.S.III

➤ *Réanimation et soins continus :*

- ↗ Les capacités installées ont été augmentées de + 2 lits de réanimation et +2 lits de soins continus,
- ↗ La garde a été autonomisée,
- ↗ Mise aux normes des ratios de personnel.

➤ *Cardiologie et U.S.I.C.*

- ↗ Mise aux normes et restructuration du service de cardiologie et de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC).

➤ *Prise en charge du cancer :*

- ↗ Confortement des structures et des compétences en chirurgie avec extension des domaines d'activité autorisés : digestif, gynécologie, sein, ORL, urologie et en médecine : développement de l'hôpital de jour ?
- ↗ Radiothérapie pérennisée et confortée,
- ↗ Structuration et développement du réseau externe Centre de Coordination de Cancérologie (3C).

➤ *Périnatalité (néonatalogie)*

- *Inscription et participation au réseau de périnatalité régional,*
- *Engagement d'une psychologue pour le soutien des souffrances psychiques en périnatalité.*

➤ *Gériatrie :*

- ↗ Création du court séjour gériatrique : 15 lits puis 25 lits,
- ↗ Renfort de l'équipe médicale et création de l'équipe mobile de gériatrie,
- ↗ Installation d'une unité fermée Alzheimer et Unité cognitivo comportementale dans le cadre d'une opération architecturale d'envergure.

La consolidation du Centre Hospitalier de Montélimar comme établissement de référence a également amené l'établissement à conforter les disciplines suivantes :

➤ HAD création en 2006

➤ Chirurgie

- ↗ Consolidation des équipes médicales en orthopédie-traumatologie et en ophtalmologie,
- ↗ Installation d'activités nouvelles ORL et Urologie,
- ↗ Développement de la gynécologie,
- ↗ Réorganisation du bloc opératoire,
- ↗ Développement de l'Activité Chirurgicale Ambulatoire (ACHA) et ouverture d'un service dédié.

➤ Médecine :

- ↗ Développement de la filière diabéto endocrinologie au titre du renforcement de l'orientation des services médicaux et de la diversification des activités médicales,
- ↗ Renfort de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD),
- ↗ Ouverture d'un hôpital de jour,
- ↗ Développement de l'éducation thérapeutique.

➤ Imagerie :

- ↗ Renouvellement des équipements et renfort de l'équipe.

➤ Biologie

Sur le plan des filières de soins, l'établissement s'est résolument engagé dans l'organisation du maillage territorial avec la constitution du GCS Drôme Provençale-Ardèche Méridionale.

Le projet médical porté par le GCS en 2011 et qui sera repris par la future CHT, retient des priorités en cohérence avec celles du Centre Hospitalier de Montélimar : consolidation de la filière des soins critiques, de la filière cancer, de la filière nouveau-né. La structuration de la filière SSR engagée par le CGS a permis d'améliorer le maillage territorial, notamment pour la filière endocrinologique et prise en charge des pieds diabétiques.

Le bilan de fin 2010 fait apparaître des fragilités persistantes autour de la constitution ou du renfort de certaines équipes médicales pour assurer dans des conditions acceptables la continuité ou la permanence des soins (anesthésie, urgences par exemple, certaines spécialités médicales). La prise en charge des soins palliatifs et de la douleur dans une structure dédiée reste d'actualité et doit être prise en compte dans le présent projet d'établissement.

La question des capacités de médecine à mobiliser et de la place des spécialités médicales reste à arbitrer.

Le plan directeur a soutenu les développements d'activité. Sa pleine réalisation en 2013 constituera un point d'appui pour le projet d'établissement 2013-2018 avec l'extension du bâtiment Duquesne pour accueillir la stérilisation, le bloc opératoire, la nouvelle maternité et la néonatalogie avec une capacité augmentée à 9 places, la réanimation et les soins continus. Son financement, en exploitation notamment, et la libération de nouvelle capacité financière constitueront un enjeu pour les prochaines années d'autant que se pose un double problème d'humanisation des locaux et de conformité aux normes de sécurité incendie.

La rédaction du projet d'établissement 2006-2010 est intervenue dans un contexte de profond remaniement de la gouvernance interne des établissements de santé. Le projet 2006-2010 a mis en œuvre les premiers pôles d'activité médicale et médico-technique qui ont été le support des réalisations précédentes.

La mise en œuvre de ces orientations a servi le développement de l'activité qui a fortement progressé entre 2005 et 2009, le nombre de séjours ayant augmenté de 20 365 à 33 555. La proportion des séjours réalisée par le Centre Hospitalier de Montélimar est passée de 11.30% à 16% sur la totalité des séjours réalisés dans les deux départements.

Nombre de séjours dans les hôpitaux de l'Ardèche et la Drôme de 2005 à 2009

Etablissements ardéchois	2005	2006	2007	2008	2009
CL Pasteur (Gullherand Granges)**	21 272	20 291	18 914	17 902	18 056
CH d'Annonay (Annonay)	15 018	16 374	15 586	15 776	15 958
CH d'Ardèche Méridionale* (Aubenas)	14 126	14 425	14 806	14 886	14 871
CH des vals d'Ardèche (Privas)	6 779	7 268	7 405	6 658	6 815
CL du Vivarais (Aubenas)	6 650	6 863	5 690	5 555	5 563
CL des Cévennes (Annonay)	5 112	6 213	5 541	5 035	5 218
Autres établissements	918	859	763	676	522
Etablissements drômois	2005	2006	2007	2008	2009
CH de Valence	30 836	33 333	35 321	39 575	40 267
CH de Montélimar	20 365	31 054	30 565	31 299	33 555
Hôpitaux Drôme Nord (Romans, St Vallier)	17 771	19 371	19 760	20 331	26 530
CL Kennedy (Montélimar)	11 765	12 833	13 072	14 028	15 952
CL Générale (Valence)**	10 413	13 643	12 587	12 059	11 843
CL la Parisière (Bourg de Péage)	9 528	10 635	10 054	9 679	9 466
CH de Crest	2 094	2 017	2 035	2 007	2 050
CH de Die	2 297	2 316	2 138	2 001	2 010
Autres établissements	5 243	4 854	4 201	3 069	1 449

Source : PMSI

Exploitation ORS RA

III. 2 - Données d'activité et positionnement concurrentiel

III.2.1 – Données d'activité

Malgré la très forte progression de son activité, la situation financière de l'établissement a connu une dégradation progressive qui s'est traduite par un déficit d'exploitation en 2011. Cette contrainte, dans un contexte de fort investissement à venir, a amené l'établissement à réorganiser son activité interne en 2011 puis en 2012 pour amplifier les tendances constatées les années précédentes. La réorganisation a porté sur trois points :

- développement de l'activité ambulatoire,
- développement des spécialités de médecine, gériatrie notamment,
- réorganisation de la chirurgie et partiellement du bloc opératoire (augmentation des plages opératoires pour la chirurgie orthopédique).

Un nouveau décrochage positif dans l'activité a été constaté entre 2010 et 2011 avec une progression de plus de 10% du nombre de séjours et de son activité externe.

L'activité est portée par le développement des spécialités et le maintien d'une forte activité de premiers passages aux urgences (+5.6% entre 2010 et 2011) même si le taux d'hospitalisation reste stable.

Les données de 2012 confortent la tendance positive (+5% d'activité en séjours).

L'année 2011 est donc retenue comme année de référence pour l'analyse du positionnement de l'établissement.

Les lits et places installés au 31/12/2011 au Centre Hospitalier de Montélimar sont au nombre de 557 avec une offre Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) (291), Soins de Suite et Réadaptation (SSR) (46) dont 6 lits d'Etat Végétatif Chronique, Unité de Soins Longue Durée (USLD) (40), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (140), HAD (22 places) et psychiatrique (18).

Activité du Service d'Urgences :

Le service d'accueil des urgences joue un rôle majeur sur le bassin :

	2009	2010	Evol	2011	Evol.	2012	Evol.
Premiers passages	34 897	34 346	-1.86%	36 302	+5.69%	37 963	+ 4.58%
Tx d'hospitalisation	22 %	21 %		22 %		22 %	

Les sorties SMUR restent stables autour de 1 000 sorties par an.

L'activité de prélèvements multi-organes est également stable à 3 – 4 par an. En revanche, les prélèvements de cornées se développent (18 en 2009, 64 en 2011).

Séjours hospitaliers :

Le Centre Hospitalier de Montélimar a généré 39 111 séjours en 2011, soit une hausse du nombre de séjours (+ 24,9%) entre 2008 et 2011.

En 2011, le Centre Hospitalier Montélimar a réalisé :

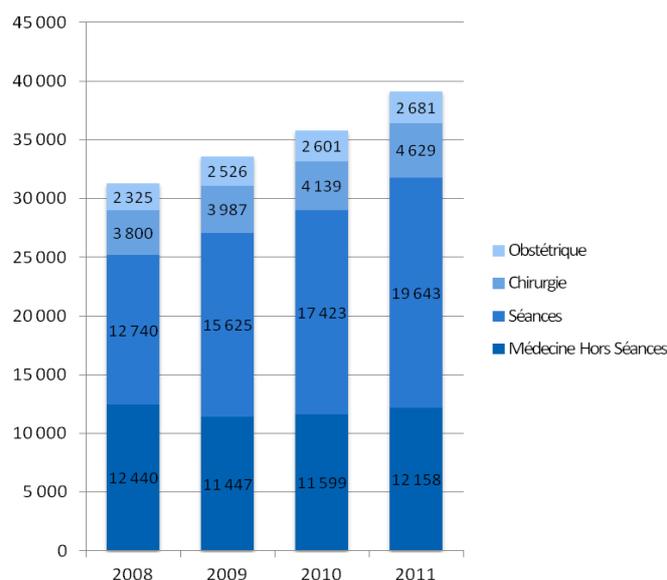
- 12 158 séjours en médecine (hors séances),
- (31,1% des séjours),
- 19 643 séances (50,2%),
- 4 629 séjours en chirurgie (11,8%),
- 2 681 séjours en obstétrique (6,9%).

Entre 2008 et 2011 :

- Baisse en médecine (-2,3%),
- Augmentation des séances (+54,2%),
- Augmentation en chirurgie (+21,8%),
- Augmentation en obstétrique (+15,3%).

Entre 2010 et 2011, une hausse du nombre de séjours +9,4% :

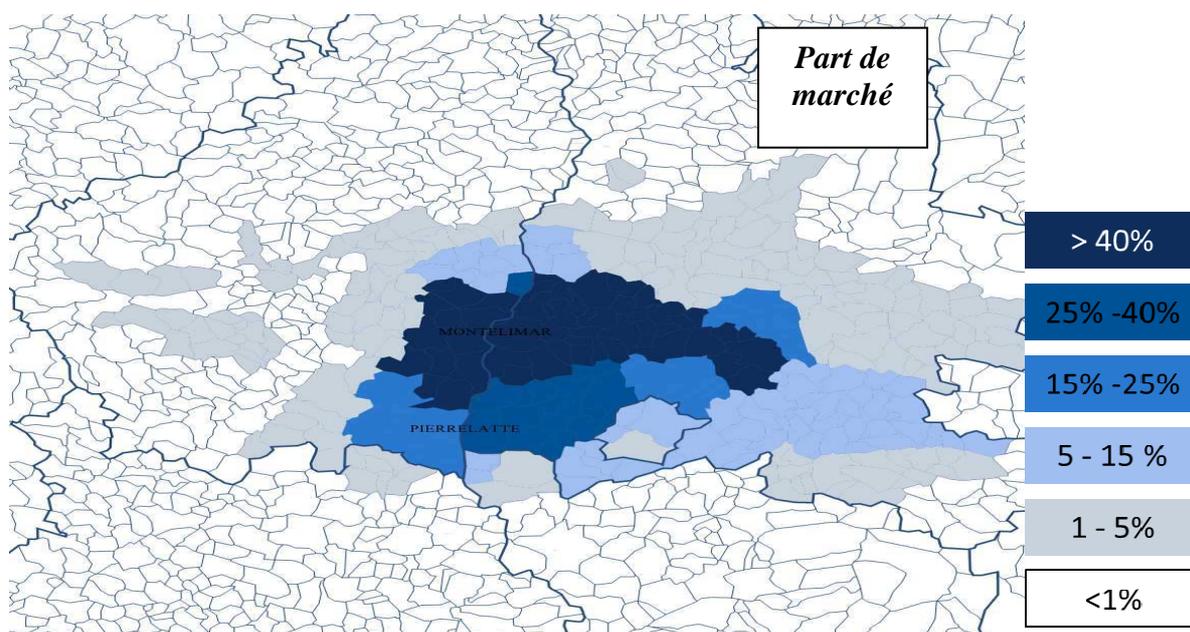
- Augmentation en médecine (+4,8%),
- Augmentation des séances (+12,7%),
- Augmentation en chirurgie (+11,8%),
- Augmentation en obstétrique (+3,1%).



L'évolution de l'activité a été accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjours qui s'est établie à 3.29 jours en 2011 pour 3.39 jours en 2010.

Le bassin de recrutement MCO du Centre Hospitalier de Montélimar a été déterminé en fonction des séjours réalisés l'année 2011. La cartographie ci-contre présente l'ensemble des cantons considéré :

Bassin de recrutement :



Le Centre Hospitalier de Montélimar présente une réponse aux besoins d'hospitalisation en santé de cette population à hauteur de 31,4 %.

Une analyse plus précise a été conduite sur les communes où le Centre Hospitalier de Montélimar à réaliser les taux d'hospitalisation les plus élevés. Sont sélectionnées les communes qui représentent au moins 80% du recrutement médical toutes disciplines confondues.

La **zone d'attractivité** ainsi dessinée concerne 82.69% des 19 468 séjours réalisés au Centre Hospitalier de Montélimar :



L'attractivité du Centre Hospitalier de Montélimar est plus importante au Centre et Nord du bassin, au sein des cantons de Marsanne, Montélimar, Rochemaure, Viviers, Pierrelatte et Dieulefit.

La zone d'attractivité apparaît plus resserrée que le bassin de recrutement. Les taux de fuite à l'Est du bassin et à l'Ouest constituent un enjeu de développement pour le Centre Hospitalier.

L'activité **des consultations externes** connaît un taux d'évolution semblable à celui du nombre de séjours :

	2009	2010	Evol	2011	Evol.	2012	Evol.
Consultations externes	94 062	97 143	+ 2.99 %	106 842	+10 %		

Enfin, le nombre de patients pris en charge en Hospitalisation à domicile progresse de 602 patients en 2009 à 789 en 2011.

Comparativement au dynamisme de l'activité hospitalière, la progression du nombre d'actes de biologie et radiologie a été contenue :

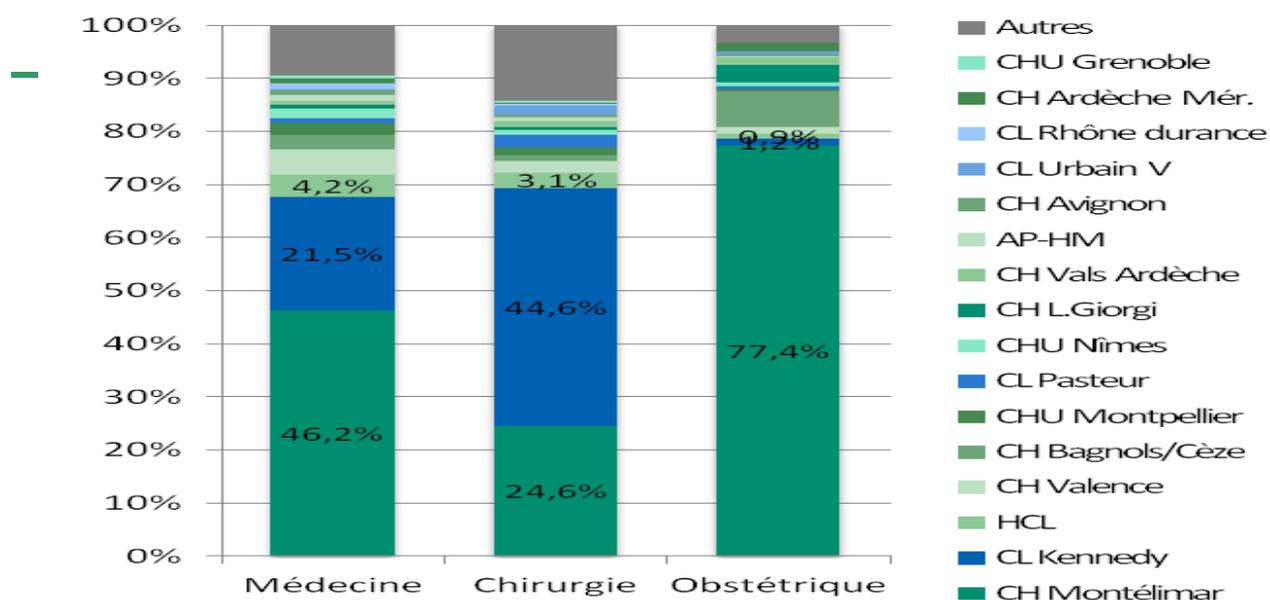
	2009	2010	Evol	2011	Evol.
Nbre de B	13 079 229	12 700 015	- 3.22 %	13 501 157	+ 6.36 %
Radio - actes	*	53 771	*	58 414	+ 8.6 %

* changement de codification

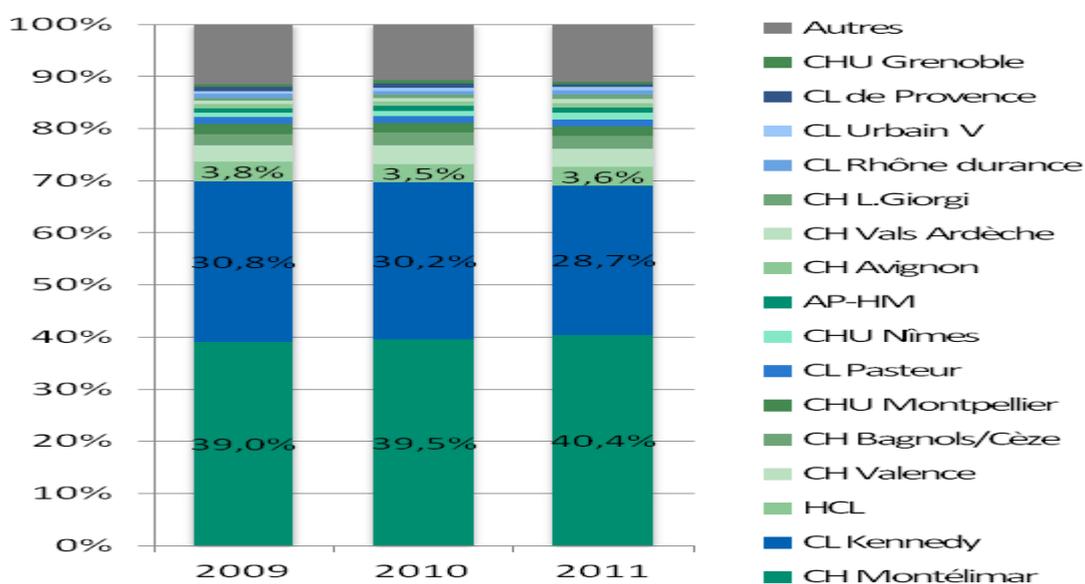
III.2.2 - Positionnement concurrentiel

Le Centre Hospitalier de Montélimar présente une part de marché de 40,4% en 2011 sur sa Zone d'Attractivité sur le périmètre MCO hors séances (16 088 séjours réalisés sur les 39 846 de la zone d'Attractivité). En 2011, sur cette zone, les parts de marché sont de 46,2% en médecine, 24,6% en chirurgie, 77,4% en obstétrique (hors séances).

Les établissements du bassin de recrutement (Centre Hospitalier Montélimar, Clinique Kennedy, Centre Hospitalier Valréas, HLIC Bourg-St-Andeol, HL Nyons, HL Dieulefit, Clinique pneumologique ATRIR Nyons) assurent près de 65 % de la réponse aux besoins d'hospitalisation de cette population.



Entre 2009 et 2011, la PDM du Centre Hospitalier Montélimar a augmenté de 1,4 point, passant de 39,0 à 40,4% :



Par type d'activité les parts de marché se répartissent comme suit :

L'activité de médecine

En médecine, sur la zone d'attractivité, les séjours sont principalement réalisés par le Centre Hospitalier de Montélimar (46.2% des parts de marché). La clinique Kennedy

représente quant à elle 21.5% % de l'offre de soins, portée notamment par la prise en charge des endoscopies digestives, les explorations respiratoires...

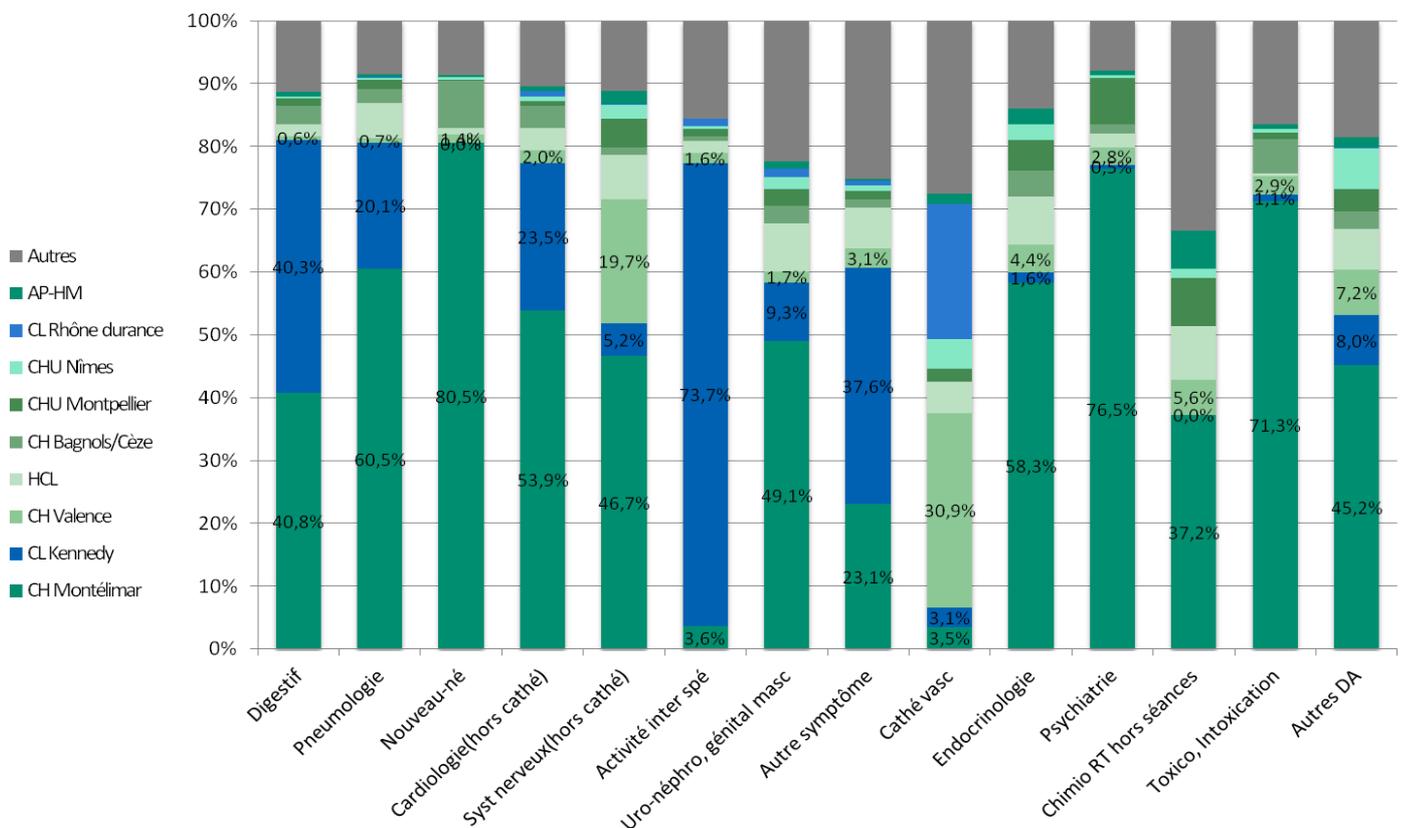
Si l'on élargit l'analyse au bassin de recrutement, le potentiel d'attractivité est globalement important puisque plus de deux séjours sur cinq sont réalisés hors bassin.

Les plus forts potentiels d'attractivité se trouvent au sein des spécialités pour lesquelles il existe à la fois une forte consommation de soins et une offre déjà proposée par le centre hospitalier de Montélimar. Il s'agit des spécialités suivantes : cardiologie, neurologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie et endocrinologie. L'objectif sera de conforter cette offre et de la développer.

L'endoscopie digestive en ambulatoire est une prise en charge à part. Elle est aujourd'hui principalement réalisée sur la clinique Kennedy avec 55 % de parts de marché. Les fuites sont de 26%, le Centre Hospitalier de Montélimar présentant 19 % des parts de marché.

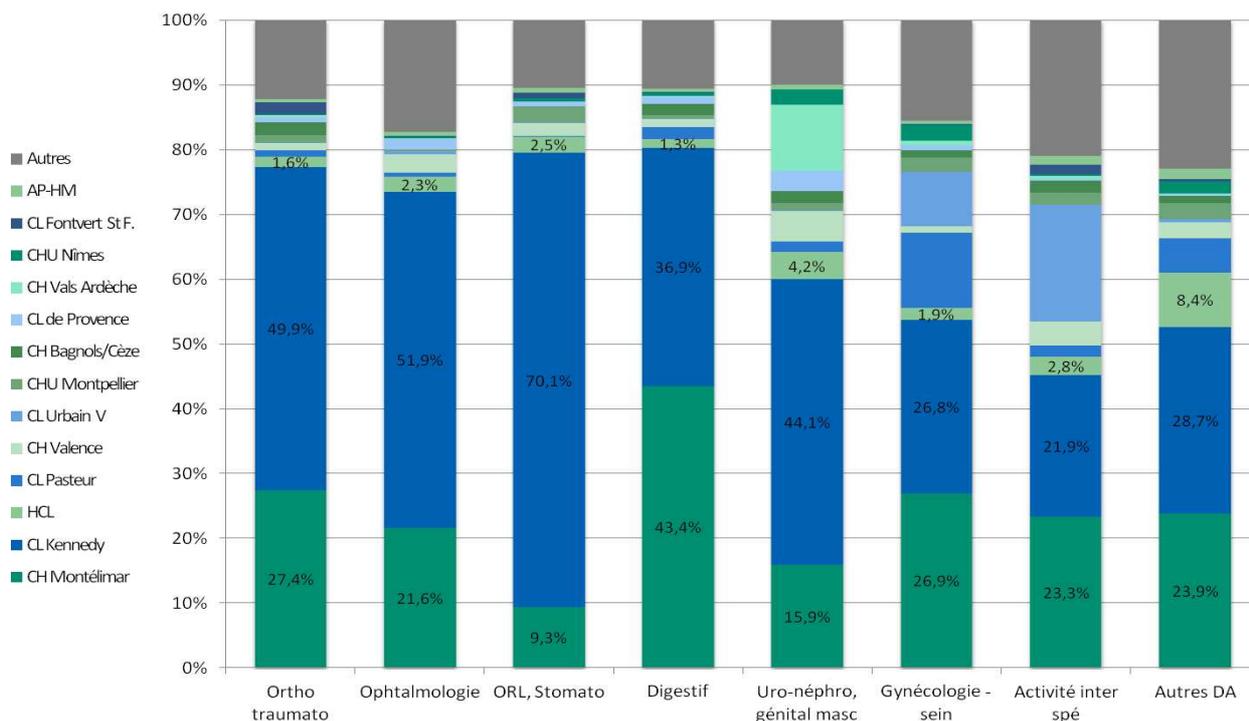
Les spécialités où se retrouve la majorité de ces fuites de patients sont la rhumatologie, et la dermatologie.

Part d'activité par établissement et par spécialité (données 2011) :



L'activité de chirurgie

En chirurgie, le Centre Hospitalier de Montélimar est concurrencé par la Clinique Kennedy très présente sur le bassin avec une part de marché s'élevant à 45 %. Des disparités d'activités et de potentiels existent à l'échelon des spécialités.



En chirurgie viscérale, le centre hospitalier de Montélimar réalise une activité supérieure à la Clinique Kennedy, en progression ces deux dernières années.

En chirurgie orthopédique, les parts de marché de la Clinique sont plus fortes. En revanche, en traumatologie, le Centre Hospitalier de Montélimar gagne des parts de marché. Il existe sur ce secteur un potentiel de développement important.

En chirurgie ORL, de la bouche et des dents, la Clinique Kennedy est très présente avec la prise en charge de plus de la moitié des séjours sur le bassin en ORL, et plus de huit séjours sur dix sur la chirurgie de la bouche et des dents.

En chirurgie urologique, la Clinique prend en charge plus d'un patient sur trois alors que le centre hospitalier près d'un sur cinq. En chirurgie de l'appareil génital masculin, le centre hospitalier est encore plus concurrencé. L'activité de chirurgie urologique au sein du Centre Hospitalier de Montélimar a souffert en 2011 d'un départ d'un praticien. Malgré tout, il y a eu une progression des parts de marché.

En chirurgie ophtalmologique, le centre hospitalier est fortement concurrencé par le secteur privé. Il existe un potentiel de développement également sur ce secteur.

Les fuites hors bassin sont principalement retrouvées pour les transplantations, la chirurgie du rachis, et la neurochirurgie, mais ces activités qui nécessitent des chirurgiens et des autorisations très spécifiques ne pourront générer que peu de

diminution des fuites. Des fuites en chirurgie du sein et esthétique sont également constatées. La chirurgie vasculaire mériterait également d'être installée dans l'établissement compte tenu des taux de fuite.

Globalement, il semble que l'attractivité sur le bassin peut être renforcée (28 % de fuite).

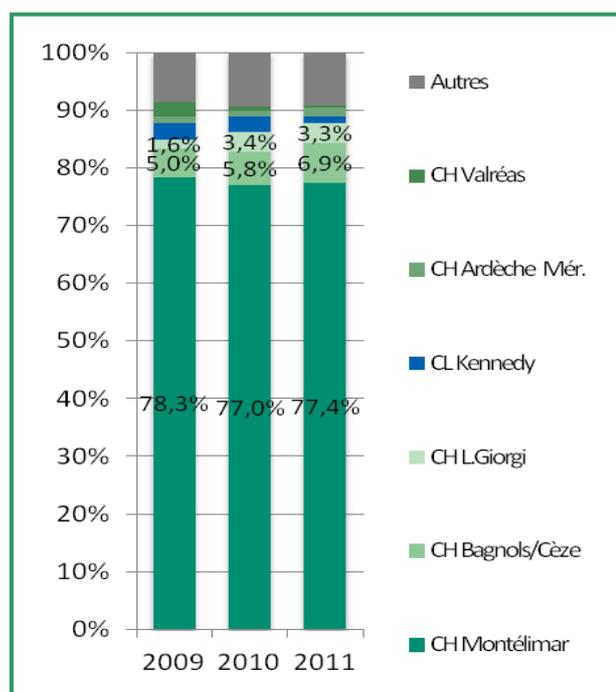
La réactivité de l'augmentation d'activité en 2011 suite aux réorganisations internes (unités et bloc) montre qu'il existe un potentiel d'attractivité sur l'ensemble des champs et sur l'ensemble des cantons du bassin de recrutement du Centre Hospitalier de Montélimar.

	2009	2010	Evol	2011	Evol.
Actes	6 900	7 264	+ 5 %	7 809	+ 8 %
ICR	1 208 367	1 246 970	+ 3 %	1 423 477	+ 14 %

Ce potentiel pourra pleinement s'exprimer avec l'ouverture du nouveau plateau technique (nouveau bloc opératoire, développement de la chirurgie ambulatoire).

L'activité d'obstétrique

En obstétrique, entre 2009 et 2011, la part de marché est passée de 78,3 à 77,4 % :



Entre 2009 et 2011, la PDM a baissé de 0,9 points car l'augmentation du nombre de séjours du Centre Hospitalier Montélimar sur sa zone (5,5%) a été plus faible que

l'augmentation totale du nombre de séjours sur la zone (6,7%).

Le Centre Hospitalier de Bagnols/Cèze a connu la plus forte hausse +1,9 points.

Le centre hospitalier est aujourd'hui limité dans son développement par les actuels locaux. L'ouverture de la nouvelle maternité en 2013 permettra de répondre davantage aux attentes de la patientèle quant au confort hôtelier et permettra d'envisager une croissance sensible de l'activité.

Toutefois, les projections d'activité prendront également en considération que l'offre de la maternité est de niveau 2A, un certain nombre de bébés seront donc pris en charge hors bassin.

En gynécologie, près d'une patiente sur deux du bassin est prise en charge dans un établissement hors bassin, principalement au sein de la Clinique Pasteur à Guilhaumand-Granges et la Polyclinique Urbain V à Avignon. La Clinique Kennedy est présente sur le bassin en réalisant 31 % des parts de marché, le centre hospitalier en réalisant 21 %.

III.2.4 - Seuils et activités

Les seuils de l'INCa

En chirurgie carcinologique, comme en chimiothérapie et radiothérapie, les autorisations sont soumises à l'observation des dernières années, face aux autorisations actuelles de l'établissement en digestif, sein, urologie, gynécologie, ORL, chimiothérapie et radiothérapie.

Le centre hospitalier de Montélimar atteint ainsi les seuils en digestif, sein et chimiothérapie. En gynécologie et ORL, les seuils sont presque atteints, dans une dynamique de reprise de l'activité en 2011.

En urologie, activité présente au Centre Hospitalier de Montélimar depuis 2009, les chiffres ne sont pas aux seuils. L'absence d'un praticien pour maladie, recruté en 2009, a freiné le développement de cette spécialité. Un nouveau recrutement est intervenu en août 2012 permettant de répondre à nouveau à la demande du bassin.

Concernant la radiothérapie, le centre hospitalier de Montélimar est le seul établissement du bassin à posséder l'équipement nécessaire. L'atteinte d'un seuil de 800 patients, pour 668 aujourd'hui est envisagée.

Activité de chirurgie du cancer (Nombre de RSA)					
	DIG	URO	SEIN	GYN	ORL
Seuil	30	30	30	20	20
2007	61	1	42	18	3
2008	66	2	62	17	6
2009	76	3	71	18	11
2010	77	4	46	13	22
2011	74	4	59	18	19
2012	76	8	85	26	31

Radiothérapie	
	Nb de patients
Seuil	600
2007	500
2008	461
2009	543
2010	602
2011	644
2012	681

Chimiothérapie		
	Nb de patients	Dont Nb de patients ayant été pris en charge en ambulatoire
Seuil	80	50
2007	460	383
2008	454	386
2009	504	451
2010	521	465
2011	582	547
2012	634	588

III.2.5 - Synthèse

Le centre hospitalier de Montélimar présente un fort potentiel d'attractivité dans tous les secteurs de prise en charge comme en témoigne la progression continue de son activité au cours de ces dernières années.

La dynamique du bassin de santé, ses caractéristiques avec des indicateurs de fragilité, portent le Centre Hospitalier à développer encore son offre de soins.

Le faible potentiel de lits d'aval entraîne cependant une saturation majorée des lits de médecine de court séjour. Les liens sont ainsi à renforcer avec les structures d'aval au sens large, domicile, secteur médico-social, articulation au sein de la filière gériatrique et avec les hôpitaux périphériques.

Le centre hospitalier est en restructuration de ses locaux, ce qui ne favorise pas une prise en charge optimale de ses patients à l'heure actuelle, mais est source d'opportunités ; le présent projet médical prend en considération les évolutions structurelles de l'établissement au cours des cinq prochaines années.

Le renforcement des équipes médicales, l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients, la lisibilité des filières de soins, le développement de nouvelles technologies sont autant de moyens à disposition du centre hospitalier Montélimar pour atteindre cet objectif.

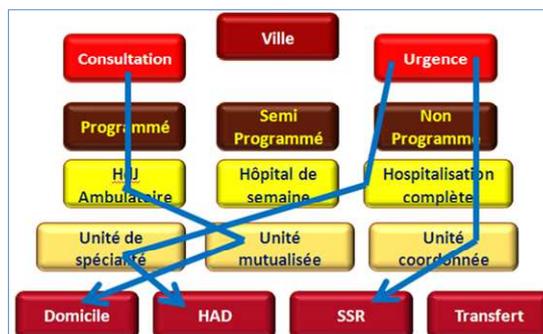
Cependant, les perspectives stratégiques doivent intégrer les contraintes d'une démographie médicale difficile dans certaines spécialités.

Pour certaines spécialités, l'attractivité des recrutements doit être appréciée au niveau de la communauté hospitalière de territoire, l'enjeu de renfort des équipes étant un enjeu partagé pour les 3 établissements.

IV - LE PROJET MEDICAL

Le projet médical s'est construit autour de trois axes stratégiques :

- Garantir une offre de recours et de proximité, graduée, bien coordonnée et justement dimensionnée par la définition et la mise en œuvre de filière de soins ;
- Conforter et renforcer le positionnement du Centre Hospitalier de Montélimar en gagnant en lisibilité et en renforçant l'attractivité médicale ;
- Développer les coopérations, notamment dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire et le GCS-DPAM ;



IV.1- Organisation polaire

IV.1.1 - Le périmètre des pôles

5 Pôles ont été définis en 2012 :

- Pôle Urgences et Spécialités Médicales

Ce pôle regroupe l'ensemble des spécialités médicales dont l'oncologie, les soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile et les urgences – SMUR. Compte tenu des enjeux autour de l'évolution des capacités lits et des organisations pour répondre de façon optimisée aux prises en charge programmées tout en assurant les urgences, la structure d'information médicale a été adjointe à ce pôle.

- Pôle chirurgie

Ce pôle regroupe l'ensemble des spécialités chirurgicales, le bloc opératoire et l'anesthésie-chirurgie ambulatoire.

- Pôle Gériatrie

Ce pôle comprend l'ensemble des unités médicales ayant trait à la prise en charge de la personne âgée (court séjour gériatrique, SSR gériatrique, USLD, EHPAD) présentant ainsi l'ensemble de la filière gériatrique. Le SSR polyvalent ainsi qu'un plateau technique de rééducation s'ajoutent à ce pôle.

- Pôle Femme Mère Enfant Pédopsychiatrie

Ce pôle comprend l'ensemble de la prise en charge de la femme et de l'enfant avec la gynécologie, l'obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie et la pédopsychiatrie.

- Pôle Transversal

Il s'agit d'un pôle comprenant l'ensemble des spécialités médicales et médico-techniques qui participent d'une manière ou d'une autre à la prise en charge du patient quelle que soit sa pathologie. Il s'agit de la réanimation – surveillance continue, du laboratoire, de la pharmacie à usage intérieur, de l'imagerie, de l'unité fonctionnelle d'hygiène hospitalière.

IV.1.2 - La gouvernance

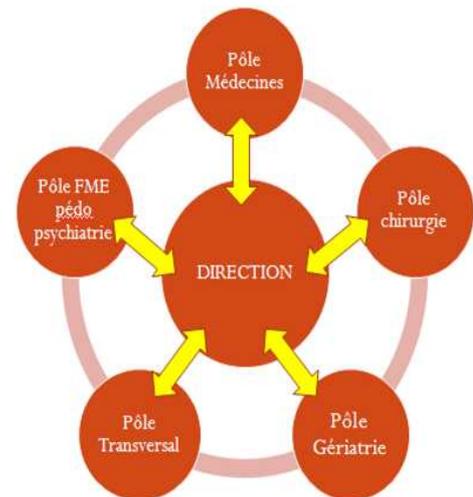
La gouvernance mise en œuvre au sein du centre hospitalier de Montélimar couplée au nouveau périmètre des pôles doit permettre d'insuffler une nouvelle dynamique de pôles.

Dans ce cadre, l'implication d'une équipe gestionnaire de pôle composée du Chef de Pôle d'un Directeur référent, d'un Cadre Supérieur de Santé et d'un Attaché d'Administration contribuera à l'émergence des projets et du suivi de leur réalisation en s'assurant de leur cohérence avec les objectifs institutionnels. Dans l'organisation retenue, les responsabilités reconnues au chef de pôle le positionnent comme un des piliers du management stratégique de l'établissement. Sa relation de proximité avec les équipes médicales est essentielle pour la construction des projets mais aussi l'accompagnement de la mise en œuvre des orientations du projet d'établissement. Ce faisant, son implication est déterminante pour la réactivité et l'adaptation de l'établissement. Le Directeur référent de pôle est chargé d'analyser la faisabilité des projets et est le relais auprès des directions fonctionnelles concernées. Relais également de la Direction, il s'assure de la déclinaison des objectifs institutionnels stratégiques, de la déclinaison des objectifs opérationnels. La communication en interne sera donc améliorée dans un souci de transparence. Le cadre supérieur de santé est garant de la déclinaison du projet de soins et de la politique qualité et gestion des risques. L'attaché d'administration apporte les compétences de gestion et assure le relais opérationnel indispensable pour le respect des échéances et des conditions financières.

Enfin, l'équipe gestionnaire participera à la contractualisation entre Direction et Pôle.

Le directoire, élargi aux chefs de pôle et directeurs référents, sera le garant de la réalisation des objectifs du présent projet d'établissement et de son adaptation : intégration de nouveaux objectifs du CPOM, évolutions territoriales et réglementaires.

Sa composition facilite la contractualisation inter - pôle indispensable compte tenu des interfaces nombreuses tant dans la coordination du parcours de soins que dans la mobilisation des moyens de gestion.



IV.2 - Objectifs transversaux à l'ensemble des pôles

IV.2.1 – L'organisation de l'offre de soins et son renfort

L'objectif principal est la réponse de qualité aux besoins en santé de la population du territoire du Centre Hospitalier de Montélimar par une organisation lisible et fluide de la prise en charge de la consultation, à l'hospitalisation et la sortie du patient.

L'un des enjeux des spécialités médicales et chirurgicales est de répondre à l'urgence et d'assurer la permanence des soins, tout en développant une offre programmée, de proximité, alternative de l'offre privée.

Un premier objectif est **d'augmenter le nombre d'entrées depuis le domicile**, la mutation ou les transferts **sans passage par les urgences**. Pour ce faire, plusieurs actions concrètes sont identifiées :

- La gestion des admissions entre urgences et gestion programmée est en soi un enjeu de qualité et d'optimisation des moyens de prise en charge. **Une cellule d'admission non programmées** sera installée afin de fluidifier le circuit à partir des urgences tout en développant les possibilités d'admission directe à partir du domicile.
- Les fuites des patients sont en partie la conséquence de délais de consultation trop longs. Une **optimisation des plages de consultations** (avec organisation du non programmé), du fonctionnement des secrétariats, une organisation des consultations en tenant compte des praticiens présents (permanence des soins) et un renforcement des équipes médicales, permettra de les réduire. L'activité de chaque consultation est rattachée à son pôle de spécialités.
- L'organisation des services supports doit répondre à cette exigence de réactivité. Le pôle transversal est impacté par ce principe pour les unités médicales : biologie, radiologie. Il en est de même pour le fonctionnement du bloc opératoire.
- La **lisibilité des compétences de prise en charge et leur diffusion auprès des médecins de ville et des patients** est également un élément d'attractivité. L'amélioration du **partenariat avec les médecins traitants**, coordonateur du parcours de soins, sera recherchée : numéro de téléphone dédié, accès au plateau technique et d'hospitalisation facilité.

Pour répondre aux besoins de la population dans un objectif de proximité (éviter les taux de fuite), le deuxième objectif est de **développer certaines spécialités** comme la neurologie par exemple (les projets de développement seront décrits dans les objectifs de pôle). Ces spécialités doivent faire face à une démographie médicale peu favorable. Le renfort des équipes médicales est nécessaire pour poursuivre et développer les différentes activités sur l'ensemble des secteurs de consultations et d'hospitalisations. Le recours à des compétences spécialisées, intervenant sur site sur une ou plusieurs vacations à la semaine, sera également développé. Pour ce faire, le partenariat engagé avec les structures universitaires, à l'instar des liens de coopérations étroits avec le CHU de Nîmes, sera poursuivi.

L'attractivité et la fidélisation tant des praticiens que des patients doivent donc être renforcées.

Dans le même objectif, le Centre Hospitalier confortera son rôle de référent sur le bassin pour la prise en charge des cancers. Il dispose actuellement de 6 autorisations pour lesquelles l'activité est supérieure aux seuils (à l'exception de l'urologie, spécialité relativement nouvelle et qui a souffert d'une absence de praticiens). Le maintien de ces autorisations est indispensable compte tenu de la taille du bassin de population. Cet objectif mobilise l'ensemble des pôles : chirurgical (digestif, ORL, urologie), mère enfant (gynécologie et sein), urgences-spécialités médicales (oncologie médicale, radiothérapie), gériatrie (développement de l'onco gériatrie), transversal (plateau technique pour diagnostic, prise en charge et suivi : imagerie, laboratoire, pharmacie).

Enfin, le rôle d'établissement de référence engage le centre hospitalier de Montélimar vis-à-vis des acteurs de soins du territoire. Le Centre Hospitalier de Montélimar entend également poursuivre et développer ses coopérations avec les établissements de santé alentours et également avec ceux participant au GCS-DPAM. L'accès aux soins doit être facilité par le développement de consultations avancées au sein des établissements partenaires du territoire.

IV.2.2 - D'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours

L'approche par filière de soins du Centre Hospitalier de Montélimar intègre le développement des maladies chroniques ou au long cours qui impliquent des allers retours entre le domicile, les acteurs de santé libéraux et l'hôpital.

La fragilité des populations prises en charge, on rappelle que le territoire de santé se caractérise par une forte proportion de personnes âgées et par une prévalence croissante du cancer, nécessite une optimisation du recours à l'hôpital (limitation des durées de séjour, concentration des prises en charge). L'optimisation du recours à l'hôpital sert également l'indispensable maîtrise des dépenses de santé.

Le développement de l'ambulatoire et le renfort des connexions avec la médecine de ville serviront la fluidité du chemin clinique du patient.

- Développement de l'ambulatoire

Le développement de l'ambulatoire concerne l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales de l'hôpital. La création d'un service d'hôpital de jour et de chirurgie ambulatoire a déjà permis un développement significatif des séjours ambulatoires. Ce développement sera poursuivi.

L'éducation thérapeutique est une dimension essentielle des prises en charge d'ores et déjà bien structurée dans de nombreuses disciplines (pneumologie, cardiologie, endocrinologie..). L'établissement ambitionne d'étoffer son offre pour offrir des programmes d'éducation thérapeutique et de prévention pour l'ensemble de ses spécialités. L'organisation d'un plateau d'éducation thérapeutique sera étudiée dans le cadre des évolutions des infrastructures d'hospitalisation.

