



CENTRE HOSPITALIER
D'ARCACHON

*Projet d'établissement
2016 - 2020*

PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2020 DU CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON

SOMMAIRE

I. UN CONTEXTE DYNAMIQUE POUR UN PARCOURS PATIENT REUSSI	4
1. Une dynamique économique et démographique territoriale générant une hausse constante d'activité	4
2. Des contraintes à transformer en opportunité pour un parcours patient réussi	9
II. LES GRANDES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICO-SOIGNANT	11
1. Elargir et optimiser l'offre de soins, en cohérence avec les projets du Pôle de santé d'Arcachon et du Groupement Hospitalier de Territoire de Gironde	
1.1. Diversifier l'offre de soins sur le PSA dans un partenariat avec la clinique d'Arcachon	12
1.1.1. Favoriser la complémentarité des activités	12
1.1.2. Privilégier l'offre locale en partenariat, afin notamment de réduire les fuites.....	13
1.2. Développer l'offre de proximité sur le CHA, et un partenariat renforcé avec la ville et les autres acteurs locaux du sud bassin et nord des landes	15
1.2.1. Lutter contre la fragilité de certaines organisations actuelles	15
1.2.2. Initier de nouvelles prises en charge	16
1.2.3. Elargir la filière gériatrique	16
1.2.4. Conforter la filière Médecine physique	17
1.2.5. Réduire les délais de RDV et répondre à une demande croissante d'activité	17
1.2.6. renforcer les liens avec les acteurs de la ville et les autres acteurs locaux du Sud Bassin et Nord des Landes	18
1.3. Renforcer l'offre publique par une coopération avec les établissements du GHT de Gironde	20
1.3.1. Développer une offre de soin publique pérenne, coordonnée, dans le cadre du projet médical partagé de territoire	20
1.3.2. Améliorer la performance des organisations médicales et de soins.....	21
2. Structurer des parcours patients coordonnés dans une démarche de qualité, sécurité et continuité des soins	
2.1 Coordonner les parcours	23
2.1.1 Obtenir la labellisation du parcours de la personne âgée sur le territoire.....	23
2.1.2 Obtenir la pré labellisation du parcours en addictologie	23
2.1.3 Poursuivre le partenariat avec l'ADAPEI pour les personnes handicapées.....	23
2.1.4 Développer le repérage et la prise en charge des patients en situation de précarité : projet de création d'une PASS mobile.....	23
2.1.5 Coordonner le parcours des Patients atteints de pathologies chroniques :	24
2.1.6 Inscrire la nutrition dans le parcours de soins	24
2.1.7 Proposer un programme de réhabilitation précoce, améliorée post chirurgicale.....	25

2.1.8	Maintenir le Label IHAB à la maternité	25
2.1.9	Structurer la filière des Urgences hospitalières, notamment pédiatrique.....	25
2.2	Renforcer la qualité et la sécurité des soins	26
2.2.1	Impliquer tous les professionnels de terrain dans la démarche qualité et gestion des risques, et préparer la certification commune du GHT de Gironde.....	26
2.2.2	Qualité des soins : une évaluation et un suivi constant de prises en charge ciblées	26
2.2.3	Sécurité du circuit du médicament et des DMI: un circuit à risque prioritaire	27
2.2.4	Hygiène hospitalière : une vigilance à maintenir à tous les niveaux.....	28
2.2.5	Radioprotection et l'utilisation des agents de contraste : des effets iatrogènes à limiter	29
2.2.6	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : un enjeu pour assurer « le bon soin, au bon patient, au bon moment ».....	29
2.2.7	Compétence des professionnels : un facteur déterminant dans la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient.....	29
2.3	Mettre en œuvre des moyens d'assurer la continuité des soins	31
2.3.1	Des organisations favorisant les contacts entre professionnels en amont et en aval de l'hospitalisation	31
2.3.2	Les technologies de l'information et de la communication au service de la continuité des soins	32

3. Optimiser les capacités d'accueil, développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et favoriser la prévention en santé, pour répondre à une croissance d'activité