- Le Centre Hospitalier de Montélimar, support de l'action des médecins de ville

L'enjeu du prochain projet médical sera de renforcer le lien avec la médecine libérale compte tenu du rôle pivot de ces derniers dans le parcours de soins des patients. La circulation de l'information médicale doit être fluidifiée pour servir la cohérence de la prise en charge. Le volet Système d'Information du projet d'établissement sera fortement mobilisé pour cet objectif. Le Centre Hospitalier de Montélimar s'inscrit

résolument dans la déclinaison du projet « zéro papier en Rhône Alpes » avec la médecine de ville.

- *L'amélioration de la coordination des séjours avec les établissements sanitaires et médico sociaux du territoire sera poursuivie dans le cadre du GCS et de la CHT notamment.*

L'analyse des durées moyenne de séjour montre un dépassement des indicateurs nationaux dans un certain nombre de spécialités. La faiblesse de l'offre interne de soins de suite constitue un élément de faiblesse. Le présent projet propose une augmentation du nombre de lits (12 au minimum) mais cela ne suffira pas à répondre à l'ensemble des demandes.

L'amélioration des transferts du court séjour vers les services de soins de suite du territoire constitue donc un enjeu fort pour l'établissement.

Dans le même temps, le Centre Hospitalier de Montélimar doit développer une offre en synergie avec les besoins des établissements de proximité. De même, il s'agira de dynamiser les liens avec les structures de maintien à domicile pour favoriser les retours à domicile.

La structuration des transferts des patients, le développement de la communication des systèmes d'information, la mutualisation de compétences sont autant de leviers d'action.

IV.2.3. - Décliner une politique qualité et sécurité des soins à l'échelon du pôle – renforcer la culture d'évaluation

La définition d'une politique qualité et gestion des risques à l'échelon de chacun des pôles est initiée, avec une intégration dans les contrats de pôle d'objectifs et actions déclinant les objectifs stratégiques de l'établissement.

D'une part, les pôles doivent participer aux actions transversales de l'établissement et, d'autre part, ils doivent développer des actions d'amélioration et d'évaluations propres à leurs activités, avec notamment l'évaluation de la pertinence des soins et des actes. Le développement de la culture d'évaluation apparaît comme socle de l'amélioration des pratiques et de la juste utilisation des ressources, enjeu majeurs de la contractualisation interne.

Dans leurs objectifs et leurs programmes, les équipes prendront en compte les retours d'expérience découlant de l'analyse des événements indésirables et des réclamations des usagers. La prévention des infections nosocomiales et le circuit du médicament sont les deux piliers de la gestion des risques déclinés au sein des pôles.

Les objectifs de la politique qualité et gestion des risques sont développés dans le chapitre qui lui est consacré.

IV.2.4 - Renforcer l'attractivité pour les praticiens

Il s'agit de renforcer l'attractivité du centre hospitalier pour de nouveaux praticiens. Le Centre Hospitalier de Montélimar est confronté comme d'autres établissements à des difficultés de recrutement qui fragilise la qualité et la pérennité de l'offre.

L'objectif est de constituer pour chacune des spécialités de l'offre de soins proposée, une équipe médicale minimale visant la continuité de l'offre dans des conditions de travail acceptables pour les praticiens. Cette dernière permettra d'assurer une activité

hospitalière structurée dans toutes ses dimensions : consultation, exploration, utilisation du plateau technique, hospitalisation avec lits de spécialité (hospitalisation complète, hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour).

Les équipes seront dimensionnées pour sécuriser dans la durée la réponse aux obligations de la permanence des soins. Cette réflexion intégrera la dimension territoriale. Selon les spécialités, la constitution d'équipe de territoire est envisagée.

L'intégration d'un nouveau praticien au sein d'une équipe confortée avec une dynamique de projet et la possibilité de développer leur « sur-spécialité » est un facteur motivant pour les plus jeunes.

Le développement des contacts avec les universités par le biais de convention pour formation, mise à disposition de temps médical pour interventions sur plateau technique spécialisées, l'amélioration de l'accueil des nouveaux arrivants et médecins remplaçants (logistique, présentation de l'établissement et de ses partenaires, parrainage, conditions d'exercice) sont également des objectifs fixés. Le développement de postes d'assistants partagés avec le CHU est souhaité pour sécuriser le renouvellement des équipes.

IV.2.5 – Renforcer la qualité de l'information médicale

L'importance de l'information médicale sur la Tarification A l'Activité et sa traduction sur le pilotage médico-économique de l'établissement, l'implication nécessaire dans les démarches d'informatisation et de qualité du dossier médical nécessitent une équipe bien formée, proche des producteurs de données que sont les agents du bureau des entrées, les médecins et sages-femmes, les secrétaires médicales et les soignants. Le SLIM intégré au pôle « spécialités médicales » est constitué de deux unités médicales, l'UM Information médicale et l'UM Dossiers médicaux, dont les actions vont de plus en plus se coordonner autour des objectifs suivants :

→ Poursuivre le 0 défaut d'Identito-vigilance :

- Compléter le système de détection des anomalies, actuellement essentiellement déclaratif par un système informatique recherchant systématiquement les erreurs potentielles ou les doublons dès la création de l'identité Patient en hospitalisation comme en externe. La numérisation des documents d'identité, envisagée dans l'applicatif médical USV2, devrait également permettre de fiabiliser l'Identifiant Permanent Patient (IPP)
- Poursuivre la recherche des causes des erreurs avec les intervenants concernés afin de mettre en place des actions préventives
- Participer à la gestion de l'identifiant permanent du patient régional (IPPR) auquel sera rattaché les Identifiants Permanent Patient de notre établissement afin de fiabiliser le partage des informations médicales.

→ Améliorer la Qualité de l'information médicale et sa traduction en terme financier :

- Poursuivre la professionnalisation du codage des données médicales en accentuant encore plus le partenariat DIM/TIM et Praticiens,
- Participer aux études IPAQSS sur la tenue du dossier médical avec comme premier objectif des comptes rendus d'hospitalisation et des comptes rendus opératoires exhaustifs et de bonne qualité.

- Ce faisant, cet objectif contribue à la réflexion sur la pertinence de l'hospitalisation et son impact sur la prise en charge des patients (création d'un bloc au niveau des consultations externes, hospitalisation de jour en lien avec le médecin coordonateur et mise à disposition de deux plateaux techniques selon les spécialités...), Vérification de toute hospitalisation inférieure à six heures, hors secteurs ambulatoires programmés. Le suivi des Prestations inter-établissements est opérationnel.

→ **Informatisation du dossier médical :**

- Poursuivre la montée en charge de l'informatisation du dossier médical (Prescriptions avec intégration des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables et Dossier de Soins Infirmiers),
- Inverser progressivement le circuit du dossier patient papier qui n'aura plus vocation à circuler dans l'établissement,
- Partager le dossier médical au travers de la plate-forme régionale SISRA et à la messagerie sécurisée ZEPRA (zéro papier en Rhône Alpes) et rendre opérationnel notre portail Ville-Hôpital.

→ **Participer à rendre compréhensif et donc performant le pilotage médico-économique au niveau de la communauté médicale et soignante.**

→ **Accompagnement des autres établissements :**

Des coopérations PMSI avec les établissements extérieurs.

IV.3 - Objectifs par Pôle d'Activité Médicale

POLE URGENCES ET SPECIALITES MEDICALES

Ce pôle comprend les urgences, 10 spécialités médicales, le service d'hospitalisation à domicile et l'activité de radiothérapie. Les spécialités médicales ont été rattachées aux urgences compte tenu des interactions fortes entre ces 2 structures. Près de 50% de l'activité des spécialités médicales est à ce jour générée par les urgences ; la progression du nombre de premiers passages aux urgences nécessite à elle seule de disposer de moyens d'hospitalisation réactifs et adaptés dans l'optique d'une bonne qualité de prise en charge et d'une maîtrise des risques inhérentes aux situations d'urgence.

Compte tenu des enjeux sur la réorganisation interne de la médecine, des questions posées sur l'adéquation des moyens (capacité et ressources), la Structure Libre d'Information Médicale a été rattachée à ce pôle.

Plus de 40 praticiens, 13 internes, 225 personnels non médicaux exercent au sein du pôle.

Le pôle dispose actuellement d'une capacité lits de 149 (HC et HJ), de 22 places d'HAD.

Quatre objectifs majeurs pour ce pôle sont identifiés :

- Structurer et formaliser le circuit des admissions non programmées,
- Renforcer les spécialités insuffisamment couvertes : neurologie, néphrologie, médecine interne, cardiologie et pneumologie,
- Adapter l'organisation des spécialités médicales aux besoins de la population et à l'objectif de fluidité des parcours de soins :
 - o au regard des besoins de la population, élargir les possibilités d'hospitalisation programmée,
 - o Développer l'hôpital de jour,
 - o Développer les structures d'éducation,
 - o Renforcer les liens avec les établissements partenaires.

Adapter le Service d'Accueil des Urgences au développement continu de l'activité

Outre l'accueil des urgences, le service comprend un SMUR et une unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de 13 lits.

Une maison médicale de garde est localisée au sein du service pour la permanence des soins libéraux le soir et le Week-end.

Adapter les moyens humains et les locaux

L'activité aux urgences est en constante augmentation (+ 8 % en 2011). En 2012, 37 963 premiers passages ont été comptabilisés.

La seule offre concurrente est celle du secteur privé mais qui ne dispose pas d'une réelle structure d'urgence car l'ouverture est seulement une ouverture de jour, 7 jours sur 7. Le nombre de consultations de la structure privée peut apparaître important, autour de 8 000 passages par an, mais il s'agit en majorité de suite de soins. La

fermeture de ce secteur durant une semaine en décembre 2012 suite à des mouvements sociaux, n'a pas entraîné de surcharge d'activité comme supposé. Les populations atteintes sont probablement différentes avec un moindre recours aux hospitalisations.

Les services d'urgences des hôpitaux locaux sont assez éloignés pour que des modifications de leur activité n'impacte que peu le centre hospitalier. Le Centre Hospitalier de Crest travaille surtout avec le centre hospitalier de Valence et le Centre Hospitalier de Valréas travaille en journée plutôt avec le centre hospitalier d'Orange. Le volant de population qui pourrait ainsi se présenter sur Montélimar plutôt durant les nuits semble assez restreint.

			2009	2010	2011	2012
Urgences	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	13	13	13	13
		Nb d'entrées	4 445	4 378	4 599	4 256
		<i>Evol. Annuelle</i>		-1,5%	5,0%	-7,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-4,3%			
		Nb de journées	5 617	5 854	5 997	5 378
		<i>Evol. Annuelle</i>		4,2%	2,4%	-10,3%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-4,3%			
		DMS	1,26	1,34	1,30	1,26
	Premiers passages	Nb de venues	34 827	34 346	36 202	37 963
		<i>Evol. Annuelle</i>		-1,4%	5,4%	4,9%
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		9,0%				

Malgré une organisation spatiale permettant de dissocier les différents flux selon la gravité de l'urgence, les locaux construits en 1996-1997 pour un nombre de passage deux fois moindre ne sont plus adaptés au volume d'activité. L'extension du service des urgences est une priorité du prochain schéma directeur. Le renfort des équipes médicales et paramédicales est à poursuivre.

Harmoniser la prise en charge programmée et non programmée,

La contrainte de lits d'aval pour les urgences est prégnante avec un taux d'occupation en médecine supérieur à 90%. Le processus de gestion des orientations doit également être optimisé compte tenu des contraintes fortes en termes de ressources médicales.

Au sein de l'établissement, il s'agit de mettre en place une cohérence de prise en charge entre hospitalisation programmée et non programmée supervisée par la création d'une commission des admissions non programmées qui aura comme objectifs :

- o Fluidité des hospitalisations admises via les urgences avec :
 - le respect des critères d'admissions en UHCD,
 - l'organisation des admissions en service de spécialités avec la création d'une unité d'hospitalisation post urgences¹ qui permettra : fluidité de la prise

¹**Unité d'hospitalisation de post-urgence**

• La gestion de cette unité sera de type unité médicale conventionnelle. Elle permettra la prise en charge des patients polypathologiques < 75 ans issus du service des urgences, pour une durée d'hospitalisation optimale de 5 jours, pour 42

en charge malgré les variations d'activités liées aux urgences, et organisation par les différents spécialistes d'organes du non programmé. L'efficacité de cette unité tient à plusieurs conditions : critères d'admissions, contrats entre spécialistes, création de lits, fonctionnement médical reposant sur un recrutement ciblé et suffisant afin de fonctionner 7 jours sur 7... Si cette unité n'est pas créée, il sera indispensable d'organiser les admissions dans les services avec plusieurs modalités possibles : mettre en place un impôt lits dans chaque service (réservation systématique de lits pour recevoir les patients des urgences), mettre en place un tour de garde par service pour les hospitalisations via les urgences ... Une unité de 10 lits a été installée fin 2012. Son activité sera consolidée, voire élargie, dans le cadre de ce projet d'établissement

- l'organisation de l'activité de consultation spécialisée avec programmation urgente avec, par exemple, des plages réservées pour ce non programmé (déjà engagé en ortho-traumatologie, médecine du sport, gériatrie)
 - o Mise en place d'un travail commun de recherche des indicateurs d'hôpital sous tension,
 - o Analyse des dysfonctionnements.

La proximité de la maison médicale de garde présente un atout : près de 4 000 patients sont pris en charge par les médecins libéraux. Cependant, la localisation actuelle au sein du service présente aujourd'hui des inconvénients. En effet, le temps de régulation est intégralement soutenu par l'infirmière organisatrice de l'accueil : plus de 99% des patients sont orientés par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA) qui est du temps non dédié et non reconnu, long avec l'examen du motif de recours et les incitations nécessairement apportées aux patients afin qu'ils consultent ce médecin généraliste.

Cette fonction assurée par un seul ETP soignant en journée et une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) la nuit (mais qui est également affectée au poste SMUR) a vu son activité de régulation exploser, passant de 39 729 (36 017 + 3 712) à 44 225 orientations, soit +11%. Cette activité n'est pas reconnue financièrement.

La délocalisation de la maison médicale de garde à proximité des urgences mais sans être intégrée aux urgences sera intégrée dans le programme de travaux.

Développer la place du CENTRE HOSPITALIER au niveau du territoire par :

- La participation renforcée au réseau (traumato, gériatrie, neuro).
- L'établissement s'inscrit dans le projet de télémédecine régional :
- La reconnaissance de l'expertise dans la gestion des risques du fait de la localisation géographique particulière du Centre Hospitalier : les conventions avec EDF sont établies et les exercices déjà réalisés, l'unité de décontamination est à construire.
 - L'activité de prélèvements : à étendre sur Aubenas et Privas, formation prélèvements de cornées.
 - La mise en place de transports SMUR secondaire mutualisés.

une sortie organisée vers les soins de suite, le domicile, ou l'HAD. Cette unité constituera alors un nouveau lieu de prise en charge pour les spécialistes d'organe, alors même que le temps médical est compté

- *La politique d'admission, les critères d'admission et le (ou les) responsable(s) de l'orientation seront définis afin d'optimiser ce type de prise en charge*

- Poursuivre la démarche qualité :

- Informatisation et pilotage

L'informatisation du service est partielle. L'intégration complète des données est un enjeu pour le parcours de soins.

- Enseignements en soins d'urgence avec antenne CESU à développer sur la base des compétences déjà existantes

- Formation des internes car celle-ci est déjà centralisée au niveau des urgences avec participation de différents spécialistes, et que l'ensemble des internes de l'établissement passe aux urgences

- Politique de gestion des ressources humaines : prise en compte de la fatigabilité particulière de cette activité, poursuite de la démarche de postes partagés ou d'activités annexes, reconnaissance du temps dédié ...

Spécialités médicales

A - Mettre en œuvre l'unité de sevrage complexe en Addictologie

Les indicateurs de santé publique montrent la sensibilité de cette prise en charge sur le territoire Sud.

La création d'une unité de sevrage de 12 lits de sevrage complexe (niveau 2) est inscrite au PRS.

La spécialité dispose en moyens d'actions d'une consultation (financée par une mission d'intérêt général) et de lits d'hospitalisation dont la capacité a évolué en 2012.

Les 3 lits installés ne suffisaient pas, en effet, pour répondre à la demande.

Le dossier d'autorisation pour unité de sevrage complexe a été déposé par le Centre Hospitalier de Montélimar début 2012. Un premier niveau de réalisation a été fait avec l'installation de 6 lits à compter du mois d'octobre 2012.

			2009	2010	2011	2012
Addictologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	2	3	3	6
		Nb d'entrées	120	107	110	150
		<i>Evol. Annuelle</i>		-10,8%	2,8%	36,4%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	25,0%			
		Nb de journées	957	920	909	1 329
		<i>Evol. Annuelle</i>		-3,9%	-1,2%	46,2%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	38,9%				
	DMS	7,98	8,60	8,26	8,86	
	Consultations externes	Nb de cs ext	2 216	1 897	1 945	2 263
		<i>Evol. Annuelle</i>		-14,4%	2,5%	16,3%
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		2,1%				

Au sein de ces lits et de la future unité, la prise en charge de niveau 2 en hospitalisation, au Centre Hospitalier de Montélimar, est déjà réalisée quasi systématiquement dans les cas suivants :

- ✚ sevrages complexes : dépendance aux substances psycho-actives, poly dépendances, délirium tremens, comitialité, etc....,
- ✚ Initiation et suivi de protocoles METHADONE dans le cadre d'une prise en charge médico-psychosociale (accès aux soins d'une population désocialisée),

- ✚ Pathologies somatiques : cirrhoses alcooliques, hépatites virales (notamment bilan et suivi d'hépatite C, en partenariat avec le service de Gastro-entérologie), cardio-néphropathie alcoolique, poly-neuropathies,
- ✚ Co morbidités psychiatriques sévères : syndromes anxio-dépressifs sévères nécessitant une hospitalisation (liens avec l'équipe de psychiatrie de liaison), troubles de la personnalité (personnalité antisociale psychopathique, structure psychotique, personnalité borderline), troubles cognitifs induits (encéphalopathies carenciales, syndrome de Korsakoff).

La localisation des 12 lits autorisés est prévue dans le réaménagement interne du bâtiment principal d'hospitalisation. L'équipe médicale sera renforcée dès septembre 2013. L'arrivée nécessaire de temps médicaux pour l'unité va accroître inévitablement l'offre de soins de ce secteur. Ainsi, il est également nécessaire de développer l'équipe transversale en direction des autres secteurs de soins intrahospitaliers, pour assurer la sensibilisation à l'addictologie et si possible la formation. La collaboration avec la maternité, incluant le projet de maternologie, donne des résultats très encourageants à l'heure actuelle. Le travail sur le "réseau ville-hôpital" déjà existant sera conforté.

L'objectif à court terme est d'établir une convention (réflexions en cours de rédaction), dans le cadre du GCS regroupant les Centre Hospitalier d'Aubenas, Montélimar, Privas, le CHS Sainte Marie (HP Privas), le centre de postcure pour toxicomanes de la Cerisaie, et le centre de post cure alcool à Virac, en Ardèche ; avec comme buts : mutualisation des moyens, échanges de pratiques, proposant ainsi un champ large et lisible des possibilités de soins.

B -Consolider la Cardiologie

L'unité comprend un secteur de soins intensifs de 6 lits et une unité d'hospitalisation conventionnelle.

L'activité du service est stable au niveau de l'hospitalisation mais il existe une forte demande au niveau des consultations.

		2009	2010	2011	2012	
Cardiologie (ycUSIC)	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	24	24	24	24
		Nb d'entrées	1 210	1 244	1 264	1 218
		<i>Evol. Annuelle</i>		2,8%	1,6%	-3,6%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	0,7%			
		Nb de journées	7 495	7 480	7 697	7 308
		<i>Evol. Annuelle</i>		-0,2%	2,9%	-5,1%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-2,5%				
	DMS	6,19	6,01	6,09	6,00	
	Consultations externes	Nb de cs ext	1 688	2 188	2 227	2 391
		<i>Evol. Annuelle</i>		29,6%	1,8%	7,4%
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		41,6%				

Il existe un potentiel d'attractivité important (près d'un patient du bassin de recrutement sur deux est hospitalisé au centre hospitalier de Montélimar, mais il existe 35 % de fuite) notamment sur la part programmée avec diminution de la durée moyenne de séjour.

La poursuite de l'activité d'électrophysiologie et plus largement le maintien d'une activité dans tous les secteurs de la cardiologie, dépend du renforcement de l'équipe et du recrutement à court terme d'un cardiologue spécialiste dans ce domaine. La pose de 100 pacemakers par an est envisagée selon l'organisation territoriale retenue. 45

L'activité d'USIC sera préservée voire développée (passage de 6 à 8 lits) selon la coordination des admissions au sein du bassin. L'articulation avec les urgences (admission plus rapide depuis le déchocage) est à renforcer dans le cadre du travail de la commission des admissions non programmées.

Pour limiter l'impact du non programmé sur le programmé, il est proposé la mise en œuvre de consultations dédiées aux urgences sous condition de la consolidation de l'équipe médicale. Enfin, afin d'éviter l'hospitalisation, la prise en charge et le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque seront poursuivis et développés notamment par l'éducation thérapeutique, en plus de la mise en place de séances d'éducation thérapeutique, de séances ambulatoires pour l'optimisation du traitement médicamenteux.

Le développement des activités de scanner cardiaque et IRM cardiaque avec des coopérations avec les centres hospitaliers de Privas et Aubenas permettra d'attirer patients et professionnels.

Le développement de l'échographie de stress est également prévu à moyen terme.

C - Etoffer l'offre de recours du Centre Hospitalier de Montélimar en Pneumologie

Le bassin est attractif, puisque plus de trois patients sur quatre y sont hospitalisés. L'offre de soins publique peut cependant être renforcée et développée.

			2009	2010	2011	2012
Pneumologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	16	10	10	14
		Nb d'entrées	458	441	420	451
		<i>Evol. Annuelle</i>		-3,7%	-4,8%	7,4%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-1,5%			
		Nb de journées	5 001	4 513	3 903	4 340
		<i>Evol. Annuelle</i>		-9,8%	-13,5%	11,2%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-13,2%			
		DMS	10,92	10,23	9,29	9,62
	HJ / ACHA	Nb de venues	140	94	67	61
		<i>Evol. Annuelle</i>		-32,9%	-28,7%	-9,0%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-56,4%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	569	612	909	1 227
<i>Evol. Annuelle</i>			7,6%	48,5%	35,0%	
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		115,6%				

La prise en charge est globale et comporte les consultations, le diagnostic (en hospitalisation), le traitement, le suivi en consultations ou en hospitalisation de jour et l'éducation thérapeutique.

Deux axes de prises en charge sont portés par l'équipe :

- Syndrome d'Apnée du Sommeil : le Centre Hospitalier de Montélimar poursuivra sa convention avec l'ATRIR à Nyons pour la lecture des polysomnographies. La prise en charge est pluridisciplinaire avec des consultations sommeil spécifiques, pneumologiques et ORL (bilan ORL, orthèses d'avancée mandibulaire). L'objectif est également d'installer **une unité de traitement des troubles du sommeil** pour le diagnostic, l'appareillage des patients et leur suivi.

- BPCO : la prise en charge concerne notamment les exacerbations avec initiation de ventilation non invasive et la rééducation cardio-respiratoire. Elle est exercée en partenariat avec les équipes de Nyons et Dieulefit Santé pour compléter l'offre du territoire et répondre aux besoins des patients du bassin de Montélimar.

L'installation d'un plateau d'explorations fonctionnelles est envisagée pour mutualiser les moyens et les expertises.

Avec un renforcement de l'équipe médicale, le développement de l'oncologie pneumologique est envisagé. L'activité projetée correspond à une occupation de 10 lits d'hospitalisation conventionnelle et 4 lits d'hospitalisation de semaine.

D - Projet Commun aux deux spécialités cardiologie et pneumologie : réhabilitation respiratoire et cardiaque HDJ SSR avec l'ATRIR et Dieulefit Santé

Ce projet a pour objet la prise en charge et l'accompagnement de patients présentant une pathologie chronique respiratoire et/ou cardiaque. Il s'agit de mettre à disposition l'ensemble des prestations possibles au sein d'un véritable réseau : prise en charge globale et pluridisciplinaire, concernant tous les secteurs d'hospitalisation court et moyen séjours (complète, de jour), en lien avec la médecine de ville. La réhabilitation associe obligatoirement deux volets principaux de prise en charge : éducation thérapeutique et entraînement à l'effort, en y associant une prise en considération du contexte psychologique et social.

Provenance des patients : prise en charge programmée : suite intervention cardiaque, suite hospitalisation de court séjour, suite SSR en hospitalisation complète (pneumo : 20 %) et suite à consultations externes (pneumo : 10 – 20 %).

Typologie des patients pris en charge : Résidence à maximum 1h de route, possibilité de venue en ambulatoire ; pour la réhabilitation respiratoire : principalement adulte atteint BPCO stade 3 et 4, insuffisants respiratoires restrictifs dans certaines conditions, obésité morbide avec IR, asthmes sévères fixés ; pour la réhabilitation cardiaque : principalement suite d'accidents coronariens aigus pris en charge de façon interventionnelle (Centre Hospitalier Valence – 800 angioplasties/an), insuffisance cardiaque stade 2 et 3, suite de chirurgie cardiaque à distance raisonnable de l'intervention (Mois + 1)

Organisation de la réadaptation : Bilan initial et bilan terminal en hôpital de jour, bilan médical initial avec explorations au repos et à l'effort, diagnostic éducatif, mise en place d'un programme de réadaptation personnalisé et contrat d'éducation thérapeutique, réentraînement à l'effort, apprentissage des gestes, prise en charge des dépendances, des addictions et des problématiques psychologiques, éducation thérapeutique, diététique, connaissance de sa pathologie et de ses traitements,...réévaluation en cours de cursus, discussion au cours de réunions multidisciplinaires, adaptation de la réadaptation en fonction des résultats obtenus.

Avant la sortie : Évaluation de l'évolution des paramètres, élaboration d'un programme de poursuite de l'activité physique.

Lieu : Locaux du Centre Hospitalier de Montélimar

Capacités : Souhait de 10 places (5 places pour la réhabilitation cardiaque et 5 places pour la réhabilitation respiratoire). En termes d'activités et pour la réhabilitation cardiaque, il existe un potentiel sur les prises en charge de suites d'angioplasties effectuées au Centre Hospitalier de Valence (80 patients 2011 (1 200 venues) ; 75 en

2010). La prise en charge consiste en 15 journées de 4 séances d'activité physique + éducation thérapeutique. Pour la réhabilitation respiratoire, au-moins 100 patients à prendre en charge sont à prévoir, avec 15 à 24 journées de 4 séances d'activité physique + éducation thérapeutique. L'attractivité sera renforcée par la prochaine localisation sur le Centre Hospitalier de Montélimar.

E - Restaurer la place du Centre Hospitalier en Neurologie pour sécuriser la réponse aux besoins de la population en urgences et en suivi

La neurologie est une spécialité à renforcer pour apporter une réponse aux besoins en santé de la population du territoire. Un patient sur deux est hospitalisé en dehors du bassin, ceci lié en partie à l'absence d'une unité neuro-vasculaire (UNV) sur le bassin de Montélimar.

L'évolution de la population, son vieillissement, l'évolution des recommandations de prise en charge (élargissement des conditions de fibrinolyse, raccourcissement des délais d'intervention), la géographie du territoire (étendu, difficulté de circulation l'été) rend incontournable l'organisation d'une prise en charge aigüe dans l'établissement.

La mise en place d'une UNV ou de lits de soins intensifs neuro vasculaires à proximité immédiate du service de soins continus est un objectif majeur du projet médical. La localisation, à proximité du service de soins continus, permettra de répondre aux exigences de permanence médicale, le développement de la formation des médecins urgentistes et le renfort de l'équipe de neurologues sécuriseront complètement le dispositif.

Le renforcement de l'équipe médicale est nécessaire, par ailleurs, pour la poursuite et le développement de la prise en charge des AVC, vertiges, Parkinson, sclérose en plaque...

La compétence en neurologie est essentielle pour les autres spécialités médicales (réanimation, gériatrie) qui la mobilise fortement pour des avis spécialisés en cours d'hospitalisation. Le développement des activités de neuro-onco, d'EMG, est en cours de réflexion. Ce développement de l'EMG est essentiel en support de l'activité de réanimation et de médecine interne notamment.

Pour pallier, en partie, le manque de ressources médicales, la mise en œuvre de la télémédecine entre les centres hospitaliers de Montélimar, Aubenas, Privas et Valence dans le cadre d'une coopération sera renforcée. Le gain de temps permettra alors de répondre aux besoins en santé de la population du territoire.

F - Affirmer l'expertise du Centre Hospitalier en Endocrinologie et Maladies métaboliques

L'activité est en constante augmentation et augmentera dans les cinq ans à venir, le potentiel d'attractivité est important (47 % de fuites hors bassin).

			2009	2010	2011	2012
Endocrinologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	4	10	10	10
		Nb d'entrées	195	303	377	400
		<i>Evol. Annuelle</i>		55,4%	24,4%	6,1%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	105,1%			
		Nb de journées	1 476	2 320	2 886	3 697
		<i>Evol. Annuelle</i>		57,2%	24,4%	28,1%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	150,5%				
	DMS	7,57	7,66	7,66	9,24	
	HJ / ACHA	Nb de venues	112	117	157	186
		<i>Evol. Annuelle</i>		4,5%	34,2%	18,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	66,1%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	868	1 412	1 740	2 079
<i>Evol. Annuelle</i>			62,7%	23,2%	19,5%	
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		139,5%				

La prise en charge globale du diabète, diabète gestationnel, diabète de type 1, de type 2 et de ses complications cardio-vasculaires, rénales et ophtalmiques est assurée, notamment les plaies des pieds diabétiques, avec intervention pluridisciplinaire (chirurgien vasculaire, infectiologie et radiologue). Cette prise en charge est effectuée sur les 10 lits d'hospitalisation traditionnelle. Les autres pathologies endocriniennes sont également prises en charge (pathologies thyroïdiennes, surrénaliennes, hypophysaires, ...).

L'objectif est de répondre à la demande par le développement de l'hospitalisation programmée de semaine sur 4 lits, avec des séances d'éducation thérapeutique du diabète, l'utilisation des nouvelles pompes à insuline et la mise en œuvre des nouveaux supports de surveillance glycémique continue par des holters glycémiques.

L'éducation thérapeutique est un champ que les praticiens souhaitent développer à court terme. Elle permet de limiter les hospitalisations ou réhospitalisations notamment avec la prévention des plaies du pied diabétique.

Le renforcement de l'équipe permet, en outre, de fournir plus rapidement des avis au sein des autres unités médicales de l'établissement et de concourir ainsi à la diminution de la durée de prise en charge de leurs patients et un renforcement de l'équipe paramédicale (1 diététicienne à plein temps, 2 IDE formées en éducation thérapeutique, 1 SM).

Au plan territorial, compte tenu des besoins du territoire, une consultation avancée a été organisée au Centre Hospitalier de Privas depuis le début de l'année 2012.

Enfin, cette spécialité rencontre des problèmes d'aval importants, faute de places de SSR sur site. La durée moyenne de séjour est élevée. La structuration de la filière SSR endocrinologie répond à l'objectif de fluidifier les prises en charge complexes de l'obésité – pieds diabétiques dans le cadre d'un meilleur maillage des acteurs.

Objectifs :

- Renforcer les liens de communication en interne et informer les différents médecins libéraux est également un objectif : médecins généralistes, cardiologues, pneumologues, gastro-entérologues et ophtalmologues ; information des différentes unités d'hospitalisation en diabétologie, des nouvelles thérapeutiques appliquées sur le Centre Hospitalier de Montélimar, le développement de la cytoponction thyroïdienne écho guidée.
- Organiser les consultations d'urgence et les hôpitaux de jour par une ligne

- téléphonique directe à l'endocrinologue (interne et externe).
- Organiser une formation spécifique à l'éducation thérapeutique (40 h) des médecins, IDE et diététiciennes selon les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS).
- Actualiser les connaissances du personnel soignant de manière régulière : IDE, diététiciennes, sages-femmes et aides-soignantes du Centre Hospitalier, IDE de l'HAD et des IDE libérales.
- A l'échelon du territoire, des consultations seront effectuées au Centre Hospitalier de Privas (1/15 jours) avec hospitalisation sur le Centre Hospitalier de Montélimar.

L'augmentation d'activité prévue est importante avec + 30 % à cinq ans avec une légère augmentation de la part d'ambulatoire (en respectant les critères de la circulaire frontière).

G - Consolider les compétences en hépato-gastro-entérologie

Le centre hospitalier est attractif sur cette activité, un patient sur deux y étant hospitalisé.

Il dispose de compétences reconnues. Le Centre Hospitalier de Montélimar est l'un des premiers établissements à avoir obtenu la reconnaissance par la HAS d'un protocole de coopération et de délégation de tâches et de compétences pour la prise en charge des patients atteints d'hépatite C.

Il dispose également de la compétence en interventionnel biliaire. Le recrutement d'un praticien à orientation interventionnelle biliaire et pancréatique nécessaire pour permettre la poursuite d'une prise en charge globale du patient en hépato-gastro-entérologie et assurer la pérennité de l'astreinte d'endoscopie au Centre Hospitalier de Montélimar, après le départ du chef de service, a été réalisé en 2012. Cette spécialité peut donc continuer à afficher des objectifs forts en niveau d'activité et qualité du service rendu.

L'établissement répond aux exigences de la permanence des soins pour les situations d'hémorragies digestives.

La spécialité bénéficiera d'un nouveau plateau technique dès 2014 avec l'ouverture du bloc endoscopie et du plateau chirurgie ambulatoire.

Fort de ces appuis, le potentiel de développement existe encore à la fois sur le bassin mais également en dehors (35 % de fuites).

		2009	2010	2011	2012	
Gastro-entérologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	16	16	16	15
		Nb d'entrées	881	845	816	1077
		<i>Evol. Annuelle</i>		-4,1%	-3,4%	32,0%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	22,2%			
		Nb de journées	4 585	4 518	4 215	4 513
		<i>Evol. Annuelle</i>		-1,5%	-6,7%	7,1%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-1,6%				
	DMS	5,20	5,35	5,17	4,19	
	HJ / ACHA	Nb de venues	1 161	1 379	1 500	1 567
		<i>Evol. Annuelle</i>		18,8%	8,8%	4,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	35,0%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	2 048	2 191	2 421	2 748
<i>Evol. Annuelle</i>			7,0%	10,5%	13,5%	
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		34,2%				

Dans une stratégie volontariste, l'objectif sera de maintenir les compétences larges en hépato gastro entérologie pour la prise en charge des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin, la prise en charge des pathologies cancéreuses, des pathologies hépatiques et biliaires entérologie, pour :

- poursuivre la prise en charge des patients atteints d'hépatite C dans le cadre du protocole de coopération entre professionnels de santé ;
- développer l'activité de la spécialité en mobilisant les moyens ambulatoires ;
- continuer à répondre aux exigences de la permanence des soins.

La réalisation de l'activité privilégiera le développement de l'hospitalisation de jour (bilans et explorations).

En hospitalisation complète, sous réserve d'une meilleure organisation de l'aval (SSR, EHPAD), une réduction de la durée moyenne de séjour est prévue. La capacité lits installée est maintenue. Le développement de l'activité privilégiera l'hospitalisation de jour.

H - Poursuivre la dynamique de développement de la Filière Oncologie

L'oncologie se développera dans les cinq ans à venir.

L'objectif est la reconnaissance de l'établissement dans son rôle de pivot de l'organisation du bassin de santé, avec la constitution d'une filière organisée, fluide, sans rupture, réactive et visible tant pour les patients que pour les praticiens du bassin. Un patient atteint d'une maladie cancéreuse doit pouvoir être assuré de trouver au Centre Hospitalier (voir sur le territoire) toutes les compétences nécessaires à sa prise en charge du début à la fin de sa maladie y compris (et surtout) si cette dernière a une évolution défavorable. Pour ce faire, il faut donc développer, optimiser les complémentarités et coordonner la prise en charge du patient en assurant la qualité et la sécurité des soins.

Les liens fonctionnels entre les unités d'hospitalisation complète, de jour, radiothérapie et chimiothérapie sont nécessaires, le souhait d'une entité géographique exprimé, compte tenu de l'augmentation de la file active, a été pris en compte en 2012 avec la création d'une unité associant HDJ et HC pour optimiser coordination et continuité des soins, et ainsi obtenir une plus grande réactivité. L'unité dispose de 12 lits d'hospitalisation complète situés à proximité de 10 places d'hôpital de jour et des box de consultation. Cette unité a vocation à s'inscrire en support des spécialités d'organes : hépato-gastro entérologie, pneumologie, neurologie. Les liens entre les spécialités d'organes et la filière cancer sont à consolider pour garantir la fluidité de la prise en charge du patient et la réponse aux attentes des praticiens des spécialités pour la prise en charge de leur patient.

Le développement des complémentarités intègre la nécessité de couvrir les besoins médicaux dans les 2 autres établissements MCO du bassin. Des recrutements médicaux partagés sont indispensables à court terme.

La prise en charge des situations de douleurs rebelles et de la fin de vie est un axe prioritaire de développement compte tenu de l'absence de réponse organisée au sein de l'établissement.

L'hospitalisation d'un patient atteint d'un cancer sera orientée prioritairement vers l'unité d'oncologie ou vers l'unité de spécialité selon l'évolution de sa pathologie. L'ensemble des constituants de la filière est concerné : consultation d'annonce, prise en charge médicale, prise en charge chirurgicale, RCP, chimiothérapie, radiothérapie, soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie, soins de support sous toutes leurs formes (prise en charge de la douleur, évaluation nutritionnelle, évaluation gériatrique, prise en charge psychologique, évaluation sociale, prévention et prise en charge des effets secondaires)... L'organisation spatiale mise en place en 2012 avec un plateau regroupant les différents types de prises en charge médicales sert la coordination continue du parcours de soins.

L'objectif à plus long terme est la mise en œuvre d'une prise en charge territoriale de la pathologie oncologique avec l'organisation des 3C, la constitution de RCP territoriales. Le Centre Hospitalier de Montélimar pourrait en être le centre de coopération et le relais des informations. Des formations continues seront également mises en place. Elles concernent tant les équipes médicales que paramédicales.

La définition et la mise en œuvre d'une politique de communication tant en interne qu'en externe sur la filière et ses atouts participent à cet objectif.

Le renforcement des liens et la communication envers les acteurs libéraux permettront d'assurer la continuité des soins dans le cadre d'un véritable réseau ville – hôpital.

Le rayonnement de cette filière doit pouvoir également s'exprimer à travers des projets de recherche. A cet égard, l'établissement porte le recrutement d'un assistant de recherche clinique (ARC) qui depuis l'été 2012 partage son temps entre les 3 établissements publics MCO.

Les praticiens souhaitent le développement de certaines activités particulières telles que l'onco-gériatrie, nutrition et cancer, activités physiques et cancer, le Vivre après le cancer.

Le développement des soins de support est un facteur essentiel de la qualité de vie dont les publications actuelles montrent les impacts positifs sur le pronostic.

Depuis fin 2011, l'établissement propose des séances d'acupuncture réalisées par un médecin en accompagnement des séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Une infirmière naturopathe est également associée à la prise en charge des patients selon les orientations médicales et le souhait des patients. L'intervention d'une socio esthéticienne est financée par la Ligue contre le cancer.

La proposition de ces soins de support constitue un aspect essentiel de la qualité de la prise en charge globale des personnes atteintes de cancer. Il s'agit donc d'un axe de prise en charge que l'établissement entend consolider.

I - Consolidation de l'activité de Radiothérapie

Le Centre Hospitalier de Montélimar est le seul établissement du territoire Drôme/Ardèche Sud à posséder cet équipement (installation du second accélérateur en octobre 2009). L'activité a vocation à augmenter pour assurer une réponse de proximité aux patients du territoire et pour anticiper une évolution éventuelle des seuils. Les radiothérapeutes poursuivront la réalisation de consultations avancées au Centre Hospitalier de Privas et projettent d'en réaliser également au Centre Hospitalier d'Aubenas. Les liens avec le Centre Léon Bérard seront poursuivis. Pour améliorer l'utilisation des équipements, le centre hospitalier mettra un temps de traitement à disposition du centre de radiothérapie privé Marie Curie. Une convention encadrant l'intervention des praticiens du Centre Marie Curie a été présentée à l'Agence Régionale de Santé début 2012. Sous réserve d'accompagnement financier pour

sécuriser le démarrage du partenariat, elle peut être mise en œuvre sans délai. Les deux structures rempliraient ainsi l'objectif qui leur est fixé par le SROS.

L'attractivité pour les patients en sera accrue.

Il s'agit également de poursuivre la démarche qualité et sécurité mise en œuvre depuis 2007 et de revenir à une coopération rapprochée avec l'oncologie (staff commun, coordination des traitements séquentiels ou concomitants, dynamique commune en matière d'accueil et de qualité des prises en charge).

Les objectifs à 5 ans sont :

- d'assurer un délai de prise en charge entre 7 à 15 jours et d'atteindre une file active de 800 patients (au delà des seuils d'autorisation).
- de mettre en place des techniques innovantes avec des investissements nécessaires pour être conforme aux recommandations scientifiques : Monoisocentriques, Gating, IGRT (radiothérapie guidée par l'imagerie), et IMRT (RT par modulation d'intensité)...
- de renforcer les liens avec le réseau régional d'oncologie, et les centres régionaux de référence pour coordonner la partie des soins, qui relève de ces centres (radiochirurgie, curiethérapie...), et faciliter les échanges et l'homogénéité des pratiques.
- de dynamiser la participation aux essais cliniques avec l'accompagnement de l'ARC.
- de retravailler l'attractivité de la radiothérapie en améliorant constamment et en communiquant sur la qualité, sécurité, délais de prise en charge, etc...

J - Chimiothérapie

Les objectifs à 5 ans sont une augmentation d'activité de + 15 % (tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour). Les chimiothérapies se réalisent essentiellement en hôpital de jour.

Le développement de l'activité a justifié l'investissement à la pharmacie, d'une unité de reconstitution des cytostatiques comprenant 2 isolateurs. Cette unité sera opérationnelle en juin 2012.

K - Création d'une Unité de soins palliatifs

Le projet prévoit la création d'une unité spécialisée en soins palliatifs (USP) avec un équipement et une équipe médicale et soignante compétente.

Il s'agit de créer une unité de court séjour de soins palliatifs dont la vocation est de recevoir les patients présentant des symptômes rebelles, ceux pour lesquels la prise en charge est la plus complexe ou encore ceux pour lesquels les services référents sont en difficulté pour des séjours de répit. Cette unité accueillera en majorité des patients atteints de cancer puisque c'est la pathologie qui génère le plus grand nombre de patients relevant de ces soins. Ceci permettra de compléter la filière d'oncologie en maintenant la possibilité d'hospitalisation sur le Centre Hospitalier de Montélimar quelque soit le stade de la pathologie.

L'objectif est de répondre non seulement aux besoins de l'établissement mais également à ceux du territoire. L'unité de soins palliatifs permettra d'accueillir sur le site réalisant la radiothérapie les patients relevant d'une prise en charge spécialisée en soins palliatifs. Par ailleurs, l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) doit être renforcée pour permettre l'accessibilité aux soins palliatifs des patients à domicile ou en EHPAD (projet de développement des soins palliatifs 2010 - 2012). Les liens entre l'USP et l'EMSP

permettront la couverture d'une astreinte de spécialité pour l'unité et les remplacements médicaux au sein de l'équipe mobile. Ils permettront également de remplir les missions de formation et de recherche de façon optimale et concertée.

La demande d'autorisation concerne 10 lits d'USP, dont la localisation reste à définir. Une demande d'augmentation de l'enveloppe MIG correspondante est à réaliser en parallèle.

A défaut d'autorisation d'USP, le Centre Hospitalier s'orientera vers l'installation de 6 lits identifiés de soins palliatifs.

L - Rhumatologie

Il s'agit d'une activité fortement concurrencée sur le bassin. Un patient sur deux est hospitalisé hors bassin, un tiers l'est au sein du centre hospitalier de Montélimar.

L'établissement s'engage à poursuivre et à développer la prise en charge des pathologies inflammatoires en consultation et hospitalisation lors des poussées aiguës, les bilans pré-thérapeutiques et hospitalisations de jour pour les polyarthrites rhumatoïdes, les pathologies infectieuses ostéo-articulaires et les discopathies en hospitalisation. Ces objectifs seront consolidés concomitamment avec le développement de la médecine interne.

La compétence médicale est également investie au sein de l'établissement par le groupe d'étude des situations de travail (GEST) en partenariat avec la médecine du travail.

M - Médecine du sport

Cette activité de consultation s'est installée progressivement depuis le mois de mars 2011. Le bilan réalisé à la fin du mois de novembre met en évidence une activité qui est en constante augmentation depuis l'ouverture, ce qui témoigne bien du potentiel existant (absence d'offre similaire sur les deux départements Drôme et Ardèche).

Actuellement, la file active est de 650 patients qui consultent en moyenne deux fois par an. Cette population est à l'origine d'une demande d'imagerie en externe qui représente environ 200 examens (scanner, IRM et échographie) et près de 50 consultations chirurgicales (dont la majorité aboutit à des interventions). Enfin, la réalisation d'épreuves physiologiques avec tests d'efforts et mesure des échanges gazeux, qui a débuté très récemment (octobre 2011), doit pouvoir augmenter très rapidement puisque sur l'ensemble de la file active, c'est près d'une quarantaine de tests d'efforts qui ont pu être proposés et qui sont en attente de réalisation.

Il est probable que ces chiffres puissent, au minimum, doubler durant la prochaine année en raison de plusieurs éléments : réponse à une demande existante (plusieurs milliers de sportifs sur les deux départements), création d'une convention en attente de signature entre le centre hospitalier et la médecine du sport et l'office territorial des sports qui regroupe plus de 80 clubs ou associations, participation des deux médecins du sport aux instances sportives départementales et régionales (comité olympique et comité d'athlétisme), mise en place programmée d'une participation aux soirées de formation médicales continues des médecins généralistes.

D'autre part, le deuxième volet de cette activité va s'articuler autour de la prise en charge de certains patients pour lesquels la pratique d'une activité physique est recommandée. Cette pratique doit être encadrée, c'est-à-dire bénéficiant d'une évaluation initiale (bilan médico sportif avec tests d'effort, prescription d'une activité adaptée) et d'un suivi (surveillance de certains indicateurs).

Deux spécialités sont déjà directement concernées : la cancérologie car la prescription d'une activité physique a été démontrée comme étant bénéfique et se développe avec la création sur le Centre Hospitalier de Montélimar de l'association sport et cancer - file active estimée à 50 patients (pour un test d'effort annuel et un suivi par une consultation tous les deux mois) ; et l'endocrinologie, en particulier les patients diabétiques et obèses qui pourraient ainsi être pris en charge dans le cadre d'un hôpital de jour : file active estimée à 200 patients (pour un test d'effort annuel et un suivi par une consultation tous les deux mois).

Deux autres spécialités peuvent être concernées (en fonction du projet d'établissement) : la cardiologie avec la prise en charge des insuffisants cardiaques et la pneumologie avec la prise en charge des insuffisants respiratoires.

Le projet de collaboration avec les centres de Dieulefit et de Nyons intégrera la présence d'un médecin du sport de façon à pouvoir bénéficier, à la fois d'une présence médicale de recours mais aussi de l'expertise de ce médecin.

Pour que l'ensemble de ces prises en charges puisse être assurée, il est nécessaire de compléter l'effectif actuel (1 praticien hospitalier contractuel à 60%) par un deuxième poste à temps partiel.

N - Néphrologie

La prise en charge des maladies rénales est insuffisamment couverte à ce jour au Centre Hospitalier de Montélimar. L'absence de néphrologue en 2010 et 2011 s'est traduite par l'arrêt des consultations hospitalières et la gestion des lits de repli pour l'activité de dialyse assurée sur le site du Centre Hospitalier par les associations AGDUC et AURAL.

Or, sur un territoire caractérisé par une forte proportion de personnes âgées, la forte progression du diabète et des affections cardio vasculaires, qui constituent des facteurs de prévalence des pathologies rénales, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est une nécessité.

Cette prise en charge doit viser la prévention, le dépistage, le suivi en lien avec les médecins traitants, la mise en place précoce dès le stade 3B de l'insuffisance rénale chronique de mesure permettant de ralentir la progression de l'IRC et enfin de préparer dans les meilleures conditions possibles le patient à la dialyse et ses alternatives.

Devant le constat de difficulté de recrutement médical, le Centre Hospitalier a renforcé ses coopérations avec l'AGDUC, l'association étant elle-même confrontée à une problématique de renfort de son équipe. La constitution d'une équipe mutualisée disposant des compétences hospitalières et de dialyse est un objectif de la convention signée entre les deux institutions le 20 septembre 2012 (effet au 1^{er} octobre 2012).

A ce jour, deux recrutements sont effectifs.

Dès lors, le Centre Hospitalier peut proposer des consultations hospitalières à compter du mois de mai 2012.

La prise en charge hospitalière, dans le cadre du suivi, de l'urgence ou suite aux séances de dialyse sera réalisée dans une unité de médecine. 4 lits sont identifiés pour cette activité dans le cadre de la réorganisation des capacités de l'établissement.

Ces activités seront donc à consolider au cours du présent projet d'établissement pour assurer une prise en charge de proximité.

L'IRC est une pathologie qui peut voir son évolution ralentie si l'on traite efficacement les conséquences cliniques et les désordres internes qu'elle induit. L'éducation

thérapeutique prend donc tout son sens pour cette pathologie. Son développement sera inscrit dans les objectifs du service.

O - Médecine Interne

Jusqu'en 2012, cette spécialité n'était pas présente au Centre Hospitalier de Montélimar. Il s'agit pourtant d'une spécialité au cœur de problématiques de santé publique qui présente un très grand intérêt pour toutes les activités du Centre Hospitalier : polyvalence des compétences, découverte et suivi de maladies jusque là obligeant à des déplacements importants des malades, expertise en réanimation. Le développement de cette spécialité se fera au sein d'un service d'hospitalisation complète et en hôpital de jour.

P - Hospitalisation à domicile

Le projet concernant l'unité d'hospitalisation à domicile (HAD) s'appuie sur les données DGOS du document préparatoire au SROS IV.

L'hospitalisation à domicile est actuellement d'une capacité de 22 places avec une possibilité d'extension à 30 places. Elle est en lien avec l'ensemble des unités médicales de l'établissement et plus particulièrement avec l'oncologie, l'hépatogastro-entérologie, la chirurgie viscérale, l'endocrinologie, le SSR, la pneumologie et la pédiatrie,... Certaines unités font moins appel à cette alternative à l'hospitalisation telles que la cardiologie, la rhumatologie, l'addictologie, la chirurgie orthopédique et le court séjour gériatrique (CSG).

La demande d'admission est sur support papier et transmise au médecin responsable de l'HAD. Si le patient est éligible à cette prise en charge, l'équipe d'HAD prend contact avec ce dernier et en assure le suivi à domicile en collaboration avec le médecin spécialiste référent et le médecin traitant.

Les objectifs de développement de l'HAD à 5 ans sont les suivants :

- Développer l'HAD gériatrique, notamment en sortie de SSR avec optimisation de la durée moyenne de séjour, et en EHPAD. Pour les patients de la ville de Montélimar, un élément en serait la formalisation d'une possibilité de collaboration avec le SSIAD de Montélimar.
- Développer des antennes : un projet d'antenne sur Bourg Saint-Andéol est en cours de réflexion ; des antennes supplémentaires pourraient être pertinentes sur Nyons et Privas. Sur Privas, la création récente d'un CSG de 10 lits avec en aval un SSR insuffisant en lits (14), peut aussi être un argument pour cette antenne, afin d'aider à la fluidité de la filière gériatrique sur ce bassin. En fonction des besoins de chaque zone de soins de proximité et de l'évolution de l'activité, un certain nombre de places pourra être dédié à chacune de ces antennes. La participation de l'HAD à la création du réseau « personnes âgées » sur Nyons et Buis les Baronnies est un des facteurs qui permettra ce développement.
- Développer les retours précoces d'accouchement (J2), voir grossesses pathologiques avec sages-femmes et PMI de Valréas (convention de partenariat signée).
- Développer la Chimiothérapie à domicile (selon les préconisations de l'INCa en cours).

Certaines chimiothérapies pourront être réalisées à domicile. Une telle évolution des prises en charge correspond d'ailleurs à un réel besoin des patients comme des Oncologues. L'organisation de cette activité implique cependant de prendre en compte la complexité des circuits de soins (transport d'un produit périssable et onéreux, validation des feux verts jalonnant la chimiothérapie....) par une parfaite coordination entre l'unité cytotoxique, le transporteur et la personne responsable du suivi de la chimiothérapie au lit du patient.

- Développer la Coopération avec l'HAD du Centre Hospitalier d'Aubenas.
Le fonctionnement de l'HAD, mis en place au Centre Hospitalier d'Aubenas, est similaire à celui de l'HAD de Montélimar. Un rapprochement entre ces deux structures serait donc facilement envisageable dans le cadre du GCS Drôme-Ardèche. En effet, la plupart des procédures étant communes entre Montélimar et Aubenas, l'organisation d'une telle coopération se trouverait facilitée même si la problématique du partage des données entre établissements doit faire l'objet d'une réflexion spécifique. La complexité croissante, notamment médicale et soignante, des situations prises en charge à domicile, nécessite un recours fréquent aux avis médicaux, notamment le week-end. Les structures d'HAD peuvent certes s'appuyer sur les centres 15 de la Drôme et de l'Ardèche ainsi que sur les médecins libéraux participant à la permanence des soins, mais certaines situations nécessitent réellement un avis « spécialisé », afin notamment d'éviter toutes réhospitalisations inutiles et délétères. Ainsi, une réflexion doit être menée pour officialiser une astreinte, au moins téléphonique, des médecins coordonnateurs des HAD du GCS.
- Développer la télémédecine : le développement de la télémédecine pourrait trouver son application dans le suivi des plaies complexes.
- Développer l'Informatisation du dossier patient.

L'HAD du Centre Hospitalier de Montélimar est une HAD de coordination. Son fonctionnement a été volontairement défini pour favoriser les liens avec les partenaires libéraux. Dans ce cadre, le partage et la traçabilité au domicile des interventions de chaque intervenant sont essentiels. Ainsi, la mise en place d'un logiciel spécifique à l'HAD est souhaitable, aussi bien pour le traitement en interne des demandes de prise en charge en HAD, que pour le suivi du projet de soins des patients et l'organisation de l'astreinte médicale spécifique évoquée précédemment. Par ailleurs, un tel logiciel permettrait une simplification du circuit de la facturation pour les libéraux. Il nécessite, cependant, l'adhésion complète de tous les intervenants et une comptabilité avec les installations existantes du Centre Hospitalier de Montélimar.

Le souhait est une évolution de la capacité de 22 à 30 places.

La capacité initiale autorisée de la structure d'HAD du Centre Hospitalier de Montélimar est de 22 places. Les perspectives concernant son évolution conduisent à une réévaluation de son effectif pour 30 places.

K - Consolider les compétences de la Structure Libre d'Information Médicale

Les enjeux forts sur la qualité du dossier médical et sur la facturation nécessitent une attention particulière sur le maintien des compétences au sein de cette unité, tant médicales que non médicales. Le soutien des équipes médicales et paramédicales pour le renseignement et la codification des informations patients, le co-pilotage de l'informatisation du dossier, la contribution au projet de facturation au fil de l'eau requièrent des compétences spécialisées qu'il faut maintenir et développer.

POLE SPECIALITES CHIRURGICALES

Le pôle spécialités chirurgicales va bénéficier de l'ouverture du nouveau plateau technique : nouveau bloc opératoire et service de chirurgie ambulatoire dont la capacité sera augmentée de 8 à 16 lits. Ce nouvel équipement offre l'opportunité de renforcer le positionnement du centre hospitalier en chirurgie sur le bassin.

Tout en intégrant les résultats de benchmarking des blocs opératoires, auxquels l'établissement participe depuis plusieurs années, le fonctionnement du nouveau bloc sera pensé avec deux objectifs visant à asseoir l'activité de l'ensemble des spécialités chirurgicales tout en continuant d'assurer la prise en charge des urgences eu égard aux missions de l'établissement en matière de permanence des soins :

- Organisation des plages opératoires (à élargir) à optimiser pour la prise en charge rapide des patients du Centre Hospitalier de Montélimar, et à moyen terme, ouverture aux praticiens du territoire.
- Réservation de certaines plages pour les interventions non programmées afin d'absorber l'activité d'urgence sans impact sur le programmé.

Concernant les actes traceurs en chirurgie ambulatoire, l'objectif fixé est d'atteindre le seuil des 85 %. Cette modalité de prise en charge est en progression grâce à la structure qui est opérationnelle depuis mars 2005. Son développement sera favorisé par la proximité géographique entre les places de l'ACHA et le bloc opératoire dans le nouveau plateau technique. Le développement de la chirurgie ambulatoire concerne toutes les spécialités chirurgicales y compris la pédiatrie.

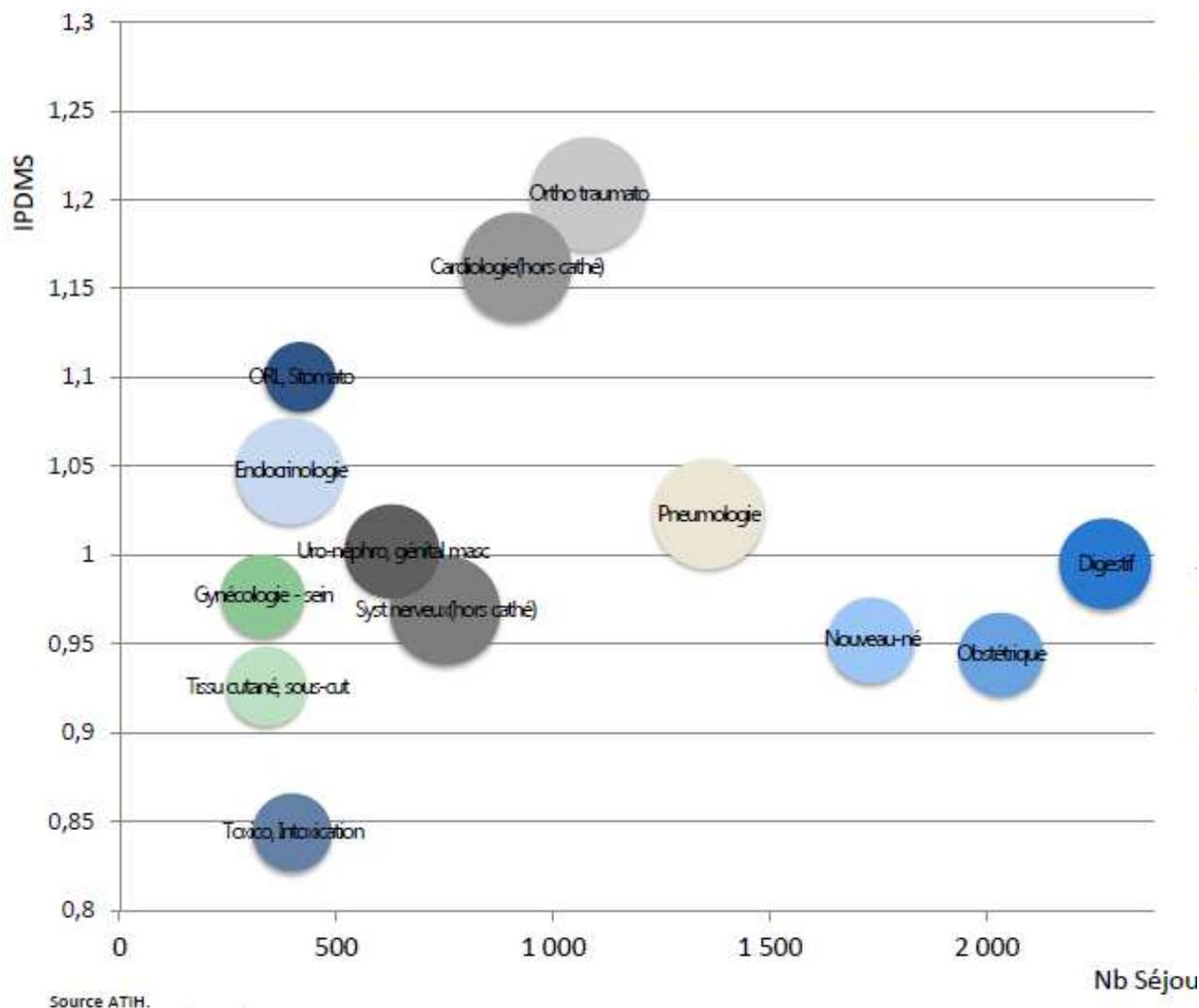
Compte tenu des caractéristiques de la population du bassin et des missions assurées par l'établissement pour la filière gériatrique et les urgences, les spécialités chirurgicales sont très sollicitées pour la prise en charge de patients âgés et/ou polyopathologiques. L'âge moyen des patients est élevé, en chirurgie orthopédique notamment. En 2012, dans cette spécialité, l'âge moyen des patients était de 57,25 ans mais 32,3 % étaient âgés de plus de 75 ans.

Le suivi de ces patients en post-opératoire soulève deux problématiques spécifiques rencontrées fréquemment dans les hôpitaux publics : le suivi médical des pathologies existantes à l'admission, l'organisation de la sortie.

Concernant la prise en charge du patient en post-opératoire et afin d'assurer la poursuite de sa prise en charge, le recrutement d'un praticien généraliste ou gériatre dévoué à cette activité est une piste de réflexion.

L'organisation de la sortie se heurte aujourd'hui au manque de places de soins de suite sur le bassin. La durée moyenne de séjour est élevée, spécifiquement en chirurgie orthopédique.

L'articulation avec les établissements peut encore être renforcée en lien avec la filière gériatrique. Toutefois, le manque de lits de SSR devra trouver une réponse compte tenu des évolutions démographiques qui vont accentuer la pression.



IPDMS par domaine d'activité

Une IPDMS supérieure à 1 signifie une durée d'hospitalisation plus longue qu'au sein des établissements français (pour un même case mix et à sévérité comparable).

Le manque de ressources humaines en anesthésie est le point de fragilité des spécialités chirurgicales. L'impact est important sur l'ensemble des filières de prise en charge, sur l'utilisation du bloc opératoire et sur la continuité des soins. Le recrutement de praticiens est une priorité pour créer une équipe d'anesthésie pérenne et assurer le développement des interventions chirurgicales au sein du centre hospitalier de Montélimar.

Des réflexions initiées pour le présent projet médical et celui de la communauté hospitalière de territoire, il ressort que le nouveau projet d'établissement portera le développement et/ou l'amélioration de sa coopération avec l'ensemble des acteurs de santé, y compris libéraux, dans un certain nombre de disciplines médicales et chirurgicales.

Le projet médical du G.C.S. et de la CHT reprendra ces coopérations en les élargissant (sur les soins de suite notamment) et en articulant davantage les filières drômoises et ardéchoises. **Au niveau du territoire**, la proposition de consultations avancées par des médecins spécialistes (**endocrinologie, chirurgies spécialisées**) constitue une réponse à la fois aux attentes des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux.

Des conventions de coopération avec les établissements de santé du territoire de santé ont été signées notamment en Urologie et en O.R.L... (Cf. conventions).

Enfin, la permanence des soins s'inscrit dans le cadre du schéma cible régional en cours de validation par l'A.R.S. Rhône Alpes ; le Centre Hospitalier étant positionné comme établissement référent. Le respect des missions de la permanence des soins s'inscrit dans ce cadre. Le Centre Hospitalier assure la permanence des soins en viscéral, orthopédie et ORL. Pour l'urologie, la permanence est assurée dans le cadre de l'astreinte territoriale.

A -Chirurgie viscérale

L'activité en chirurgie viscérale est en progression avec une attractivité à renforcer et à développer (28 % de fuites, mais une forte attractivité de l'offre privée sur le bassin).

Les délais de consultations sont actuellement à 6 semaines, ce qui peut expliquer en partie les fuites de patients par manque de réactivité. L'activité d'hospitalisation est programmée à hauteur de 60 à 65 %.

L'unité réalise la prise en charge chirurgicale des cancers digestifs. Les seuils fixés par l'INCA sont largement dépassés.

			2009	2010	2011	2012
Chirurgie viscérale et générale	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	20	24	24	23
		Nb d'entrées	1 212	1 135	1 163	1 181
		<i>Evol. Annuelle</i>		-6,4%	2,5%	1,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-2,6%			
		Nb de journées	6 514	6 177	6 259	6 315
		<i>Evol. Annuelle</i>		-5,2%	1,3%	0,9%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-3,1%			
		DMS	5,37	5,44	5,38	5,35
	HJ / ACHA	Nb de venues	88	112	286	323
		<i>Evol. Annuelle</i>		27,3%	155,4%	12,9%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	267,0%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	2 795	2 682	2 903	2 922
<i>Evol. Annuelle</i>			-4,0%	8,2%	0,7%	
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		4,5%				

L'activité d'urgence est importante et le service répond aux exigences régionales du cahier des charges de la permanence des soins.

L'urgence peut impacter l'organisation du planning du bloc opératoire. Les chirurgiens relèvent qu'il existe une insuffisance de plages opératoires pour intégrer cette activité (amplitude des vacations ou nombre de salles). Cette problématique sera un axe de réflexion.

Afin d'assurer la permanence des soins et assurer le développement de l'activité, un effectif de 4 chirurgiens sera nécessaire pour ne pas grever l'activité programmée en raison de la nécessité du repos de sécurité. Il s'agit d'un objectif à moyen terme en lien éventuel avec l'activité d'urgence des centres hospitaliers d'Aubenas et de Privas. L'effectif de 4 chirurgiens permettra également que l'activité au service des urgences (avis, ...) n'impactent pas sur les interventions chirurgicales lourdes.

Les praticiens prévoient une augmentation de l'activité notamment sur la partie cancérologie. Le développement de l'activité suppose une augmentation des vacations opératoires et du temps d'anesthésiste. Il est envisagé une augmentation d'activité de + 5 % par an, même évolution pour la part d'ambulatoire ; la durée moyenne de séjour diminuerait avec une prise en charge sociale améliorée.

B - Chirurgie ortho-traumatologique

L'activité est importante. Il existe un fort potentiel de développement en ce qui concerne la chirurgie programmée (la concurrence du secteur privé est forte dans ce domaine). L'activité de soins porte sur la chirurgie des membres exclusivement. Elle ne porte pas sur l'activité du Rachis (cette activité spécifique ne peut se concevoir que dans des centres adaptés disposant de matériel et de personnel en conséquence. La chirurgie rachidienne reste une niche au sein de l'activité de traumatologie mais aussi de celle de l'orthopédie. Cette spécialité est couverte d'une part, par la Clinique Kennedy de Montélimar pour l'orthopédie et, d'autre part, par le Centre Hospitalier de Valence pour les urgences.

L'activité de Traumatologie est variable. Elle concerne essentiellement la pathologie du 3^{ème} âge (fracture du col fémoral...). Celle-ci nécessite une collaboration de plus en plus importante avec les Gériatres de l'Etablissement. Cette activité spécifique demande des soins médicaux et une disponibilité de lit d'aval.

La création d'un poste médical est une nécessité pour la gestion de cette comorbidité. Une restructuration des lits d'hospitalisation semble nécessaire (augmentation du nombre de chambres seules) avec de manière concomitante l'utilisation de l'hôpital de semaine.

L'augmentation du nombre d'interventions d'orthopédie ne pourra se faire qu'avec l'utilisation d'une 2^{ème} salle (dite d'urgence) ; les plages opératoires disponibles étant saturées actuellement. Dans cette optique, un renforcement de l'équipe chirurgicale devra s'envisager.

L'organisation de l'activité au sein du bloc opératoire sera revue avec l'ouverture du nouveau bloc opératoire en prenant en considération la prise en charge des urgences et le développement de la chirurgie ambulatoire.

			2009	2010	2011	2012
Orthopédie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	24	24	26	26
		Nb d'entrées	1 020	984	1 115	1 233
		Evol. Annuelle		-3,5%	13,3%	10,6%
		Evol. 2009 / 2012	20,9%			
		Nb de journées	6 326	6 401	8 072	7 834
		Evol. Annuelle		1,2%	26,1%	-2,9%
	Evol. 2009 / 2012	23,8%				
	DMS	6,20	6,51	7,24	6,35	
	HJ / ACHA	Nb de venues	163	205	307	385
		Evol. Annuelle		25,8%	49,8%	25,4%
		Evol. 2009 / 2012	136,2%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	4 784	4 888	5 454	5 998
Evol. Annuelle			2,2%	11,6%	10,0%	
Evol. 2009 / 2012		25,4%				

L'activité devrait augmenter avec une part du programmé plus importante tout en assurant la réponse à l'activité d'urgence, la permanence des soins restant une mission essentielle de l'hôpital. Des activités à développer ont été évoquées : arthroscopie de l'épaule (avec rénovation de l'équipement).

C - ORL

Il s'agit d'une spécialité jeune au sein de l'établissement avec une activité de chirurgie ORL peu élevée (12% de parts de marché et un taux de fuite de 38%), très concurrencée par l'offre privée et un potentiel équivalent à celui de la chirurgie viscérale.

Il est relevé des difficultés pour obtenir des plages de blocs avec un manque de souplesse pour les interventions carcinologiques plus difficilement programmables. La mise à disposition de plages opératoires pour cette spécialité est en projet.

			2009	2010	2011	2012
ORL	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	2	2	6	4
		Nb d'entrées	205	268	235	237
		Evol. Annuelle		30,7%	-12,3%	0,9%
		Evol. 2009 / 2012	15,6%			
		Nb de journées	459	651	732	737
		Evol. Annuelle		41,8%	12,4%	0,7%
	Evol. 2009 / 2012	60,6%				
	DMS	2,24	2,43	3,11	3,11	
	HJ / ACHA	Nb de venues	8	31	102	94
		Evol. Annuelle		287,5%	229,0%	-7,8%
		Evol. 2009 / 2012	1075,0%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	2 619	2 955	2 990	2 706
Evol. Annuelle			12,8%	1,2%	-9,5%	
Evol. 2009 / 2012		3,3%				

Une augmentation de l'activité de + 5 % par an sur 5 ans est probable.

Elle sera accompagnée d'une optimisation de l'organisation des consultations et explorations.

Les spécialistes souhaitent développer le diagnostic et la prise en charge des troubles de l'équilibre.

En lien avec le Pôle Mère – Enfant, il s'agira d'organiser le dépistage précoce de la surdité.

D - Chirurgie urologique

Comme l'ORL, l'activité est relativement nouvelle dans l'établissement.

Pour cette activité médico chirurgicale, les pathologies liées aux organes urinaires requièrent une approche toujours médicale et parfois chirurgicale.

Le Centre Hospitalier de Montélimar prend en charge **les 4** groupes pathologiques principaux de la spécialité :

- la **pathologie tumorale** bénigne (adénome prostate, kyste rein,...) ou maligne (cancer rein, vessie, prostate, testicule)
- la **pathologie infectieuse** (cystite, prostatite, pyélonéphrite, parasitose)
- la **pathologie fonctionnelle** (incontinence, douleurs chroniques)
- la **pathologie lithiasique** (colique néphrétique, lithiase rénale).

			2009	2010	2011	2012
Urologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	4	4	4	5
		Nb d'entrées	83	336	285	292
		Evol. Annuelle		304,8%	-15,2%	2,5%
		Evol. 2009 / 2012	251,8%			
		Nb de journées	327	1 298	1 112	1 200
		Evol. Annuelle		296,9%	-14,3%	7,9%
	Evol. 2009 / 2012		267,0%			
	DMS		3,94	3,86	3,90	4,11
	HJ / ACHA	Nb de venues	33	59	111	88
		Evol. Annuelle		78,8%	88,1%	-20,7%
		Evol. 2009 / 2012	166,7%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	1 194	1 962	2 068	2 253
		Evol. Annuelle		64,3%	5,4%	8,9%
Evol. 2009 / 2012		88,7%				

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier a l'autorisation carcinologique mais n'atteint pas les seuils. Le recrutement de praticiens et le renfort de la coopération avec Privas permet d'envisager la poursuite de l'activité oncologique dans un cadre sécurisé.

L'établissement peut prétendre au développement de la chirurgie urologique en générale (prostate, lithiase, incontinence urinaire).

Le développement des techniques d'explorations moins invasives est engagé par l'établissement.

Des conventions avec le CHU de Nîmes, Grenoble permettent de développer les compétences internes en soutien des nouvelles activités : urétéroscopie souple, lithotriporteur

L'objectif à 5 ans est de prendre en charge 40 % des patients présentant une pathologie en lien avec la chirurgie urologique, avec une part d'ambulatoire à 30 %, et une faible diminution de la DMS. Ce développement intègre la gynécologie d'explorations urodynamiques complexes.

E - Chirurgie ophtalmologique

Il s'agit d'une activité fortement concurrencée par le secteur privé et qui présente un fort potentiel de développement (30 % de fuites, plus d'un patient sur deux dans le secteur privé). L'activité dans cette spécialité est importante dans tous les secteurs : consultation, chirurgie, médecine (notamment en lien avec la diabétologie et la rétine médicale - DMLA). L'offre de soins chirurgicale concerne la chirurgie du segment antérieur de l'œil et des paupières. Le développement d'une chirurgie de la rétine dépend des compétences d'un prochain recrutement médical.

			2009	2010	2011	2012
Ophtalmologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	4	4	0	0
		Nb d'entrées	186	155	19	22
		<i>Evol. Annuelle</i>		-16,7%	-87,7%	15,8%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-88,2%			
		Nb de journées	201	170	27	48
		<i>Evol. Annuelle</i>		-15,4%	-84,1%	77,8%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-76,1%			
		DMS	1,08	1,10	1,42	2,18
	HJ / ACHA	Nb de venues	296	336	500	555
		<i>Evol. Annuelle</i>		13,5%	48,8%	11,0%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	87,5%			
	Consultations externes	Nb de cs ext	6 166	6 215	7 133	8 396
		<i>Evol. Annuelle</i>		0,8%	14,8%	17,7%
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		36,2%				

Le projet est de conserver et développer cette activité en pérennisant l'effectif à 3 postes au minimum, notamment en chirurgie réfractive, ce qui nécessitera certains investissements importants en équipements et matériels. Pour gagner en efficacité, ces derniers doivent être mutualisés avec d'autres intervenants ; une piste serait de redévelopper des partenariats avec les praticiens libéraux déjà organisés entre eux. Devant la prévalence croissante des patients atteints de diabète, le suivi des rétinopathies diabétiques sera amélioré par l'acquisition d'un rétinographe et le recrutement d'un orthoptiste.

L'activité d'ophtalmologie tend vers des actes et hospitalisations en ambulatoire.

Les consultations d'ophtalmologie doivent être consolidées au sein du Centre Hospitalier compte tenu de la faiblesse de l'offre libérale.

F - Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie réparatrice

Le Centre Hospitalier de Montélimar dispose d'un praticien hospitalier exclusivement public, sans lit dédié et avec une seule vacation opératoire entraînant des délais importants de prise en charge. Le potentiel d'attractivité est important, au-delà du

territoire. L'activité est essentiellement programmée à 80-90% (en majorité patients adressés par leur médecin traitant et par le bouche-à-oreille). Il existe une fuite très importante des patients relevant de l'urgence vers d'autres centres hospitaliers, en particulier vers le Centre Hospitalier Valence.

Les pathologies actuellement prises en charge au sein du centre hospitalier sont les suivantes : pathologie tumorale bénigne et maligne oro-maxillo-faciale ; pathologie tumorale bénigne et maligne tégumentaire générale y compris la chirurgie des mélanomes à foyers multiples ; chirurgie plastique conventionnée (abdominoplastie, mammoplastie, rhinoplastie, otoplastie, blépharoplastie, chirurgie du cuir chevelu,...) ; chirurgie réparatrice carcinologique, malformative et traumatologique ; traumatologie maxillo-faciale (patients adressés par leurs médecins traitants ou revenant des hôpitaux où ils auraient été adressés par notre service des urgences) ; pathologie infectieuse et/ou hémorragique d'origine dentaire indispensable à toute prise en charge conjointe avec la cardiologie, la radiothérapie, l'oncologie, le centre de dialyse et la diabétologie.

L'objectif est de s'inscrire dans une politique d'amélioration permanente de la qualité des soins et de la sécurité des patients, préalablement assurée par une cohérence médico-chirurgicale indispensable à la qualité ; une prise en charge spécialisée parfaitement identifiable ; une activité fortement programmée facilement maîtrisable ; une permanence des soins géographiquement nécessaire ; une mission de l'Hôpital Public obligatoirement réalisable ; et ne dérangeant aucunement les directives de la loi HPST. Les motivations sont multiples : renforcer la continuité des soins devenue de plus en plus indispensable dans le contexte de la politique des hôpitaux de territoires dits référents ; permettre un accès à des soins de qualité et de proximité aux usagers du service public du secteur Drôme-Ardèche Sud ; s'inscrire dans une démarche préventive de prise en charge de la pathologie cancéreuse conduisant comme on le voit malheureusement souvent à des prises en charges très lourdes ; et organiser la prise en charge globale et pluridisciplinaire de certaines pathologies de l'extrémité céphalique (traumatologie cranio-maxillo-faciale, cancérologie,...).

G - Chirurgie vasculaire

Cette spécialité n'est pas présente sur le site de Montélimar. Il existe un taux de fuite important dans cette discipline. Cette spécialité est à installer. Son développement servirait également la chirurgie viscérale et urologique.

POLE GERIATRIE

L'objectif poursuivi est d'offrir une réponse adaptée de proximité aux patients âgés du bassin de recrutement du centre hospitalier dans le cadre d'une filière gériatrique interne s'intégrant à une filière gérontologique de territoire, filières organisées et lisibles.

Au sein de l'établissement, une **FILIERE GERIATRIQUE INTERNE** existe depuis 2006. Elle s'est progressivement étoffée et dispose actuellement d'une équipe mobile de gériatrie, d'un court séjour de 30 lits, d'un service de soins de suite de 46 lits dont 10 lits d'unité cognitivo comportementale et 6 lits d'EVC, d'une Unité de Soins de Longue Durée de 40 lits et de 114 lits d'EHPAD répartis sur deux sites (102 dont 2 d'hébergement temporaire en centre ville et 12 dont 2 d'hébergement temporaire en unité sécurisée pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée sur le site hospitalier).

Elle a dû faire face à des réorganisations géographiques (déménagement du court séjour gériatrique et éloignement des autres unités médico-chirurgicales) et de capacités avec notamment la perte de capacités d'EHPAD (30 lits) mais augmentation de la capacité de court séjour de 25 à 30 lits.

Elle permet une prise en charge du patient âgé polypathologique dépendant ou à risque de dépendance. La mutualisation des moyens et des équipes médicales est possible entre les différentes unités gériatriques.

Le pôle réalise également une importante activité de consultation. En revanche, le plateau d'hôpital de jour est peu mobilisé actuellement.

Afin de répondre à ces objectifs, développer et fluidifier la filière de prise en charge, les médecins gériatres souhaitent :

- **Améliorer l'articulation avec le service d'accueil des urgences,**
- **Poursuivre et développer les relations avec les médecins de ville,**
- **Développer les coopérations avec les différents pôles et diffuser une culture gériatrique,**
- **Compléter tous les maillons de l'offre de soin concernant les malades d'Alzheimer,**
- **Communiquer autour de la filière gériatrique et gérontologique pour gagner ainsi en lisibilité,**
- **Poursuivre et développer les coopérations avec les différents établissements du GCS DPAM,**

Politique d'admission et articulation avec le Service d'Accueil des Urgences

L'orientation du patient âgé vers la prise en charge la plus adaptée, à partir de la médecine de ville ou du service d'accueil des urgences, a pour objectif d'augmenter la part des entrées directes au sein du court séjour gériatrique, éviter ainsi toutes hospitalisations non pertinentes, éviter des admissions inadéquates aux urgences.

L'orientation du patient vers le court séjour gériatrique doit répondre à des critères définis par les médecins gériatres et diffusés à l'ensemble des praticiens de l'établissement et des partenaires de ville ou des autres établissements.

Concernant l'articulation avec la médecine de ville, le travail en amont et le renforcement des liens avec les médecins libéraux et les médecins coordonnateurs des EHPAD est poursuivi.

Concernant l'articulation avec le service d'accueil des urgences, les médecins gériatres proposent la mise en œuvre d'une évaluation gériatrique standardisée orientant vers une hospitalisation ou non en unité de court séjour gériatrique. Un outil de repérage de la fragilité est utilisé par les urgentistes pour l'identification des patients relevant de la filière gériatrique. La suite de la prise en charge du patient pourra alors être : passage de l'équipe mobile de gériatrie, programmation d'une consultation de gériatre à court terme décidée par le gériatre de l'EMG et/ ou l'urgentiste sénior (plage de consultation : 1h par jour), l'hospitalisation directe.

La consultation comme porte d'entrée ouverte pour la ville

La consultation propose actuellement de façon hebdomadaire 4 demi-journées de consultation mémoire, 1 demi-journée de consultation onco-gériatrique et 1 demi-journée de consultation gériatrique.

HJ / ACHA	Nb de venues	21	32	31	27
	<i>Evol. Annuelle</i>		52,4%	-3,1%	-12,9%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	28,6%			
Consultations externes	Nb de cs ext	766	891	1 030	1 115
	<i>Evol. Annuelle</i>		16,3%	15,6%	8,3%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	45,6%			

Maillon fondamental de l'articulation avec la médecine de ville, cette activité, déjà soutenue, devait être amenée à se développer parallèlement aux recrutements médicaux.

L'aménagement de locaux identifiés par une signalétique adaptée à la population accueillie est souhaitable.

L'hospitalisation de jour, porte essentiellement sur l'exploration des troubles cognitifs. Un accès facilité à l'imagerie permettra de la développer.

L'objectif est de développer un pôle d'évaluation gérontologique, outil de repérage de la fragilité, dans le cadre de l'Hospitalisation de Jour de médecine afin de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète.

Développer les coopérations avec les différents pôles et diffuser une culture gériatrique par le biais de l'Equipe Mobile de Gériatrie

L'Equipe mobile mise en place est actuellement en plein développement d'activité.

L'articulation en interne à l'établissement est à composer avec les autres médecins spécialistes, d'organes ou des plateaux techniques (notamment imagerie).

Il s'agit de favoriser la consultation d'un médecin spécialiste d'organe au sein des unités de gériatrie et inversement, la consultation d'un médecin gériatre au sein des autres unités médicales, grâce à l'équipe mobile de gériatrie. **La chirurgie et l'oncologie sont deux spécialités identifiées.** Ces relations devront faire l'objet d'un contrat inter-pôles.

L'équipe mobile de gériatrie devra être étoffée en conséquence **dans le respect de son cahier des charges.**

Compléter les maillons actuels de l'offre de soins

A - Court Séjour Gériatrique

L'activité est en progression croissante et le court séjour gériatrique a été consolidé.

		2009	2010	2011	2012
Court Séjour Gériatrique	Nb de lits au 31/12	22	25	25	30
	Nb d'entrées	721	693	781	891
	<i>Evol. Annuelle</i>		-3,9%	12,7%	14,1%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	23,6%			
	Nb de journées	7 701	8 453	9 039	10 526
	<i>Evol. Annuelle</i>		9,8%	6,9%	16,5%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	36,7%			
	DMS	10,68	12,20	11,57	11,81

L'objectif est l'optimisation de la durée moyenne de séjour de prise en charge des personnes âgées. L'augmentation à 30 lits en court séjour gériatrique (augmentation d'activité en conséquence) s'accompagne d'un objectif d'admissions fixé à 50 % d'admissions directes. L'objectif est également de stabiliser la durée moyenne de séjour à 12 jours, malgré l'éloignement géographique des autres courts séjours.

B - Soins de suite

L'orientation du patient doit elle aussi répondre à des critères définis intégrant un projet rééducatif.

La capacité en soins de suite est aujourd'hui dimensionnée à 46 lits, répartis en 25 lits à orientation gériatriques (dont 10 lits en unité cognitivo-comportementale), 6 lits d'EVC et 15 lits polyvalents. Cette capacité est insuffisante au regard de l'activité de l'établissement, et plus particulièrement par rapport aux lits et patients du court séjour gériatrique.

Malgré le contexte, la prévision d'activité est de maintenir la DMS à 27 jours. **Le ratio souhaité est de 2 à 2,5 lits SSR gériatrique pour 1 lit de court séjour.**

Les partenaires privilégiés du centre hospitalier de Montélimar dans ce secteur sont ceux du GCS – DPAM et en particulier les établissements de soins de Bourg St Andéol, HL Dieulefit, Nyons, Bollène. Des conventions de partenariats sont maintenues.

Le développement de lits d'aval suite à l'hospitalisation de court séjour est nécessaire pour la fluidification de l'ensemble des filières d'hospitalisation. De plus, ce manque de lits oblige parfois les patients et leur famille à des déplacements loin de leur lieu de vie. La rééducation spécialisée de l'appareil locomoteur est réalisée principalement sur Vals. Il existe un déficit de capacités en SSR neuro locomoteur (hospitalisation complète ou de jour).

L'établissement bénéficie également d'une autorisation de **5** places SSR en hospitalisation de jour. La mise en œuvre de ce type de prise en charge permettra de **fluidifier l'ensemble des filières d'hospitalisation.**

Ainsi, le projet inscrit une augmentation des capacités en lits de SSR, à hauteur de +40 lits, afin de disposer à 5 ans d'une offre cohérente et plus équilibrée par rapport à l'activité MCO. Ce potentiel, d'un total de 80 lits, permettra de mettre en avant la prise en charge polyvalente (à hauteur de 25 lits), gériatrique (25 lits), mais aussi la reconnaissance d'activité spécifique en neurologie (15 lits) et de l'appareil locomoteur (15 lits).

C - USLD

D'une capacité actuelle de 40 lits, elle assure la prise en charge de résidents dépendants et cliniquement instables potentiellement hospitalo-requérants. Ils nécessitent des soins médico-techniques au long cours (SMTI). Ces profils comportent les polyopathologies instables, les syndromes démentiels nécessitant une prise en charge psychiatrique, les fins de vie médicalisées et certaines rééducations intensives.

L'admission est validée selon certains critères (SMTI et dépendance) communiqués aux résidents et à leurs proches. En cours d'hébergement, les résidents bénéficient de la réévaluation régulière de leur projet de soin et de vie selon qu'ils restent ou non SMTI.

Une réflexion est menée sur le développement de la prise en charge de dialysés péritonéaux stabilisés.

Des projets de convention avec les EHPAD du territoire sont à prévoir afin de développer la filière gériatrique externe (accueil de résidents SMTI et transfert de résidents devenus non SMTI).

Le projet est de maintenir la capacité de l'USLD à 40 lits en y individualisant 10 lits d'Unité d'Hébergement Renforcée (unité sécurisée d'hébergement séquentiel pour malades d'Alzheimer déambulants ayant des troubles du comportement sévères).

D- EHPAD

La capacité globale est actuellement de 114 lits dont 4 d'hébergement temporaire répartis sur La Manoudière (102 lits de dépendance variable selon les étages) et Roche-Colombe (12 lits sécurisés).

L'admission est validée selon certains critères (dépendance) communiqués aux résidents et à leurs proches. Les résidents développant une pathologie instable nécessitant des soins médico-techniques au long cours pourront être transférés sur l'USLD.

Le transfert, pour des raisons budgétaires, du court séjour gériatrique sur Roche-Colombe va nécessiter le gel temporaire de 30 lits d'EHPAD dont 2 d'hébergement temporaire. Dans un souci de fluidification de la filière interne, l'offre de soins sur la Manoudière devra répondre à l'accueil de résidents plus dépendants issus du SSR et CSG. Par ailleurs, la réhabilitation, en chambres, de locaux attenants à la Manoudière doit être étudiée afin d'optimiser la capacité d'hébergement et de permettre à terme l'intégration des 12 lits sécurisés actuellement sur le site hospitalier.

Enfin, une réflexion doit être menée sur la création d'un PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés) afin de compléter l'offre de soins concernant la maladie d'Alzheimer.

E - Projet d'accueil de jour pour les malades Alzheimer.

Le dispositif actuel de prise en charge comporte : consultations mémoire, HDJ pour bilan gériatrique, unité cognitivo-comportementale de 10 lits hébergement sécurisé et hébergement séquentiel en Unité d'Hébergement Renforcé sanitaire de 10 lits.

L'objectif est de compléter ce dispositif par l'installation de 10 places (6 autorisées) d'accueil de jour. En complément de l'hébergement temporaire, l'accueil de jour pourra ainsi permettre d'éviter des hospitalisations non pertinentes.

F - Poursuivre et développer les coopération avec les différents établissements du GCS et DPAM

Les praticiens du Centre Hospitalier de Montélimar poursuivront leur coopération avec leurs confrères dans le cadre du GCS DPAM. L'objectif est de définir ensemble une

politique globale de prise en charge de la personne âgée ; politique qui sera déclinée au sein **des comités inter-filières**.

LA FILIERE GERONTOLOGIQUE DU BASSIN DE MONTELIMAR a été structurée en 2011. L'ensemble des acteurs a été associé à la rédaction d'une charte de fonctionnement signée en 2012. Fin 2012, l'animation de la filière a été élargie aux pilotes de la MAIA (*Mission pour l'Autonomie et l'intégration des services d'aide et de soins pour personnes Agées*) pour une meilleure cohérence d'action.

Un plan d'actions a été défini (cf. annexe n°1) **autour de 4 thématiques :**

1. Optimiser la coordination

Objectif : Organiser le parcours de la personne âgée.

Suite à la signature de la charte, un accès téléphonique est dédié aux médecins généralistes et médecins coordonnateurs d'EHPAD. Dans l'attente de moyens complémentaires pour étoffer l'équipe, le **numéro unique** est accessible de 10h à 17h30 du lundi au vendredi.

Par ailleurs, le centre hospitalier ouvre aux partenaires médico-sociaux et sociaux son plan de formation.

2. Améliorer la communication

Objectif : rendre accessible les informations.

L'animation de groupes de travail et comités opérationnels Filière/MAIA est efficiente et doit se poursuivre. Le centre hospitalier est partie prenante dans l'élaboration d'un annuaire des structures médico-sociales et des services de soins du territoire. Il est souhaitable que ces outils et leur mise à jour puissent être accessibles par le biais d'une plateforme sécurisée.

Sur le territoire, la coordination interfilière est un objectif du projet médical de la CHT et du GCS.

Les enjeux sont importants compte tenu des données démographiques spécifiques du territoire de santé.

3. Repérer les situations de fragilité

Objectif : prévenir les situations complexes

Le centre hospitalier a participé à l'élaboration d'une fiche d'orientation proposée par la MAIA. Il participe, depuis juin 2013, au signalement des situations complexes aux gestionnaires de cas.

Le développement de l'équipe mobile **à orientation géronto-psychiatrique** dans ses champs d'intervention, notamment dans sa partie extra-hospitalière avec des consultations au sein des hôpitaux locaux et des EHPAD du territoire, ne pourra être réalisé qu'avec des moyens complémentaires.

L'atteinte d'un volume seuil de consultations par site sera nécessaire pour chaque déplacement.

4. Améliorer les flux d'entrée et de sortie d'hospitalisation

Objectif : fluidifier le parcours de la personne âgée.

La mise en place du numéro unique devrait permettre de favoriser l'admission directe en Court Séjour Gériatrique ou en Unité Cognitivo-Comportementale.

L'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées est liée à la qualité des informations reçues. Le Centre Hospitalier, porteur d'un groupe de travail, souhaite promouvoir des outils de type « dossier de liaison d'urgence » ou « fiche de motifs médicaux d'admission ». Par ailleurs, une réflexion sur une meilleure anticipation des informations de sortie et du délai de transmission de ces dernières est menée et fera l'objet de questionnaire de satisfaction.

POLE FEMME – MERE – ENFANT - PEDOPSYCHIATRIE

L'objectif principal est l'amélioration de la qualité de la prise en charge et ce, à vocation territoriale. Les moyens proposés sont les suivants :

- **Accueil, recrutement et fidélisation des praticiens,**
- **Organisation stratégique dans le parcours de soins ,**
- **Maintenir et améliorer la qualité de la prise en charge (Matériel adéquat, informatisation des dossiers, formations et échanges inter-établissements, EPP et revue morbidité mortalité),**
- **Collaboration avec des prestataires de soins extrahospitaliers et développement de la collaboration territoriale.**

Le pôle « Femme Mère Enfant Pédopsychiatrie » doit faire face à plusieurs contraintes à court terme mais les évolutions futures en termes structurel et organisationnel offrent des opportunités intéressantes pour le pôle et l'établissement.

Effectif et densité de praticiens libéraux en 2010

Départements	Gynécologues/Obstétriciens		Sages-femmes	
	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*
Ardèche	21	32,7	22	34,2
Drôme	25	23,8	46	43,9
Rhône-Alpes	554	38,5	473	32,8

Source : ARS

Exploitation ORS RA

*Densité pour 100 000 femmes de 15-49 ans

Les gynécologues/obstétriciens comprennent les spécialités suivantes : «Gynécologie obstétrique», «Obstétrique» et «Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale»

La contrainte majeure concerne les locaux actuels qui ne sont plus adaptés à une offre de soins en constante augmentation et aux exigences réglementaires et qualitatives voulues par les instances et les usagers. Pour pallier l'inconfort des usagers et aux difficultés d'espace, l'établissement s'est engagé dans la reconstruction du pôle Femme Mère Enfant. Les perspectives stratégiques du pôle sont déterminées en anticipant ce futur espace.