3.1	Optimiser les capacités d'accueil	34
3.1.1	Augmenter l'offre de PEC en Ambulatoire : virage ambulatoire.....	34
3.1.2	Anticiper la sortie, favoriser l'entrée directe et raccourcir les DMS	35
3.2	Réduire les besoins d'hospitalisation conventionnelle	35
3.2.1	Repérer les hospitalisations conventionnelles évitables	35
3.2.2	Favoriser le suivi ambulatoire de pathologies chroniques	36
3.3	Promouvoir la prévention en santé	36
3.3.1	Prévention hors les murs	36
3.3.2	Journées d'information grand public.....	37
3.3.3	Hôpital sans Tabac	37

4. Promouvoir la satisfaction des patients, des usagers et des personnel

4.1	La satisfaction du patient nécessite une prise en compte de ses attentes en termes de délai, d'information, de lisibilité et d'accompagnement de sa PEC.....	38
4.1.1	Réduire les délais d'attente : une préoccupation première du patient	38
4.1.2	Développer la qualité de l'information donnée au patient	39

4.1.3	Rester attentif aux éléments de confort tout au long de la prise en charge : qualité de l'accueil hôtelier, promotion de la bientraitance notamment en EHPAD	39
4.2	La satisfaction du personnel au travail, un enjeu institutionnel	39
4.2.1	Un préalable : partager des valeurs communes	40
4.2.2	Développer le sentiment d'appartenance à l'établissement	40
4.2.3	Promouvoir la qualité de vie au travail	41

5. Renforcer l'efficacité du management et des organisations dans un contexte économique contraint

5.1	Définir l'efficacité du management sur un plan institutionnel	43
5.1.1	Préciser les attentes institutionnelles.....	43
5.1.2	Organiser un management par projet	44
5.1.3	Impulser un véritable collectif cadres.....	45
5.2	Optimiser les organisations	45
5.3	Développer une stratégie de retour à l'équilibre financier	45
5.3.1	Retrouver l'équilibre financier basé sur la performance médico économique pour accompagner les projets d'avenir	46
5.3.2	Rechercher des sources de financement différentes.....	47
5.3.3	Positionner le contrôle de gestion, l'encadrement et les services administratifs au cœur de cette stratégie	51

III. LE PROJET DE L'EHPAD..... 49

IV. LES PROGRAMMES SUPPORTS..... 79

Des programmes support viennent étayer la mise en œuvre des orientations stratégiques et des axes du projet d'établissement :

A.	Programme qualité et gestion des risques.....	79
B.	Programmes biomédical, technique et sécurité incendie.....	112
C.	Programme architectural et de travaux adaptés.....	117
D.	Programme Achat/Finances	118
E.	Programme développement durable	123
F.	Projet social	126
G.	Programme informatique	130

I. UN CONTEXTE DYNAMIQUE POUR UN PARCOURS PATIENT REUSSI

1. Une dynamique économique et démographique territoriale générant une hausse constantes d'activité

Le CH d'Arcachon est implanté dans la région **Nouvelle Aquitaine** (Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente), la plus vaste de l'hexagone. Si la région, compte tenu de son étendue, est globalement peu densifiée, elle présente une concentration de population autour de certains secteurs, et particulièrement la région bordelaise.

La métropole bordelaise regroupe $\frac{1}{4}$ de la population de la région ALPC, avec une densité de population plus forte qu'au niveau national. Il existe autour de Bordeaux un réseau d'une dizaine d'aires urbaines de plus de 100 000 habitants, dont fait partie l'arrondissement d'Arcachon avec environ 145 000 habitants. Cette population est en outre multipliée par 4 à 5 en période estivale. Economiquement dynamique, la région est également très touristique, particulièrement sur le littoral atlantique. Cette attractivité initialement touristique se traduit actuellement par un accroissement per annuel de la population de 0,8%/an (contre 0,6% au niveau national).

Par ailleurs, si la région ALPC est la 2^e région la plus âgée de France avec 11,3% de personnes âgées de plus de 75 ans, le département de Gironde a l'indice de vieillissement de la population (*nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans*) le plus faible de la région, comparable à celui du niveau national. Exception faite toute fois du canton d'Arcachon où l'indice de vieillissement est le double du niveau national (139 contre 72 en France).