Le pôle doit également faire face à une pénurie médicale en anesthésistes principalement, gynéco-obstétriciens et pédiatres et pédopsychiatres. Afin de renforcer ses équipes, la réflexion est portée sur les moyens de rendre attractif l'établissement.

D'autre part, conscient des carences organisationnelles dans la gestion du non programmé, des propositions sont avancées pour améliorer l'organisation des plages de blocs et prendre en charge l'urgence pédiatrique de manière plus structurée.

Les plans des futurs locaux et les perspectives sur une capacité de prise en charge supérieure permettent d'ores et déjà de proposer des adaptations du nombre de lits et places et de projeter à la hausse le nombre d'accouchements au sein de l'hôpital. Des innovations en termes de filières de prise en charge font également l'objet d'une réflexion avancée notamment pour le renforcement des liens entre la maternité, la pédiatrie et la pédopsychiatrie.

Les praticiens du pôle souhaitent pouvoir s'associer, si nécessaire, à l'addictologie pour une prise en charge cohérente, somatique et psychique de la femme, de la mère et de l'enfant. Les praticiens en obstétrique organisent la prise en charge des grossesses comme suit : les grossesses physiologiques sont prises en charge par une sage-femme (hospitalière ou libérale). Les grossesses pathologiques somatiques sont prises en charge par des médecins obstétriciens en collaboration avec les spécialistes concernés. Les grossesses pathologiques dites psychiques sont prises en charge de façon pluridisciplinaire, obstétriciens et sages-femmes, pédiatres, en collaboration avec l'addictologie, la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Ceci est matérialisé par la création d'une unité de maternologie.

Enfin, les projections d'activités du pôle prennent en compte les évolutions de l'offre de soins du territoire et les éventuels transferts d'activités liés aux redéfinitions des niveaux de prise en charge des maternités des établissements alentours.

L'**attractivité** de l'hôpital pour les patientes sera renforcée par l'amélioration de la réponse aux demandes de consultations, par une accessibilité téléphonique accrue, un recrutement médical et une augmentation des consultations des sages-femmes ; par plus de respect éthique dans l'hospitalisation des patientes et par la réponse aux missions du Conseil Général grâce à un effectif en personnel hospitalier suffisant.

A - Obstétrique

La maternité du Centre Hospitalier de Montélimar est de niveau 2A, le volume des accouchements est actuellement d'environ 1 700.

		2009	2010	2011	2012	
Obstétrique	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	30	30	30	27
		Nb d'entrées	2 083	2 141	2 056	2 124
		<i>Evol. Annuelle</i>		2,8%	-4,0%	3,3%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	2,0%			
		Nb de journées	8 588	8 687	8 561	8 681
		<i>Evol. Annuelle</i>		1,2%	-1,5%	1,4%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	1,1%			
		DMS	4,12	4,06	4,16	4,09
	Nb de naissances	Nb de naissances	1 661	1 735	1 676	1 687
		<i>Evol. Annuelle</i>		4,5%	-3,4%	0,7%
<i>Evol. 2009 / 2012</i>		1,6%				

Sur le bassin de recrutement, 3 nouveau-nés sur 4 sont nés au sein de l'établissement. Les locaux actuels n'étant plus adaptés, ils constituent en l'état un frein au développement de ses activités. Le projet de reconstruction du pôle FME pédopsychiatrie à 5 ans constitue le tremplin attendu pour relancer l'activité et permettre au pôle de se fixer des objectifs ambitieux.

Des locaux neufs et aux normes, des chambres individuelles, des lits et services supplémentaires et une réorganisation des filières sont autant de facteurs favorisant l'attractivité du Centre Hospitalier de Montélimar tant pour les usagers que pour les professionnels de santé.

Dans une optique de mobilisation et d'optimisation des ressources, de clarification des prises en charge et de fluidité, l'unité souhaite réorganiser son activité par la création de **2 filières de prise en charge, physiologique et pathologique** avec l'orientation des patientes vers une filière ou l'autre lors de la première consultation dite du premier72

trimestre avec ouverture du dossier par une sage-femme et orientation de la patiente par l'obstétricien avec la maternité.

- **Filière physiologique:** le pôle mettra en place un suivi réalisé par les sages-femmes pour tous les examens de la grossesse et du post-partum.
 - Développement des plages de consultations, d'échographie, de suivi post-natal et allaitement, et de rééducation du périnée.
 - Evolution des prises en charge grâce à la salle de naissance physiologique et à la formation du personnel (positions d'accouchement, soins de développement et travail sur le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB)).
- **Filière pathologique:** une réorganisation du temps médical sera proposée pour permettre une prise en charge plus spécifique des grossesses pathologiques : consultations de grossesse pathologique, examen du 9^{ème} mois des primipares et des patientes ayant un utérus cicatriciel ou une présentation dystocique.

A ce titre, le pôle vise **une augmentation du nombre d'accouchements** (objectif à 2 200), cet objectif qui représente environ 500 accouchements supplémentaires est motivé par : l'amélioration de l'accessibilité des consultations grâce à la création des 2 filières, l'attractivité grâce à une réponse aux demandes de la population en termes de naissances physiologiques, l'attractivité en raison de l'amélioration de l'hôtellerie, le report éventuel des natalités sur le Centre Hospitalier de certains sites du territoire à l'horizon 2012. Une durée moyenne de séjour entre 3 et 4 jours est projetée.

Dans la perspective de couvrir de manière plus large le panel de soins autour de la grossesse et de répondre aux besoins, il est proposé également une prise en charge formalisée en psycho périnatalité avec la création de lits d'hospitalisation mère-enfant (troubles de la relation mère-enfant, baby blues, addictologie).

5 places d'hôpital de jour pourront être mises en place pour la prise en charge de grossesses pathologiques et de suivi dans le cadre de la psychopérinatalité - Mutualisation avec l'obstétrique en ambulatoire (fausse couche par exemple).

B - Gynécologie

Si l'activité d'obstétrique est plus lisible à la fois pour les professionnels de santé et les usagers, à contrario, l'activité de gynécologie est peu connue au sein de l'établissement. Il en résulte une faible attractivité des patients et des praticiens par manque de connaissance de l'offre de soins en gynécologie.

Sur le bassin de recrutement, près d'une patiente sur deux, présentant une pathologie relevant de la chirurgie gynécologique, est hospitalisée hors le bassin. La concurrence du secteur privé est importante. Concernant la chirurgie du sein, les fuites sont importantes puisque près de trois patients sur quatre sont hospitalisés hors bassin. Sur le bassin, le centre hospitalier de Montélimar est concurrencé par le secteur privé.

			2009	2010	2011	2012
Gynécologie	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	6	6	8	5
		Nb d'entrées	461	404	435	511
		<i>Evol. Annuelle</i>		-12,4%	7,7%	17,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	10,8%			
		Nb de journées	1 275	1 001	1 362	1 386
		<i>Evol. Annuelle</i>		-21,5%	36,1%	1,8%
	<i>Evol. 2009 / 2012</i>	8,7%				
	DMS	2,77	2,48	3,13	2,71	
	HJ / ACHA	Nb de venues	432	444	429	368
		<i>Evol. Annuelle</i>		2,8%	-3,4%	-14,2%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-14,8%			
	Consultations externes	Cs médicales	9 743	9 608	10 429	9 533
		<i>Evol. Annuelle</i>		-1,4%	8,5%	-8,6%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-2,2%			
		Cs sage-femme	6 283	6 765	8 196	8 725
<i>Evol. Annuelle</i>			7,7%	21,2%	6,5%	
<i>Evol. 2009 / 2012</i>	38,9%					

Les praticiens proposent ainsi une réorganisation et une clarification de ces deux activités ainsi que le développement de certaines spécialités.

Une réflexion sur l'accessibilité et l'organisation des plages de bloc opératoire doit être menée afin de limiter l'impact de l'activité d'obstétrique sur celle de gynécologie.

La réflexion première est centrée sur la création de **2 filières de prise en charge en gynécologie** : le suivi gynécologique pathologique et le suivi gynécologique de prévention.

- **Suivi gynécologique pathologique :**

- Gynécologie fonctionnelle : partenariat avec les urologues pour les bilans urodynamiques et la prise en charge fonctionnelle avec éventuellement chirurgie et rééducation.
- Cancérologie :
 - l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins, la prise en charge globale du cancer – notamment du sein, dépistage (mammographie, biopsie), intervention chirurgicale avec reconstruction (formation et collaboration avec chirurgie plastique) – mise en place des soins de support en vue d'un retour à domicile et une reprise d'autonomie,
 - Un numéro de téléphone spécifique dédié est disponible,
 - La constitution et la pérennisation d'une équipe soignante compétente est indispensable,
 - Le seuil en cancérologie doit être atteint.
- Infertilité : relance et développement de la PMA en collaboration avec les laboratoires de ville ayant la compétence dans le traitement des **gamètes**.

- **Suivi gynécologique de prévention : organisation des consultations assurées par un médecin généraliste ou une sage-femme formée.**

Pour acquérir une lisibilité et une visibilité de l'unité de gynécologie chirurgicale au sein de l'établissement, les axes de réflexion s'orientent vers une meilleure identification.

Cette lisibilité passe par l'amélioration de l'accueil en général (usagers et professionnels) au sein du pôle et une optimisation du flux des patients : la signalisation doit faire l'objet d'un effort particulier au sein de l'hôpital ; l'accueil et la gestion des urgences gynécologiques seront améliorés par la mise en place de salles de consultation et d'échographes aux urgences.

L'équipe médicale s'oriente vers une fluidification de l'accès au bloc par une séparation des plages opératoires de la chirurgie programmée et de la chirurgie d'urgence ; une séparation des plages opératoires de la chirurgie gynécologique et de la chirurgie obstétricale ; la création d'une plage de bloc opératoire dédiée aux IVG couplée aux places d'ACHA nécessaires.

Il est projeté une augmentation d'activité de + 10 % par an pendant 5 ans, avec une part d'ambulatoire de + 10 % par an pendant 5 ans et une DMS en diminution de -10 % à 5 ans. Ces objectifs sont sous réserve du renfort de l'effectif médical.

C - Pédiatrie

L'un des objectifs est l'optimisation de la prise en charge des enfants au sein de l'unité d'urgences générales du Centre Hospitalier par la réorganisation et le renforcement de l'équipe médicale pédiatrique. Ceci permettra de réduire les délais de prise en charge (< 20 minutes) et les entrées directes en pédiatrie avec la définition et la mise en œuvre d'un circuit identifié. Les avis aux urgences seront assurés par un des praticiens de 8H30 à 22h, sinon en dehors de cette plage horaire, la prise en charge pédiatrique est effectuée en astreinte opérationnelle.

Par ailleurs, avec le renforcement de l'équipe médicale, les praticiens développeront les consultations programmées de spécialité notamment par l'élargissement des plages de consultations programmées (+ 20 % de consultations) - obésité, diabète : suivi psychologique, diététicienne, éducation thérapeutique, addiction ; asthme /allergologie : Ecole de l'asthme, psychologue.

Des augmentations d'activités sont attendues par le passage à 9 lits en Néonatalogie, dans la perspective d'une fermeture de la néonatalogie du Centre Hospitalier d'Aubenas. Les capacités dans les nouveaux locaux pourront aller jusqu'à 12 lits.

La restructuration du service de pédiatrie avec la création de chambres individuelles permettra d'améliorer l'accueil des enfants et de leur famille. Il est prévu de dédier plus particulièrement 2 lits aux enfants et adolescents en difficulté (en collaboration avec la pédopsychiatrie). Ces lits sont mutualisés entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie.

En termes de projections d'activité à cinq ans, il est envisagé une augmentation en néonatalogie de + 5 à 10 % ; et en pédiatrie une possible augmentation de + 5 à 10 %. La part d'ambulatoire sera en augmentation (en lien avec la chirurgie) et de + 5 à 10 % pour les pathologies médicales. La DMS sera stable entre 2 et 3 jours.

D - Pédopsychiatrie

L'objectif est de développer l'offre de pédopsychiatrie dans le Pôle et au sein de l'hôpital et de l'inter-secteur pour se mettre en adéquation avec les besoins des usagers.

Cinq axes de réflexions sont proposés :

- **Le développement de la pédopsychiatrie de liaison**

Mutualisation de 2 lits en unité de pédiatrie, pour la prise en charge des troubles ne rentrant pas dans le cadre d'une prise en charge hospitalière mais relevant de la pédopsychiatrie à St Vallier ; centré sur des besoins évalués entrant dans le

cadre des troubles concernant principalement les enfants et adolescents présentant : manifestations anxieuses et phobiques, suspicions de dépression, évaluation clinique aux décours des tentatives de suicide, troubles oro-alimentaires qui de surcroît peuvent nécessiter une surveillance somatique importante, évaluation et prise en charge des troubles à expression somatique avec l'approche conjointe somatique et pédopsychiatrique des troubles, mise en place de traitement nécessitant un bilan pré-thérapeutique selon les recommandations de l'HAS et une surveillance clinique sur quelques jours ne relevant pas d'une hospitalisation en milieu hospitalier pédopsychiatrique, possibilité de sortir un enfant ou un adolescent en souffrance de son milieu habituel et de pouvoir générer une nouvelle dynamique familiale.

Une réflexion est à mener sur l'adéquation des moyens (humains) par rapport aux besoins de la population et à l'ambition de répondre à ces besoins, sachant qu'il n'y a pas de structure alternative existante.

- **Le développement de l'offre de prise en charge en consultations et de soins de proximité** pour une population dans le besoin n'y ayant pas accès : par extension de temps de consultation médicale sur le site du CMP de Pierrelatte, et mise en place d'une journée de consultation avancée sur la zone de Dieulefit - Grignan voire St Paul 3 Châteaux.
- **La poursuite de l'offre de soins et les activités des sites montiliens et nyonsais** (CMP/Hôpital de Jour) : avec de bonnes conditions structurelles (vétusté des locaux à Nyons) et la reprise des projets architecturaux à Nyons et à Montélimar (Avec création d'une section grands et d'une section petits enfants à l'Hôpital de Jour de Montélimar avec mise en adéquation des moyens (essentiellement humains) face aux besoins croissants.
- **Une réflexion autour de la filière périnatalité et de son organisation** au regard des troubles pouvant être présentés dans la période ante et postpartum tant pour la mère que pour le couple parental et les enfants.
- **Le maintien et le développement des partenariats** (conventions) avec les établissements sanitaires et médico-sociaux : les médecins référents et tout autre acteur intervenant dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent.

L'activité à cinq ans est difficile à quantifier. Elle dépend de la mise à disposition de locaux dépendants ; néanmoins, il existe un recrutement possible + 15 % en HDJ et CMP.

E – Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Le CPEF du centre hospitalier assure deux permanences, l'une à Montélimar et l'autre à Pierrelatte. Cette activité doit être maintenue compte tenu des indicateurs de santé populationnel (nombre d'IVG sur le sud du territoire).

POLE SPECIALITES TRANSVERSALES

La principale problématique relevée par les unités d'activités « transversales » est leur participation au développement des projets des différents pôles médicaux et chirurgicaux. En effet, leur activité est en lien direct avec celle de ces derniers : en termes de plages horaires, d'agrément (procréation médicale assistée), d'équipements,...

La participation aux projets des filières de prise en charge en inter-pôles et pouvoir ainsi en anticiper les conséquences est en cours d'organisation. Le développement de la communication en interne est indispensable.

A - Projet réanimation et soins continus

Le projet de la réanimation et soins continus s'inscrit dans une dimension territoriale sur la Drôme Ardèche Sud avec une organisation des soins critiques formalisée et validée par les établissements publics et privés inclus dans le dispositif : Centre Hospitalier de Vals d'Ardèche, Centre Hospitalier d'Ardèche méridionale, Clinique du Vivarais, Clinique Kennedy.

Le centre hospitalier de Montélimar s'inscrit comme l'établissement référent du territoire de santé en termes de réanimation avec une unité normée et validée. Il dispose règlementairement d'une unité de surveillance continue.

		2009	2010	2011	2012	
Réanimation	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	8	8	8	11
		Nb d'entrées	398	296	360	396
		<i>Evol. Annuelle</i>		-25,6%	21,6%	10,0%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	-0,5%			
		Nb de journées	2 793	2 794	2 873	3 348
		<i>Evol. Annuelle</i>		0,0%	2,8%	16,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	19,9%			
DMS	7,02	9,44	7,98	8,45		

		2009	2010	2011	2012	
Surveillance continue	Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	2	2	2	2
		Nb d'entrées	41	157	124	92
		<i>Evol. Annuelle</i>		282,9%	-21,0%	-25,8%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	124,4%			
		Nb de journées	176	653	433	409
		<i>Evol. Annuelle</i>		271,0%	-33,7%	-5,5%
		<i>Evol. 2009 / 2012</i>	132,4%			
DMS	4,29	4,16	3,49	4,45		

- Historique et évolution capacitaire du projet :

Dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire Drôme Provençale Ardèche Méridionale de territoire (Montélimar – Aubenas – Privas), le projet médical prévoyait dès 2009, de créer une réanimation de territoire entre les trois établissements d'Aubenas, de Montélimar et de Privas. Cet objectif a été renforcé par la perspective

de constitution d'une communauté hospitalière de territoire entre les 3 établissements. Il a trouvé une première étape de réalisation en 2012 suite à la suppression de l'autorisation de réanimation au Centre Hospitalier d'Aubenas. La capacité de l'unité de réanimation de Montélimar a été portée à 13 lits (11 en réanimation- 2 en soins continus).

Deux établissements privés (clinique du Vivarais et clinique Kennedy) ont obtenu une autorisation pour des lits de surveillance continue.

Une convention lie depuis 2011 le service de réanimation de Montélimar et ces deux établissements.

Depuis octobre 2012, ce sont tous les établissements publics et privés qui ont signé une convention avec le Centre Hospitalier de Montélimar dans le cadre de l'organisation de la réanimation surveillance continue et conformément à la circulaire.

Suite à l'ouverture du plateau technique de Montélimar, Le projet final en Septembre 2014 s'établira comme suit :

Montélimar... : 12 lits de réanimation, 6 lits de soins continus.

Aubenas..... : 4 à 8 lits de soins continus et 4 à 6 lits de soins intensifs.

Privas..... : 6 lits de soins continus.

- Le projet de Montélimar :

- Sécurisation des effectifs en nombre, et homogénéisation des compétences avec une équipe pluridisciplinaire obéissant aux critères dictés par les sociétés savantes en termes de cursus de formation et de cahier des charges de compétence.

- Formalisation des pratiques avec mise en place et suivi des critères de qualité obligatoires.

- Organisation de l'unité de surveillance continue : nouvelle unité créé ex novo avec une unité géographique et fonctionnelle : 6 lits sous la responsabilité et gérée par l'équipe médicale et paramédicale de réanimation.

- le SROSS a prévu d'y adosser 2 lits d'UNV collaboration réanimateurs neurologues.

- Une EPP réalisée dans le premier trimestre 2013 a permis de montrer qu'il existe quotidiennement des patients éligibles à une admission dans cette unité dont la capacité apparaît ainsi confortée. Elle va permettre de définir puis évaluer des critères et une procédure d'admission (passage aux urgences le matin et le soir, critères et grille d'éligibilité...), qui sera renouvelée pour valider les axes d'améliorations proposés et les décisions arrêtées (fin 2014). Elle sera à compléter par une EPP sur les admissions post opératoires et des services MCO (début 2014).

- Développement d'une salle technique : Explorations cardiaques droite notamment (Montélimar serait le seul site habilité en Drôme Ardèche). Réalisation dans un milieu sécurisé de gestes techniques (pose de voies centrales, péridurales analgésiques, Epuration extra rénale de secours, etc...).

- L'hôpital de Montélimar est classé niveau 2 dans le réseau Réseval des urgences de la Vallée du Rhône auquel il adhère. Un groupe de travail est organisé au sein du Centre Hospitalier associant des réanimateurs et des urgentistes afin de formaliser une procédure de prise en charge des urgences traumatologiques conformément aux recommandations actuelles (organisation médicale et paramédicale, salle dédiée,...). Soumission aux instances : 4^{ème} semestre 2013.

- Dimension territoriale du projet :

- Une homogénéisation des pratiques, protocoles et d'échanges médicaux entre les équipes sont prévus et à mettre en œuvre entre les différents établissements publics.

- La mise en commun des moyens médicaux, du moins entre Aubenas et Montélimar, (faisabilité et pertinence validées par plusieurs semaines d'essais en 2011 et 2012 : 1 médecin de Montélimar qui est allé à Aubenas), mais dont la pérennité de mise en œuvre se heurte à un effectif encore insuffisant de médecins à Montélimar qui doit d'abord stabiliser son équipe avec l'ouverture du projet dans sa totalité (12+6).

- Suite à la recomposition des autorisations de réanimation sur le territoire, le service de réanimation du territoire situé à Montélimar doit assurer les prises en charge de l'ensemble des patients du territoire. Il est nécessaire pour ce service de s'organiser pour accueillir une soixantaine de malades supplémentaires.

Compte tenu des taux d'occupation actuels du service de réanimation de Montélimar, il est nécessaire de définir des critères de priorité à l'admission.

Seront donc prioritaires les demandes d'admission formulées pour les patients des bassins de vie de Montélimar, Aubenas et Privas.

Afin de répondre à la demande, les prises en charge en réanimation respecteront strictement les critères médicaux d'admission dans ces services. Dès lors que les critères de priorité ou gravité ne sont plus présents, il est nécessaire de réorienter le patient vers une unité adaptée à son état de santé. Les unités de surveillance continue d'Aubenas et de Privas accorderont une priorité à l'admission des patients hospitalisés à Montélimar.

- En réanimation, conformément aux obligations réglementaires, les admissions se réalisent 24h/24, 7jours/7.

Pour les autres unités, les admissions se réalisent 7jours/7, aux horaires validés entre les médecins ou cadres responsables.

- Les transports sanitaires :

Sont un des volets du projet pointé comme très sensible depuis le début de la réflexion dans tous les documents validés par les instances des établissements partenaires.

Un renfort en moyens matériels et humains pour identifier une ligne de SMUR supplémentaire a été demandé par l'ensemble des établissements du GCS.

En effet :

- Le transport doit être effectué dans des conditions adaptées à la fragilité de l'état de santé des patients. Les transports primaires sont assurés par le SAMU 26 ou le SAMU 07.

- Les transferts de Centre Hospitalier à Centre Hospitalier vont augmenter conformément aux conventions qui lient les différents établissements : malades provenant de Privas ou Aubenas admis en réanimation à Montélimar, retour de ces derniers sur la surveillance continue des établissements source.

B - Laboratoire

Le service de biologie médicale du Centre Hospitalier Montélimar est un laboratoire polyvalent. Il prend en charge les examens des patients hospitalisés, mais également des patients externes si ceux-ci le souhaitent, et ce sans rendez-vous. Des conventions sont également opérationnelles avec l'AGDUC et le CHS du Valmont pour l'ensemble des examens prescrits par ces structures.

Des examens de biologie médicale courante [biochimie, immunologie (sérologies), hématologie, immunohématologie (groupes sanguins, recherche d'anticorps irréguliers (RAI)), d'hémostase (suivi des traitements anticoagulants, bilans pré-opératoires...) et microbiologie) y sont réalisés. Une partie de l'activité plus spécifique est sous traitée. Le service comprend une dizaine d'automates récents qui assurent la réalisation de la plupart des examens de biologie médicale.

L'effectif du laboratoire est composé d'une trentaine de personnes (biologistes, cadre de santé, techniciens, secrétaires, aides de laboratoire). Le personnel technique est habilité et compétent, la plupart étant référent dans des domaines techniques différents, permettant ainsi une collaboration efficace avec les biologistes et un lien permanent avec le reste de l'équipe.

Au sein de l'établissement, il est un maillon essentiel à la prise en charge des patients, avec une permanence d'accès à ses prestations 24h/24 et 7j/7. Cette permanence est essentielle pour répondre aux besoins des activités critiques (réanimation notamment). Fortement investi dans les activités transversales de l'établissement, ce service se fait fort de maintenir une activité rationnelle et de qualité, en restant un interlocuteur privilégié des prescripteurs et des soignants, en participant activement aux Evaluations des Pratiques Professionnelles de pertinence mises en place dans l'établissement.

Son activité est en progression constante en lien avec le développement des services cliniques.

Laboratoire	B+BHN	Evolution	Dossiers	Evolution
2007	10720000			
2008	12319354	15%		
2009	12779938	4%	87735	
2010	12877321	1%	89080	2%
2011	13507157	5%	96237	8%
2012	14563448	8%	109577	14%
2013	15575913	7%	118898	9%

Dépôt

	PSL transfusés	Evolution
2008	2906	
2009	3353	15%
2010	3863	15%
2011	4088	6%
2012	4031	-1%
2013	3923	-3%

- Un de ses objectifs principaux est de proposer une réponse adaptée aux besoins des services cliniques, avec l'élargissement du panel d'offre des examens si besoin, en fonction des spécialités représentées.

Dans ce contexte, et dans un projet plus large du pôle transversal, la contractualisation est en cours de réalisation avec les différentes unités prescriptrices. La commission de la biologie a été réactivée, afin de mettre en place un réel échange avec les prescripteurs et travailler à la pertinence des prescriptions. La participation aux staffs des services est souhaitée. Le développement de la prescription connectée va permettre de fournir un outil qui va favoriser l'économie et la qualité de la prescription, ainsi que la conformité pré analytique exigée par la Norme NF EN ISO 15189. Elle sera contemporaine de la mise à disposition d'outils indispensables aux utilisateurs dans l'objectif de toujours améliorer la qualité du service proposé (catalogue d'analyses, manuel de prélèvement...). L'équipe du laboratoire participe à la formation des soignants pour l'aspect pré analytique de son activité. Elle doit conforter cet aspect, et participer à l'accueil des nouveaux praticiens, afin de transmettre au mieux les modalités d'utilisation des outils de consultations et de prescription.

- Obtenir l'accréditation COFRAQ :

Le laboratoire est entré dans la démarche d'accréditation COFRAC réglementaire avec un dépôt du dossier de demande en Décembre 2012. Cette démarche concerne l'ensemble des activités actuellement réalisées.

Une évolution des locaux est prévue pour 2013, afin de répondre aux besoins qui se sont faits jour de part l'augmentation d'activité observée depuis plusieurs années, et d'anticiper le développement de l'établissement et la diversité de ses spécialités.

- Développer l'activité externe et contribuer au réseau ville-hôpital :

Parallèlement, l'activité externe sera développée grâce à la mise en place d'un centre de prélèvement qui sera situé au plus près des consultations externes et du laboratoire, afin d'élargir les plages horaires d'accès à la biologie publique sur le territoire et de permettre une prise en charge optimale des patients consultants des praticiens de l'établissement. De plus, le laboratoire souhaite favoriser l'ouverture sur la ville avec la transmission informatisée des résultats de laboratoire aux praticiens libéraux, en phase de finalisation, afin de fidéliser la patientèle externe...

- Etendre et renforcer les coopérations territoriales :

La prise en charge des examens de certains établissements de santé publics du territoire est en cours d'organisation, elle doit s'élargir à l'ensemble de ceux-ci. Une réflexion doit être déclenchée afin d'organiser les transferts d'échantillons entre ceux-ci et le laboratoire, ainsi que la formation des soignants de ces établissements. Pour ce faire, les transmissions électroniques de résultats doivent se mettre en place.

Sur la communauté hospitalière de territoire, les praticiens souhaitent étendre et renforcer les coopérations :

- marchés communs pour, entre autres, un système d'information communiquant, des automates similaires, des achats (consommables, réactifs, dispositifs, ...), avec réflexion sur la mutualisation des contraintes,
- spécialisation pour le traitement des examens de biologie, afin de valoriser les investissements réalisés jusqu'à présent et une vocation affirmée vers la biologie automatisée pour l'établissement.

De plus, sur le plan régional, ils devront participer de façon active à la définition de la biologie hospitalière de demain, afin de pérenniser l'activité sur le site.

Dépôt de Produit Sanguin Labile (PSL) :

L'activité transfusionnelle s'est développée sur l'établissement ces dernières années. L'autorisation de fonctionnement du dépôt de délivrance a été donnée en Juillet 2009 et son renouvellement aura lieu en 2014.

L'activité du dépôt est forte et correspond aux besoins de l'établissement (bloc, réanimation, maternité, oncologie...). Elle est appelée à se développer dans les années à venir compte tenu de l'évolution de celui-ci et de l'augmentation de la population du bassin. Du personnel formé permet son fonctionnement en continu. Un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) dynamique et opérationnel est en place. Une collaboration étroite s'est installée avec les équipes de l'Etablissement Français du Sang de Valence et permet une prise en charge sécurisée des patients. Une convention de délivrance en urgence vitale vers la clinique Kennedy existe, une autre est à mettre en place avec l'AGDUC en 2013.

L'informatisation du dossier transfusionnel devra intervenir dans le cadre de ce projet médical.

La transmission des résultats d'Immuno-Hématologie (ERA) devra également pouvoir devenir effective.

Anatomo-cyto- pathologie

La réalisation des examens d'anatomo pathologie est aujourd'hui confiée à un prestataire extérieur qui assure une réponse de proximité et de qualité. Ce prestataire assure ainsi la présence nécessaire pour la réalisation des analyses en ex-temporane.

Le départ futur du praticien responsable du laboratoire l'a amené à solliciter le Centre Hospitalier en vue d'une reprise de son activité.

Les conditions de cette reprise d'activité sont en cours d'étude, avec un objectif impératif de maintien de cette activité, support indispensable du Centre Hospitalier de Montélimar mais aussi de la Clinique Kennedy et du Centre Hospitalier d'Aubenas pour la prise en charge des cancers.

Le principe posé est celui d'une activité gérée dans le cadre d'un GCS, intégrant le Centre Hospitalier de Valence éventuellement en fonction de l'analyse des données d'activité (nombre d'ex-temporane par an).

C - UFH (unité fonctionnelle d'hygiène)

Le projet de l'unité fonctionnelle d'hygiène hospitalière s'inscrit dans le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 défini par la circulaire du 26 Aout 2009 concernant le secteur sanitaire et le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 défini par la circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012.

Le programme a pour objectif de faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales en s'appuyant sur le CLIN sous commission de la CME.

L'unité d'hygiène hospitalière à vocation à travailler de façon transversale avec l'ensemble des acteurs de l'établissement (services de soins, médico-techniques et techniques).

1 Améliorer l'organisation du dispositif de prévention (Maintien et renforcement de l'équipe d'hygiène hospitalière)

1.1 Maintien et renforcement de l'unité fonctionnelle d'hygiène (UFH)

L'équipe d'hygiène hospitalière intervient dans le secteur sanitaire sur le centre hospitalier de Montélimar, mais développe des partenariats avec les équipes d'hygiène de la Drôme et de l'Ardèche Sud ainsi qu'avec des structures médico-sociales (cf. Infra).

L'équipe opérationnelle d'hygiène œuvre et s'inscrit dans la démarche globale d'amélioration de la qualité des soins et doit tenir un rôle important dans la lutte contre les événements associés aux soins (cf. chapitre Politique qualité et gestion des risques). L'équipe d'hygiène doit, dans ce cadre, travailler en étroite collaboration avec le gestionnaire des risques associés aux soins, de part son expertise dans le domaine de la gestion du risque infectieux. Le plan d'action du CLIN en matière de lutte contre les événements indésirables associés aux soins doit s'inscrire dans les objectifs globaux de l'établissement en matière de gestion des risques.

Les missions principales de CLIN et l'UFH sont :

- Impulser et coordonner la gestion a priori du risque infectieux nosocomial dans ses différentes dimensions (environnementales, soins et état de santé du patient) ;
- Impulser et coordonner la gestion a posteriori du risque infectieux nosocomial par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, les surveillances épidémiologiques et le suivi d'indicateurs ;
- Promouvoir la formation et l'information sur le risque infectieux nosocomial, pour les professionnels, les patients et les usagers.

L'accompagnement de l'ouverture du nouveau plateau technique comprenant des zones à activité contrôlée donnera lieu à une réactualisation des procédures internes à partir d'une cartographie des risques. Les points non couverts aujourd'hui ou non formalisés seront structurés dans le cadre de la gestion documentaire.

L'objectif est que chaque domaine de la gestion de risque soit couvert par la même exigence de structuration et de traçabilité.

L'implication des professionnels concernés par l'UFH contribuera au développement de la culture gestion des risques.

1.2 Positionnement du service au sein de l'établissement

Afin d'optimiser au mieux les missions du service d'hygiène au sein des services, il semble indispensable que celui-ci soit positionné au cœur de l'établissement. Il est important de revoir la situation géographique de l'UFH lors de la réorganisation des services et du plateau technique.

2 Renforcer le travail de coopération avec les EHPAD en lien avec l'ARS

Depuis 2 ans une Equipe Mobile d'Hygiène des E.H.P.A.D. Sud Drôme a été mise en place dans le cadre d'un programme expérimental par l'ARS. Cette équipe est composée d'un temps praticien (0,4 ETP) et un temps infirmier (0,5 ETP). Dans ce cadre l'établissement de Montélimar et l'EMH ont signé des conventions avec 11 EHPAD du secteur «Sud Drôme». Il est aujourd'hui difficile de signer d'autres conventions avec les effectifs actuels. Avant toute signature d'une nouvelle convention avec un autre établissement, le responsable de l'unité d'hygiène doit être consulté et devra donner au préalable son accord.

Les objectifs opérationnels et le programme d'action de l'EMH s'intègrent dans les objectifs national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins et la circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 :

- Surveillance des infections associées aux soins,
- Elaboration et mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène,
- Information et formation des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections associées aux soins,
- Evaluation périodique des actions mises en place,
- Aide technique en cas de survenue d'événements infectieux inhabituels.

L'objectif est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles. Si le programme tient compte des particularités des EHPAD qui se situent entre le domicile et l'établissement de santé, le programme repose néanmoins sur une stratégie associant identification et évaluation du risque tout en s'articulant autour des recommandations nationales.

L'objectif de l'UFH est d'aider les différentes EHPAD à mettre en place une démarche d'analyse du risque et d'établir leur document d'analyse du risque infectieux qui sera utilisé dans le cadre de leur évaluation interne. L'analyse du risque infectieux permettra de mettre en place un programme d'action avec des actions prioritaires.

Pour l'ensemble des EHPAD ayant signé une convention, il est indispensable :

- Qu'il y ait un engagement clair de la direction des différents établissements ;
- Qu'un responsable soit clairement identifié comme interlocuteur de l'équipe d'hygiène ;
- Qu'un comité de suivi soit identifié (Directeur, infirmière coordinatrice et médecin coordonnateur).

Une coopération étroite devra être mise en place avec le service d'hygiène et d'épidémiologie de Valence afin de mettre en commun les outils (mise en place d'un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, indicateur de la consommation des solutions hydro-alcooliques, ...), les méthodes de travail, réunions communes avec les médecins coordonnateurs.

Pharmacie à usage intérieur

La pharmacie est au cœur de plusieurs enjeux majeurs.

- Il s'agit tout d'abord de répondre à l'activité des services cliniques en s'adaptant aux évolutions de l'hôpital : augmentations d'activités, de capacités,...
Devant le développement de l'activité en oncologie et la nécessité de se conformer aux recommandations de bonnes pratiques, l'unité de reconstitution des cytostatiques (URC) a été transférée au rez-de-chaussée et mise aux normes. Un deuxième isolateur y a été installé.

En outre, la stérilisation sera reconstruite entièrement au sein du nouveau plateau technique pour 2014. L'installation dans cette nouvelle unité sera accompagnée d'un objectif de développement de l'activité.

- La sécurité et l'efficacité du circuit du médicament est une préoccupation centrale de la politique de l'établissement tant pour les enjeux en termes de qualité et sécurité des soins que pour des enjeux économiques.

La mise en œuvre du contrat de bon usage du médicament est une des thématiques identifiées de la politique qualité. La contribution de la pharmacie est essentielle à la réalisation du plan d'action qui vise notamment la poursuite de l'informatisation du circuit du médicament au sein des différentes unités médicales, la maîtrise des risques : iatrogénie, vigilances, audit des processus et formation des équipes.

L'animation COMEDIMS sert également ces objectifs ainsi que celui de la maîtrise économique.

- la participation au groupement d'achat et à la politique achat seront des leviers contributifs de la maîtrise des coûts et sécurisation des achats.

Il est par ailleurs projeté la dématérialisation des bons de commande des services par Pharmaweb®.

Imagerie

Le service d'imagerie réalise une activité importante en soutien de l'activité des services mais également en réponse à la demande externe.

Le plateau technique est doté d'un bon niveau d'équipement. Il dispose

☛ **Imagerie à Résonance Magnétique,**

Le Centre Hospitalier de Montélimar participe (50 % des parts), avec un Cabinet de Radiologie de Montélimar, à un G.I.E., dont l'objet est l'exploitation d'un I.R.M. propre à la zone de soins de proximité de Montélimar, implanté sur le site du Centre Hospitalier de Montélimar.

☛ **1 Appareil de Scanographie Imagerie Médicale,**

☛ **3 salles numérisées.**

Les objectifs sont de : poursuivre la réponse aux urgences sans réduire l'activité programmée, s'adapter aux évolutions de l'hôpital (augmentations d'activités, de capacités, ...), s'adapter aux évolutions techniques : en cardiologie (IRM cardiaque, coroscanner).

- Poursuivre l'implication dans les démarches de dépistage

Le secteur sénologique devrait poursuivre son développement dans le cadre de la filière de prise en charge du cancer du sein (du dépistage aux traitements et suivi).

- Développer l'offre pour des examens moins irradiants et répondre aux situations d'urgence AVC

Le projet est d'installer un second appareil d'IRM dans le cadre du GIE (demande à fonder sur une évaluation médico-économique) pour répondre à la demande croissante, réduire les délais de rendez-vous (actuellement à 2 mois en externe). De plus, l'objectif de santé publique de limiter les examens irradiants sera approché par l'installation de ce second appareil en complément de l'arrivée d'un nouveau scanner moins irradiant. La limitation de l'exposition des patients aux rayons X est liée à la substitution des scanners par des IRM lorsqu'elle est possible ainsi qu'au renouvellement du matériel par des machines moins irradiantes (numérisation).

Une évolution du système d'information radiologique (SIR) de l'imagerie intégrée au dossier patient en recherchant l'optimisation

Le Centre hospitalier a fait évoluer en 2012 le système d'information radiologique de l'unité d'imagerie. Le nouveau logiciel permet notamment de répondre aux fonctionnalités de gestion des rendez-vous multiples et de s'interfacer d'une part avec le Système d'Information Hospitalier (S.I.H.) et d'autre part avec le PACS (Picture Archiving and Communication System).

Cette mutation est motivée :

- ✚ par l'obsolescence du S.I.R. en place, sans évolution fonctionnelle, et au coût de maintenance élevé ;
- ✚ par la problématique de plus en plus critique du « cloisonnement » entre le S.I.R. et le S.I.H. de l'établissement, induisant :
 - ✓ des contraintes organisationnelles (dans la gestion des rendez-vous),
 - ✓ des difficultés et charges pour l'actualisation et la synchronisation de référentiels (CCAM, NGAP, POLES-UF),
 - ✓ des dysfonctionnements difficiles à résoudre dans les circuits d'identité-vigilance-séjours et facturation d'activité (limites des interfaces).

L'évolution du S.I.R. répond aux objectifs mis en avant par le schéma directeur du système d'information, et utilise la plate-forme intégrée McKesson installée pour répondre aux besoins de l'établissement :

- ✚ Améliorer l'intégration de la gestion des ressources et rendez-vous patient entre S.I.R. et S.I.H. par la mise en œuvre en radiologie de l'application Crossway McKesson : bureautique - PDR (Planification des Ressources) et profiter des modules complémentaires de communication (messagerie sécurisée de Crossway).
 - ✓ Enjeux : permettre la visibilité de l'ensemble des demandes d'examens – réaliser une gestion de rendez-vous pluridisciplinaires pour un même patient – fluidifier et sécuriser les circuits de compte rendu entre radiologie et unités cliniques et entre radiologie et correspondants externes, faciliter la coordination et le support institutionnels des organisations de secrétariats médicaux ;
- ✚ Utiliser les fonctions SIR de Crossway récemment enrichies par l'éditeur en version 7 de Crossway.
 - ✓ Enjeux : produire les statistiques d'activités et tableaux de bord nécessaires au pilotage, assurer le suivi d'activité au fil de l'eau.
- ✚ Utiliser l'outil de gestion institutionnelle de codification/cotation des actes.

- ✓ Enjeux : un seul référentiel – élimination d'interface actes et des gestions compensatrices des dysfonctionnements actuels (gestion des rejets).
 - ✚ Mettre en œuvre une solution de dictée numérique avec reconnaissance vocale unifiée pour l'établissement.
 - ✓ Diminuer le délai moyen de constitution des C.R. en particulier hors les plages d'ouverture des secrétariats médicaux, rationaliser les coûts des solutions de dictée / reconnaissance.
 - ✚ Déployer au plus vite dans les unités cliniques les fonctionnalités de prescription informatisée des examens radiologiques disponibles dans l'écran de prescription du dossier patient Crossway.
 - ✓ Enjeux : « zéro papier », éliminer les retranscriptions de prescription, faire le lien avec les plans de soins cliniques de Crossway, tirer parti au mieux et en amont lors des demandes d'examen de l'aide à la planification du système P.D.R..
- Le projet d'évolution s'inscrit dans un contexte favorable :
- ✚ il profite des apports du projet PACS pour moderniser le S.I.R. ;
 - ✚ il poursuit les travaux du groupe projet « PACS » représentatif et impliqué ;
 - ✚ il utilise l'accompagnement technico-fonctionnel et organisationnel mis en place par le prestataire pour l'installation de la V7 de Crossway.

Le développement de coopération territoriale notamment par l'organisation d'astreintes entre les trois Centres Hospitaliers du territoire

La mise en place de la communication des examens d'imagerie avec le PACS (imagerie sans film et sans CD) en réseau ville-hôpital et inter-hospitalier via Internet est également en projet.

Les réformes hospitalières en cours incitent à une coopération entre établissement (mise en place de groupement de coopération sanitaire, de communauté hospitalière de territoire...). Dans ce cadre, la recherche de partenaires représente un enjeu important pour mutualiser les moyens et l'organisation de la permanence des soins. Elle implique un travail d'uniformisation des protocoles entre établissements.

Un projet d'astreinte commune entre les Centres Hospitaliers de Privas, d'Aubenas et de Montélimar a été discuté concernant l'interprétation des scanners et I.R.M. en urgence. Il semble cependant complexe à réaliser puisque des échographies doivent toujours faire l'objet d'une interprétation sur place. La mutualisation est par conséquent difficile pour ce type d'examens.

L'astreinte de territoire n'a donc pas été mise en place, mais un outil de transmission de clichés numérisés a été choisi en commun et installé en 2010. Cet outil va être remplacé par le système de diffusion et d'archivage de clichés (PACS) défini et acquis en commun par les trois centres hospitaliers en 2011.

Le PACS (cf. § ci-après), système assurant la diffusion et l'archivage d'images médicales entre les imageurs et les services, et entre différents établissements, pourra répondre à l'objectif de l'astreinte commune ou partagée.

☞ La perspective d'un système de communication et d'archivage de l'imagerie (PACS) au sein du territoire de santé

Le G.C.S. de la Drôme Provençale et de l'Ardèche Méridionale ont transmis à l'A.R.S. en juillet 2011 un dossier de candidature au programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses pour l'installation d'un PACS commun entre les trois Centres Hospitaliers d'Aubenas, de Montélimar et de

Privas. Toutefois le G.C.S. est, par principe, ouvert à toute coopération avec d'autres établissements, sur ce projet comme sur tous les autres projets de télémédecine.

Ce projet « PACS mutualisé » vise à mettre en place par ces trois Etablissements du GCS un système « clé en main » de stockage, de communication et de partage d'images modales permettant aux professionnels de santé autorisés un accès rapide et sécurisé à toute l'iconographie du patient.

Pour les autres membres du G.C.S., le projet prévoit la possibilité d'un lien par la solution régionale du GCS SISRA pour télé-interprétation ou pour télé-expertise.

Les principaux objectifs et enjeux du groupement sont les suivants :

- ✚ Mettre en place un PACS unique sur le territoire de santé,
- ✚ Servir de support au développement des filières de soins dans le cadre du GCS, tel que fixé en objectif stratégique dans le projet médical du territoire,
- ✚ Disposer d'un stockage et d'une archive externalisés,
- ✚ Diffuser les images médicales sur le lieu d'exploitation indépendamment du lieu de production, y compris auprès des praticiens de ville,
- ✚ Mutualiser les ressources médicales,
- ✚ Optimiser le circuit patient sur le territoire,
- ✚ Réduire le nombre d'examen redondants pour les patients,
- ✚ Réaliser des économies d'échelle sur les investissements et sur l'exploitation,
- ✚ Réaliser des gains financiers (suppression des films radiologiques, mutualisation infrastructure...),
- ✚ Faciliter le partage d'images (ville-hôpital et télé-expertise second niveau).

Actuellement aucun des établissements du G.C.S. à mis en œuvre, à ce jour, un système PACS. Le projet et la solution choisie visent à assurer :

- ✚ la complémentarité du futur PACS de territoire, avec les solutions régionales de diffusion des images médicales proposées par le GCS SISRA, en l'occurrence pour le compte d'hôpitaux locaux disposant de modalités d'imagerie sans ressource radiologues,
- ✚ l'ouverture possible à tout projet d'archivage et de partage d'images supporté par l'ARS Rhône-Alpes, développé par des établissements de santé ou d'autres opérateurs,
- ✚ l'interopérabilité avec le D.M.P..

Une mise en concurrence a été lancée en 2011 par le GCS sous la forme d'un dialogue compétitif. Le choix du candidat (McKesson) a eu lieu en octobre 2011, pour une installation en 2012 dans les trois Centres Hospitaliers. En complément de l'indépendance du lieu de production pour l'interprétation de l'image, le radiologue doit pouvoir partager et avoir la capacité de dialoguer avec un confrère distant sur une image archivée, pour complément d'information.

Le système PACS retenu respecte les standards existants en matière de système d'information de santé et de télémédecine ainsi que l'interopérabilité des projets d'imagerie régionaux en s'intégrant dans la stratégie nationale de santé.

Le système est conçu comme évolutif afin d'appréhender correctement la demande croissante en volume d'archivage et l'extension du système à

l'ensemble des établissements du groupement (nouvelles modalités, augmentation de la volumétrie...).

F - Médecine Nucléaire

Dans le cadre des analyses préparatoires du SROS, l'association régionale de médecine nucléaire a identifié un besoin de couverture en gamma caméra du bassin de Montélimar.

Aujourd'hui, les patients sont adressés au Centre Hospitalier de Valence équipé de 4 gamma caméra et un TEP Scan.

Afin d'apporter une réponse de proximité pour tous les patients de la filière cancer mais aussi répondre à l'élargissement des indications de recours aux examens de médecine nucléaire en endocrinologie, cardiologie, infectiologie, le Centre Hospitalier de Montélimar déposera une demande d'équipement lourd. Le support juridique retenu est celui d'un GIE avec la SCM des médecins de médecine nucléaire.

L'installation de la gamma caméra est envisagée sur le site du Galoubet, aujourd'hui désaffecté.

G - Médecine du travail

Les plans de prévention sont maintenus et développés :

- ✚ Gestion des TMS (troubles musculo-squelettiques),
 - ✓ Formation adaptée de l'IDE de médecine de travail (enquête après AT) ;
 - ✓ Poursuite de l'identification des TMS au sein des Arrêts maladies ;
 - ✓ Poursuite et développement du travail conjoint avec le GEST (groupe d'étude de situations de travail) : formation geste et posture du personnel au sein des unités par les référents GEST.
- ✚ Gestion des AES,
- ✚ Suivi des maladies nosocomiales (tuberculose essentiellement),
- ✚ Aide au sevrage tabagique (sensibilisation et accompagnement).

Il s'agit également de poursuivre le travail de la commission AT-AES (bilan, conduite à tenir, suivi des actions). Il est souhaité une participation plus active aux projets des unités médicales pour la prévention des risques et contraintes inhérents. Le projet de mise en place d'une gestion des CPO (contraintes psycho-organisationnelles) est en cours de réflexion. Le projet d'informatisation permettra le recueil des données à des fins épidémiologiques, la diffusion du document unique (listant les risques auxquels sont exposés les agents), le développement des interfaces laboratoire / imagerie et administration et la suppression du dossier papier.

IV. 4 Projections d'activité

Les projections d'activité permettront d'évaluer l'état d'avancement du projet tout au long des 5 ans à venir. Elles ont aussi pour intérêt de se projeter physiquement dans les locaux.

Les projections d'activité calculées s'entendent comme le résultat de l'activité à 5 ans, donc toutes ces opérations achevées.

Paramètres

Les projections d'activité en court séjour ont été calculées à partir de l'observation de l'année 2010 et les années antérieures. Certains items ont été apposés au constat fait pour l'année 2010.

Le premier paramètre intégré est celui de l'évolution de la population. A 5 ans, une hypothèse à **+3,8%** projetée, tendance haute proposée parmi les modèles de l'INSEE. Cette évolution est segmentée en tranches d'âge pour affiner au mieux la consommation potentielle des soins d'hospitalisation, avec pour les plus de 75 ans, une augmentation de leur proportion estimée à **12 %**.

L'évolution des parts de marché est également prise en considération. En médecine, une position intégrant un renforcement de l'attractivité est retenue, à **+5%** par établissement concurrent selon l'évolution constatée ces dernières années. En chirurgie, il est convenu que l'établissement en était à sa valeur plancher. En conséquence, l'évolution projetée se situe là aussi à **+5%** dans l'hypothèse de la pérennité de l'offre globale du territoire, alors même que la concurrence est âpre entre le privé et le public. En obstétrique, il est également convenu que l'établissement a atteint sa valeur plancher ; les évolutions se situent à **+5 %** par établissement concurrent.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est aussi pris en compte, avec une progression possible qui permettra d'atteindre une proportion de **36 %** des interventions de chirurgie en ambulatoire (soit avec l'endoscopie, un taux cible global de **46%**), et de **30%** des hospitalisations de médecine de moins de 24h.

Enfin, l'évolution de la DMS est proposée pour des durées diminuant de **-10% à -20%** selon les âges, afin d'intégrer l'apport complémentaire en lits d'aval (augmentation du SSR, développement de l'accessibilité en HAD).

Résultats globaux

2.1.1 Les projections d'activité

La segmentation proposée dans les tableaux de synthèse est orientée par les pôles et/ou unités médicales constitués. Ainsi, la gynécologie est sortie de la chirurgie pour rejoindre l'obstétrique et faire partie du pôle Femme Mère Enfant Pédiopsychiatrie. Les moins de 15 ans sont laissés en médecine ou chirurgie, mais le calcul dans son détail permet de les repérer, pour les besoins en lits et places associés.

En termes d'activité, les paramètres proposés impliquent une augmentation globale des séjours de 11,5% ; Ce sont les alternatives à l'hospitalisation complète qui portent principalement cette augmentation.

		Séjours 2010	Séjours Projet à 5 ans	Evolution annuelle
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	7 350	7 586	0,6%
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	2 692	2 993	2,2%
	Obstétrique HC (hors NN)	2 024	2 122	1%
	Gyn. en HC	246	241	-0,4%
	Sous Total Entrées	12 312	12 942	1%
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie + endosc)	2 047	2 738	6,8%
	Venues HDJ (méd + obst)	2 135	2 973	7,8%
	Sous Total Venues	4 182	5 711	7,3%
	Séances	17 423	19 166	2%
Total Entrées et Venues (hors NN et séances)		16 494	18 653	2,6%
Total Entrées et Venues (hors NN)		33 917	37 819	2,3%

V - LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUE

INTRODUCTION

Le projet de soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique (PSIRMT), piloté par la Direction des soins, contribue à la définition et à la planification du projet de prise en charge des patients au Centre Hospitalier de Montélimar. Il donne du sens à l'action collective et pluridisciplinaire des professionnels paramédicaux.

Le projet de soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique 2013-2017 définit les orientations de la politique des soins à mettre en œuvre au Centre Hospitalier de Montélimar dans le but d'améliorer les pratiques soignantes, l'organisation des soins, la formation des personnels paramédicaux ainsi que le management des équipes soignantes.

Partie intégrante du projet d'établissement, le PSIRMT doit concourir au renforcement de la performance de l'établissement en prenant en compte les contraintes socio-économiques en s'articulant avec le projet social.

Il contribue à la mise en œuvre du projet médical du Centre Hospitalier de Montélimar tout en précisant ses propres axes de développement.

Il prend en compte l'application de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire HPST dans le cadre du rayonnement des activités du Centre Hospitalier de Montélimar au sein du territoire de santé en s'articulant notamment avec le projet médical du GCS, voir prochainement le projet médical d'une CHT entre les 3 Centres Hospitaliers du territoire de santé.

Le rapport de certification (V2010) fait apparaître un certain nombre d'axes d'amélioration qui seront intégrés dans les objectifs du plan d'actions du PSIRMT au même titre que le suivi des Pratiques Exigibles Prioritaires et des indicateurs nationaux généralisés (IPAQSS).

Il s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité et la gestion des risques du Centre Hospitalier de Montélimar et prend en compte les indicateurs qualité nationaux (Indicateurs IPAQSS – ICALIN...).

Les axes définis seront déclinés dans les projets de pôles d'activités cliniques et médico-techniques ou feront l'objet d'évaluation des pratiques professions (EPP) en lien avec l'analyse des événements indésirables déclarés et l'évolution des pratiques de soins en lien avec le projet médical.

Dans le cadre de la réforme (Licence Master Doctorat) des études des filières professionnelles paramédicales, le PSIRMT favorisera le développement des compétences pédagogiques des professionnels dans l'accompagnement des étudiants tout au long de leurs études, sur le plan théorique et pratique dans un partenariat étroit avec les instituts de formation en particulier avec l'IFSI du Centre Hospitalier de Montélimar.

V – 1 CONTEXTE JURIDIQUE ET LEGISLATIF

Le PSIRMT fait partie intégrante du projet d'établissement comme précisé dans l'Article L 6143-2 du code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010.

Le Directeur des soins élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité, selon de décret no 2010-1138 du 29 septembre 2010.

Article L6143-2

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 17

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article [L. 6142-3](#) du présent code et à l'article [L. 713-4](#) du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

Décret no 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

« Art. 4. III. – Sous l'autorité du directeur d'établissement :

Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; »

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

CHAPITRE II : STATUT ET GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Article 10

« Art. L. 6143-7-4. - Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. »

Décret no 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

« Art. R. 6146-10. – I. – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

« 1 - Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ; »

Décret no 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

« Art. R. 6144-1-1 – La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

« 1 - L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 2 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;

« 3 - Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

« 4 - Les contrats de pôles ;

« 5 - Le bilan annuel des tableaux de service ;

« 6 - La politique de recrutement des emplois médicaux ;

« 7 - L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;

« 8 - Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 9 - L'organisation interne de l'établissement ;

« 10 - La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

V – 2 - EVALUATION DU PSIRMT 2005-2012

1. UNE PHILOSOPHIE DE SOINS QUI PLACE LE PATIENT AU CENTRE DE L'ORGANISATION ET QUI SE FONDE SUR LE RESPECT DE SA PERSONNE

La mise en œuvre du projet de soins s'est appuyée sur la dynamique de la commission des soins et de ses membres.

Durant 5 ans les axes de travail de cette commission se sont inspirés du projet de soins.

Cette philosophie de soins est fondée sur une approche globale de l'Homme, de la Santé et s'appuie sur des valeurs humanistes.

La personne soignée est au centre de nos projets et de nos organisations.

La prise en charge de la personne se fait dans le respect de ses droits et de sa dignité et s'organise selon les besoins et attentes de celle-ci.

Sous l'égide de la CSIRMT : groupe de travail confidentialité, campagne de sensibilisation et d'information, axes de formation sur le respect de la dignité et les droits des patients, sujets abordés au cours de la journée d'accueil des nouveaux agents.

La personne participe activement à son projet thérapeutique grâce à l'information donnée relative à son état de santé, aux examens nécessaires et aux soins dont elle fera l'objet.

Formalisation du projet individuel dans le dossier de soins.

Transmissions ciblées avec ouverture de cibles sur l'information etc...

De même, notre Etablissement met en place des programmes éducatifs et préventifs permettant à la personne de maintenir et de recouvrer son autonomie.

Développement et organisation de l'éducation thérapeutique (validation ARS).

Infirmiers formés et détachés des activités de service pour organiser et réaliser les programmes éducatifs : diabétologie, cardiologie, pneumologie, hépatite C.

Travail pluri professionnel au sein de la direction des soins, diététiciennes.

Centralisation et harmonisation des activités sous la responsabilité d'un cadre au service des consultations externes.

Mise en place d'un numéro d'appel « diabète ».

Mise en place d'outils spécifiques et d'une formation institutionnelle avec formateur interne.

Consultation infirmière en pratique avancée sur l'hépatite C, protocole de coopération validé en 2010 par l'ARS.

Dans une dimension culturelle et récréative, l'Hôpital contribue à maintenir la qualité de vie de l'usager au sein de son lieu d'accueil par des activités, des loisirs selon ses besoins et les ressources de la structure.

Projet de vie, activités d'animation.

Intervention de clowns et différentes associations en pédiatrie.

Bénévoles gérant la bibliothèque des patients.

- **Le parcours de la personne soignée** correspond à sa prise en charge dès son premier passage dans l'Hôpital, jusqu'à son retour à domicile ou vers une autre structure de soins.

- La prise en charge adaptée au degré d'urgence commence par un accueil organisé de la personne soignée et de son entourage.

Chaque service a mis en place une organisation de l'accueil avec distribution du livret d'accueil et de son explication ainsi qu'une information spécifique au service sous forme de fiche.

Au service des urgences un poste IOA est présent 24h / 24h, les infirmiers occupant ce poste sont formés avant leur prise de fonction.

Dans les structures d'hébergement, une visite des locaux préalable à l'admission est réalisée à la demande des futurs résidents.

- Le projet thérapeutique est élaboré à partir d'une concertation pluri professionnelle.

Les services de maternité, gynéco, d'urgences, de bloc, SSR et pédopsychiatrie organisent des réunions de coordination et de concertation sous forme de staff ou de réunion de synthèse et ce, de façon hebdomadaire.

- L'identification des besoins de la personne soignée permet de définir une orientation vers une prise en charge spécifique si nécessaire (psychiatrie, court séjour gériatrique etc...).

Cette prise en charge prend en compte la dimension palliative et l'accompagnement des situations de décès afin d'adapter des actions selon les attentes de la personne soignée et de son entourage.

A partir des staffs et des visites médicales les différentes orientations sont définies.

Présence d'infirmier du secteur psychiatrique en liaison chez les adultes et en pédiatrie.

Organisation d'équipes mobiles en soins palliatifs, en gériatrie, réadmission en SSR avec des infirmiers identifiés formés au sein de ces équipes.

Présentation de leur mission en commission de soins, CME, réunion de cadre, action de formation, etc...

- La personne soignée bénéficie d'actions de prévention et de prise en charge de la douleur organisées par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

Formations institutionnelles sous la houlette de CLUD deux à trois fois par an.

Protocoles de prise en charge de la douleur au SU validés en CLUD.

Livret douleur distribué aux services.

Développement de l'utilisation des PCA avec formation d'IDE assurée par des infirmiers spécialisés.

Membres de la direction des soins et de la CSIRMT siégeant au CLUD.

2 UNE PHILOSOPHIE DE SOINS QUI SE FONDE SUR LE RESPECT DE LA COMPÉTENCE DES PROFESSIONNELS

- Celle-ci se décline au travers des projets de services au sein des pôles d'activités.
- Le management de chaque secteur d'activité favorise l'implication des professionnels quel que soit le lieu d'exercice.

Grâce aux réunions de services organisées par les cadres et un recrutement orienté en fonction des desideratas ou des projets professionnels exprimés lors de l'entretien préalable à l'embauche.

L'organisation des pôles est formalisée par un organigramme qui définit les liens hiérarchiques et fonctionnels de chaque professionnel.

Réalisé pour certains services et en cours de réalisation pour d'autres.

- Les organisations mises en place nécessitent la collaboration et la complémentarité de chaque professionnel dans les limites de sa fonction.

Toutes les organisations sont présentées en CSIRMT pour avis, avant leur mise en place. La commission s'attache à respecter ce préalable.

- Les postes sont pourvus en tenant compte des diplômes, du niveau de qualification, des compétences et aptitudes de chacun.

Tous les services ont écrit et fait valider leurs fiches de postes.

Les recrutements se font en fonction de ces fiches.

Lorsqu'une nouvelle organisation est présentée en CSIRMT les annexes comportent les fiches de postes.

- Chaque professionnel exerce sa fonction en cohérence avec le cadre législatif et réglementaire. Il adhère au profil de poste qui décrit les caractéristiques et l'activité de ce dernier. Il applique l'organisation définie par le service.

Une évaluation écrite est effectuée par les cadres des unités ou les cadres supérieurs.

Un suivi est mis en place. Ces écrits sont archivés dans le dossier de l'agent.

- Des évaluations individuelles programmées mesurent le niveau de compétence acquis et permettent le réajustement par des informations ou des formations.

Evaluation au rythme des contrats de travail avant renouvellement au minimum au bout de deux mois.

Deux évaluations par le N+1 une fois par an minimum pour les titulaires.

Le professionnel assure une prise en charge cohérente, coordonnée et personnalisée de la personne soignée et de son entourage.

Le dossier de soins unique sur tous les services, son informatisation, la mise en place des transmissions ciblées avec les formations associées permet d'assurer cette coordination.

Les soins sont planifiés afin de permettre une organisation du travail en binôme.

Ceci grâce à l'outil optiplan dans les services non informatisés et sur support informatique avec prescription connectée sur les autres services.

La direction des soins a mis en place des formateurs compétents pour réaliser les formations à l'outil et suivre le développement de l'informatisation qu'elle catalyse.

Le dossier patient est l'outil qui permet de tracer le projet thérapeutique de la personne, les informations données aux patients ainsi que les soins dispensés.

Dossier de soins informatisé avec manuel d'utilisation réalisé par un groupe issu de la

CSIRMT. Transmissions ciblées avec cible information dès l'arrivée dans l'unité si nécessaire, après entretien d'accueil.

Les informations utiles à la continuité de la prise en charge paramédicale intra et extra hospitalière, sont organisées à partir des transmissions ciblées.

Formation de tous les professionnels des services.

Mise en place de cadre de santé formateur.

Le cadre de santé est référent de son unité.

Quel que soit le service, dans un souci de qualité et de sécurité pour la personne soignée, les principes de prise en charge sont protocolisés et doivent être respectés.

Développement des protocoles de prise en charge validés en CSIRMT : hygiène, gestion de l'identité, évaluation de la douleur, soins spécifiques, soins palliatifs etc...

Ces protocoles sont accessibles sur un serveur de protocoles institutionnels.

Les pratiques professionnelles sont harmonisées par des procédures institutionnelles, des conduites à tenir, ou des fiches techniques validées, évaluées et réajustées.

Ces protocoles sont accessibles sur un serveur de protocoles institutionnels.

Audits nombreux en hygiène.

- De même, dans le cadre de la politique qualité et la gestion des risques, des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées. Ces démarches d'évaluation sont nécessaires afin de maîtriser et améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins.

Hygiène, utilisation des chambres implantables, campagne « Stoprisk ».

La sécurité est une dimension essentielle de la qualité des soins.

Les vigilances mettent en place un système de gestion des risques permettant de les identifier, de les corriger et de mettre en œuvre des actions de prévention.

Campagne d'identitovigilance menée par un groupe de travail issu de la CSIRMT : protocole identification des patients par bracelet au poignet.

Formations institutionnelles : L'hémovigilance, la déclaration des événements indésirables, protocole pour les événements indésirables graves.

V – 3 - ORGANISATION DE LA DIRECTION DES SOINS

Réunion hebdomadaire de la direction des soins composée de la coordinatrice générale des soins, des cadres supérieurs de santé.

La Directrice des Ressources Humaines est invitée une fois par mois (le 1er mardi de chaque mois) pour traiter les problématiques spécifiques des ressources humaines.

L'équipe opérationnelle d'hygiène est invitée tous les 2 mois pour faire le point sur l'avancée de leur travail et sur les problématiques rencontrées.

Un représentant des directions fonctionnelles ou un professionnel peut être amené à participer ponctuellement à cette rencontre.

Journée d'encadrement avec les cadres administratifs et techniques : deux fois par an au minimum, avec repas partagé avec les cadres administratifs et techniques.

Réunion d'encadrement sur des points d'information très précis avec un ordre du jour sur une problématique souvent unique.

La Directrice des soins peut intervenir lors d'une réunion de cadres de pôle, sur la demande du cadre supérieur de santé ou de sa propre initiative pour partager des informations spécifiques au secteur en question ou pour transmettre des informations institutionnelles en comité restreint pour favoriser les échanges.

Rencontres Directrice/Directrice des soins et une équipe de soins : organisée par la secrétaire de la direction des soins 1 fois par mois 1h entre 13h et 14h.

En dehors de ces moments formalisés et réguliers, la Directrice des soins se veut disponible et à l'écoute des problématiques de l'encadrement de proximité dès qu'il en fait la demande.

V- 4 - METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET DE SOINS (IRMT)

Le projet de soins (PSIRMT) résulte de 6 mois de réflexion d'un comité de pilotage et de cinq groupes de travail, conduits par la direction des soins avec l'ensemble des Cadres supérieurs de santé, 13 Cadres de santé représentant les différents secteurs d'activité du Centre Hospitalier; ainsi qu'un représentant de la commission médicale d'établissement, de paramédicaux membres de la CSIRMT ; et d'un représentant des usagers, membre de la CRU.

Politique générale des soins para médicaux :

A l'issue des deux premières réunions du COPIL, le socle du projet de soins a été validé par les membres du COPIL :

L'orientation du projet de soins s'est faite sur le repérage, la prise en charge et l'orientation des patients vulnérables. Ces personnes vulnérables ont été identifiées comme étant : les enfants, les personnes âgées de plus de 75 ans et les patients atteints d'une pathologie cancéreuse.

Le projet a ensuite été décliné en 5 axes de travail. La réflexion s'est organisée du soin individualisé pour aller vers une prise en charge de plus en plus large, coordonnée et ouverte vers l'extérieur jusqu'au travail en partenariat avec les instituts de formation afin de préparer au mieux les futures professionnels :

1/ Promouvoir une culture d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques liés aux soins.

2/ Renforcer la coordination et la complémentarité entre les professionnels pour une organisation et une prise en charge efficaces, centrées sur le patient.

3/ Définir nos prises en charge intégrées dans une organisation en filière.

4/ Accompagner l'encadrement dans ses différentes missions afin de développer une expertise managériale.

5/ Développer le partenariat avec les instituts de formation.

V – 5 - LES CINQ AXES DU PSIRMT

AXE N°1 : Promouvoir une culture d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques liés aux soins au sein des unités de soins du Centre Hospitalier de Montélimar

1. Composition du groupe :

- Le groupe est composé de 7 membres multi-professionnels. La coordination de ce groupe est assurée par un trinôme de cadres qui avec l'ensemble des membres du groupe apporte trois types de compétences :
 - Connaissance de la pratique locale, les acteurs de soins (Cadre de Santé)
 - Une expertise sur le thème (Ingénieur qualité, Médecin hygiéniste)
 - Connaissances méthodologiques sur la technique de l'audit (IDE UFH, Ingénieur qualité)

2. Choix des critères :

1. L'accueil des nouveaux professionnels :

- évaluation de la prise en charge des nouveaux arrivants (accueil, suivi et formations).

2. Description des organisations de service :

- Gestion documentaire : GRH (fiches de poste et de tâches), protocoles de services, cartographie des risques liés aux soins.

3. Normes de référence :

En intra :

- ⤴ La pratique sur le terrain
- ⤴ Les procédures existantes

Documents officiels :

- ⤴ *Bonnes pratiques au niveau HAS ET GRH*

4. Choix de la méthode de mesure :

- A.** Une fiche de recueil de données sur les procédures existantes (à l'attention des CDS)
- B.** Le Questionnaire (à l'attention des IDE, AS, MER, technicien de laboratoire, kiné ergo, diététicien, préparateur en pharmacie)

A. La fiche de recueil de données :

Elle a été envoyée à 26 cadres des unités fonctionnelles :

Médecine 4 Nord	- USLD et EHPAD Roche Colombe
Soins de suite et de réadaptation	- Consultations Externes
Radiothérapie	- Stérilisation
Gastro/post urgence	- Chirurgie viscérale
Pédiatrie/néonatal	- Chirurgie orthopédique
Réanimation	- Court séjour gériatrique
Urgences	- Oncologie
Radiologie	- Laboratoire
Rééducation fonctionnelle	- Bloc Opératoire et anesthésiologie
Cardio/Addicto	- CMP pédo-psy
Pharmacie	- Maternité
EHPAD Manoudière	- ACHA

B. Le Questionnaire:

Il a été envoyé 20 questionnaires à l'attention des soignants sondés dans 16 services:

Médecine 4 Nord

Soins de suite et de réadaptation

Gastro/post urgence

Pédiatrie/néonatal

Réanimation

Urgences

Radiologie

Rééducation fonctionnelle

Pharmacie

- Radiothérapie

- Chirurgie viscérale

- Chirurgie orthopédique

- Court séjour gériatrique

- Oncologie

- Laboratoire

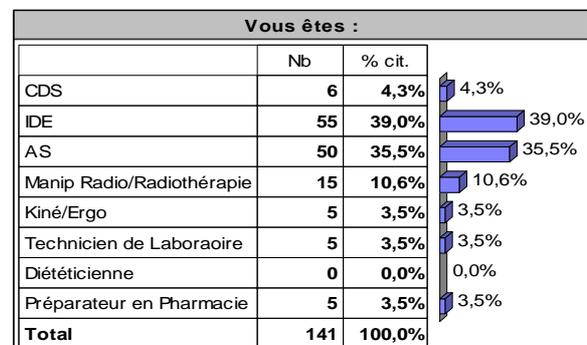
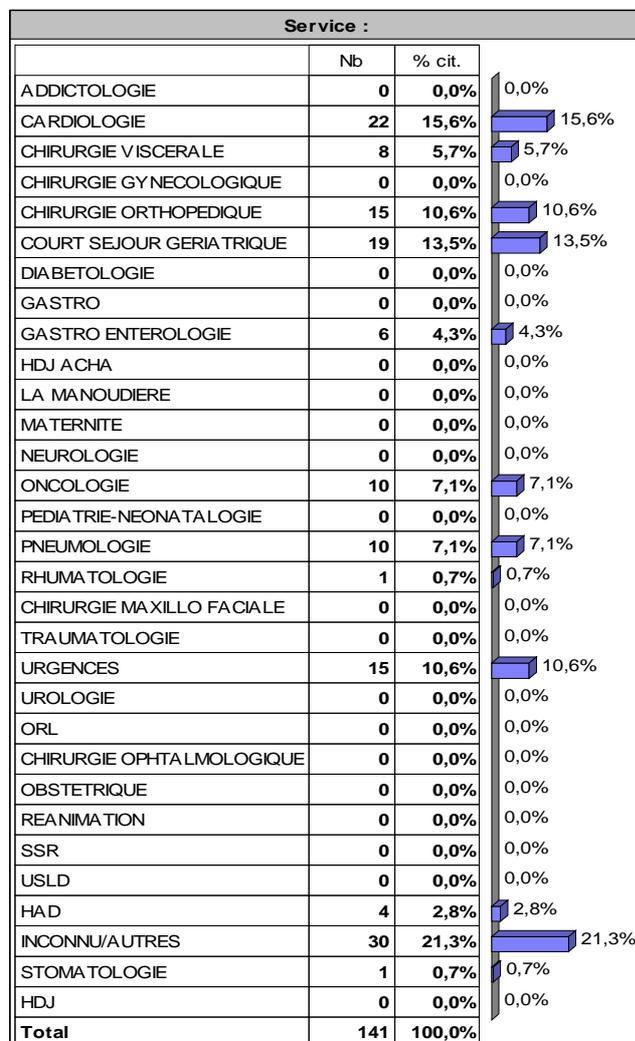
- Cardio/Addicto

Nombres de questionnaires envoyés : 258

Nombres de questionnaires remplis : 141

2012 : Evaluation de la promotion de la Culture Qualité et Risques au CH de Montélimar ¹

141 observations

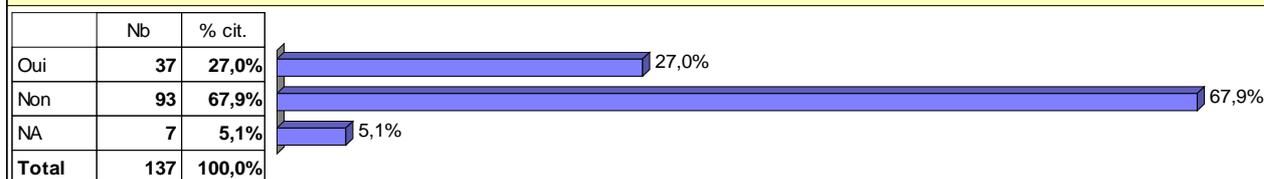


2012 : Evaluation de la promotion de la Culture Qualité et Risques au CH de Montélimar ²

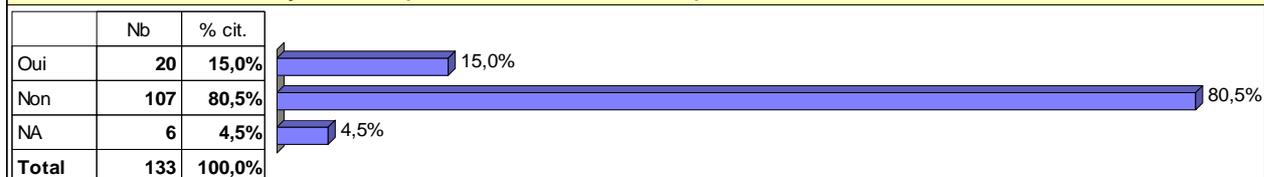
141 observations

ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Q1 - Avez-vous suivi la formation aux nouveaux arrivants ?



Q2 - Avez-vous reçu le "Passport" du nouvel arrivant vous présentant votre service lors de votre arrivée ?



Q3 - Avez-vous été doublé par un référent avant votre prise de fonction dans le service ?

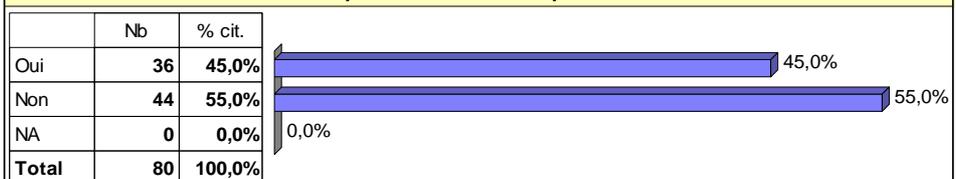


Q3.1 - Si oui, pendant combien de jours ?

Moyenne = **2,90**
 Médiane = **2,00**
 Min = 1 Max = 18

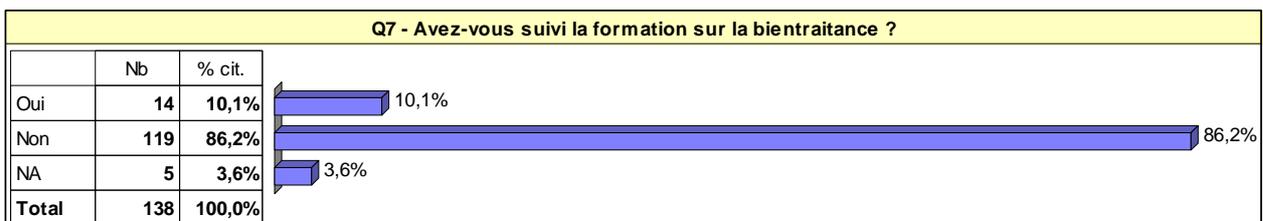
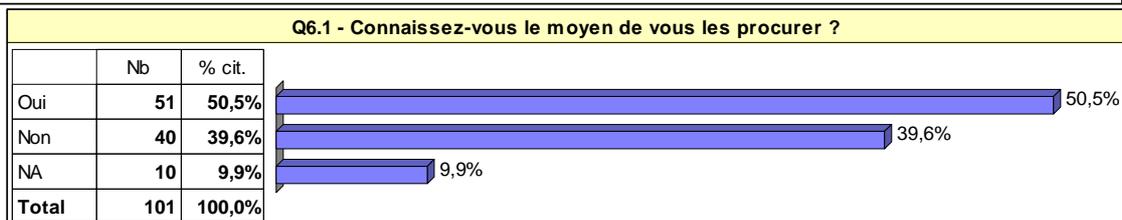
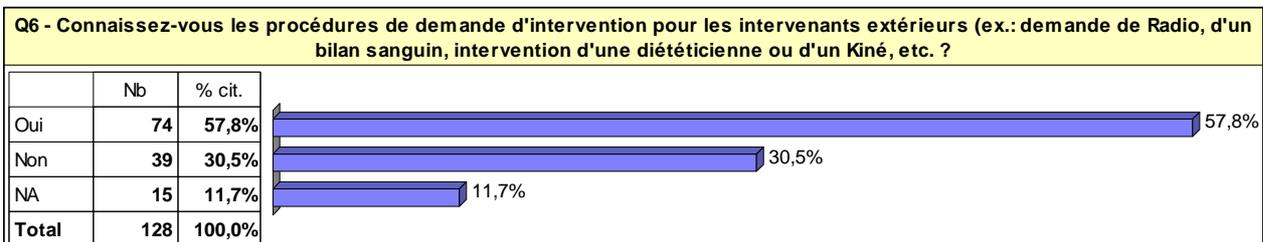
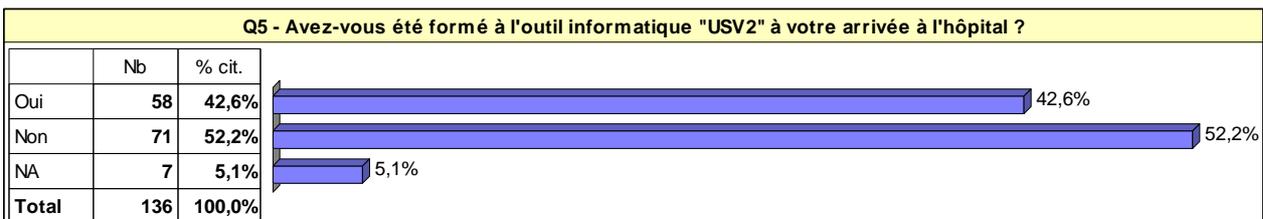
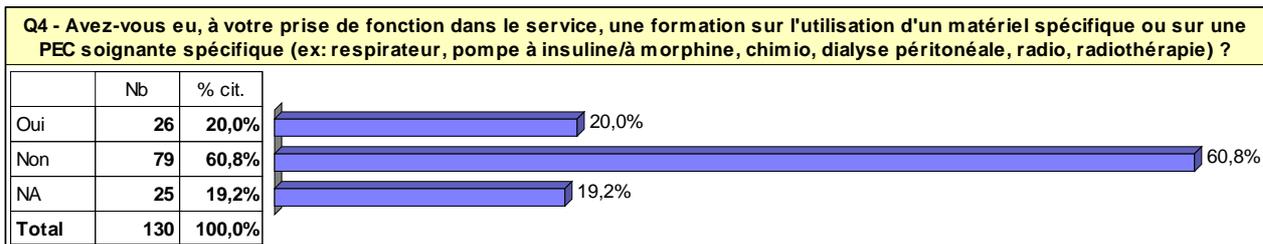
	Nb	% cit.
Q3-1_nombre jours doublage par réf -	21	27,3%
Q3-1_nombre jours doublage par réf =	42	54,5%
Q3-1_nombre jours doublage par réf +	14	18,2%
Total	77	100,0%

Q3.2 - Cette période vous a-t-elle parue suffisante ?



2012 : Evaluation de la promotion de la Culture Qualité et Risques au CH de ³ Montélimar

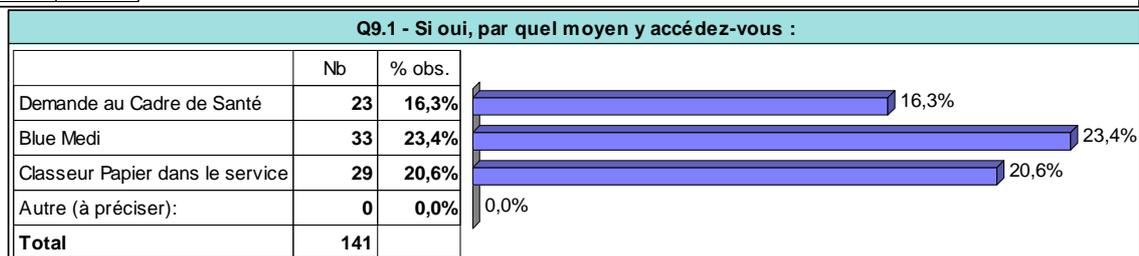
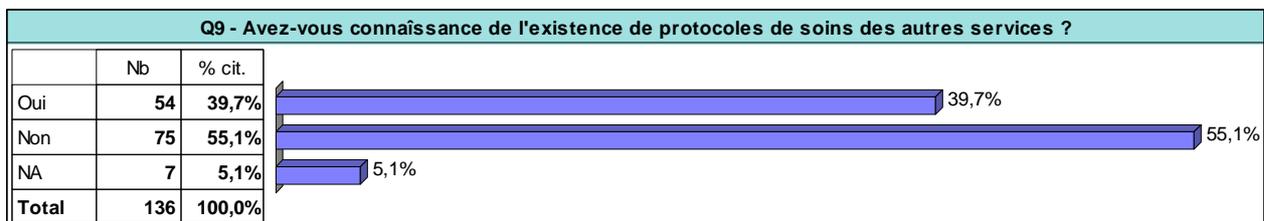
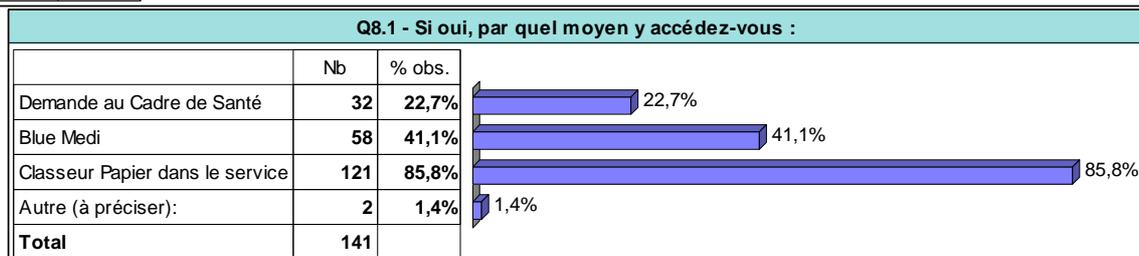
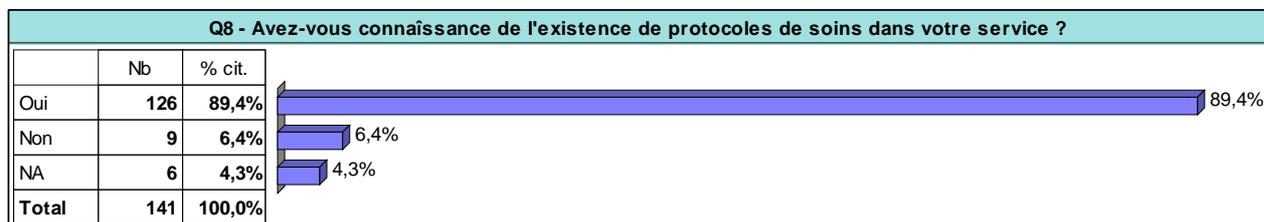
141 observations



2012 : Evaluation de la promotion de la Culture Qualité et Risques au CH de Montélimar 4

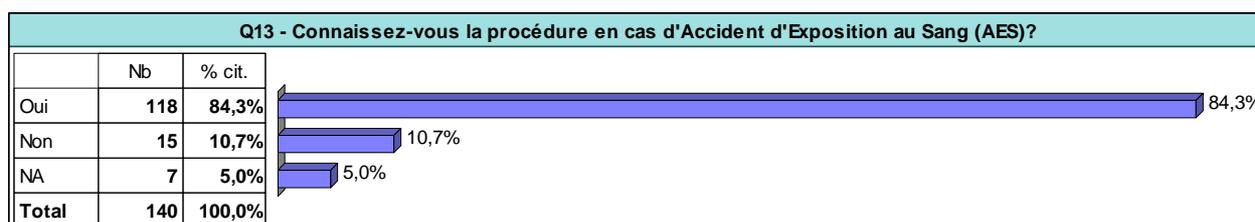
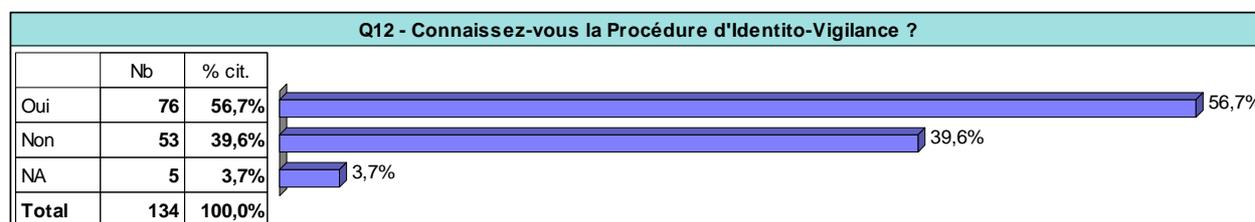
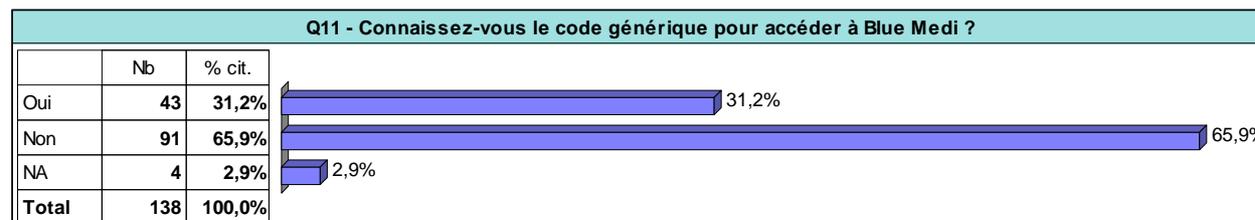
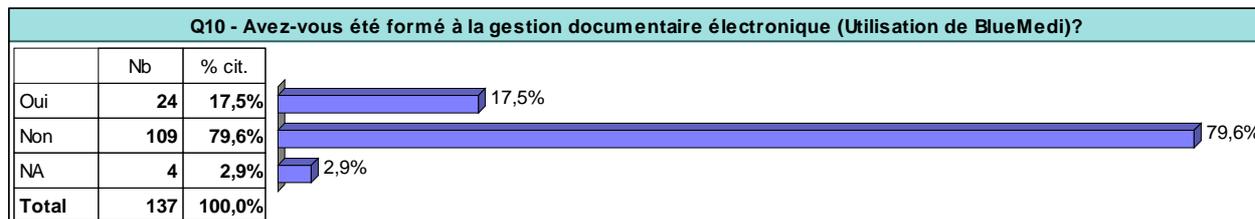
141 observations

GESTION DOCUMENTAIRE

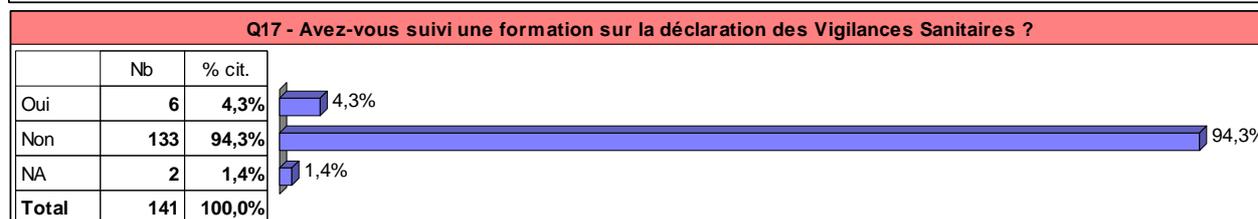
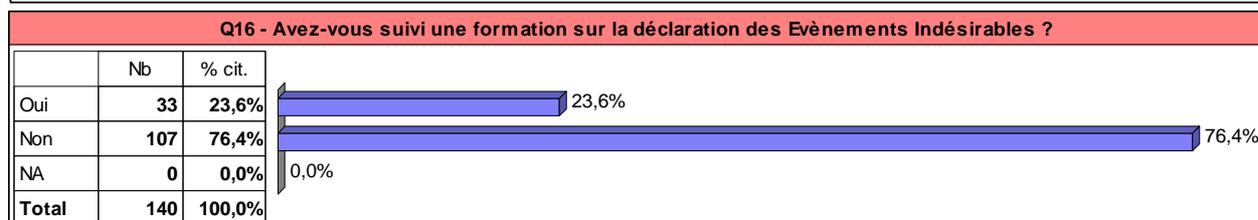
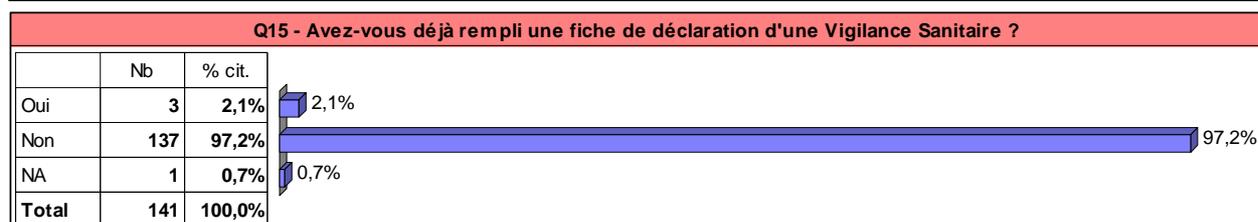
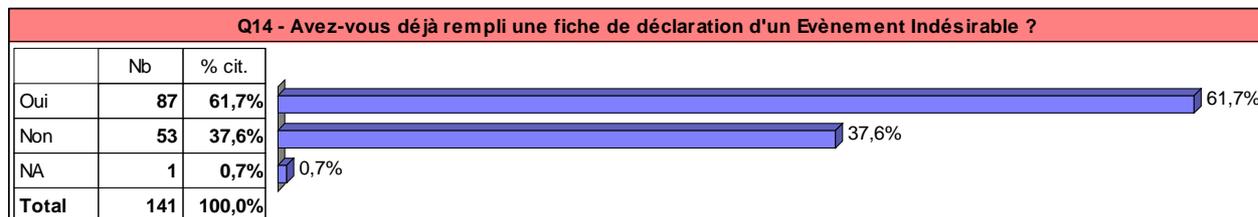


2012 : Evaluation de la promotion de la Culture Qualité et Risques au CH de Montélimar ⁵

141 observations



DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES



5. Analyse des résultats :

Les chiffres soulignent :

- Pour les nouveaux arrivants : peu ont bénéficié de cette journée en raison la mise en place récente de la journée d'accueil, remise de passeport du nouvel arrivant quasi-inexistante et un besoin de « doublure » souhaitée d'au moins 4 jours.
- Pour la gestion documentaire : bonne connaissance des protocoles dans le service mais sur papier car méconnaissance de l'existence de Blue Medi.
- Pour les déclaration des EI : un défaut de formation à la déclaration des EI et des vigilances sanitaires dû à la formation qui est récente.

6. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation :

- NOUVEAUX ARRIVANTS :
 - Institutionnaliser et réactualiser les passeports nouveaux arrivants par spécialité
 - Définir le programme de la journée d'accueil des soignants en complément du passeport et de l'accompagnement individualisé.

- GESTION DOCUMENTAIRE :
 - Donner un lien direct à un protocole via le plan de soin infirmier informatisé
 - Former les nouveaux arrivants à l'utilisation de notre logiciel de gestion documentaire (Blue Medi)

- DECLARATION DES E.I. :
 - Acculturer et former l'ensemble du personnel soignant à la déclaration des EI
 - Favoriser la mise à disposition des fiches de déclaration des EI
 - Former l'encadrement aux outils qualité et gestion des risques (analyse des EIG par la méthode ALARME, audit clinique, EPP, ...)
 - Informatiser les fiches de déclaration des EI et des Vigilances.

AXE N°2 : Renforcer la coordination et la complémentarité entre les professionnels pour une organisation et une prise en charge efficaces, centrées sur le patient.

1. La continuité des soins

1.1. Définitions :

Selon le Docteur Jean Brami (Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS) la continuité des soins doit être abordée de trois manières complémentaires :

« La **continuité clinique** est celle qui est prodiguée par un professionnel ou un groupe de professionnels au cours du temps. Elle implique une bonne connaissance du patient par le ou les soignants, permettant une approche globale de la prise en charge. »

Un groupe de professionnel travaille en pluridisciplinarité autour du patient de façon coordonnée.

« La **continuité de l'information** implique le transfert correct de celle-ci, par exemple grâce au dossier médical partagé » et au dossier de soins. « L'information transmise comporte les événements marquants, les risques particuliers, les conseils et les préférences des patients. » (projet de soins, projet de vie). L'information est transmise de manières écrites et orales par l'intermédiaire des transmissions ciblées.