Le positionnement du CH Arcachon au sein d'une zone en pleine extension démographique et économique, lui confère donc un rôle de 1^{er} plan en termes d'offre de soins, en complémentarité notamment avec les établissements de la métropole bordelaise, et plus particulièrement le CHU de Bordeaux.

Toutes activités MCO confondues, la zone d'attraction du CHA s'étend des communes de la COBAS (sud Bassin d'Arcachon) et du Val de Leyre, jusqu'à Parentis en Born au nord des Landes.

L'établissement participe pour 30% aux hospitalisations des patients de sa zone d'attraction, avec des différences par secteurs :

- **35,5% des parts de marché en Médecine** (en progression annuelle de +1%). Il est le leader sur sa zone sur 5 des communes, et 2^e derrière le CHU pour Salles, Biganos et Parentis.
- **16,8% des parts de marché en Chirurgie** (en progression annuelle de +1,5%). Sur ce segment chirurgical, le CHA n'est cependant encore que le 3^e établissement, derrière la Clinique d'Arcachon et le CHU.
- **77,1% des parts de marché en Obstétrique** (en progression annuelle de +4,3%). Il est très largement leader sur ce segment, en concurrence néanmoins avec Bagatelle, et le CHU pour la commune de Biganos.

Ces évolutions positives en part de marché sont à rapprocher du déménagement début 2013 du CH sur un pôle de santé neuf, plus important en terme de capacité d'accueil, mieux équipé, plus proche de la métropole bordelaise ...

En outre, le CH Arcachon a la particularité, depuis son déménagement, de participer à un regroupement public/privé au sein d'une même structure architecturale, le Pôle de Santé d'Arcachon. Si chacun des 2 établissements jouit d'une parfaite indépendance en termes d'activité et de système d'information, ce regroupement a donné lieu à une réflexion concernant le partage de l'activité et la recherche de complémentarité en termes d'offre de soins.

Bilan du CH ARCACHON à 5 ans en quelques chiffres

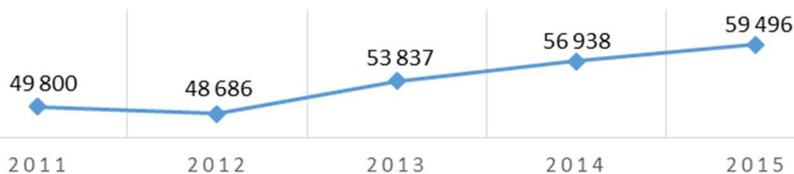
Lits et places 2011 - 2015

NOMBRE DE LITS ET PLACES

	2011	2015	
<i>Médecine interne - Gastroentérologie</i>	25	22	PÔLE MEDECINE
<i>Neurologie</i>	15	14	
<i>Gériatrie</i>	10	28	
<i>Cardiologie</i>	19	14	
<i>SSR</i>	20	20	
<i>Orthopédie</i>	20	20	PÔLE COBAPS
<i>Chirurgie digestive</i>	18	14	
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	6	
<i>Obstétrique</i>	21	18	
<i>Gynécologie</i>	2	2	
<i>Planning</i>	2	2	PÔLE URGENCES
<i>Surveillance continue</i>	12	12	
<i>UHCD</i>	6	6	
<i>Pédiatrie</i>	4	6	
<i>Ambu Chirurgie</i>	3	8	
<i>Ambu Médecine</i>	3	4	
Total lits et places	180	196	

Journées d'hébergement

EVOLUTION DES JOURNÉES



Le nombre de journées a augmenté de 19,5% (entre 2011 et 2015).

Evolution des passages aux urgences

PASSAGES AUX URGENCES

■ passages externes ■ suivi d'une hospitalisation

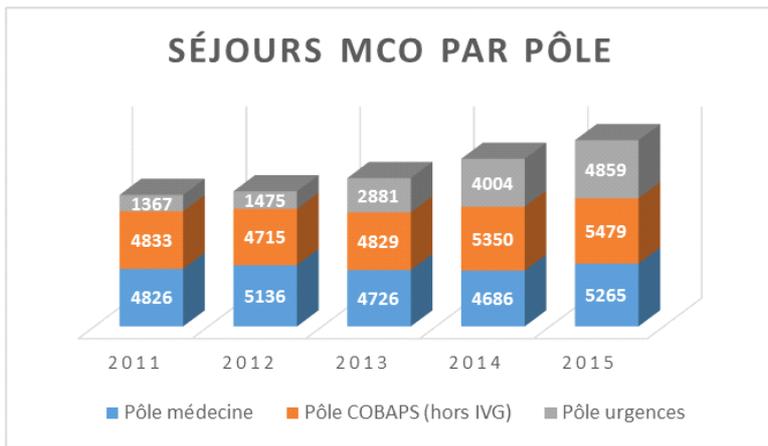


Passages au urgences :
+20,8% entre 2011 et 2015

Passages suivis d'une hospitalisation :
+35,8% entre 2011 et 2015

Passages externes :
+16,5% entre 2011 et 2015

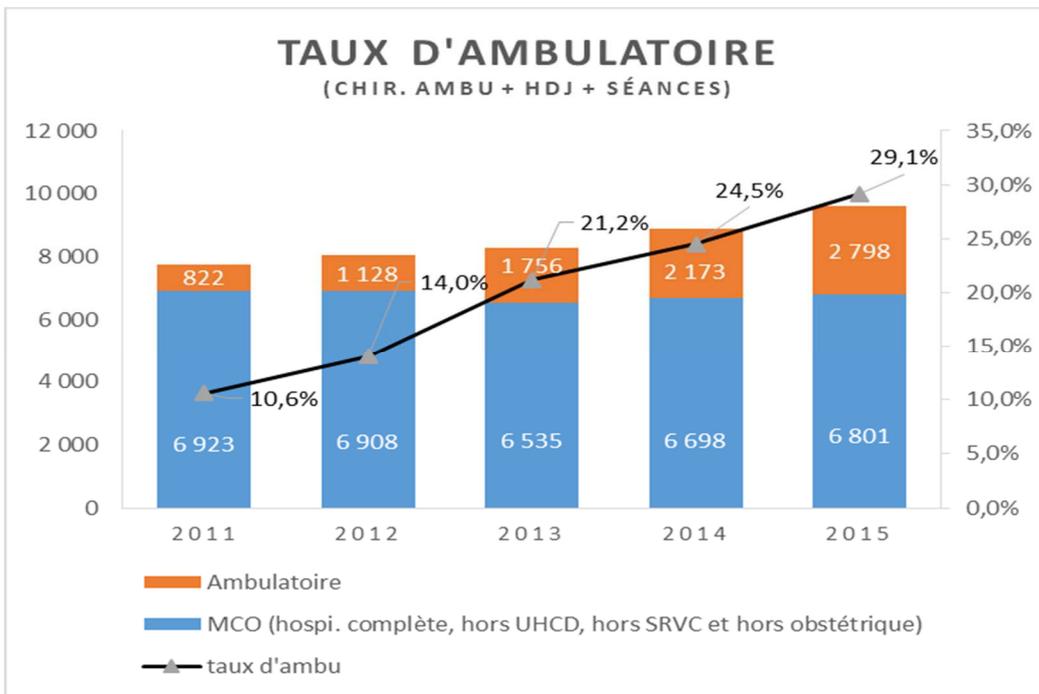
Evolution des séjours MCO par pôles



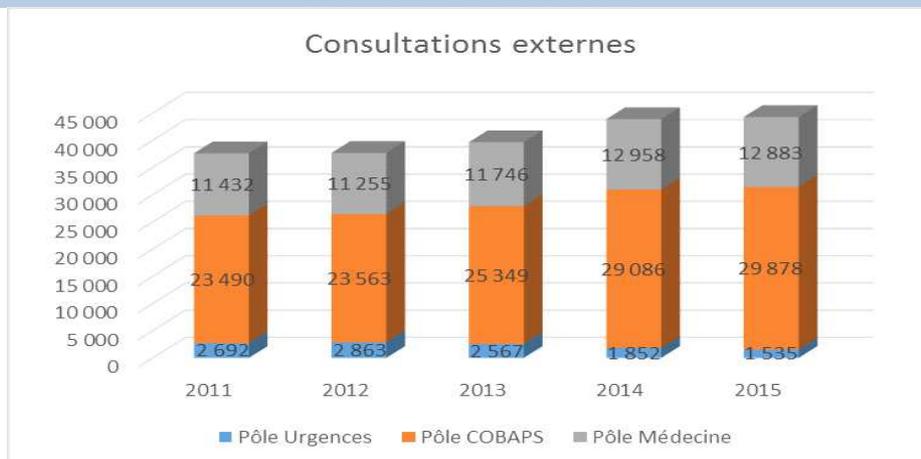
Pôle médecine : +9,1% depuis 2011
 Pôle COBAPS : +13,4% depuis 2011