Dans un document canadien² plus récent, une troisième dimension de la continuité des soins est évoquée, celle de la **continuité d'approche** qui s'intéresse à la cohérence des soins prodigués par les différents intervenants. C'est également dans ce document que la définition de la continuité des soins la plus synthétique est donnée :

« La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins ».

² Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2002.

La continuité des soins c'est aussi une continuité de présence : entre l'équipe de matin et celle de l'après-midi, celle de jour et celle de nuit puis d'un jour à l'autre et entre les différentes catégories de professionnels.

C'est aussi la valeur des transmissions écrites et orales. Les transmissions écrites se font sous la forme des transmissions ciblées papier ou informatique.

Les différents professionnels ont besoin d'un outil commun, qui serve à la fois à déposer et à recevoir les informations.

1.2. Organisation et Communication centrées sur le patient : (schéma ci-dessous)

Schématisation des différents intervenants concourant à l'élaboration du projet de vie et du projet de soins communs centrés sur le patient.

Le Patient est au cœur du système, les différents intervenants **concourent**, avec lui, à l'**élaboration des projets de Soins et de Vie**.

Pour que l'ensemble soit **cohérent**, deux notions indispensables : **coordination** et **complémentarité**.

Ces notions en impliquent nécessairement deux autres : **organisation et communication**.

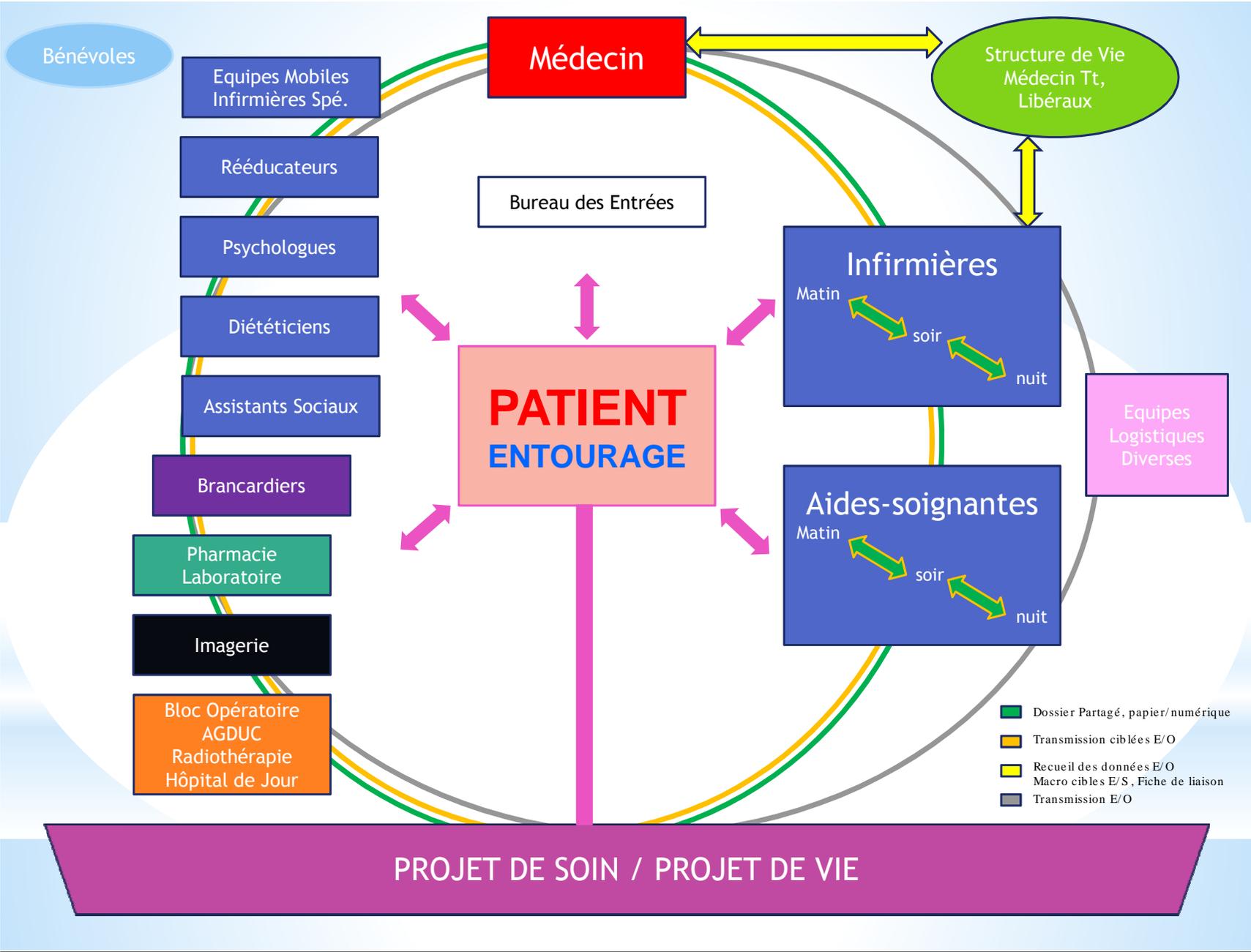
Enfin, pour organiser et communiquer, il faut pouvoir transmettre les informations : **transmission**.

« Le capitaine du bateau est représenté par le patient.

La coque du bateau représente le projet de soins ou/et le projet de vie.

Le bateau flotte sur l'eau qui représente l'établissement hospitalier. »

Organisation et **communication** entre les différents acteurs de soin permettent une **coordination** et une **complémentarité** qui ouvrent la voie à l'élaboration de **Projets de Soins et de Vie cohérents**.



2. Sources de dysfonctionnement :

Méconnaissance de l'existence des compétences spécifiques.

Méconnaissance des modalités d'action des autres acteurs de soins (dont les acteurs à compétence spécifiques). Capacité à prendre sa place au sein d'un ensemble d'acteur.

Transmissions incomplètes ou erronées.

Supports de communication perfectibles.

3. Actions à mettre en place

3.1. Sécuriser l'utilisation du dossier de soins :

A) Créer une cellule de veille et de suivi du dossier de soins et des transmissions (écrites et orales).

Standardiser le plus de documents possible, faire disparaître les documents papier satellite qui existent.

S'assurer de la bonne utilisation et du respect des modalités d'utilisation du Dossier de Soins Infirmiers.

Formation à la lecture et à l'ajout d'information dans le dossier de soins.

Il est aussi important de savoir recueillir les informations que de savoir les déposer et de savoir les rechercher.

Un travail sur l'extraction des données en fin de séjour (RSI) sera mené en relation avec le médecin DIM afin de repérer les éléments utiles à la clarification du séjour.

B) Formation à l'optimisation des transmissions orales :

Dans un souci d'efficacité et d'exhaustivité en prenant en compte les informations des autres acteurs de soins en se centrant sur le patient.

Problèmes des transmissions orales qui sont peut-être trop longues (dépassement des horaires de travail), trop précises sur certains points mais qui en omettent certains autres.

3.2. Identifier les compétences spécifiques :

Il nous a semblé opportun de créer un recueil de compétences. Ce dernier permettrait de regrouper toutes les compétences soignantes spécifiques, les noms et coordonnées de ces soignants, leurs indications et modes d'intervention, et leurs modalités de transmissions des informations et données recueillies.

De plus, afin pour plus de lisibilité, les compétences soignantes en éducation thérapeutiques pourront faire l'objet d'un secteur identifié, voire une unité identifiée en tant que telle.

Ceci permettrait à chacun d'être au courant de l'existence de ces compétences spécifiques au sein de l'établissement et ainsi favoriser leur intervention auprès des patients.

AXE N°3: Définir nos prises en charges intégrées dans une organisation en filières.

1. Définition des filières :

- La filière de soins est un mode d'organisation interne à un établissement, qui peut se prolonger en externe à travers un réseau structuré ou informel.
- C'est avant tout une succession d'étapes de prise en charge visant à orienter la trajectoire du patient pour une meilleure qualité des soins, une meilleure utilisation des équipements et une prise en charge pluridisciplinaire.
- Les filières de soins ont pour objectif d'instaurer un continuum dans la prise en charge, d'éviter la redondance d'examen et d'augmenter la sécurité et la qualité grâce à de l'information fiable et partagée en temps réel.

2. Préalable à toute prise en charge :

Au travers de la filière, le parcours de soins du patient doit rester individualisé et donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, avec l'ensemble des composantes humaines, culturelles et sociologiques.

3. Le postulat :

Travail axé sur les personnes vulnérables :

Personnes âgées, personnes atteintes d'un cancer, enfants.

4. Les objectifs de départ :

4.1. Objectif A: Faciliter les entrées des personnes vulnérables:

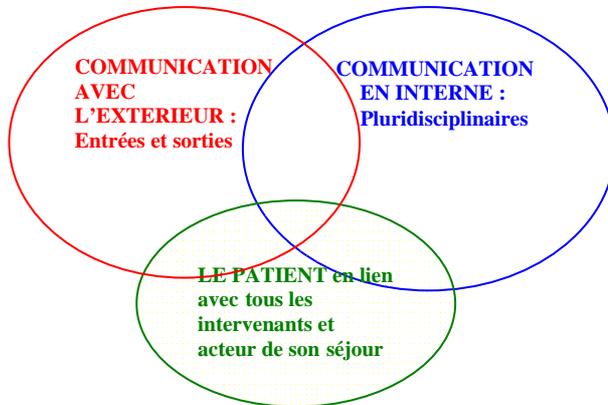
- Repérage des personnes vulnérables
- Développer les moyens de communication externe sur le parcours du patient afin de structurer l'accueil des urgences pour éviter l'engorgement et permettre un accueil de qualité
- Structurer les entrées programmées en définissant un schéma clinique (hospitalisations et consultations).

4.2. Objectif B: Accompagner le patient dans son parcours de soins ou sa filière en l'associant aux prises de décisions :

- Formaliser le projet thérapeutique
Explication du projet thérapeutique et accompagnement du patient et mise en œuvre en pluridisciplinarité: psychologue, assistante sociale, diététicienne.....
- Développer la coordination de soins entre paramédicaux au travers d'infirmières pivots ou coordinatrices en lien avec l'extérieur.

4.3. Objectif C: Améliorer la continuité des soins avec l'extérieur dans la préparation et la sortie du patient :

- Améliorer la fiche de liaison élargie avec les différents intervenants : IDE, Kiné, Diététicienne...
- Développer la coordination de soins entre paramédicaux au travers d'infirmières pivots ou coordinatrices en lien avec l'extérieur.



5. Etat des lieux des différents services en lien avec les personnes vulnérables

5.1. Equipe mobile de gériatrie

Les points forts:

- La coordination IDE est de plus en plus sollicitée pour préparer les interventions médicales
- La filière est en plein développement
- Le développement de leurs compétences spécifiques permet une meilleure prise en charge aux équipes en interne.

Les points faibles:

- Le manque d'anticipation par rapport aux problèmes des patients en externe où les libéraux cherchent en urgence une réponse à leurs difficultés.
- Les difficultés d'hospitaliser les patients en arrivée directe au CSG par rapport au patient en interne.
- Les nombreux réseaux développés par différents professionnels avec une communication limitée entre eux :
 - 1 filière gériatologique: Dispositif MAIA
 - 1 filière HAD sans communication avec la filière CSG
 - CLIC
 - Développement en masse des associations d'aide à domicile sans coordination, ni garant de qualité de prise en charge.

5.2. Consultations externes

- Les consultations de chirurgie ne permettent pas à l'heure actuelle de repérer les personnes fragiles. Elles se déroulent toutes les 15 mn et sur 2 salles.
- Création d'un poste d'IDE de coordination aux consultations d'anesthésie.
- Présence de 4 IDE d'éducation thérapeutique aux consultations externes qui font le lien avec les médecins de médecine.

➤ Filière diabéto structurée:

- Médecins investis et référents

- IDE expertes
- Prévention ce qui limite les décompensations et permet de diminuer les entrées par les urgences.
- Prise en charge organisée :
 - Repérage au niveau des hospitalisations en interne
 - Repérage par les médecins généralistes
 - Signalement des diabètes gestationnels
 - Mise en place d'un projet d'éducation et de soins par les IDE.

➤ Filière pneumo:

- IDE pour les EFR, test de marche, polygraphie, examens complémentaires
- Depuis l'arrivée du nouveau pneumologue, des projets sont à venir notamment une réflexion pour développer et prendre en charge des patients atteints d'apnée du sommeil : domaine éducatif et la polysomnographie d'autant plus qu'une IDE a des compétences pour réaliser des EEG + Polygraphie.

La filière pneumo est à développer et structurer.

➤ Filière cardio:

- Structurer sur les prises en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque : Ce programme d'éducation a été autorisé et validé par l'ARS.
- Actuellement, la mise en place d'un projet d'une IDE chargée de l'éducation des patients insuffisants cardiaques avec un développement de son activité au sein des équipes, notamment avec sa participation au staff de cardiologie est à formaliser.

➤ La filière chirurgicale/anesthésie:

- Les consultations de chirurgie ne permettent pas à l'heure actuelle de repérer les personnes fragiles. Elles se déroulent toutes les 15 mn et sur 2 salles parallèlement.
- Création d'un poste d'IDE en anesthésie pour accompagner le patient, réalisation des bilans préopératoires (Bilan sanguin, ECG...) et aide aux patients pour le remplissage du questionnaire pré consultation.
- Des IDE participent aux consultations des différentes spécialités, leur rôle étant surtout d'assurer les soins post opératoires plutôt que pré opératoires.
- L'objectif à terme serait de repérer les fragilités : dénutrition, anticiper les demandes SSR.....

Les points forts:

- Début de repérage des personnes fragiles à la consultation d'anesthésie avant l'hospitalisation depuis janvier 2013
- Aide au remplissage du dossier d'anesthésie par cette IDE
- Entretien d'accueil infirmier : anticipation de l'Assistante sociale pour faire une pré-réservation en structure
- Le lien IIDE/médecins de médecine
- Parcours de soins identifié avec lien avec les libéraux, Addicto, Ide psy, Assistante sociale, Ide Cardio, Ide clinicienne.
- Le nombre de consultations IDE permet d'évaluer un besoin grandissant de la population du bassin.

Les points faibles:

- Peu de recul par rapport à l'IDE de coordination en consultation d'anesthésie car récemment créée
- Aucune valorisation financière de ces prises en charge.

5.3. Organisation de la prise en charge de l'enfant :

➤ **Etat des lieux:**

Entrées directes :

Chirurgie programmée, examens programmés
Par médecin traitant ou via le SAMU (ex : convulsions.....)
Suite à une consultation

Aux urgences:

- La journée : Les enfants sont identifiés par l'IAO, et en fonction de l'attente aux urgences, le pédiatre référent des urgences est sollicité et les enfants sont pris en charge en pédiatrie par une IDE dédiée à l'accueil de ces enfants.
- La nuit : Les enfants sont vus par les urgentistes quelque soit l'attente et le pédiatre est appelé que si l'urgence atteint un certain seuil.

Les points forts:

- Pas ou peu d'attente des enfants la journée de semaine aux urgences de part l'organisation actuelle.
- L'environnement et le personnel d'accueil est adapté à l'enfant ainsi qu'à sa famille.

Les points faibles:

- Le circuit d'urgence n'est pas identifié.
- Pas de compétences soignantes spécialisées en pédiatrie.

5.4. Prise en charge de patients relevant d'oncologie :

Etat des lieux:

➤ **Les modes d'entrées en oncologie :**

- *Filière extérieure programmée des autres établissements :*
 - Filière pneumo de Kennedy : c'est un circuit uniquement thérapeutique chimiothérapie bien structuré
 - Filière CLB et Val d'Aurelle : organisée par l'IDE coordinatrice des 2 établissements, le patient est cadré, le PPS est posé, la consultation d'annonce IDE est faite.
 - Filière médecin généraliste : la prise en charge est différente et, est fonction du diagnostic posé ou pas
- *Par les urgences:* un avis onco est demandé quels que soient les antécédents. L'oncologue se déplace systématiquement aux urgences :
- *Appel de professionnels libéraux* (médecin traitant, IDE libérales ou prestataires) suite à altération de l'état général du patient.
- *Par mutation en interne* après découverte de la maladie
- *La filière HAD structurée* et programmée car l'entrée peut être anticipée ou décalée
- *La filière radiothérapie :* la prise en charge des patients recevant de la radiothérapie et ne pouvant aller en SSR (problème de budget global et de T2A) et qui embolissent des lits à la semaine.

➤ **Les modes de sorties :**

- Les Unités de Soins Palliatifs (USP) : BSA, Crest ou Privas
- Les SSR mais pour lesquels il est parfois difficile de donner un projet de vie donc refus des structures
- L'HAD
- Maison de Lionel
- La filière Kennedy qui fonctionne bien dans les 2 sens

➤ **Le projet de soins du patient :**

Il existe un Programme Personnalisé de Soins (PPS) qui est réalisé par le médecin oncologue avec un classeur nominatif individualisé qui est mis en place. Ce classeur comporte : le PPS, des informations concernant les soins oncologiques de support, un calendrier permettant un suivi: des examens, des bilans et divers RDV. Ce classeur a été financé par la ligue.

➤ **La consultation d'annonce IDE :**

Elle est supprimée depuis 2010, de ce fait toutes les missions dédiées à cette consultation sont redistribuées de manière informelle par différents intervenants au cours du parcours de soins (IDE pendant l'hospitalisation, le cadre de santé, les secrétaires et l'IDE coordinatrice).

➤ **IDE coordinatrice :**

Elle se trouve au niveau de l'hospitalisation de jour oncologie uniquement et gère les rendez-vous des patients de chimiothérapie, les rendez-vous d'examens.....

Les points forts:

- Le **staff quotidien** entre: IDE, médecins, cadre, et **le staff hebdomadaire** en présence de l'équipe de l'HAD, de l'assistante sociale, du psychologue, et de l'IDE coordinatrice ce qui permet une communication satisfaisante et une anticipation des hospitalisations et/ou des sorties.
- L'IDE coordinatrice qui organise les rendez-vous de chimiothérapies, examen et Cs médecins
- Les soins oncologiques de support : naturopathe, acupuncteur, psychologue, socio esthéticienne (payée par la Ligue), activité physique avec un professeur en activité physique adaptée (KARATE DO).
- La participation de membre de la direction des soins au réseau de cancérologie Rhône-Alpes avec ses formations, ses groupes de réflexion et ses aides financières.

Les points faibles:

- Le devenir des patients aux Urgences car pas de filière structurée :
 - Oncologie si place
 - HCD
 - Hébergement autres services avec suivi par l'oncologue
 - En fin de semaine : lit post urgence
- Le constat est qu'un tiers des lits d'oncologie est occupé par des patients relevant des soins palliatifs
- L'absence de l'IDE d'annonce (ou de coordination de la filière cancérologique) : ne permet plus le cadrage du parcours patient dès la première consultation avec le repérage des difficultés. Explication du projet de soins avec déroulement du traitement (patients qui viennent avec des valises alors qu'ils sont hospitalisés en HJ), explication des effets secondaires par rapport aux cycles, prise en charge de la douleur psychique et physique, prise

en charge sociale avec l'assistante sociale, prise en charge psychologique, orientation vers des soins de support variés : naturopathe, sport et santé, ...

- Les fiches de liaisons sont faites la nuit au lieu d'être faites l'après midi, le mieux serait qu'elles soient faites par l'IDE coordonatrice qui est actuellement sur un poste à mi temps
- L'absence d'anticipation des séjours hormis l'HAD
- Pas de suivi post cancer à par La Ligue

La Synthèse:

Axe d'amélioration :

- Développer un poste d'IDE coordonatrice qui balisera le parcours patient et fera les liens entre l'extérieur, le patient, les différents intervenants médicaux, paramédicaux, pharmaciens, sociaux et permettra la mise en place du parcours patient (lien avec le projet de soin personnalisé).
- Ou développer un poste d'IDE pivot (comme actuellement à St Etienne): le réseau Régional de Cancérologie propose un financement d'un essai de 1 an pour aider à sa mise en place. L'IDE assure l'annonce, la coordination et le suivi post cancer.

5.5. Services des urgences

➤ **La personne âgée aux urgences**

- L'équipe mobile de gériatrie intervient du lundi au vendredi en systématique pour l'UHCD.
- Elle intervient également de plus en plus sur l'arrivée directe aux urgences des patients de plus de 75 ans sur la demande de l'IAO.
- Il y a peu d'anticipation de la part des structures externes (maison de retraite, médecin généraliste...) sur les arrivées aux urgences.
- Sauf, si la personne âgée est hospitalisée en HAD, l'arrivée est anticipée, le dossier est faxé.
- Les patients âgés arrivent aux urgences car la prise en charge à domicile n'est plus adaptée : démission de la famille, de IDE libérale et de la médecine de ville par manque de soutien.

➤ **Les patients « onco » aux urgences**

- Le patient arrive aux urgences et s'annonce en tant que patient du Dr X oncologue.
- Manque de lien en amont. (Sauf dans le cas où le patient relève de l'HAD et/ ou de l'EMASP).
- Il existe une filière des patients programmés en HJ pour les transfusions suite à chimiothérapie.

➤ **Les enfants aux urgences**

- Il n'y a pas de filière enfant formalisée aux urgences
- 7600 passages an d'enfants < 15ans arrivent au circuit de la consultation médicale, ce circuit actuellement est constitué d'un médecin urgentiste et d'une AS, et correspond à 60% des entrées des urgences.
- L'IAO priorise les enfants avec un délai de prise en charge inférieur à 20 mn.
- Suivant la gravité et l'attente, le pédiatre est +/- appelé

Les points forts

- Court séjour médical post urgence ouvert depuis le 1er octobre 2012
- Le travail en interne avec l'équipe mobile de gériatrie UHCD

Les points faibles

- **Pas de repérage des fragilités des patients** sur la consultation médicale des urgences du fait de l'organisation interne : 1 médecin et 1 AS, absence de vision infirmière (coordination, lien, vision globale, risques....)
- Absence de circuit formalisé pour les enfants
- Aucune anticipation des structures externes (maisons de retraite, libéraux, associations...)

Synthèse :

Axe d'amélioration :

- Créer un poste d'IDE dans la consultation médicale des urgences qui baliserait le parcours patient en évaluant les risques et les fragilités. De cette évaluation, l'IDE pourrait faire des liens avec l'extérieur, les différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux.
- Développer la filière gériatrique sur l'externe afin d'évaluer les situations à risques en amont et ainsi anticiper la prise en charge des personnes âgées.
- Développer l'action de l'équipe mobile de gériatrie sur l'accueil direct aux urgences en lien avec l'IAO.

5.6. HAD

- Le médecin responsable de l'HAD ayant une compétence en gériatrie, cela permet une meilleure vision de la prise en charge des patients : autonomie et problématique de dénutrition.
- La prise en charge HAD est capable d'anticiper la détérioration de l'état du patient et anticiper ainsi les prises en charges hospitalières :
 - soit par un retour du patient dans son service d'origine
 - soit par un contact préalable aux Urgences
 - soit à travers les liens avec des structures externes en accord avec les familles.
- La participation récente au staff d'oncologie en équipe pluridisciplinaire permet de structurer et d'anticiper la prise en charge en HAD, et d'échanger sur des problématiques à domicile.
- La filière HAD - SSR est à développer et structurer afin de permettre un raccourcissement du temps d'hospitalisation en SSR, de ce fait une meilleure fluidité dans les services et par ricochet aux urgences.

6. SYNTHÈSE GLOBALE

6.1. Points forts à structurer ou à développer :

- **Développer les IDE coordinatrices** qui balisent le parcours patient ceci afin de développer la communication et les liens entre l'extérieur, le patient, les différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et permettent la mise en place du parcours patient (lien avec le projet de soin personnalisé).

- **Renforcer la filière gériatologique** avec un médecin et une IDE qui permet de structurer les prises en charge afin d'intervenir sur l'extérieur et d'anticiper les problèmes de l'accueil de la personne âgée aux urgences.

6.2. Points faibles à améliorer:

- Le repérage de la fragilité ou de la dégradation des patients à domicile
- L'absence de lien formalisé entre les différents intervenants dans le parcours patient et le cloisonnement des différents professionnels dans leur secteur.
- L'absence d'anticipation
- Le manque d'IDE coordinatrice en tant que relais structurant sur le parcours patient.
- La suppression de la consultation d'annonce ide en oncologie.

6.3. Les réseaux existant actuellement :

En Oncologie: Le service travaille avec le réseau ONCORA et l'association La Ligue. Le Réseau permet :

- de mettre des agents en formation, d'avoir une mise à jour sur les pratiques et d'organiser des groupes de réflexion.
- D'obtenir des financements notamment pour les IDE pivot (actuellement, la socio esthéticienne payée par la Ligue).

Aux Urgences:

- Travaille avec groupe régional pour les formations et la structuration des urgences, mise en commun des pratiques

En Pédiatrie: PMI, CMP, AURORE pour la néonate

Gériatrie: Filière gériatrique Montilienne, MAIA

D'autres réseaux sont à formaliser : diabéto, pneumo ...

AXE N°4: .Accompagner l'encadrement dans ses différentes missions afin de développer une expertise managériale.

PRINCIPES :

Les postes de cadre de santé disponibles doivent être occupés prioritairement par un professionnel paramédical issu de la filière du métier de base qui doit avoir un projet de formation de cadre de santé à court terme validé par la direction des soins.

La promotion professionnelle est reconnue sur le Centre Hospitalier de Montélimar, mais l'enrichissement de l'équipe de cadre peut aussi se faire par des recrutements externes.

Diplôme reconnu : A minima, le diplôme cadre de santé ou le certificat cadre de santé est requis.

1. PARCOURS D'ACCES A LA FONCTION CADRE

1.1. Repérer les aptitudes à la fonction cadre :

L'agent qui souhaite orienter son parcours professionnel vers le métier de cadre de santé doit avoir une ancienneté dans le métier de base d'un minimum de 3 ans (en référence à la réglementation), avoir démontré une implication dans des groupes de travail institutionnels et/ou avoir exercé dans deux unités différentes.

Il doit s'adresser à l'encadrement supérieur de santé du pôle où il exerce puis rencontrer le coordonnateur général des soins du centre hospitalier pour lui exposer son projet professionnel. Il prendra connaissance du profil de fonction cadre de santé FICHE N°1

Lorsque le projet est validé, un accompagnement personnalisé est organisé avec la désignation d'un cadre supérieur et un cadre de santé.

Selon les possibilités que peut offrir l'établissement en matière de postes d'encadrement, le candidat pourra être positionné en tant que faisant fonction de cadre avec une durée limitée à 2 ans (sauf exception).

Lorsque l'agent est entré dans ce dispositif, la direction des soins propose au plan de formation une préparation au concours.

1.2. Accueil, prise de fonction, cycle d'un an :

Entretien d'affectation sur un poste de cadre avec le coordonnateur général des soins dans les 3 derniers mois de formation cadre.

Découverte de l'institution, des projets en cours et à venir

Présentation du profil de poste FICHE N°2 du passeport cadre FICHE N°3

Présentation des différents acteurs de l'institution.

Accompagnement assuré par un cadre de santé, choisi entre l'agent et la direction des soins.

2. MANAGEMENT DES CADRES DE PROXIMITE :

2.1. Suivi individualisé quotidien par le cadre supérieur du pôle :

- Aide au développement de projets
- Gestion des ressources humaines
- Optimisation des moyens matériels (gestion des lits...)
- Echanges d'informations

2.2. Animation du groupe cadre par pôle ou par secteur par le cadre supérieur.

- Assurer la coordination des projets au sein du pôle ou du secteur
- Animer l'équipe de cadres
- Echanger les informations ascendantes et descendantes
- Rappeler les échéances de gestion des RH et des différents travaux à rendre
- Partager ses expériences
- Gestion médico-économique : analyse des tableaux de bord
- Travail en réseau, en filière

2.3. Bilan annuel :

- Suivi des objectifs de l'année n-1
- Evaluation annuelle institutionnelle réalisée par le cadre supérieur de santé avec +/- rencontre de la directrice des soins.
- Evaluation individuelle des besoins en formation et de développement professionnel continu
- Un rapport d'activité sera demandé à chaque cadre selon une trame guide dans l'objectif de réaliser un écrit utilisable : FICHE N°4
 - o Pour une présentation en équipe par le cadre de santé,
 - o Pour réaliser le rapport d'activité de pôle par le cadre supérieur de santé
 - o Pour la rédaction du rapport annuel d'activité par la direction des soins.

2.4. Favoriser l'enrichissement du parcours professionnel.

- Valoriser la mobilité interne comme facteur d'enrichissement professionnel
- Favoriser la mobilité externe selon les motivations et projet professionnel des cadres
- Accompagner le cadre dans une promotion professionnelle de cadre supérieur de santé ou directeur des soins.
- Inciter à une implication institutionnelle par la participation à des groupes de travail transversaux (projet de soins, EPP, ...).

2.5. Management du collectif cadre

- Assurer la continuité de l'encadrement sur l'établissement : FICHE N° 5
 - o Sur les 24h
 - o Sur les week end
 - o Sur les périodes de congés annuels. Principes à définir
- Associer les cadres à la stratégie institutionnelle, aux orientations et aux décisions institutionnelles :
 - o Organiser de réunions d'encadrement
 - o Impliquer les cadres dans les projets d'établissement : projet de soins, projet de pôle, projet social, projet logistique
- Maintenir une implication des cadres dans la démarche qualité et la gestion des risques.
 - o Décliner le programme d'actions institutionnel dans son unité
 - o Participer aux différentes étapes de la certification
 - o Etre à l'initiative d'audits et d'EPP
- Favoriser un management serein et respectueux
 - o Organiser la semaine de l'encadrement en associant les cadres
 - o Définir un espace d'échange cadre au sein de la structure
 - o Organiser l'accompagnement des cadres
 - o Organiser l'analyse des situations managériales difficiles : analyse des pratiques

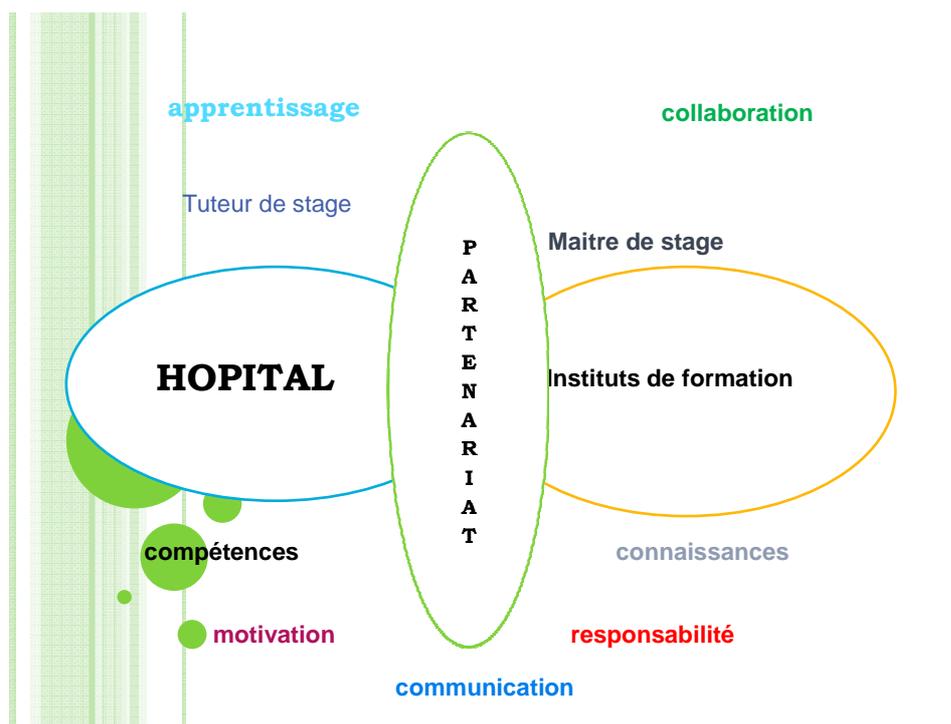
3. DEMARCHE D'EVALUATION INSTITUTIONNELLE DE LA DIRECTION DES SOINS

- Développer des outils d'analyse de la performance individuelle :
 - o Outils d'évaluation des compétences individuelles des agents.
- Développer des outils d'analyse de la performance collective :
 - o Formation à la démarche EPP ; audit clinique...

4. ACCOMPAGNEMENT DES CADRES DANS LES PROJETS DE TERRITOIRE ET DANS LES DIFFERENTS RESEAUX DE SANTE

- Ouverture des semaines d'encadrement aux cadres des structures membres du GCS et de la CHT
- Echange et mise en commun des plans de formation des 3 C.H. membres de la C.H.T.
- Associer les cadres dans les réseaux et les filières de soins
- Participer au management des projets d'investissements au sein du territoire

AXE N°5: Développer un partenariat institut de formation - hôpital.



1. Définition :

« **Le partenariat** se définit comme une association active de différents intervenants qui tout en maintenant leur **autonomie** acceptent de **mettre en commun** leurs efforts en vue de réaliser **un objectif commun** relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une **responsabilité**, une **motivation voire une obligation**. »

2. Les atouts du partenariat:

2.1. Pour l'hôpital :

- Répondre à sa mission d'enseignement.
- Créer une politique ingénierie des stages.
- Fidéliser par le tutorat mis en place les nouveaux professionnels.
- Accompagner la promotion sociale par le dispositif VAE.
- Initier une dynamique de recherche dans la communauté soignante.

2.2. Pour les instituts :

- Répondre aux exigences réglementaires (le stage est placé sous la responsabilité de l'institut de formation).
- Permettre une adéquation et une cohérence entre un apprentissage théorique et un apprentissage pratique.
- Harmoniser et négocier les capacités d'accueil
- Promouvoir une culture commune avec l'initiation à la recherche

3. Etat des lieux :

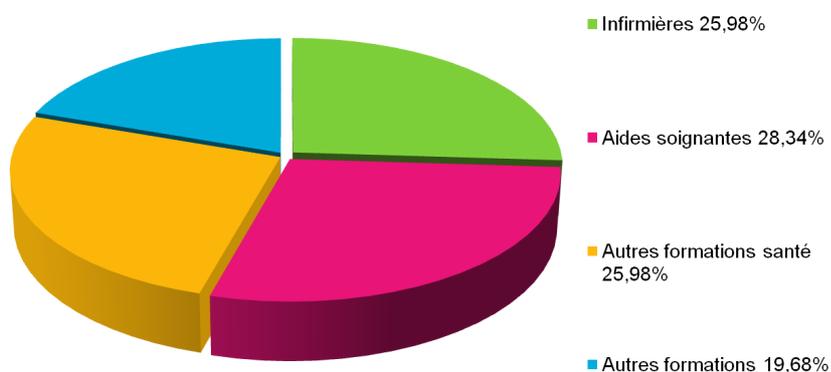
3.1. Une charte d'encadrement des étudiants élaborée en avril 2010.

Objectifs: permettre au centre hospitalier de Montélimar et aux IFSI du secteur d'assurer la qualité de la prestation d'encadrement des étudiants infirmiers en stage

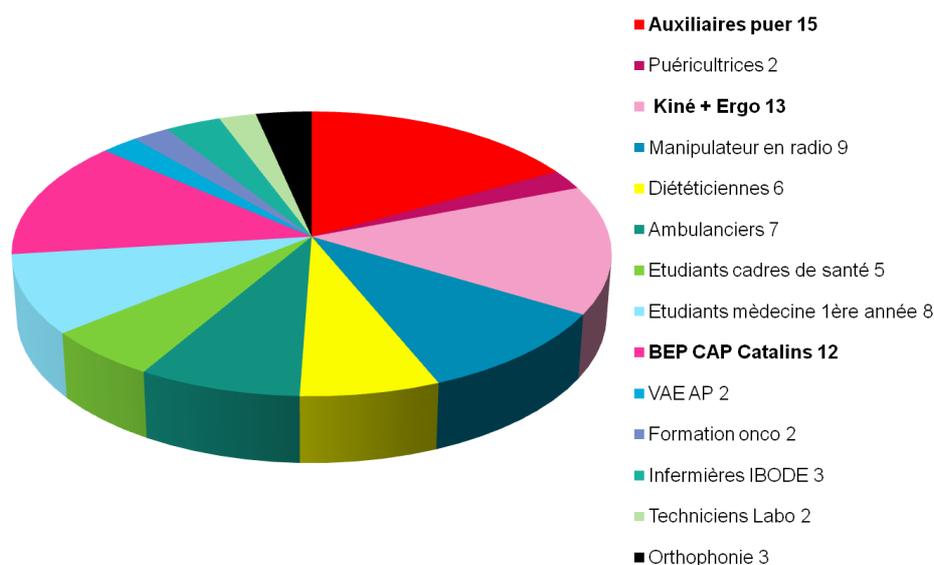
Des **acteurs définis:**

- Le maître de stage
- Le tuteur de stage (Le maître et le tuteur de stage est le cadre de santé sur le Centre Hospitalier de Montélimar.)
- Les professionnels de proximité
- Les référents enseignants de l'IFSI.

3.2. Différentes filières de formation accueillies en 2012 sur le Centre Hospitalier de Montélimar



- Formation de santé (autres qu'infirmières (99) et aides-soignantes (108))



3.3. Recensements des documents utilisés dans les différents services pour l'encadrement des stagiaires:

- Livret d'accueil et de ressources des terrains de stage élaboré par chaque service de l'hôpital.
- Protocole d'accueil des stagiaires dans le service de
- Documentation sur la présentation spécifique d'un service et organigramme.
- Documentation sur le fonctionnement service et institution.
- Questionnaire de fin de stage (La Manoudière)

4. Analyse de l'existant :

4.1. **Mission d'enseignement de l'hôpital assurée par :**

- l'accueil de stagiaires dont les filières les plus représentatives sont IDE, AS, auxiliaire puéricultrice, kiné, manipulateur, radiologie
- enseignement à l'IFSI animé par des professionnels médicaux et paramédicaux

4.2. **Politique ingénierie des stages et négociation des capacités d'accueil :**

Des moments de pointe dans l'accueil des étudiants (surpopulation d'étudiants) existence de référents formateurs par unités mais pas de réelle réflexion sur les parcours étudiants et les situations d'apprentissage par service.

4.3. **Tutorat mis en place :** l'arrivée du programme 2009 a défini cette notion et a amené la création de nombreux outils de suivis sur l'hôpital, à harmoniser.

4.4. **Dispositif VAE:** des agents qui rentrent dans un cursus VAE avec peu de mobilité de service dans ce parcours.

4.5. **Initiation à la recherche :** des travaux réalisés par les étudiants en IFSI non réinvestis dans une culture de la recherche à l'hôpital.

5. Objectif général :

- 5.1. **Accompagner et former des stagiaires** à devenir des professionnels responsables, autonomes et réflexifs, capable d'analyser toutes situations dans les limites de leur rôle et de mener des actions seul et en équipe pluri-professionnelle, pour **répondre aux besoins de santé des personnes**

6. Objectifs spécifiques :

- 6.1. Elaborer un planning annuel équilibré des stages afin de permettre une présence régulière de stagiaires dans les unités d'accueil.
- 6.2. Concevoir un document écrit de référence qui déclinera les modalités d'accueil, de suivi et d'évaluations de l'étudiant.
- 6.3. Favoriser la promotion sociale par l'accès de validation VAE des agents hospitaliers.
- 6.4. Formaliser un dispositif de recherche en soins infirmiers s'appuyant sur la recherche exploratoire en IFSI.

V – 6 - SYNTHÈSE DES ACTIONS

1. FICHES ACTIONS : AXE n° 1 - Promouvoir une culture d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques liés aux soins.

OBJECTIFS	ACTIONS
Améliorer l'intégration des nouveaux professionnels	Institutionnaliser et réactualiser les passeports nouveaux arrivants
	Organisation de la journée d'accueil
Favoriser la connaissance des protocoles de soins	Créer des liens directs entre le plan de soins informatisé et les protocoles existants
	Formation des nouveaux professionnels à l'utilisation de Blue Médi
Favoriser la déclaration des EI	Former les nouveaux arrivants à la déclaration des EI
	Informatiser la feuille d'EI

2. FICHES ACTIONS : AXE n° 2 - Renforcer la coordination et la complémentarité entre les professionnels pour une organisation et une prise en charge efficaces, centrées sur le patient.

OBJECTIFS	ACTIONS
Sécuriser l'utilisation du dossier de soins	Créer une cellule de veille du dossier de soins
	Former les soignants aux transmissions écrites et orales
Améliorer la connaissance des ressources spécifiques soignantes internes du CH	Créer d'un recueil de compétences spécifiques
Améliorer la lisibilité de l'éducation et de la prévention	Créer un secteur ou une unité d'éducation thérapeutique Assurer l'évaluation annuelle des programmes existants Monter d'autres programmes d'éducation thérapeutique

3. FICHES ACTIONS : AXE n°3 - Définir nos prises en charge intégrées dans une organisation en filière

Objectif spécifique n°1 : Repérer et faciliter les entrées des personnes vulnérables dans l'établissement

OBJECTIFS	ACTIONS
<u>Les enfants :</u> Structurer et formaliser le circuit des entrées aux urgences pour les enfants	Professionnalisation du personnel Infirmier des urgences
<u>Les personnes âgées :</u> Repérer les PA vulnérables et mettre en place des actions de préventions afin de limiter les risques iatrogènes liés à l'hospitalisation	Développer une EMG de coordination avec l'extérieur afin d'anticiper les prise en charge en amont Formalisation du lien entre IOA et IDE de l'EMG Développer les travaux CH-filière gériatriques et MAIA
<u>Les patients cancéreux :</u> <u>Les patients âgés :</u> Améliorer et coordonner le parcours des patients	Développer les IDE coordinatrices afin de développer la communication et les liens entre l'extérieur, le patient, les différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et permettent la mise en place du parcours patient coordonné (lien avec le projet de soin personnalisé)

Objectif spécifique n°2 : Repérer et organiser les prises en charge spécifiques des personnes vulnérables dans l'établissement

OBJECTIFS	ACTIONS
Repérer les fragilités des patients à la consultation médicale des urgences	-Créer un poste d'IDE aux consultations afin de baliser le parcours et évaluer les risques et les fragilités des patients Développer coordination IDE/médecin -Formaliser fiches de poste et de tâches

Objectif spécifique n°3 : Accompagner le patient dans son parcours en l'associant aux prises de décisions

OBJECTIFS	ACTIONS
Permettre la mise en place du parcours patient coordonné (lien avec le projet de soin personnalisé) Expliquer et formaliser les projets thérapeutiques aux patients	- Développer les IDE coordinatrices afin de développer la communication et les liens entre tous les acteurs et le patient - Formaliser les liens avec IDE de coordination de l'oncologie de jour - Elaborer les chemins cliniques par prises en charge

Objectif spécifique n°4 : Améliorer et préparer la sortie des personnes vulnérables

OBJECTIFS	ACTIONS
Développer les moyens de communication en intra et extra	-Intégrer les IDE coordinatrices aux différents staffs existants au sein de l'établissement
Développer le dossier de soins paramédicaux	-Elargir la Macro cible de sortie à l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès du patient.
Améliorer la synthèse exhaustive du séjour patient	- Améliorer le contenu du RSI (favoriser la remontée des données du séjour)

4. FICHES ACTIONS : AXE n° 4 - Accompagner l'encadrement dans ses différentes missions afin de développer une expertise managériale.

OBJECTIFS	ACTIONS
Définir la fonction cadre de santé au CH de MONTELIMAR	Actualiser le profil de fonction cadre de santé et CSS Elaborer les profils de poste cadre de santé pour toutes les unités
Accompagner les nouveaux cadres	Elaborer le passeport cadre
Formaliser le rapport d'activité direction des soins	Elaborer le support type
Assurer la continuité de l'encadrement sur le CH	Formaliser l'organisation de l'encadrement (missions, outils)

5. FICHES ACTIONS : AXE n°5 - Développer le partenariat instituts de formation / hôpital.

Objectif général :

Accompagner et former des stagiaires à devenir des professionnels responsables, autonomes et réflexifs, capable d'analyser toutes situations dans les limites de leur rôle et de mener des actions seul et en équipe pluri-professionnel, pour **répondre aux besoins de santé des personnes.**

Objectif spécifique n°1 : Elaborer un planning équilibré annuel des stages évitant des concentrations d'accueil de stagiaire sur une même période, pour garantir un encadrement de qualité.

ACTIONS	MOYENS
Recueil des possibilités d'accueil de chaque service	Outil institutionnel de recueil des possibilités prévisibles d'accueil
2. création du planning annuel des stages de chaque filière d'étudiant	Outil de planification créé en collaboration entre le CHM et chaque institut de formation.
3. recenser et formaliser les parcours créés par les cadres des services	Contact par mail ou autres les différents cadres pour connaître l'existant. Travail avec les instituts de formation pour formaliser les parcours. Enrichir le livret d'accueil et de ressources

Objectif spécifique n°2 : Concevoir des outils institutionnels de référence déclinant les modalités d'accueil, de suivi, d'évaluations et de satisfaction du stagiaire en rapport avec sa filière professionnelle.

ACTIONS	MOYENS
Créer un document de référence	Reprise et uniformisation des documents existants. (exemple du service d'imagerie)
Evaluer la satisfaction du stagiaire concernant son encadrement	Questionnaire de satisfaction regroupant les principaux axes de l'encadrement

Objectif spécifique n° 3 : Initier une réflexion sur la recherche en soins infirmiers au CHM basée sur les travaux de recherche exploratoire en instituts.

ACTIONS	MOYENS
Choisir des pistes de réflexion en fonction des projets développés au CHM.	Repérage des travaux exploratoires réalisés par les étudiants.
Mobiliser et sensibiliser les équipes de soins dans cette dynamique.	A définir

CONCLUSION

Ce travail est le fruit d'un travail collectif avec l'ensemble des composantes paramédicales de l'établissement. Nous avons souhaité associer à nos débats un représentant de la communauté médicale et un représentant des usagers afin d'articuler le PSIRMT avec le projet médical, de prendre en compte les attentes des usagers, et d'élargir notre réflexion.

Les cadres engagés dans le comité de pilotage, animateurs des différents groupes de travail, ont fait preuve d'un grand investissement, d'une grande créativité et je tiens à souligner la qualité du travail qui a été fourni.

La qualité des échanges lors des comités de pilotage et l'assiduité des différents professionnels aux travaux de groupe ont permis une approche réaliste et opérationnelle.

Ce projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques se veut :

- Pragmatique, ancré dans le projet d'établissement et articulé avec le projet médical
- Réactif face aux évolutions du projet d'établissement et de l'environnement externe
- Ouvert sur le territoire de santé

Ce travail doit se poursuivre dans la mise en œuvre du plan d'actions défini. Pour cela, le comité de pilotage sera transformé en comité de suivi et restera actif sur la durée de validation du PSIRMT (5 ans). La CSIRMT sera saisie une fois par an sur l'avancée de la mise en œuvre des actions posées.