 Pôle urgences : +255% depuis 2011
 (hors retraitement cardio - SRVC)

Recettes 100% T2A : +22% depuis 2011

Evolution taux d'ambulatoire

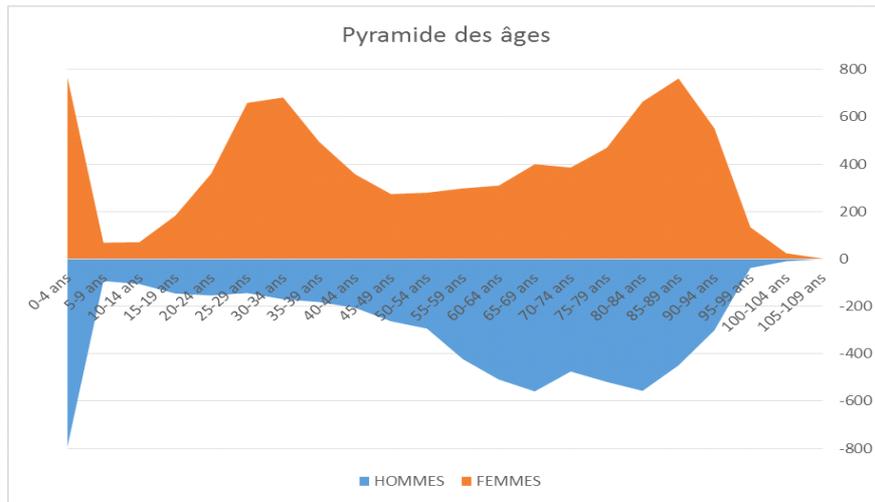


Evolution des consultations



Patientèle

Pyramide des âges (2015)



File active patients hospitalisés

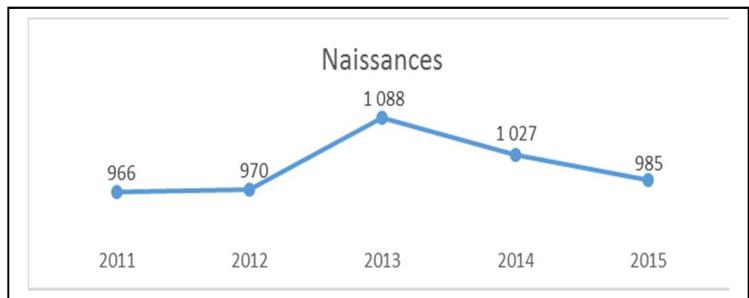
En 2015, la file active des patients hospitalisés est de 11 116 patients, dont 6 473 femmes et 4 643 hommes, pour une moyenne d'âge de 52,93 ans.

Origine géographique de nos patients

Patientèle de l'établissement (2015)

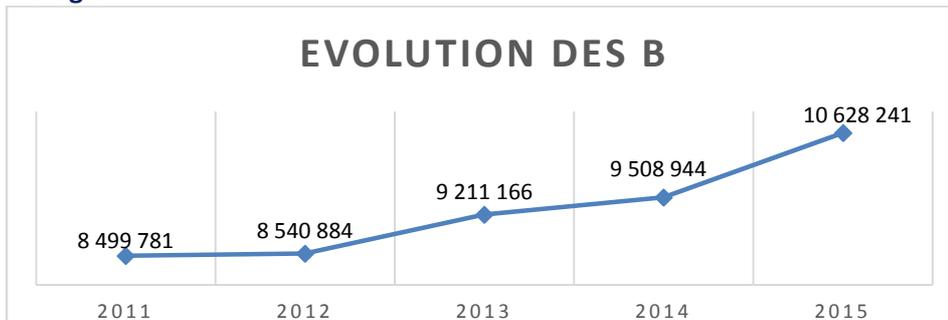
Gironde	74,6%
Landes	19,6%
Dordogne	0,3%
Pyrénées-Atlantiques	0,2%
Lot-et-Garonne	0,2%
Poitou-Charentes	0,3%
Limousin	0,1%
Hors région	4,1%
Europe	0,6%
Etrangers	0,1%

Naissances



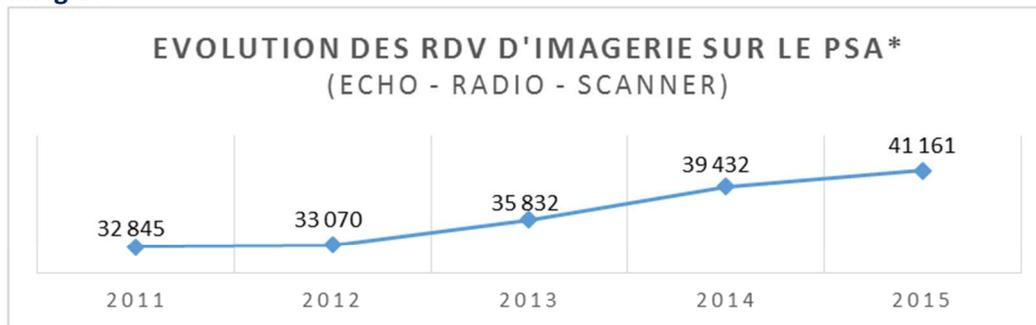
Activités médicotéchniques

Biologie



Le nombre de B a augmenté de 25% (entre 2011 et 2015).

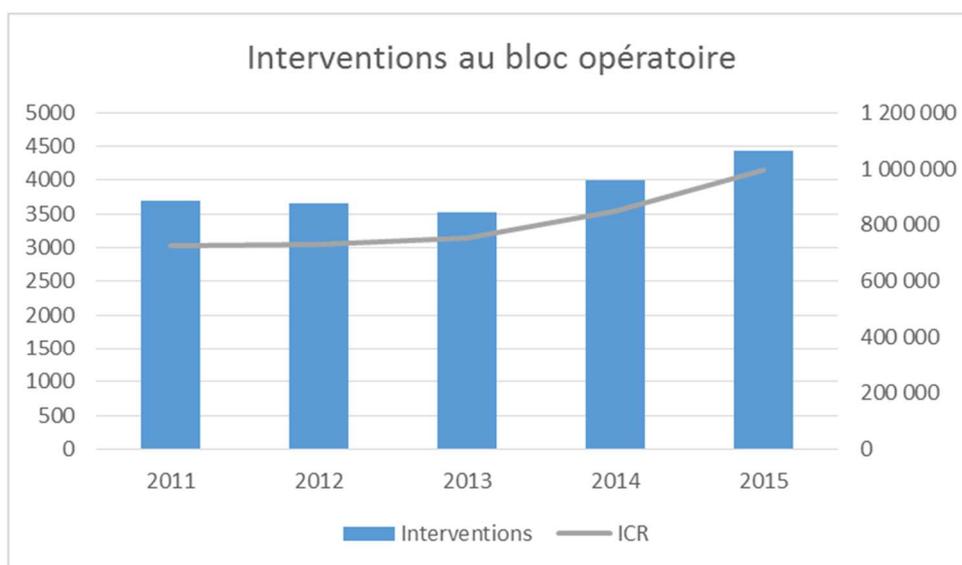
Imagerie



Le nombre de rendez-vous (hors IRM) a augmenté de 25,3% (entre 2011 et 2015).
L'activité d'IRM à fin 2015 est de 8 528 rendez-vous.