En adhérent à ce projet de soins collectif, l'ensemble des paramédicaux du centre hospitalier de Montélimar, attachés aux valeurs qui ont guidé son écriture, le feront vivre et évoluer dans leur exercice professionnel quotidien afin de participer à l'évolution et à la performance de l'établissement, en harmonie avec son environnement.

VI - LE PROJET POLITIQUE QUALITÉ ET RISQUES

Le Centre Hospitalier de Montélimar a profondément remanié le management de la démarche qualité et gestion des risques ces deux dernières années. La politique qualité et gestion des risques a été organisée autour d'objectifs que l'établissement a souhaité resserrés pour en faciliter l'opérationnalité, l'évaluation et la communication, la finalité étant de fédérer l'ensemble des professionnels autour de cette préoccupation centrale. Le présent projet repose en effet sur la conviction que la démarche qualité et gestion des risques et notamment, l'évaluation des pratiques et de la pertinence des actes, répondent non seulement aux attentes légitimes des patients mais sont au cœur des évolutions structurantes du système de santé.

Les résultats de la démarche de certification 2011 ont relevé les bons niveaux de prise en charge des patients pour l'ensemble des prises en charge. Le rapport final a toutefois retenu une réserve sur la conduite des évaluations de pertinence et les informations en cas de dommages liés aux soins.

L'évolution des compétences de la Commission Médicale d'Etablissement, la mise en place de nouveaux pôles d'activité médicale ont constitué des opportunités pour repenser le management de la qualité. L'ouverture du nouveau plateau technique et la montée en charge de la gestion des risques avec la gestion d'admissions de patients porteurs de bactéries multi résistantes ont amené à la définition d'objectifs structurants pour les années à venir.

Le projet décline les actions à mener tenant compte :

▪ **des 6 priorités définies par le comité de pilotage:**

- 1/ réorganiser les unités dans le cadre de l'ouverture du nouveau plateau technique – améliorer les processus de prise en charge du patient et de sécurité des soins ;
- 2/ coordonner les risques et gérer les événements indésirables ;
- 3/ améliorer la gestion de la prise en charge médicamenteuse et du risque nosocomial ;
- 4/ améliorer la qualité de la prise en charge des usagers :
 - mise en œuvre des recommandations de la CRU et des résultats des évaluations patients ;
 - suivi des indicateurs nationaux : QUALHAS, prévention de l'infection ;
- 5/ mettre en œuvre les recommandations découlant des demandes et/ou renouvellements d'autorisations :
 - autorisations d'activité médicale et chirurgicale ;
 - accréditation du laboratoire de biologie ;
- 6/ mettre en œuvre les projets de pôle et le projet médical.

▪ **des réserves et observations de la HAS, en suite à la certification de décembre 2011 :**

- Réserves sur trois domaines :
 - réserve majeure liée à l'avis défavorable de la Commission départementale de Sécurité, sur l'exploitation du bâtiment Duquesne ;
 - réserve sur le critère 1.c : *information du patient en cas de dommage lié aux soins* ;
 - réserve sur le critère 28.b : *évaluation de la pertinence des soins*.

- Recommandation sur trois domaines :
 - politique de l'EPP (1.f) ;
 - gestion de la qualité et des risques :
 - 8.a : *programme global d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins* ;
 - 8.b : *coordination des risques associés aux soins* ;
 - 8.d : *évaluation des risques à priori* ;
 - 8.f *gestion des événements indésirables* ;
 - prise en charge médicamenteuse :
 - 20.a *management de la prise en charge médicamenteuse* ;
 - 20.a bis *prise en charge médicamenteuse du patient*.

- **du contexte réglementaire : autorisations d'activité, accréditation du laboratoire, contrat de bon usage du médicament ... ;**

- **des événements indésirables constatés.**

Les objectifs découlant de ces priorités sont traduits en cinq objectifs suivis en mode projet :

1. Piloter et manager la qualité et la gestion des risques.
2. Impulser une dynamique d'évaluation.
 - Politique d'EPP en développant les EPP de pertinence
 - Déclinaison d'axes d'amélioration dans les secteurs d'activité.
3. Manager la qualité de la prise en charge médicamenteuse.
4. Conforter l'organisation et le fonctionnement des vigilances et sécurités sanitaires
5. Identifier les processus à risques et prioriser ces processus.

Chaque objectif donne lieu à la définition d'un plan d'action annuel qui sera décliné et évalué sur la durée du projet d'établissement

VI – 1 - LES INSTANCES DE COORDINATION DES DÉMARCHES DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET SOUS-COMMISSIONS DE LA CME

L'identification et la composition des instances concourant à la qualité et gestion des risques ont été définies en mars 2012 en lien avec la reconfiguration de la Commission Médicale d'Établissement et des Pôles d'Activité Médicales. L'établissement identifie les instances de pilotage, stratégiques et opérationnelles, et les commissions transversales. Le coordonateur des risques associés aux soins assure une mission transversale reconnue dans le nouvel organigramme qualité.

I.1 – Les Instances de pilotage Politique qualité et gestion des risques

I.1.1 LE COMITÉ DE PILOTAGE QUALITÉ ET RISQUES.

- Le Comité de Pilotage Qualité et Risques est chargé :
 - d'impulser la politique qualité et gestion des risques et la préparation de la certification de l'établissement, et de l'évaluation des unités médico-sociales ;
 - de proposer les orientations et les priorités aux instances ;
 - de valider les programmes d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des programmes de gestion des risques ;
 - de valider les résultats des actions ;
 - de valider les bilans des programmes.

- Le Comité de Pilotage Qualité et Risques est composé de la direction, des responsables de pôles, des vigilants.

Membres	COMITÉ DE PILOTAGE Q & R
Directrice	1
Président de la CME	1
Directeur chargé de la qualité	1
Directrice des soins	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Praticien membre de la cellule coordination Q et R	1
Chefs de pôle	5
Cadres supérieurs de santé	2
Praticien responsable du DIM	1
Pharmacien	1
Représentant des Usagers	1
Responsable Qualité	1

I.1.2- LA CELLULE DE COORDINATION QUALITÉ ET RISQUES.

- La cellule de coordination qualité et risques est composée ainsi :
 - directeur chargé de la qualité,
 - directrice des soins,
 - coordonnateur des risques associés aux soins,
 - deux praticiens,
 - responsable qualité.

- La cellule est chargée de la coordination et du suivi des actions qualité et sécurité des soins, mais aussi des événements indésirables.

I.1.3 – LA SOUS COMMISSION EVALUATION PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Compte de l'enjeu des démarches d'évaluation, une sous commission de la CME, dédiée à la définition et au suivi des évaluations de pratiques a été installée en 2012.

I.1.4 - Le coordonnateur des risques associés aux soins

Un coordonnateur a été désigné en juin 2012. Ses missions découlent des dispositions réglementaires et il joue un rôle déterminant pour la mise en œuvre des orientations de la politique qualité et gestion des risques :

- **Contribuer à la Gestion des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS).**
 - Aider à la coordination des différents systèmes de déclaration des EIAS :
 - o vigilances et risques infectieux;
 - o système de déclaration au directeur ;
 - o réclamations des usagers ;
 - o démarches de qualité en place.
 - Coordonner les démarches d'analyse des EIAS : proposer et mettre en place cette coordination.
 - Assurer l'analyse des EIAS graves : proposer l'organisation d'une analyse coordonnée avec les personnes concernées (praticiens, soignants, vigilant ...).
 - Participer au suivi d'actions d'amélioration décidées à la suite des EIAS graves.
 - Coordonner la communication sur les risques, les actions, auprès des professionnels.

- **Ancrer la Gestion des risques à priori comme pilier de la politique qualité.**
 - Aider à l'organisation et au suivi d'un système de cartographie des situations à risque.

- **Gestion du programme annuel qualité et sécurité des soins.**
 - Participer à la définition du programme annuel, à la coordination et au suivi des actions qualité et sécurité des soins définies.
 - Organiser le bilan coordonné des différentes actions.

- **Participation à la gestion des risques hors domaines de soins.**
 - Participer aux actions du CHSCT sur les conditions de travail liées aux soins.
 - Participer à l'instance d'analyse des EI hors domaines de soins.
 - Participer aux réunions d'élaboration des programmes de risques hors soins.

- **Contribuer à l'accompagnement des professionnels**
 - Proposer des actions / des programmes de formations des personnels non médicaux et médicaux, dans tous les domaines de la sécurité des soins.
 - Assurer des formations et informations internes des personnels non médicaux et médicaux.
 - Domaines :
 - o repérage et déclaration des EIAS ;
 - o analyse des EIAS ;
 - o gestion à priori des risques : détermination des situations à risques.

Pour assurer ces missions, il assure une présence régulière aux Instances participant à la gestion de la qualité et de la sécurité des soins :

- CME ;
- CSIRMT ;
- sous-commissions qualité et sécurité des soins de la CME ;
- sous-commissions parcours du patient de la CME ;
- commission des relations avec les usagers ;
- autorité de gestion de l'identitovigilance ;

dont les compositions ont été modifiées à cet effet.

En outre, il participe :

- aux séances du CHSCT ;
- aux réunions de la commission de formation ;
- au Conseil de Surveillance et au CTE des bilans et des programmes.

VI - 2 – COMMISSIONS CONCOURANT À LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

1.2.1 – Les commissions transversales

COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Membres	CRUQPC
Directeur ou son représentant	1
Représentant du Conseil de Surveillance	1
Représentants des usagers titulaires + suppléants	2
Président de la CME + suppléant	1
Praticien représentant la CME + suppléant	1
Médiateur médical titulaire + suppléant	1
Médiateur non médical titulaire + suppléant	1
Représentant de la CSIRMT + suppléant	1
Représentant du CTE + suppléant	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins / invité	1
Directrice des soins / invitée	1
Directeur en charge des relations avec les usagers / invité	1
Responsable Qualité / invité	1
Cadre supérieur de la Cellule Qualité / invité	1

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Collège hospitalier

Membres	Comité d'éthique
Directeur ou son représentant	1
Directeur chargé des relations avec les usagers	1
Représentant du Conseil de Surveillance	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticien référent en éthique	1
Directrice des soins ou son représentant	1
Praticien responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs	1
Praticiens membres de la CME	4
Professionnels désignés par la CSIRMT	3
Assistante sociale	1
Psychologue	1

Collège extrahospitalier

Membres	Comité d'éthique
Praticiens libéraux	2
Représentants des cultes	4
Représentants des usagers au Conseil de Surveillance	1
Représentant des professionnels de santé au Conseil de Surveillance	1
Juriste	1
Enseignant en philosophie	1
Enseignant de l'IFSI	1

AGI

Autorité de gestion de l'identité

Membres	AGI
Directeur en charge de la DAF / DSIH	1
Praticien responsable du SLIM	1
Directeur en charge des relations avec les usagers	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Directrice des Soins	1
Responsable du service informatique	1
Responsable du bureau des entrées	1
Responsable de la Cellule d'identitovigilance	1
Praticien responsable des Urgences ou son représentant	1
Praticien responsable de l'Imagerie ou son représentant	1
Praticien responsable de la pharmacie ou son représentant	1
Praticien responsable du laboratoire ou son représentant	1

COMMISSION DE SÉCURITÉ D'EMPLOI DES GAZ MÉDICAUX

Membres	COMMISSION DES GAZ MÉDICAUX
Pharmacien en charge des gaz médicaux	1
Praticien responsable de l'anesthésie	1
Directeur des Travaux et Services techniques	1
Ingénieur responsable des Travaux et Services techniques	1
Directeur des Services économiques et logistiques	1
Ingénieur biomédical	1
Chargé de Sécurité	1
Cadre de santé d'anesthésie	1
Cadre de santé de la pharmacie	1

1.2.2 - SOUS-COMMISSIONS DE LA CME

CLIN

Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Membres	CLIN
Directeur ou son représentant	1
Praticien hygiéniste	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Praticien bactériologiste	1
Praticiens	3
Directrice des soins ou son représentant	1
Directeur chargé des Services économiques	1
Professionnels désignés par la CSIRMT –titulaire + suppléant	1
Équipe de l'UFH	3
Cadre de santé de la stérilisation	1

CSTH

Comité de Sécurité transfusionnelle et d'Hémovigilance.

Membres	CSTH
Directeur ou son représentant	1
Praticiens	5
Directrice des soins ou son représentant	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	2
Cadre supérieur	1
Directeur chargé de la qualité	1
Directeur chargé de la DAF	1
Correspondant d'hémovigilance	1
Correspondant de pharmacovigilance	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Praticien responsable du dépôt de PSL	1
Infirmière gestionnaire du dépôt de PSL	1
Coordonnateur régional d'hémovigilance	1
Directeur de l'établissement de transfusion distributeur	1
Correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion distributeur	1

CLAN

Comité de liaison Alimentation – Nutrition.

Membres	CLAN
Directeur ou son représentant	1
Praticiens	3
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Pharmacien	1
Directrice des soins ou son représentant	1
Cadre supérieur	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	7
Diététicienne	1
Directeur chargé des Services économiques et logistiques	1
Responsable de la restauration	1

CLUD

Comité de Lutte contre la Douleur

Membres	CLUD
Directeur ou son représentant	1
Praticiens	
Praticien responsable de l'EMASP	1
Pharmacien	1
Sage-femme	1
Directrice des soins ou son représentant	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	4

COMEDIMS

Comité du Médicament et du Dispositif médical stérile.

Membres	COMEDIMS
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticiens de la pharmacie	Tous
Praticiens responsables d'unités médicales	Tous
Praticien responsable du management de la qualité (si non responsable d'unité médicale)	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Directrice des soins	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	3
Cadre de santé de la pharmacie	1
Préparateur	1
Directeur en charge de la qualité	1
Responsable qualité	1

COMMISSION DE LA BIOLOGIE

Membres	COMMISSION DE LA BIOLOGIE
Directeur ou son représentant	1
Praticiens du laboratoire de biologie	Tous
Praticiens responsables d'unités médicales	Tous
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Directrice des soins	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	2
Cadre de santé du laboratoire	1
Technicien de laboratoire	1
Directeur en charge de la qualité	1

COMMISSION DE LA POLITIQUE DES SOINS PALLIATIFS

Membres	COMMISSION SOINS PALLIATIFS
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticiens	4
Praticien responsable de l'EMASP	1
Directrice des soins ou son représentant	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	2

COMMISSION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Membres	COPS
Directeur ou son représentant	1
Directeur en charge des affaires médicales	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticiens	7

COMMISSION DE LA FORMATION MÉDICALE ET MAÏEUTIQUE, DE L'EPP ET DE LA RMM

Membres	COMMISSION FM EPP
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Directeur en charge des affaires médicales	1
Praticiens	5
Sage-femme	1
Praticien coordonnateur des risques associés aux soins	1
Directrice des soins	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	2

COMMISSION DES RECRUTEMENTS MÉDICAUX

Membres	COMMISSION RECRUTEMENTS MÉDICAUX
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Directeur en charge des affaires médicales	1
Praticiens	4

COMMISSION DU DOSSIER PATIENT

Membres	COMMISSION DU DOSSIER PATIENT
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticien responsable du DIM	1
Praticiens	9
Directrice des soins	1
Professionnels désignés par la CSIRMT	
Directeur en charge du système d'information	1
Responsable du service informatique	1
Infirmière référente en informatique du patient	1

COMMISSION DE LA PRISE EN CHARGE DES ADMISSIONS ET SOINS NON PROGRAMMÉS

Composition restant à établir.

Membres	COMMISSION ADMISSIONS NON PROGRAMMÉES
Directeur ou son représentant	1
Président de la CME ou son représentant	1
Praticien responsable des Urgences	1
Autres membres à définir.	

VI – 3 -LES AXES STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

VI - 3 – 1-Piloter et manager la qualité et la gestion des risques.

■ Contexte

- Sécurisation du parcours du patient, en lien avec évolution du plateau technique et le développement de l'activité du Centre Hospitalier.
- Renforcement de la culture qualité & risques dans l'établissement.
- Mise à jour des organisations pour inclure la fonction de coordonnateur des risques associés aux soins.
- Gestion des événements indésirables (EI) et identification des risques à priori.
- Organisation du lien entre gestion de la qualité et gestion des risques.
- Suivi de la décision de certification de la HAS.

■ Objectifs opérationnels:

a. Assurer le bon fonctionnement des instances et de la coordination des plans d'actions

La reconfiguration des instances est nouvelle. La commission médicale d'établissement a pris un rôle central dans la définition et la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques. Cette dynamique est à conforter sur la durée de réalisation du projet d'établissement.

Pour ce faire, il est indispensable que les acteurs et responsabilités soient bien identifiés dans l'établissement et que les plans d'actions soient coordonnés. Les organisations définies en 2011 / 2012 devront être évaluées et mises à jour.

b. Favoriser la gestion des risques à posteriori (déclaration et analyse des EI, suivi et évaluation).

L'établissement poursuit un objectif volontariste de déclaration des événements indésirables. Comme dans tous les établissements hospitaliers, la culture orale autour de la qualité ne favorise pas la connaissance institutionnelle des événements et leur analyse dans un cadre global permettant de repérer les points faibles dans nos processus de prise en

charge. La compréhension de l'enjeu, éviter les événements indésirables, passe par une révision des outils pour les rendre plus adaptés à la pratique des professionnels et la communication des résultats.

La nouvelle gestion des événements indésirables repose sur :

- Diffusion d'une nouvelle fiche papier. Liste des EIG à déclarer / avis des vigilants (réalisé)
- Définition de la méthodologie d'analyse des EIG par la commission.
- Réalisation de Campagnes d'information – Une première campagne a été organisée en novembre 2012 à l'occasion de la semaine de la sécurité des patients.
- Bilan annuel par la CCQR, présenté au Comité de pilotage pour définition d'actions d'amélioration.
- Poursuite annuelle : bilans semestriels par la CCQR présentés au comité de pilotage.

Dans un second temps, l'établissement prévoit la mise en place d'un circuit informatisé de déclaration des EI.

c. Élaboration et suivi du Plan d'action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)

- L'élaboration du programme annuel se déroulera les 2^e trimestres à partir du bilan du PAQSS précédent, des propositions des pôles et sous-commissions, du bilan des EI et vigilances réalisés au 1^{er} trimestre. Validation par comité de pilotage.
- Suivi : rencontres des sous-commissions et équipes chargées d'un volet PAQSS par la cellule qualité.
- Le PAQSS 2012-2013 est joint en annexe n° 2 à titre illustratif.

d. Évolution de la gestion documentaire.

Confiée à la cellule qualité, la gestion documentaire doit servir la coordination institutionnelle des actions et leur appropriation par les équipes.

Chaque processus doit donner lieu à l'identification d'une gestion documentaire.

e. Assoir la politique qualité au plus près des unités cliniques : diffusion aux équipes gestionnaires de pôles d'un tableau de bord « qualité et sécurité des soins ». Cet objectif est réalisé dans le cadre de la politique de contractualisation Direction- Pôles d'Activité Médicale

- Réalisé : maquette de tableau de bord, expérimentation d'un pilote avec le pôle chirurgie. 1^{er} trimestre 2013.
- Méthodologie à adapter à l'ensemble des pôles au 4^e trimestre 2013.

VI – 3 -2 - Impulser une culture d'évaluation.

L'évaluation des pratiques professionnelles et la mesure de la satisfaction des usagers sont les leviers pour inscrire l'établissement dans une politique d'amélioration de la prise en charge globale et continue des patients efficace et communicante. L'évaluation permet de cibler justement les objectifs majeurs en termes d'amélioration de pratiques, compétences et processus, et d'attente des usagers. Dans un contexte contraint de ressources, l'identification d'objectifs réalistes et adaptés est un enjeu en soi pour les équipes.

Cette même contrainte de ressources doit engager davantage la recherche de la pertinence pour conjuguer optimisation des ressources et amélioration de la qualité.

Pilotée au niveau institutionnel, la politique d'évaluation est déclinée dans les secteurs d'activité de ces deux politiques, dans une démarche continue.

■ **Contexte**

- Application des recommandations de la HAS et des sociétés savantes.
- Intégration de la mesure de la satisfaction dans les évaluations des pratiques et des résultats des évaluations internes et externes (indicateurs nationaux).
- Amélioration des pratiques des équipes.
 - Pour répondre aux attentes et besoins des usagers.
 - Pour répondre aux objectifs et besoins de l'équipe ou du pôle, ou de l'établissement.
 - Pour répondre aux risques identifiés à priori ou à postériori.
- Renforcement de la culture qualité et risques dans l'établissement.

■ **Objectifs opérationnels**

- Acteurs.
 - Pilotage confié à la Sous-commission Formation Médicale-EPP dont le rôle et fonctionnement sont définis par règlement intérieur.
 - Cellule coordination : rôle d'information de la Sous-commission sur les EI critiques.
 - Comité de pilotage Q & R : suivi de l'avancement.
 - Commission des relations avec les usagers : recommandation d'enquêtes, analyse des enquêtes.
- Objectifs.

ÉVALUER LA PRATIQUE ET LA PERTINENCE DES SOINS.

Le Centre Hospitalier vise la réalisation continue d'évaluations de pratique et de pertinence. Les actions doivent être ciblées, limitées dans le temps pour viser l'opérationnalité. Le management de la démarche est revu en conséquence. Dans ce contexte, les évaluations de pertinence sont prioritaires.

1. Organisation du fonctionnement de la Sous-commission EPP.

Le Règlement intérieur de la sous commission est formalisé. Le fonctionnement de la sous-commission doit être évalué pour une opérationnalité du pilotage.

Les experts visiteurs en 2011 ont en effet relevé le dimensionnement trop large des thèmes d'EPP qui n'a pas facilité la finalisation des actions d'amélioration.

Par un contact plus étroit avec les équipes, la sous commission a pour mission de porter une dynamique d'évaluation ancrée sur les préoccupations des acteurs.

2. Etat des lieux des EPP

Il est nécessaire de disposer d'un tableau de bord actualisé des projets en cours et de piloter les EPP retenues dans le cadre d'une démarche de projet identifiant clairement les responsabilités. Ceci suppose au moins une fois par an :

- demande à chaque responsable d'EPP et aux chefs de pôle de la poursuite ou abandon des EPP listées afin de disposer d'un plan d'action réaliste, adapté aux objectifs d'amélioration ;
- appel à projets du Président de la CME aux chefs de pôle pour identifier les sujets devant donner lieu à EPP au regard de l'analyse des risques, des recommandations des sociétés savantes, des évaluations ... ;
- présentation et validation du projet au Comité de pilotage.

3. Proposition d'un programme EPP : déployer les EPP dans tous les secteurs d'activité – en fonction du projet d'établissement – en lien avec cellule coordination qualité et risques.

Réunion de la S/C EPP pour :

- définir les critères de validation : pertinence par rapport aux projets de pôle et au projet d'établissement, aux résultats des indicateurs QUALHAS ; définir le nombre d'EPP prioritaire ;

Critères de priorisation des EPP :

- Mobilisation de ressources
 - Gain financier
 - Gain Sécurité
 - Gain Qualité
- valider les projets connus d'EPP à mener ;
 - fixer des objectifs précis à chaque chef de pôle : décembre : retour des fiches descriptives avec calendrier précis ;
 - suivi par Comité de pilotage –définition des modalités de communication des actions réalisées.

4. Organisation de l'accompagnement des EPP.

Dans le cadre d'une démarche de projet avec le support méthodologique de la cellule qualité et du président de la sous-commission.

5. Communication à l'ensemble du Centre Hospitalier sur ce programme

Présentation aux instances et communication aux équipes.

6. Restitution aux instances des résultats des EPP et des programmes d'action : modalités et dates à définir par la S/C FM EPP.

ÉVALUER LA SATISFACTION DES USAGERS.

Les évaluations de la satisfaction des usagers doivent permettre à l'établissement d'enrichir son programme d'actions d'amélioration de la qualité. Elles doivent donc s'inscrire dans un projet précis, validé par le comité de pilotage Qualité et Risques.

L'enquête annuelle organisée par la Commission des Relations avec les Usagers, menée avec les représentants des usagers, sera la base de l'évaluation de l'opinion des usagers. L'enquête 2012 figure en annexe n°3.

Les autres enquêtes réalisées seront liées à des démarches qualité organisées.

1. Poursuite d'enquêtes régulières.

- Enquête annuelle auprès des hospitalisés du court séjour avec les représentants des usagers à la CRU.
- Enquêtes liées aux démarches de qualité des unités : hôpital de jour/ AchA, laboratoire, radiothérapie, imagerie.

2. Présentation à la CRU des résultats des enquêtes pour analyse et recommandations

- Enquête annuelle.
- Enquêtes liées aux démarches de qualité des unités.

3. Communication des résultats et recommandations au Comité de pilotage qualité et gestion des risques.

Les résultats alimentent le plan d'action annuel qualité et sécurité des soins. Ils feront l'objet de communication auprès des équipes.

CONDUIRE LES ÉVALUATIONS HAS – IPAQSS ET CERTIFICATION – CONDUIRE L'ÉVALUATION DES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Les indicateurs nationaux permettent de cibler le niveau de l'établissement au regard des attendus nationaux mais aussi des autres établissements.

Ces résultats sont une source précieuse pour alimenter le plan d'action annuel mais aussi suivre l'efficacité de la démarche interne.

L'établissement doit donc poursuivre son investissement pour conduire ces évaluations et renforcer la communication des résultats auprès des professionnels.

L'établissement doit préparer la certification V 2014 par l'HAS, intervenant en 2015. Pour cela, une démarche d'appropriation et de préparation sera menée préalablement, pour mettre les processus de soins en adéquation avec le référentiel et les méthodes de certification.

Le Centre hospitalier met en place également l'évaluation des structures médico-sociales présentes, les secteurs d'EHPAD de la Manoudière et de Roche Colombe. Ce projet accompagne le renouvellement de la convention tripartite quinquennale. L'évaluation doit concourir à l'atteinte des objectifs de qualité que se fixe l'établissement pour les secteurs d'EHPAD, en définissant un programme d'actions qualitatives pour :

- organiser et sécuriser la prise en charge des résidents ;
- prévenir le risque infectieux ;
- ouvrir l'établissement sur son environnement.

1. Conduire les évaluations IPAQSS.

- Organisation des évaluations par la cellule qualité et le DIM.
- Réalisation des évaluations par les équipes.
- Présentation des résultats aux instances.
- Définition d'actions d'amélioration, intégrées au Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins annuel, suivies et évaluées dans ce cadre. En 2012 / 2013 : actions sur la tenue du dossier patient d'anesthésie et du dossier patient de SSR.

2. Préparer et réussir la certification V 2014.

- Recueil d'information sur le référentiel V 2014 et les méthodes d'évaluation en 2013 / 2014.
- Définition d'un projet d'évolution des organisations et de la base documentaire.
- Autoévaluation.
- ...

3. Conduire l'évaluation de l'EHPAD.

- Organisation de la démarche d'évaluation interne : choix d'un référentiel, définition de la méthode.
- Réalisation de l'évaluation interne avec les personnels en 2013.
- Proposition et mise en œuvre d'un plan d'action 2013 / 2014, en préparation de l'évaluation externe de 2014.

VI – 3 – 3 - Manager la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le circuit des médicaments est un circuit complexe, transversal et identifié comme à risque au sein des établissements. Ses étapes – prescription, dispensation, administration implique des professionnels différents et sont à risque potentiel d'erreur pouvant mettre en jeu la sécurité des patients. Les études montrent qu'au plan national, entre 6 à 10% des patients présentent un effet indésirable lié au médicament, dont 30% seraient évitables. La sensibilité de ce processus à amener les pouvoirs publics à définir une réglementation qui encadre l'organisation des établissements et demande à identifier une démarche qualité adaptée. La démarche est contractualisée dans un contrat de bon usage.

Le nouveau contrat de Bon Usage conditionne ainsi une partie du remboursement des produits pharmaceutiques onéreux à notre niveau de mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 (relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements).

Les enjeux sont également économiques compte tenu du poids des médicaments et dispositifs médicaux à l'hôpital, en charge directe (coût de la iatrogénie ou des surprescriptions) mais également en charge indirecte (temps mobilisés). L'optimisation du circuit fait rejoindre des préoccupations qui peuvent être présentées comme contradictoires : élever le niveau de la qualité et de la sécurité d'une part et maîtriser les coûts d'autre part.

■ Contexte

- Il s'agit de formaliser un système de management de la qualité pour assurer la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse qui implique l'ensemble des acteurs du processus.
- Identifier les situations à risque et les traiter dans un contexte institutionnel hétérogène : le Centre Hospitalier de Montélimar a déployé un effort important pour informatiser la prescription, ce qui est un levier de sécurisation. Il subsiste des services non informatisés qu'il conviendra de couvrir. Le développement de la culture sécurité est un levier reconnu par les sociétés savantes pour

- anticiper la survenue des erreurs dont beaucoup tiennent à des défauts d'information (sur le patient, sur le médicament) ou de communication.
- Déployer la démarche d'évaluation au circuit du médicament

■ Objectifs opérationnels.

Il donne lieu à un plan d'action qui tient compte de la situation de l'établissement au regard du niveau d'informatisation de la prescription.

1. **Engagement de la direction** dans le cadre du système de management de la qualité. Octobre 2012. Inséré dans le Manuel d'Assurance Qualité.
2. **Désignation d'un responsable du système de management de la qualité** de la prise en charge médicamenteuse. Octobre 2012, sur avis de la CME.
3. **Définition des objectifs et des programmes d'action** avec calendriers et indicateurs de suivi à partir de la cartographie des risques de la détermination des populations et médicaments à risques.
 - o Incitation à la déclaration des erreurs médicamenteuses et analyse des erreurs déclarées : novembre 2012 / janvier 2013.
 - o Formalisation de la cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse dans chaque unité de soins : décembre 2012 / juin 2013.
 - o Détermination des populations et médicaments à risques : décembre 2012 / juin 2013.
 - o Proposition de plans d'action par le COMEDIMS : octobre 2012 - juin / octobre 2013.
4. **Rédaction du Manuel d'Assurance Qualité** formalisant les objectifs et l'organisation de la démarche, et les processus de la prise en charge médicamenteuse : avril - juin 2013.
5. **Définition des responsabilités à toutes les étapes du processus** : responsabilités définies pour tous les professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse, par le Manuel d'assurance Qualité, à partir des objectifs et exigences définis dans le Manuel d'Assurance Qualité : avril – décembre 2013.
6. **Formalisation du plan de formation à la prise en charge médicamenteuse** : formation de tous intervenants à partir des objectifs et exigences fixés par le Manuel d'Assurance Qualité : juin / octobre 2013. Intégration dans les programmes annuels en lien avec les autres actions de formation (vigilances).

VI – 3 – 4 - Conforter l'organisation et le fonctionnement des vigilances et sécurités sanitaires

■ Motifs.

- Évolution des processus de soins du Centre hospitalier, utilisant de nouveaux produits de santé.
- Émergence de risques nouveaux, tels que de nouveaux germes pathogènes.

■ **Objet.**

- Développer une culture de signalement.
- Améliorer la coordination des vigilances.
- Assurer un pilotage de l'ensemble des vigilances.

■ **Livrables.** Objectifs. Délai & niveau à atteindre.

1. Organisation de la coordination et du pilotage des vigilances.

- Mise à jour avec les vigilants des documents d'organisation de la démarche qualité et risques : cellule de coordination qualité et risques : septembre 2013. Validation par le comité de pilotage qualité et risques : octobre 2013.
- Présentation des bilans des vigilances au comité de pilotage qualité et risques, dans le même calendrier que la présentation des bilans des EI. Intégration des actions d'amélioration dans le projet d'actions qualité et sécurité des soins annuel.

2. Organisation de l'implication des équipes dans les vigilances.

- Proposition par la cellule de coordination qualité et risques et les vigilants, d'une organisation facilitant le partage et l'échange d'informations entre vigilants et professionnels (référénts, outils de déclaration, d'information ...) : décembre 2013. Validation par le comité de pilotage qualité et risques : janvier 2014. Mise en œuvre : janvier – juin 2014.
- Adjonction dans les tableaux de bord des pôles « qualité et sécurité » d'informations ou indicateurs concernant les vigilances : projet validé en janvier 2014. Mise en œuvre : janvier – juin 2014.
- ...

3. Évaluation du projet et poursuite.

- Évaluation par Comité de pilotage : septembre 2014.

4.1 - La prévention des infections nosocomiales est un axe déterminant de la qualité et gestion des risques. C'est un pivot central de la présente politique définie par le Centre Hospitalier de Montélimar. Elle mobilise le pilotage managérial : nouvelles instances, contractualisation et s'appuie sur la promotion de la culture d'évaluation et la gestion des risques évitables. Si la dynamique est impulsée par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène, la stratégie vise une implication fine des équipes par le biais notamment de la contractualisation et d'une communication ciblée.

4.1.1 Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels

- L'équipe d'hygiène devra contribuer à la définition et à la réalisation du plan de formation des professionnels dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales ;
- Mise en place d'une formation à la prévention des infections nosocomiales des nouveaux arrivants ;
- Formation continue des professionnels de santé de l'établissement :
 - Mise en place de formations spécifiques réalisées par les membres de l'EOH ;

- Participer aux formations de l'EIDLIN, permettre une ouverture à l'extérieur et un partage d'expérience entre les professionnels de santé provenant d'établissements différents.

4.1.2 Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

4.1.2.1 Surveillance des infections nosocomiales

La surveillance devra se faire principalement à partir des protocoles nationaux de surveillance des infections nosocomiales et dans tous les services à risques et activités à risques de l'établissement. L'organisation de cette surveillance se fera en concertation avec les responsables de ces activités et avec les responsables des pôles concernés. La surveillance de certaines infections nosocomiales pourra se faire également en fonction de l'épidémiologie locale. Les résultats de cette surveillance seront assimilés à des indicateurs de résultats définis en fonction des objectifs à atteindre dans les différents pôles. Les praticiens devront être associés dans la validation du caractère nosocomial des infections. Les résultats de la surveillance des infections nosocomiales seront présentés en CME.

4.1.2.2 Surveillance environnementale

Avec la structuration et l'ouverture prochaine d'un nouveau plateau technique, toute une réflexion devra être menée sur les prélèvements environnementaux. Un plan stratégique de surveillance de l'environnement au niveau des différentes ZAC (Zones à Activités Contrôlées) sera proposé. Ce projet devra notamment intégrer la planification des prélèvements (Quoi, Qui, Où, Comment ?) ainsi que l'élaboration d'un carnet sanitaire « air ».

Un travail similaire devra être mené en parallèle concernant l'eau ainsi que les prélèvements d'endoscopes.

Une réflexion devra être menée sur la nécessité de recrutement d'un bio-hygiéniste qui pourrait être partagé avec plusieurs établissements afin de réaliser, faire le suivi des prélèvements d'environnement.

4.1.2.3 Valoriser les données des sources d'information

4.1.3 Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes

4.1.3.1 Mise en place d'une politique prévention et de surveillance des BMR

4.1.3.2 Améliorer le système de signalement dans le cadre d'une réflexion globale de gestion des risques

- Signalement interne
- Signalement externe

4.1.3.3 Renforcer la prévention de la transmission croisée

usagers Amélioration de l'éducation des professionnels, des patients et des

Réactualisation des protocoles de prévention de la transmission croisée

4.1.4 Promouvoir une culture partagée de la qualité et de la sécurité des soins :

Impliquer tous les échelons du management dans la définition de la politique de prévention des infections nosocomiales.

4.1.4.1 Diffusion de la culture dans les services et dans les pôles : Correspondants médicaux et paramédicaux

Afin de promouvoir et améliorer la diffusion de la culture qualité et diminuer le risque infectieux dans les services de soins, il paraît essentiel de nommer (renommer) des correspondants médicaux et paramédicaux avec lettre de missions par service ou par pôle.

4.1.4.2 Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins :

La réactualisation ou la mise en place de nouveaux protocoles devra être faite en fonction des résultats de la surveillance des infections nosocomiales, de l'*avancée* des connaissances dans un domaine (nouvelles recommandations, réglementation, ...), en fonction de la date de création des protocoles.

Concernant la prévention des infections nosocomiales, il semble indispensable de travailler en premier lieu sur les précautions complémentaires, le signalement des infections nosocomiales et la prévention des infections associées aux gestes invasifs avec notamment la mise en place de « check list ».

4.1.4.2.1 Décliner des objectifs et des indicateurs sur la qualité et la sécurité des soins validés par la direction, à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité dans le programme de la qualité et sécurité des soins et dans les contrats de pôle :

Tableaux de bord :

L'objectif de la mise en place de tableaux de bord est de donner une vision instantanée de la situation et de l'évolution de la qualité perçue et de la qualité produite. Les tableaux de bord permettent une bonne lisibilité et permettent d'avoir une idée rapide et juste de l'impact des actions effectuées. Ces tableaux de bord intégreront les données issues d'indicateurs.

Indicateur national : Score agrégé relatif au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Depuis 2010, de nouveaux indicateurs font leur apparition, trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ont été généralisés :

- ICALIN2 : Indice Composite de Lutte contre les Infections Nosocomiales version 2 qui remplace le score ICALIN
- ICA-LISO : Indice Composite de lutte contre les infections de site opératoire. Il remplace le SURVISO
- ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes. Il représente un nouvel indicateur.

Les résultats de ces nouveaux indicateurs pour l'activité 2011 sont faibles et doivent évoluer pour 2012- 2013 :

- ICALIN 2 : 59/100 Classe E
- ICA-LISO : 73/100 Classe C
- ICA-BMR : 42/100 classe E
- ICATB : 90/100 classe A

L'objectif à atteindre est d'obtenir une classe B ou A pour les différents indicateurs.

Indicateurs risques infectieux associés aux soins internes à l'établissement :

Dans le cadre de la contractualisation des pôles et des services, certains indicateurs de performance seront intégrés dans les objectifs des pôles en fonction de leur spécialité.

Parmi ces indicateurs, seront suivis, par exemple :

- Le suivi de la consommation des solutions hydro-alcooliques,
- Exhaustivité du suivi des infections nosocomiales et infections de site opératoire
- Suivi de la consommation des ATB en collaboration avec la pharmacie et le comité du médicament
- Evaluation des pratiques professionnelles (endoscopie, ...) ...

4.1.5 Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif

Renforcer l'information des usagers sur les infections associées aux soins

4.2 - Conforter le pilotage de l'ensemble des vigilances : Matériovigilance, infectiovigilance, radiovigilance,

VI – 3 – 5 - Identifier les processus à risques et prioriser ces processus.

■ Contexte

La gestion a priori des risques est identifiée comme un pilier de la politique qualité comme le sont la démarche d'évaluation et la gestion de vigilance.

L'objectif de cette gestion a priori est bien évidemment de :

- Sécuriser des parcours des patients à toutes les étapes de la prise en charge par une identification des processus les plus à risque et par une gestion coordonnée et structurée du risque.
- Assurer l'adaptation des processus aux évolutions de l'établissement : activités, locaux, moyens matériels dans un contexte de changements structurels importants.

■ Objectifs opérationnels

1 - L'organisation de l'identification et de la priorisation des processus à risques est dévolu au Comité Qualité et Gestion des Risques qui assure :

- L'identification des activités et processus à risques.
- La fixation des priorités de travail à partir de critères précis : activités et processus concernés.
- La fixation des règles de travail : méthode et outils (cartographie, plan d'actions).
- La détermination des équipes et des S / Commissions concernées.

2 - Le confortement de la gestion des risques pour les prises en charge en radiothérapie

Compte tenu des risques associés à cette prise en charge, une démarche qualité et gestion des risques est assurée au sein du service de radiothérapie.

Le plan d'action est suivi par le comité de pilotage du service et fait également l'objet d'un suivi par l'Autorité de Sûreté Nucléaire.

Cette démarche a été confortée en 2013 par le recrutement d'un responsable qualité dont le temps est partagé avec le Centre de radiothérapie Marie Curie.

Le rapprochement des deux structures permet ainsi de mutualiser des compétences, échanges de pratiques poursuivant l'objectif de sécurisation des deux structures.

3 - L'ouverture du nouveau plateau technique est assortie d'une démarche de gestion des risques a priori

4 - La sécurité environnementale est gérée dans le cadre d'une démarche de gestion des risques et est suivie par le Comité Qualité et Gestion des Risques.

Cela concerne la sécurité des bâtiments compte tenu du changement de catégorie au regard de la réglementation incendie et accessibilité et des adaptations nécessaires pour répondre aux attendus de la commission départementale.

La maintenance biomédicale, les processus logistiques (restauration, blanchisserie, hygiène des locaux) sont également concernés par l'identification d'un programme de gestion a priori des risques.

VII - LE PROJET SOCIAL

INTRODUCTION

Chaque période quinquennale, un Projet d'Etablissement est établi comportant plusieurs volets, s'intéressant chacun à une thématique déterminante dans la vie de l'établissement.

Le projet social revêt donc un caractère obligatoire. Il doit être porteur de valeurs fortes et partagées. Il doit traduire la politique sociale de l'Etablissement.

Le projet d'établissement retrace les évolutions du centre hospitalier pour les cinq années à venir. Son volet social doit accompagner les objectifs stratégiques définis dans ce projet. Comme le projet médical vise à une prise en charge globale du patient, le projet social doit prendre en compte les personnels dans leurs globalités.

Les objectifs définis dans le projet social sont établis en recherchant une optimisation des conditions de travail, une utilisation optimale de moyens existants dans le respect de la réglementation du temps de travail. Ils servent de socle au dialogue social.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux et la Direction du Centre Hospitalier de Montélimar ont mené une réflexion qui s'est appuyée sur :

- le bilan du projet social précédent
- une analyse de l'existant en matière sociale
- les objectifs nationaux prioritaires, dont la prévention des risques psychosociaux
- une démarche de développement durable concernant les ressources humaines

VII - 1 - BILAN DU PRECEDENT PROJET SOCIAL

Le dernier projet social déclinait neuf axes d'amélioration

- 1 – INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS
- 2- EVALUATION DU PERSONNEL
- 3 – FORMATION PROFESSIONNELLE
- 4 – VIE SOCIALE ET INSTITUTIONNELLE
- 5 – GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET COMPETENCES
- 6 – AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL
- 7 – POSTES AMENAGES – MAINTIEN DANS L'EMPLOI
- 8 – ABSENTEISME
- 9 – PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Le tableau annexé retrace le niveau de réalisation de ce projet. Si tout n'a pu être réalisé, des évolutions significatives sont intervenues, dont les modalités sont aujourd'hui devenues des processus habituels de la vie de l'établissement.

On peut citer à ce titre :

- l'accueil des nouveaux arrivants se traduisant par une journée dont le contenu est précis, animée par l'équipe de direction et les cadres de la direction des soins et par la rédaction d'un livret d'accueil
- les procédures d'évaluations des agents, quelques soient leurs statuts
- l'ouverture du plan de formation aux autres établissements
- la réalisation et la mise à jour du document unique
- amélioration des informations sur le site intranet avec création de l'outil « share point » permettant la création de groupes ciblés de communication

Le projet social n'est pas un outil rigide d'une politique sociale. Celle-ci peut trouver d'autres espaces d'évolution et certaines mises en œuvre durant la durée de vie du dernier projet en sont l'illustration :

- protection du travailleur isolé
- recherche de réduction des Accidents du Travail par une analyse systématique de leur cause par une commission pluridisciplinaire
- création d'un groupe d'étude des situations de travail (GEST) avec une mission relative à l'ergonomie au travail.

Enfin, trois axes en particulier ont connu un niveau de réalisation partiel pour lesquels la question de leur réinscription dans le projet 2013-2018 a fait partie de la réflexion qui a prévalu à son élaboration :

- postes aménagés-maintien dans l'emploi
- prévention des conduites addictives
- absentéisme

VII – 2 - DIAGNOSTIC

Toute politique volontariste d'amélioration de la vie sociale, doit s'appuyer, pour trouver sa pertinence, sur une situation constatée d'un état de fait préjudiciable aux agents et à la vie de l'institution.

On assiste à un allongement de carrière, qu'il soit subi (réforme des retraites) ou souhaité (besoin d'un salaire). La pénibilité attachée à certaines fonctions ou certains postes perdure, mais devient encore plus prégnante avec l'âge.

Les inaptitudes partielles pour exercer une fiche de poste sont vécues par les services comme une complexité organisationnelle du travail. Lorsqu'elles sont totales, empêchant l'exercice de la fonction, elles posent une contrainte lourde autant sur l'institution que sur les agents concernés. Certaines inaptitudes ayant leur fait générateur dans l'exercice professionnel, doivent faire l'objet d'une politique de prévention.

L'absentéisme constaté, crée une contrainte triple :

- coût économique pour l'institution
- désorganisation des plannings prévisionnels
- surcharge de travail pour les postes non remplacés

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences doit s'appuyer sur la connaissance des âges et sur l'évolution des métiers. L'adéquation des personnes et des évolutions de compétences doit être un élément fort de la gestion des ressources humaines.

Enfin, l'analyse des risques professionnels, à travers le document unique, permet l'identification d'objectifs.

Les critères qui ont prévalu à l'analyse diagnostique ont porté essentiellement sur trois items.

1/ Répartition des genres :

La grande majorité des agents de l'hôpital sont des femmes. Elles représentent environ 85% du total hors personnel médical où elles pèsent près de 50%. C'est dans cette catégorie d'emplois que leur progression est la plus significative (32% en 2007). Elles sont sur représentées dans la filière soignante (près de 90%).

Les conséquences de cette féminisation des métiers hospitaliers a des conséquences certaines, notamment celles liées à la maternité

- absentéisme long avec une année d'arrêt pour chaque grossesse
- interruption de carrière avec les congés parentaux
- demande importante de temps partiel le même jour pour une adéquation avec le jour sans école

2/ Pyramides des âges :

1.1 – Critères généraux :

Si l'âge moyen constaté en 2011 est de 42 ans en ce qui concerne le personnel non médical, il recouvre des écarts significatifs selon les différents métiers de l'hôpital.

Lorsque le personnel infirmier de l'établissement a en moyenne 37 ans, les aides soignants comme les ASH ont en moyenne 42 ans.

Le personnel ouvrier est en moyenne âgé de 50 ans, le personnel administratif de 45 ans.

La filière médico-technique est moins homogène, avec une moyenne de 39 ans pour les préparateurs en pharmacie, de 42 pour les manipulateurs radio et de 47 ans pour les techniciens de laboratoire.

1.2- Critères particuliers :

Les moyennes constatées ci-dessus cachent des réalités plus marquées, qui sont en elles-mêmes sources de difficultés potentielles, tant pour l'institution que pour les agents.

☞ *Filière soignante* : 49,71% du personnel infirmier à moins de 34 ans, tranche d'âge où se situent majoritairement les congés maternité et les demandes de temps partiel pour s'occuper des enfants. Dans le même temps 21.4% ont plus de 50 ans, avec un risque d'usure physique professionnelle.