**Cela comprend l'activité de l'hôpital, de la Clinique et des cabinets libéraux.*

Interventions au bloc opératoire



Depuis 2011, les interventions au bloc opératoire ont augmenté de 19,7% en volume alors que les ICR ont progressé de 36,4%.

2. Des contraintes à transformer en opportunités pour un parcours patient réussi

Outre les contraintes précédemment décrites liées à l'évolution démographique locale en lien avec le vieillissement de la population et l'installation de familles avec enfants, générant une activité croissante, le CHA doit faire face à une saisonnalité de plus en plus marquée tout au long de l'année et à de multiples contraintes :

- Un contexte budgétaire déficitaire à la fois conjoncturel, lié à l'aménagement sur le pôle de santé et structurel, lié au contexte économique national (plan triennal, dégressivité tarifaire...),
- une capacité d'accueil, bien qu'accrue, déjà presque dépassée et un service d'urgences engorgé,
- une exigence de plus en plus forte de qualité et de sécurité des soins intégrant le recours à l'expertise.

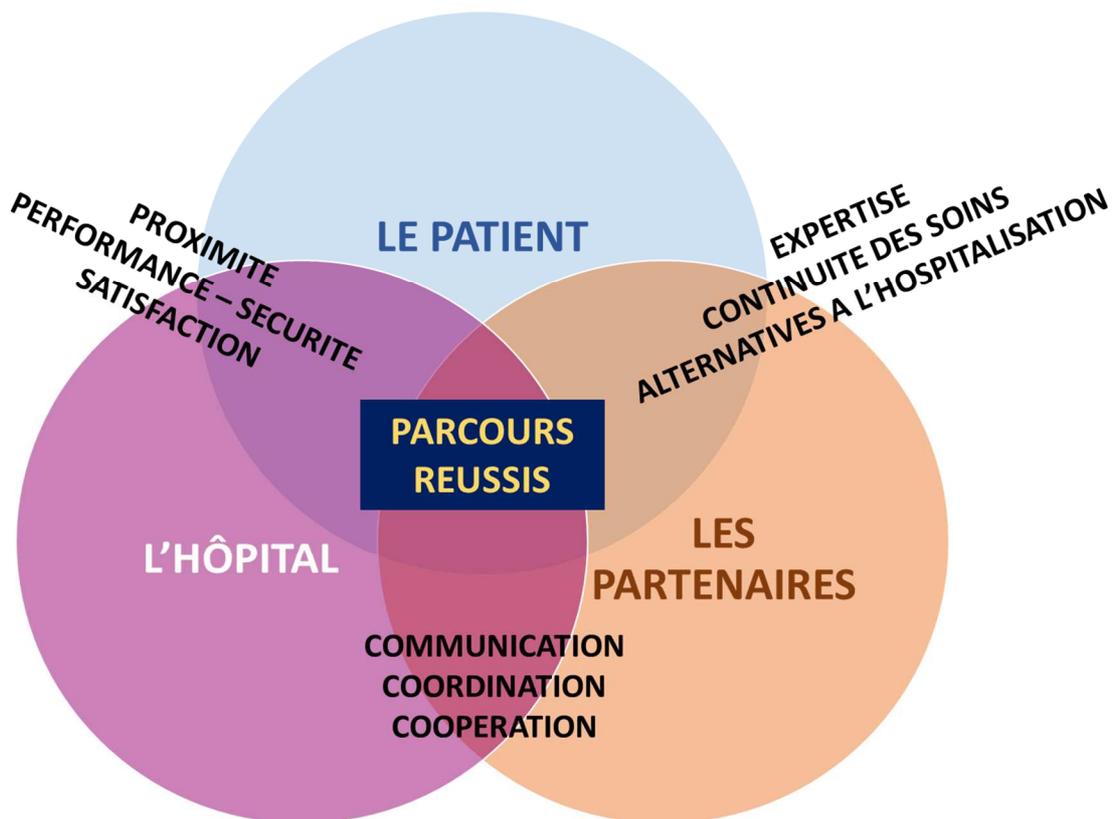
Ce contexte nous conduit à repenser nos modes d'organisation, afin **d'élargir notre offre de soins** tout en absorbant une **demande croissante d'activité**. Notamment en proposant d'organiser des alternatives à l'hospitalisation et en réduisant le temps hospitalier, afin de **répondre dans les meilleurs délais** aux sollicitations des usagers et des confrères libéraux, lorsque le recours à notre structure devient impératif.