La population des aides-soignants connaît une tendance inverse, les plus de 50 ans étant plus nombreux (31.3 % des effectifs) que les moins de 34 ans (24.44%).

Les sages femmes sont plutôt jeunes, 48.7% ont moins de 34 ans.

☞ *Filière médico technique* : L'effectif des 3 métiers majeurs de cette filière est globalement bien réparti sur les différentes tranches d'âge, même si les préparateurs en pharmacie sont plus jeunes (50% ont moins de 34 ans) que les techniciens de laboratoire (19% dans la même tranche) et que les manipulateurs (17.8%).

↳ *Filière ouvrière* : Les effectifs les plus âgés du centre hospitalier se rencontrent dans cette filière. Près de 69% d'entre eux ont plus de 50 ans. Outre la fatigabilité ou l'usure que l'on peut rencontrer dans cette filière, c'est la préparation de l'avenir et le transfert de compétences qu'il faut envisager.

↳ *Filière administrative* : On assiste à un vieillissement de cette filière, avec un faible taux de moins de 34 ans (14.8%) et un équilibre sur les deux autres grandes classes.

3/ Absentéisme

L'absentéisme est une donnée importante à triple titre :

- il peut être le révélateur de difficultés, rencontrées par des agents
- il a un impact économique important
- il peut auto-générer un absentéisme encore plus important

L'absentéisme au Centre Hospitalier de Montélimar se caractérise par :

⇒ Une relative stabilité sur la période, mais une croissance inquiétante en 2011.

⇒ Une explosion de la maladie ordinaire sur la période avec une accentuation du phénomène sur le début 2011, non liée aux arrêts de « pré maternité » puisque dans le même temps les congés pour maternité baissent.

⇒ Une sur représentation dans l'absentéisme du personnel soignant, avec une part de l'absentéisme infirmier qui croît énormément.

⇒ Un nombre non négligeable d'agents qui s'arrêtent plusieurs fois par an en maladie ordinaire.

- Volume et taux

L'absentéisme au Centre Hospitalier de Montélimar se situe depuis trois ans autour de 10% avec une croissance rapide en 2011 (9.88% en 2007- 10.5% en 2011). Le nombre de journées non travaillées pour causes d'arrêts, toutes causes confondues est très important puisqu'il représente en 2011 un total de 25 846 jours soit une perte équivalent travail de 117 ETP.

Le taux d'absentéisme le plus important s'observe dans la catégorie « personnel soignant et éducatif » qui connaît une croissance régulière sur les 3 années pour atteindre 11.2% en 2011. Cette catégorie professionnelle a toujours pesé plus dans l'absentéisme que le poids qu'elle représente dans l'effectif (85% de l'absentéisme pour 71% de l'effectif), avec une majoration de cette représentation chez les infirmiers et aides-soignants (33% de l'absentéisme pour 25% de l'effectif).

- Typologie des absences

Toutes absences confondues, le poids de l'absentéisme équivaut à 117.22 ETP en 2011. Il représentait 97.17 ETP en 2008.

⇒ Les absences pour maladie ordinaire sont les plus représentées. Avec 51.6 % du total des journées en 2011, elles correspondent à 59 ETP qui n'ont pas travaillé.

⇒ Cette évolution n'est pas le fruit de la pratique constatée d'arrêts très précoces sur maternité puisque dans le même temps, les jours pour congés maternité sont en baisse en valeur absolue depuis 2009 pour atteindre en 2011 un taux de 17.67 % (contre 21.58 en 2009).

⇒ La part des CLD-CLM et AT dans le total des jours d'absence varie peu sur la période.

VII – 3 - PILOTAGE ET EVOLUTION

La durée de vie du projet de social est de cinq ans. Afin de garantir la réalisation des objectifs, sans dilution dans le temps, un pilotage opérationnel est mis en œuvre.

Le Comité de Pilotage

Instance de coordination, il s'assure de la réalisation des objectifs du projet social, du respect du calendrier.

Il valide le besoin et la composition si nécessaire d'équipes projet et d'un responsable projet qu'il missionne. Il reçoit de celles-ci un état de l'avancée de leurs travaux.

Il valide la composition et les règlements de fonctionnement des commissions qui deviendraient pérennes pour la réalisation de l'un ou l'autre des objectifs.

Il évalue les différentes actions menées par les groupes projets.

Il est composé à parité de représentants de l'administration et du personnel. Les représentants de l'administration sont désignés par le directeur. Les représentants du personnel sont désignés pour moitié par et parmi les membres du CTE et du CHSCT, et pour moitié à la discrétion des organisations syndicales représentatives.

Il est présidé par le directeur ou son représentant. Il se réunit deux fois par an la première année et une fois par an les années suivantes.

La composition non nominative est arrêtée comme suit :

12 membres

6 représentants de l'administration

6 représentants du personnel

- 2 CTE désignés par le CTE

- 1 CHSCT désignés par le CHSCT

- 2 CFDT

- 1 CFTC

Les équipes projets – Les chefs de projet

Ils constituent l'échelon opérationnel de la réalisation des objectifs. Missionnés par le COPIL, ils ont à mettre en œuvre les outils permettant de réaliser leurs missions. Ils réfèrent de l'avancée de leurs travaux au COPIL.

Ils respectent le calendrier fixé dans le projet social, ou à défaut en prépare un qu'ils font valider par le COPIL dès sa première séance.

Les équipes projet sont autonomes dans leurs organisations de travail. Elles peuvent recueillir les informations dont elles ont besoin auprès des services qui en sont les détenteurs. Elles peuvent s'adjoindre toute personne utile à la réalisation de leurs travaux, dans le respect de l'organisation des services dont elle dépend.

Elles rendent compte de l'avancée de leurs travaux à chaque séance du COPIL.

Evaluation

Les actions menées dans le cadre du projet social seront évaluées par le comité de pilotage au vu des indicateurs établis pour chacun des axes.

L'évaluation sera présentée au CTE et CHSCT de l'établissement qui seront informés annuellement du niveau de leurs réalisations.

VII - 4 - OBJECTIFS

Le projet social 2013-2018 se veut pragmatique. Il vise à identifier des objectifs forts d'amélioration, déclinés en objectifs opérationnels. Il se dote d'outils permettant leurs réalisations, de calendrier de mise en œuvre et d'indicateurs d'évaluation.

OBJECTIF N° 1 – maintenir les agents dans l'emploi

OBJECTIF N°2 - prévenir les troubles musculo-squelettiques

OBJECTIF N°3 - valoriser le bien être au travail

OBJECTIF N°4 – permettre une bonne santé au travail

OBJECTIF N°5 – accompagner le changement

1 / Maintenir les agents dans l'emploi

L'existence de pathologies générant des inaptitudes partielles ou totales, l'allongement du temps de travail, sont autant de risques générant des difficultés pour exercer les fonctions.

Ces difficultés entraînent les situations suivantes :

- arrêts maladies maintenus à défaut de trouver une solution professionnelle
- difficultés organisationnelles dans les services pour intégrer des agents en restriction de capacité
- difficulté de réintégrer un poste de travail après un arrêt long

Un dynamique doit être inventée pour :

- répondre aux besoins des agents réellement en difficulté
- réévaluer la situation de ces agents pour les réintégrer dans leur fonction globale
- prévenir les situations de rupture

Axe n°1 : Trouver une solution professionnelle adaptée aux agents présentant des difficultés d'adaptation ou d'aptitude aux postes de travail

Il s'agit pour le centre hospitalier de mettre en adéquation aptitudes résiduelles et postes de travail. Cet axe de travail concerne les agents pour lesquels :

- une inaptitude à la fiche de poste est prononcée
- la recherche d'un poste aménagé est demandée.

La réalisation de cet axe de progression comprend plusieurs actions, dont certaines ont fait l'objet d'un CLACT validé par l'ARS.

Action 1.1 : Identifier des postes et /ou tâches pouvant être confiées aux agents présentant des restrictions

Les postes de l'établissement permettant des allègements de contraintes pour une même fonction, qu'elles soient d'ordre physique, physiologique ou psychologique, feront l'objet d'un recensement.

Une recherche de micro-tâches, existantes dans tous les services pour une même fonction, sera élaborée par le groupe projet, prévu par le CLACT, l'objectif étant de les faire réaliser par un même agent, tout en restant à iso-ressources.

Action 1.2 : Améliorer l'accueil dans les unités de travail des personnes présentant des restrictions

Il existe souvent une réelle difficulté à maintenir l'affectation d'un agent présentant des restrictions dans son service, alors même que l'agent doit bénéficier d'une adaptation de son poste. L'inversion de la tendance passe par :

- ↳ Une sensibilisation de l'encadrement de proximité
- ↳ Une réflexion sur l'adaptation des fiches de postes en cohérence avec la totalité des fiches de postes identiques dans le service (transfert de tâches).

Action 1.3 : Rechercher des solutions ergonomiques dans la réalisation des tâches

Des inaptitudes partielles sont générées par l'incapacité à réaliser certaines tâches rendues impossibles pour cause de restriction physique. L'étude de solutions ergonomiques apportant une solution sera privilégiée pour adapter les tâches à la difficulté physique.

Action 1.4 : Affecter les agents avec adéquation entre aptitudes résiduelles et fiche de poste

Cette affectation, qui devra être validée institutionnellement pourra être définitive ou temporaire, selon des modalités d'évaluation des capacités de l'agent (cf. axe 2).

Action 1.5 : Aide à la reprise après une longue période d'absence

Une reprise de travail après une absence de très longue durée, même sans restriction, est un événement qui peut être traumatisant et se traduire par une nouvelle absence, souvent stigmatisante. Lorsque cela sera nécessaire, « des sas de reprise » seront proposés aux agents. Ils permettront une réadaptation à la notion de travail, aux nouveaux rythmes de vie, à l'environnement du travail.

Une affectation limitée dans le temps sur une fonction particulière qui répond à un besoin de l'institution sera alors proposée et contractualisée.

Axe n° 2 : Assurer le suivi des agents avec restriction totale ou partielle

Les agents positionnés sur des postes aménagés ou allégés n'ont pas vocation à y rester jusqu'à la fin de leur carrière, soit du fait d'une amélioration qui permet une réaffectation sur un poste correspondant à la fonction, soit d'une aggravation qui nécessite un nouvel examen des adéquations entre état de santé et poste de travail. Deux actions seront mise en œuvre dans ce cadre.

Action 2.1 : Recensement des agents qui ont des restrictions et de ceux qui sont sur postes aménagés

Un travail de recensement sera élaboré avec la médecine préventive et la connaissance des agents par les cadres, afin d'obtenir une liste exhaustive des agents ayant à un moment de leur vie professionnelle nécessité des aménagements de postes, lesquels n'ont pas toujours été réévalués.

Cette liste est préexistante à la mise en œuvre de l'action 2.2

Action 2.2 : Assurer le suivi des agents présentant des inaptitudes

L'évaluation dans le temps des évolutions individuelles en matière d'adaptation doit permettre de réajuster les décisions d'affectations.

Axe n°3 : Prévenir les risques d'inaptitude et d'inadaptation

On ne peut prévenir l'inadaptation qu'en s'attachant à régler le plus en amont possible les causes de dysfonctionnement et de mauvaise adaptation d'un agent à son milieu.

Action 3.1 : Mettre en place des indicateurs d'alerte

Ils doivent être partagés par tous, simples, faciles à identifier et représentatifs d'une situation qui se dégrade.

Action 3.2 : Signaler les agents en difficulté

Il s'agit de remonter à un niveau supra, les situations qui n'auraient pu trouver de solutions internes au service, lequel reste le premier niveau de résolution.

Action 3.3 : Proposer les corrections le plus pertinentes et s'assurer de leurs suivis

Action 3.4 : Faciliter les reconversions professionnelles

La reconversion professionnelle permet à un agent qui ne peut plus exercer sa fonction ou qui rencontre des difficultés laissant présager une inaptitude totale au métier de garder une vie professionnelle dans l'institution mais également hors de l'institution.

Les outils :

⇒ La commission de prévention et de suivi des inaptitudes

Une commission de prévention et de suivi des aptitudes (CPSA) sera créée. Les missions de cette commission sont arrêtées comme suit :

- étude des difficultés rencontrées par les agents
- propositions de solutions adaptées
- suivi des propositions
- réévaluation de la situation des agents

Cette commission réunira des représentants de la DRH, des organisations syndicales, de la médecine du travail, de l'encadrement de proximité et de la direction des soins. Elle élaborera sa charte de fonctionnement et se dotera des outils nécessaires à la réalisation de ses missions.

⇒ **Cartographie des postes de travail**

L'existence d'une cartographie des postes de travail mesurant pour chacun leur charge en physique, physiologique et psychologique permettra l'adéquation des agents et des postes.

⇒ **Le FIPHFP**

Le fonds peut accompagner par des aides financières le maintien dans l'emploi des personnes handicapées ou inaptes au sens de la réglementation de la fonction publique hospitalière.

⇒ **L'ANFH**

Par son financement possible des congés de formation professionnelle, c'est un outil utile à la réalisation de reconversion.

2 / Prévenir les troubles musculo-squelettiques

La prévalence des TMS dans les arrêts de travail (184 arrêts en 2009, 230 en 2010 et 224 en 2011), les risques professionnels décrits dans le document unique, démontrent l'importance d'une politique volontariste en ce domaine.

Cet état de fait à prévalu à la signature d'un contrat local d'amélioration de travail, validé par les autorités de tutelles dont l'objectif est de développer la prévention.

Cet axe, fort et incontournable, du projet social s'appuie en grande partie sur les compétences des membres du groupe GEST (Groupe d'Etude des Situations de Travail) lesquels ont tous reçu une formation qualifiante les années précédentes.

Axe 1 : Assurer une manutention des malades et des charges lourdes correcte

Afin d'enrichir les apports en ce domaine, les actions seront ciblées sur le professionnel dans son environnement afin d'obtenir une meilleure adéquation entre acquisition des compétences et mise en pratique.

Action 1.1 : Evaluation et recensement des gestes pratiqués dans les services ciblés

Il s'agit de faire un audit dans le service sur les pratiques professionnelles et les matériels utilisés afin d'établir un plan de formation adapté au service.

Action 1.2 : Formation théorique et pratique

Une formation adaptée sera mise en œuvre alliant théorie et mise en pratique dans les unités de travail.

Une évaluation des agents formés sera réalisée dans le délai d'un mois pour analyser l'impact réel de la formation.

Axe n° 2 : Inscrire l'ergonomie dans la politique d'investissement de l'établissement

L'aménagement des locaux, les équipements utilisés dans la sphère de l'exercice professionnel ont des conséquences certaines sur les apparitions des TMS. Le bon geste ne peut s'effectuer que sur le bon matériel. L'ergonomie s'inscrit dans la continuité de l'axe n°1.

Action 2.1 : Associer l'ergonomie aux opérations de travaux et d'équipement

L'ergonomie des locaux sera étudiée lors des opérations immobilières. Cela concernera d'abord les équipements inscrits dans les plans de travaux (hauteur des plans de travail, position des points de lavage des mains...).

Lors du choix des équipements, l'axe ergonomique sera intégré à la grille d'analyse des achats.

Action 2.2 : Poursuivre les acquisitions de matériels permettant la prévention des TMS

Cette action, que l'on retrouve dans chaque projet social sera maintenue durant celui-ci.

Les outils

⇒ Le groupe GEST

Le savoir faire des agents qui le compose sera sollicité. Il réalisera une fiche « ergonomie des équipements » qui sera demandée lors de toute acquisition.

⇒ Le CHSCT

Compétent en la matière, il évaluera régulièrement la politique ergonomique de l'établissement.

3 / Valoriser le positionnement et la reconnaissance professionnelle

Toute organisation qui veut obtenir de ses agents un niveau de performance au travail et leur fidélisation doit veiller d'abord à ce qu'ils soient reconnus dans leurs compétences, acteurs dans leur travail, donc autonomes.

Ce critère d'autonomie au sens large inclut également la participation aux décisions. Il s'agit donc de permettre à chacun de se développer au travail et d'y prendre du plaisir.

(Annexe à l'instruction DGOS/RH3 du 31 juillet 2012-définition des risques psychosociaux).

Le mal être au travail est générateur d'absentéisme ou de démobilité.

Chaque agent doit se sentir comme indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital. La reconnaissance professionnelle de chacun par tous est un objectif fort du projet social.

Axe n°1 : Privilégier le dialogue et la communication

L'expression des professionnels sera recherchée. Il sera nécessaire de créer de nouveaux espaces de concertation et de communication.

Action n°1.1 : Mettre en place des réunions de service

L'ensemble des unités de travail du centre hospitalier veillera à organiser de façon régulière des réunions de service, où l'information circulera. Elles permettront à chacun d'être informés sur :

- les évolutions de l'institution
- les évolutions du service

Elles permettront à chacun de faire connaître son avis sur les dossiers en cours.

Action n° 2 : Mettre en place des séances de travail pluridisciplinaires dans les services de soins

Outil indispensable à la vie d'un service de soins, ces séances de travail ont pour objet de définir les trajectoires des patients avec un prisme pluridisciplinaire et de permettre à chacun, en fonction de la compétence qui est la sienne, de participer à cette définition ou tout du moins d'en avoir connaissance. Elles seront animées par le médecin responsable de l'unité médicale et le cadre de santé.

Axe n° 2 : Anticiper les situations génératrices de difficultés professionnelles

Qu'elles concernent la totalité d'une équipe, ou un seul agent, les situations doivent être repérées ou prévenues.

Action n°2.1 : Mettre en place des supervisions dans les services

Le domaine de la santé est par excellence celui où valeurs individuelles et valeurs professionnelles peuvent être en conflit (conflit d'éthique). De plus et de façon plus ponctuelle, les professionnels peuvent être amenés à s'interroger sur leur façon d'être au travail. Le travail de supervision, lorsque les règles sont acceptées par tous, est un outil qui permet l'expression et l'analyse du vécu individuel lors de certaines situations. Les psychologues du centre hospitalier seront sollicités pour animer ces séances (sauf lorsqu'elles concerneront leur unité d'affectation).

Action 2.2 : Repérer les agents en difficulté professionnelle

L'entretien d'évaluation doit permettre au moins une fois par an de repérer les agents qui se trouvent en difficulté. Indépendamment de cette étape annuelle, les cadres doivent repérer, accompagner ou signaler à leur hiérarchie les agents rencontrant des difficultés.

Action 2.3 : Accompagner les situations de crises

Une situation de crise est celle où une équipe de travail se retrouve devant différents faits générateurs qui l'empêchent de travailler sereinement. Il s'agit de les identifier et d'agir rapidement. Le schéma suivant devra être mis en œuvre par l'encadrement du service aidé si besoin par la direction de l'établissement.

- ⇒ Créer et utiliser une fiche d'évènement indésirable grave de fonctionnement collectif de service
- ⇒ Organiser rapidement une réunion de service avec des médiateurs représentants diverses composantes de la hiérarchie
- ⇒ Déterminer rapidement des actions d'amélioration et suivre leur mise en œuvre en réunions de service.

4 / Promouvoir la bonne santé au travail

Si le milieu du travail est parfois pathogène, certaines difficultés ou pathologies sont générées par les conditions de vie des agents. Microcosme de la société, l'hôpital n'est pas préservé des problématiques de santé publique que cette dernière connaît. Le centre hospitalier de Montélimar se doit de prévenir ces risques pour ses agents.

Axe n°1 : Promouvoir des actions de santé publique auprès des agents

Des actions de prévention, en lien avec l'IFSI dans le cadre des modules « santé publique » des étudiants, et en lien avec les différents professionnels ayant une compétence en la matière, seront mises en œuvre sans stigmatisation.

Action 1.1 : Donner les clés d'une bonne hygiène alimentaire

Outre des actions pédagogiques, une approche, ludique de préférence, sera réalisée au self du personnel, permettant à chacun de composer un plateau équilibré.

Action 1.2 : Renouer avec l'exercice physique

Les contraintes du travail et de la vie personnelle sont souvent des freins à un exercice physique régulier. Des actions seront menées pour faciliter l'accès aux structures de ville, mais également dans le cadre de l'établissement.

La compétence APA, présente dans l'établissement sera la cheville ouvrière des propositions en intra hospitalier.

Axe n°2 : Aider les personnes ayant des conduites addictives

Tous les agents, quel que soit leur rang ou fonction dans l'établissement, peuvent à un moment ou un autre, vivre des situations (vie personnelle, familiale ou sociale) qui peuvent aboutir à une surconsommation d'alcool, de drogues ou de médicaments.

Face à ces situations, l'Institution hospitalière est souvent démunie, les agents sous dépendance bénéficient souvent de phénomènes de protection de la part des équipes. L'absence de lieu d'écoute, le manque de communication sur ces sujets aboutissent à ériger les conduites addictives en tabous ou même parfois en valeurs positives au motif d'ingérence dans la sphère privée de l'agent.

Action 2.1 : Inscrire les interdictions dans le règlement intérieur de l'établissement

Il sera nécessaire en terme de communication préventive, d'inscrire dans la Charte Règlementaire ou tout autre document, l'obligation de ne pas être sous l'emprise d'une quelconque addiction (alcool, toxicomanie) durant les heures de travail pouvant altérer la qualité du travail. Les manquements à cette obligation devront être signalés à la médecine du travail.

La présence d'alcool au self ou dans les différentes manifestations au sein de l'établissement sera supprimée.

Action 2.2 : Faciliter l'accès au dispositif de prise en charge

L'aide et l'accompagnement sont des missions essentielles : il s'agit d'établir une communication avec le malade afin de proposer une aide destinée à la réadaptation au poste de travail qui passe, bien entendu, par la suppression totale de la toxico dépendance

⇒ Savoir parler d'addiction : Une formation sera proposée aux agents volontaires afin qu'ils puissent aborder le problème de l'addiction connue ou supposée d'un(e) collègue et connaître les conduites à tenir dans l'établissement devant un cas manifeste d'addiction sur le lieu de travail.

⇒ Utiliser les compétences hospitalières en matière d'addiction : l'agent hospitalier souhaitant s'inscrire dans une démarche de lutte contre son addiction pourra, via la médecine du travail et s'il le souhaite, bénéficier d'une trajectoire de prise en charge hospitalière plus simple et plus rapide (Elsa – médecine du travail).

5 /Accompagner le changement

Le centre hospitalier de Montélimar est en pleine mutation. Cette mutation est générée par plusieurs évolutions :

- modification rapide des modes de prise en charge des patients (séjours plus courts, développement de l'ambulatoire)
- positionnement de son activité dans un territoire et création d'une CHT
- impact de la tarification à l'activité sur les moyens disponibles
- mise en fonctionnement du nouveau plateau technique

Toutes ces évolutions ont des conséquences multiples dans la vie quotidienne des agents :

- modification des contours du métier
- redimensionnement des services
- modification des organisations de travail
- naissance de la culture d'évaluation

Le bilan des modifications récentes de services et d'organisation de travail pourra servir de base à certaines actions.

Axe n°1 : Préparer les changements connus

Les évolutions de services, ainsi que les incidences de la mise en fonctionnement du nouveau plateau technique doivent être préparées le plus en amont possible avec les agents.

Action 1.1 : Définir les pré-requis au changement

Lorsque cela sera possible, les pré-requis seront définis à l'avance, étudiés par les instances représentatives du personnel et communiqués. Il peut s'agir :

- du projet du service concerné
- du dimensionnement théorique de l'équipe
- des fiches de postes de l'équipe à venir
- des compétences ou expériences requises
- des nouvelles contraintes lorsqu'elles existent....

Action 1.2 : Mettre en œuvre les formations nécessaires

Le plan de formation priorisera les actions de formations nécessaires à l'adaptation du personnel aux nouvelles organisations ou aux nouveaux métiers.

Axe n°2 : Informer et communiquer

La méconnaissance des évolutions est source d'inquiétude voire de rejet du changement. Les agents doivent être informés et pouvoir faire connaître leurs avis ou leurs ressentis.

Action 2.1 : Utiliser le « journal » de l'institution

Le « Beausseret magazine » est un outil d'information. Il doit régulièrement informer des évolutions aussi bien en amont de leurs réalisations, qu'une fois celles-ci abouties.

Action 2.2 : Mettre en place des espaces d'échange dans les pôles

Le pôle est aujourd'hui au cœur de la vie hospitalière. Même si la notion de conseil de pôle n'existe plus dans la réglementation, ces derniers doivent mettre en place des processus qui permettent à chaque agent d'avoir l'information des évolutions et changements qui les concerne ou concernera, et un espace de parole.

VIII - LE PROJET DE GESTION

A bien des égards, le Centre Hospitalier de Montélimar est « au milieu du gué » dans la réalisation d'investissements structurants. Les récentes tensions sur l'exploitation de l'hôpital ont montré la fragilité des points d'équilibre mais le redressement en 2012, la capacité de mobilisation des acteurs.

La réalisation des investissements sur les infrastructures hôtelières et matérielles est impérative pour accompagner le renfort du positionnement du Centre Hospitalier de Montélimar sur son territoire. Le projet de gestion doit donc contribuer à sécuriser le financement des investissements.

Mobilisateur de ressources, les priorités retenues par le projet de gestion de l'établissement s'inscrivent naturellement en soutien des orientations du projet médical et du projet de soins. L'ensemble des dimensions du projet de gestion devront rechercher le confortement des activités, l'exigence de qualité et de sécurité, l'ouverture de l'établissement prenant en compte la fluidité dans le parcours de soins du patient.

En termes de méthode, les moyens nouveaux seront mobilisés dans le cadre d'une **gestion de projet** intégrant l'évaluation du **retour sur investissement** apprécié selon différentes composantes : amélioration du parcours patient, ouverture de l'établissement sur la ville et son territoire, optimisation des coûts.

VIII -1 - Le projet du Système d'Information Hospitalier et Communication

La recherche de la traçabilité de l'ensemble des informations patient, du zéro défaut et de la fluidité dans la circulation des données sont les piliers de la qualité du dossier patient.

Ainsi, peuvent être poursuivis les objectifs de pertinence des actes et de limitation de redondance des examens inutiles, gage de qualité pour le patient mais aussi d'optimisation des coûts.

La circulation de l'information en interne et en externe est indispensable pour fluidifier les parcours de soins des patients.

Enfin, l'exhaustivité et le zéro défaut servent la qualité de la facturation et l'optimisation des recettes.

1- Poursuite de l'informatisation du dossier patient

L'établissement est engagé depuis plusieurs années dans une politique volontariste de structuration du dossier médical. L'informatisation du dossier patient, enjeu majeur du précédent projet d'établissement, a connu une forte montée en charge interne avec l'informatisation du dossier patient en médecine, gériatrie, du dossier médical en gynécologie. Le changement du système d'informatisation de la radiologie en 2012 a permis l'installation du PACS (radiologie) et l'informatisation de la prescription de radiologie.

Toutefois, certains types de prises en charge ne sont pas couverts (chirurgie, réanimation, urgence) ainsi que certains processus (laboratoires).

Le système d'information est très peu communiquant avec les partenaires de la ville et du territoire.

La cohabitation de différents modes d'organisation du dossier patient – services informatisés/ non informatisés – segmentation du dossier : dossier de soins informatisés/ dossier médical/ prescription – apparaît aujourd'hui comme un facteur de risque dans la continuité de l'information. La poursuite de l'informatisation du dossier en vue d'une couverture de l'ensemble des services et des prises en charge patient demeure à cet égard une priorité de ce projet d'établissement. En vue de la suppression des ruptures d'information entre services, entre services prestataires au cours d'un même séjour et entre services en cas d'enchaînement des séjours, deux priorités sont posées

- informatisation des chirurgies, urgences,
- prescription de laboratoire,

La poursuite de l'informatisation s'accompagne d'une réflexion sur la structuration des informations ciblées, utiles à la prise en charge, afin d'en faciliter l'accès pour les professionnels et leur communication aux partenaires de santé.

L'ouverture du système d'information aux partenaires externes de l'hôpital (médecine de ville, établissements, professionnels libéraux) est un enjeu essentiel en accompagnement de l'évolution de l'organisation des prises en charge vers des relais plus structurés étroits entre les différents professionnels de santé concourant à la prise en charge des patients.

En termes de méthode, le projet SIH doit reposer sur le choix d'objectifs réalistes en termes d'accompagnement du changement et priorité aux objectifs porteurs de retours sur investissement :

2- Ouverture du SIH vers l'extérieur

Afin de faciliter les échanges, tant en interne qu'en externe, un système d'information permettant une souplesse dans le partage d'informations est à construire, notamment pour la communication des données médicales avec les établissements partenaires et médecine de ville (dossier médical commun avec résultats numérisés, messagerie sécurisée, transmission d'images, de résultats de laboratoire).

Cet objectif pourra s'appuyer sur les projets existants en intra et au sein de la communauté hospitalière : Imagerie (PACS), déploiement de l'Outil ZEPRA (Zéro Papier en Rhône-Alpes), DPPR (Dossier Patient Partagé Réparti), Télémédecine AVC.

3- Optimiser l'utilisation des ressources et contribuer à la performance médico économique pour les investissements SIH dans un contexte de coûts constatés supérieurs à la moyenne nationale

- Le développement des infrastructures doit être poursuivi avec un objectif de recherche de maîtrise des coûts : utilisation du contrôle de gestion,
- Le SIH doit servir la gestion des ressources : GRH et gestion du temps,
- Facturation – facturation au fil de l'eau exhaustivité des informations patients pour une meilleure codification.

Développer une politique de communication

La refonte managériale des pôles, du Directoire s'appuie sur un dialogue renouvelé entre direction et équipes médicales sur l'ensemble des composantes de l'hôpital : projet médical, qualité, gestion et investissement. La communication sur des objectifs

intégrant ces différentes dimensions vise à ne pas segmenter les enjeux et donner un sens commun pour l'ensemble des professionnels quelque soit leur secteur d'activité.

La politique de communication doit servir un dialogue managérial porteur de sens.

Au sein de l'établissement, il s'agit de favoriser la communication entre la Direction, le Directoire et les Pôles et entre les différents pôles et secteurs.

L'établissement inscrit le principe de Directoire élargi aux chefs de pôle. Outre les missions dévolues au Directoire, son rôle est de coordonner les informations sur les projets et leur déploiement, les décisions prises, et d'assurer un relai aux pôles. L'objectif est de permettre la visibilité des projets en cours, la planification et la diffusion des comptes-rendus des différentes instances de l'établissement. La communication sera d'autant plus facilitée par la mise à jour de l'annuaire en interne. Les règlements intérieurs des pôles déclineront dans leur organisation la mise en place de structure de pilotage, de concertation et de communication élargie.

Gagner en lisibilité est un élément d'attractivité pour l'établissement.

Ainsi, la diffusion d'informations relatives à l'établissement à l'ensemble des confrères et du public est un moyen de se rendre attractif : lettre aux médecins, annuaires à jour à destination des médecins et du public, avec noms des médecins, spécialités et numéro de téléphone, brochures. Une information régulière auprès des médecins de ville des prises en charge effectuées, des nouveaux équipements, des nouvelles consultations, de la réorganisation est également souhaitée. Dans cette optique, l'établissement a réalisé en juin 2011 une grande enquête auprès de l'ensemble des médecins de ville pour connaître leur degré de satisfaction et attentes vis-à-vis de l'établissement. Il en ressort une satisfaction globale concernant la qualité des soins, mais un manque de communication avec certains services et des difficultés concernant l'accès aux examens complémentaires après sortie du patient. Les difficultés et points positifs sont mis en avant dans l'enquête sont détaillés en annexe n° 4 du présent document.

Sur les 5 prochaines années, il s'agira enfin de rendre le site plus lisible et plus accueillant pour les patients. Deux moyens seront mobilisés : refonte de la signalétique et révision du positionnement des admissions.

Enfin, la politique de communication se doit d'accompagner l'évolution de l'hôpital :

- au sein des pôles
- vis-à-vis des usagers : mobilisation du site internet

VIII - 2 - GESTION DES RESSOURCES

La performance dans la gestion des ressources doit être déclinée dans les deux dimensions qui la composent :

- Le maintien d'une exploitation saine avec une juste progression des charges au regard de la dynamique d'activité est un premier enjeu de ce projet de gestion.

La recherche de la plus grande **efficience** possible dans l'ensemble des processus de gestion : achats, circuit du médicament, investissements, organisation du séjour du patient avec notamment la fluidité à rechercher dans la communication des informations, constituent les objectifs à décliner par pôle et par direction.

La **communication sur les enjeux** et les plans d'action sera recherchée en vue d'un développement concerté et respectueux des professionnels de l'établissement. La

réalisation des objectifs qui précèdent ne sauraient être déconnectée de ceux portés par le projet social.

- **L'optimisation des recettes** est un deuxième levier que le Centre Hospitalier doit mobiliser.

L'optimisation sera recherchée dans l'amélioration du codage des séjours (traçabilité exhaustive des informations des patients) et l'amélioration du processus de facturation dans la perspective de la transmission directe à l'assurance maladie.

Maintien d'une exploitation saine - Promouvoir une utilisation pertinente des ressources matérielles

Les activités cliniques doivent disposer des moyens qui leur sont nécessaires. L'investissement doit accompagner l'évolution des modes et des techniques de prise en charge. Il doit également prendre en compte la dimension conditions de travail et faciliter l'action des professionnels. Le niveau des dépenses en exploitation et en investissement doit être « justement » pensé pour atteindre ces objectifs. La mobilisation des dépenses doit également être justement pesée : politique d'achat volontariste mais aussi, utilisation de ce qui est nécessaire, éviter les redondances, processus fluides pour éviter les pertes de temps. Ce sont donc bien tous les acteurs de l'hôpital qui sont concernés.

Une politique d'achat volontariste qui s'appuie sur la réalisation du Projet PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables)

Le Centre Hospitalier de Montélimar, conscient des enjeux d'une amélioration des achats, s'est inscrit avec les deux autres établissements de la CHT, dans le plan d'action achats porté par l'ARS Rhône Alpes.

La cartographie des achats et l'identification des segments prioritaires à organiser selon les recommandations nationales, permettront d'amplifier le travail conduit depuis de nombreuses années pour la maîtrise des coûts, et de systématiser pour la CHT les actions conduites dans le cadre du GCS (pour la mise en œuvre des projets communs : laboratoire, imagerie). Le plan achat intègre tous les segments : approvisionnement en consommables médicaux et non médicaux, en équipements médicaux et non médicaux, en prestations de service.

Annuellement, l'établissement fixera ses priorités d'achat pour l'atteinte de ses projets stratégiques. Les services acheteurs - Pôle logistique et technique, Pharmacie, Laboratoire, Direction du Système d'Information - les mettront en œuvre, en lien avec les prescripteurs et utilisateurs.

La gestion de ce projet dans un cadre territorial donne des leviers supplémentaires à l'action et renforce la coopération effective entre les établissements.

Assurer la Sécurité des matériels

La montée en charge des investissements et des équipements, l'augmentation du niveau de leur mobilisation, doivent être accompagnées d'une gestion rigoureuse des processus d'installation, de formation et de maintenance. La consolidation de l'organisation mise en œuvre au service biomédical contribue à cet objectif.

Le développement de la sécurité des matériels et installations se fera par l'analyse des risques liés aux processus techniques et logistiques, s'insérant dans la démarche globale de gestion des risques à priori de l'établissement.

Décliner la politique de gestion au sein des pôles

La compréhension des objectifs de gestion est une condition sine qua non d'un management institutionnel porteur de sens pour les professionnels de santé. La nécessaire réactivité dans un cadre incertain ne facilite pas une communication pédagogique sur les logiques qui gouvernent les prises de décision. Pourtant, l'anticipation des changements, l'identification des marges de manœuvre dans l'organisation interne ne peut se faire sans implication des équipes. Le dialogue de gestion doit donc s'installer au plus près des équipes. Deux leviers sont identifiés :

- Généralisation de la contractualisation avec les pôles et entre pôles autour d'objectifs ciblés
- La démocratisation du contrôle de gestion

Promouvoir une politique de développement durable

L'affirmation de la responsabilité d'un hôpital sur son territoire de référence engage celui-ci dans une préoccupation éco responsable.

Le concept de développement durable devra être décliné

- . dans les investissements chaque fois que possible en intégrant une approche globale des coûts pour favoriser les filières courtes
- . dans les processus : juste utilisation des ressources et éthique de la décision

Optimisation des recettes

La piste d'une amélioration du codage des séjours et donc de la facturation est identifiée au regard de constats précédemment posés de segmentation de l'information patient nuisant à l'exhaustivité des informations.

La professionnalisation du codage des données médicales est à poursuivre en accentuant encore plus le partenariat DIM/TIM, Praticiens, Equipes de soins.

Le Centre Hospitalier de Montélimar a engagé la préparation de la mise en place de facturation au fil de l'eau. S'appuyant sur la qualité du dossier, ce projet remanie fortement les organisations et nécessite une révision des procédures internes. Il présente un intérêt majeur pour l'exhaustivité des informations tant administratives que médicales (cotation des actes et codification des séjours) : enjeux de qualité de la facturation et, en conséquence, de ressources (trésorerie).

L'objectif de sécurisation de la gestion intègre à la fois les conditions d'exploitation, la gestion de la dette dans un cadre de marchés financiers contractés et une amélioration des procédures comptables. Sur ce dernier point, l'établissement prépare l'entrée dans la Certification des comptes et une convention de gestion avec le receveur public.

IX - LE PLAN DIRECTEUR

IX – 1 – Consacrer l'investissement à l'humanisation des services d'hospitalisation, d'hébergement et d'accueil des urgences dans le cadre d'une gestion des investissements équilibrée

Sur le plan des infrastructures immobilières, des investissements majeurs ont été réalisés ces dernières années ou sont en voie de l'être : ouverture du bâtiment Roche Colombe dédié à la prise en charge des patients âgés, restructuration des consultations, de l'hôpital de jour, réalisation d'une structure pour l'accueil de l'IRM (en GIE), ouverture d'un nouveau service de pédopsychiatrie (Pierrelatte). L'ouverture de l'extension du Duquesne (2013-2014) permettra à l'établissement de disposer d'un nouveau bloc opératoire, réanimation, soins continus, plateau de chirurgie ambulatoire et service d'obstétrique.

En revanche, le service des urgences est inadapté au flux des patients actuel : 5 box de consultation pour 38 000 passages. L'extension des urgences devient impérative pour répondre dans des conditions de sécurité à l'augmentation du nombre de passages.

A l'exception d'un demi niveau, rénové pour accueillir la cardiologie, et du rez-de-chaussée, pour accueillir l'oncologie, les services n'ont fait l'objet d'aucune réhabilitation depuis l'ouverture du bâtiment en 1981. Les services sont composés essentiellement de chambres doubles. Aucune chambre ne dispose de douche. Pour pouvoir assurer l'accueil des patients dans des conditions hôtelières satisfaisantes (chambres à équiper de salle de bains) et disposer de services adaptés à la prise en charge des problématiques infectieuses, ce qui nécessite de disposer de davantage de chambres particulières), le bâtiment Duquesne doit donc impérativement faire l'objet d'une restructuration de ses services.

L'EHPAD du centre ville, la Manoudière, doit également faire l'objet d'une restructuration pour porter les objectifs suivants : mise aux normes pour la sécurité incendie, installation d'une unité de vie protégée et d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés et augmentation de sa capacité (12 places) pour accueillir les résidents de Roche Colombe suite à l'augmentation de la capacité de soins de suite et de réadaptation sur ce dernier site.

Les investissements doivent être relancés pour la psychiatrie (centre ville de Montélimar, Nyons).

Ces sujets majeurs doivent être pris en compte dans un contexte où la capacité d'autofinancement de l'hôpital a été ponctionnée par les investissements récents et où le recours à l'emprunt est contraint tant par la situation des marchés financiers que par le niveau d'endettement de l'hôpital.

IX - 2 - Assurer la sécurité des infrastructures

L'évolution de la capacité et de l'activité de l'établissement s'est traduite par un changement de catégorie au regard de la sécurité incendie. Ce changement de catégorie implique une adaptation du site principal d'hospitalisation et de l'organisation de la sécurité. Ces adaptations ont été insuffisamment anticipées. La concomitance de travaux lourds, facteur de risque, a amené la commission

départementale de sécurité et d'accessibilité à rendre un avis défavorable à l'exploitation.

L'adaptation du site aux exigences de la sécurité incendie donne un lieu depuis 2011, à un programme de travaux substantiels dont l'impact financier est intégré dans le plan global de financement prévisionnel. Le Schéma d'organisation de la sécurité incendie a été présenté en Conseil de Surveillance. Le déroulement du programme sera communiqué régulièrement aux instances.

L'établissement a également réalisé un audit accessibilité qui a identifié une évolution nécessaire du site pour le rendre compatible avec les exigences posées pour la fin 2015. Le Centre Hospitalier intégrera les préconisations dans le cadre de la réalisation des opérations nouvelles de travaux.

L'établissement assure également un contrôle régulier de ses infrastructures sensibles. Les préconisations des contrôles périodiques sont intégrées dans le plan travaux.

IX - 3 - Renforcer l'attractivité et l'accessibilité pour les patients dans le cadre d'une approche urbaniste du site Beausseret

Le site principal Beausseret (plan du site en annexe n°5) a fait l'objet de nombreux investissements qui encerclent le bâtiment principal d'hospitalisation. Le choix de développement du site a privilégié des investissements périphériques qui rendent difficile aujourd'hui la compréhension d'ensemble et de fait l'accessibilité aux différents espaces composant le site hospitalier principal.

Un audit signalétique est en cours. Cet audit repose sur une analyse globale du site, infrastructures et flux. Ses conclusions seront structurantes pour les orientations du schéma directeur. Les investissements nécessaires pour l'évolution des cheminements et de la signalétique sont intégrés dans le plan global de financement.

Les objectifs retenus sont d'améliorer l'accueil des patients par un lieu d'« accueil » matérialisé, une signalétique claire, un accès facilité aux patients en particulier aux personnes à mobilité réduite, la définition de circuits de prise en charge.

IX - 4 - L'adéquation des ressources et des capacités

*Organisation des capacités d'hospitalisation au sein du bâtiment principal
« Duquesne »*

L'ouverture de l'extension du bâtiment principal d'hospitalisation dit « Duquesne » va libérer des capacités de lits par transfert de services du bloc opératoire, de la réanimation et de la chirurgie ambulatoire.

La nécessité de répondre à un contexte spécifique de financement a également amené l'établissement à décider du transfert du Court Séjour Gériatrique hors du Duquesne à proximité du service de soins de suite et de soins de longue durée, dans le bâtiment Roche Colombe. Un plateau d'hospitalisation de 25 lits a ainsi été rendu disponible depuis janvier 2012. Ce plateau d'hospitalisation est actuellement utilisé par la maternité dans le cadre de la réalisation d'opération tiroir. A l'issue de la deuxième phase des travaux (dernier trimestre 2013), le plateau sera à nouveau disponible.

L'utilisation des capacités libérées au sein du Duquesne (2^{ème} étage- cf. supra, locaux libérés par le transfert de la chirurgie ambulatoire dans l'extension) est intégrée aux réflexions de confortement de l'offre de soins, pour les spécialités médicales notamment, ce point ayant été identifié comme un point de fragilité résiduel du dernier projet d'établissement. L'extension de capacité et l'attribution par spécialité intègre un objectif volontariste de réduction de la durée moyenne de séjour pour toutes les spécialités dont l'indice de performance est inférieur à 1.

Le développement de capacité concerne : l'addictologie, les soins palliatifs, la neurologie (UNV et lits d'hospitalisation), la médecine interne.

L'extension du Duquesne va permettre au pôle chirurgie de disposer d'infrastructures neuves pleinement adaptées aux enjeux nationaux (développement de la chirurgie ambulatoire (dont la capacité va évoluer de 12 à 16 places), nouveau bloc opératoire et SSPI).

Le pôle transversal et femme mère enfant seront également renforcés (réanimation, soins continus (+ 6 lits), bloc obstétrical, développement de la néonatalogie (+3 lits), nouvelle maternité (+13 lits) permettant la réalisation complète des objectifs territoriaux.

Le transfert des 12 lits d'EHPAD du site Roche Colombe vers l'EHPAD « la Manoudière » permettra d'augmenter la capacité de soins de suite sur Roche Colombe.

La prise en compte des développements d'activités nouvelles – hors bâtiment Duquesne

Deux opérations principales sont projetées :

Rénovation du site Galoubet

Ce site est désaffecté depuis le transfert des résidents dans un nouveau bâtiment (Roche Colombe). Sa restructuration permettra :

- d'accueillir le service ambulatoire de l'ATRIR et de Dieulefit Santé
- d'accueillir le service de médecine nucléaire
- d'accueillir des hébergements pour les internes. Cette opération est à anticiper avant le démarrage des travaux de l'EHPAD de La Manoudière (l'extension de capacité se fera au détriment des logements d'internes)

Rénovation de l'EHPAD La Manoudière

Cette opération est prévue dans le cadre de la convention tri partite en cours de négociation.

Ce site sera humanisé et réaménagé pour accueillir les résidents présentant une démence de type Alzheimer.

GLOSSAIRE

ACHA : Activité Chirurgicale Ambulatoire

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVC : accident vasculaire cérébral

BMR : Bactéries Multi Résistantes

3 C : Centre de Coordination de Cancérologie

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CSG : Court Séjour Gériatrique

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRU : Commission de Relations avec les Usagers

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

COMEDIMS : Commission du Médicament des Dispositifs Médicaux Stériles

DIM : Département d'Information Médicale

DPAM : Drôme Provençale et Ardèche Méridionale

DPPR : Dossier Patient Partagé Réparti

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EMH : Equipe Mobile d'Hygiène

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Equivalent Temps Plein

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HJ : Hôpital de Jour

ICA-LISO : Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

MAIA : Mission pour l'Autonomie et l'Intégration des services d'aide et de soins pour personnes Agées

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PACS : Picture Archiving and Communication System : Système d'Archivage et de Communication des Images Médicales

PDM : Part de Marché

PSIRMT : Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

PSR : Projet Régional de Santé

QUALHAS : Indicateurs de Qualité HAS

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SISRA : Système d'Information de Santé Rhône-Alpes

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCR : Unité de Reconstitution des Cytostatiques

UHCD : Unité Hospitalière de Courte Durée

UFH : Unité Fonctionnelle d'Hygiène

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologique

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

SIH : Système d'Information Hospitalier

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

SURVISO : Surveillance des Infections du Site Opératoire

ZEPPRA : Zéro Papier en Rhône-Alpes

X - ANNEXES

Annexe N° 1 : Plan d'action de la filière gériatrique montilienne

Annexe N° 2 : Bilan du projet qualité et risques 2012-2013 – Bilan du plan d'action qualité et sécurité des soins 2012-2013

Annexe N° 3 : Enquête de satisfaction auprès des hospitalisés : octobre/novembre 2012

Annexe N° 4 : Enquête de satisfaction et attentes des médicaments traitants de Drôme-Ardèche vis-à-vis du Centre Hospitalier de Montélimar

Annexe N° 5 : Plan de Masse du Centre Hospitalier de Montélimar