Ce contexte nous conduit également à engager une inévitable réflexion **d'efficience médico-économique**.

Pour toutes ces raisons il nous conduit à privilégier le **travail en partenariat avec les différents acteurs de santé**, que sont le patient lui-même, son entourage, les établissements de santé proches (CHU de Bordeaux et Clinique d'Arcachon), les structures médicosociales et HAD, les structures de soins de suite, les praticiens libéraux, les professionnels paramédicaux de la ville, les élus locaux et nos autorités de tutelles dans le **cadre du contrat local de santé**.

La réussite d'un tel projet, dans ce contexte contraint, reposera notamment sur la capacité du CH Arcachon à mobiliser ses équipes et ses partenaires autour de ce projet partagé.

L'ambition résolument affichée du CH ARCACHON, au bénéfice de tous, est de replacer le patient, son entourage, et les différents acteurs de sa prise en charge au **cœur de son projet médico-soignant**. Dans le but de concourir à la **réussite des parcours des patients**, tant en amont de l'hospitalisation, qu'en milieu hospitalier puis en aval de l'hospitalisation.



Il nous a semblé évident, à nous hospitaliers, que cette **volonté commune d'unir nos forces**, était seule garante d'une prise en charge réellement réussie de nos patients.

Le CH Arcachon entend :

- Renforcer une offre de **soins de proximité**, de **qualité** et ouverte aux techniques et avis très spécialisés grâce notamment à un **partenariat** rapproché avec le CHU de Bordeaux (postes partagés, identification de filières de prise en charge, association en cancérologie....), et une **coopération** dynamique avec la Clinique d'Arcachon.
- Poursuivre son rapprochement avec les **usagers et les partenaires de la ville**, améliorer la (re)connaissance mutuelle et étendre ses liens grâce à une **meilleure communication**. Dans le but **notamment** d'assurer la meilleure **continuité des soins**.
- Créer également des **parcours de prise en charge innovants** avec les médecins et soignants libéraux, les acteurs sociaux, les autorités de tutelles, les élus, afin d'**optimiser l'amont et l'aval hospitalier**.

Tel est pour nous le défi d'un parcours patient réussi, que nous souhaitons relever dans les 5 années à venir.

Enfin, si la pleine **satisfaction des usagers** de notre établissement est notre but ultime, cette satisfaction se doit d'être **partagée avec le personnel hospitalier**. Ce n'est pas là le moindre des défis, dans un contexte budgétaire contraint et une charge de travail croissante. Pour autant, cette satisfaction au travail des acteurs hospitaliers, devra aussi constituer l'une des priorités de notre projet. Elle est la pierre angulaire d'une relation de soins performants, efficaces et bienveillants.

II. LES GRANDES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICO-SOIGNANT

1. Elargir et optimiser **l'offre de soins**, en cohérence avec les projets du Pôle de santé d'Arcachon et du Groupement Hospitalier de Territoire de Gironde.
2. Structurer des **parcours patients coordonnés** dans une démarche de **qualité, sécurité et continuité des soins**.
3. Optimiser les **capacités d'accueil**, développer des **alternatives à l'hospitalisation conventionnelle** et favoriser la **prévention** en santé, pour répondre à une croissance d'activité.
4. Promouvoir la **satisfaction** des patients, des usagers et des personnels
5. Renforcer **l'efficacité du management et des organisations** dans un contexte économique contraint.

La mise en œuvre simultanée de ces orientations, dans un souci de coopération et de complémentarité, doit concourir à la réussite des parcours des patients de notre territoire.

Des axes stratégiques déclinent chacune des orientations.

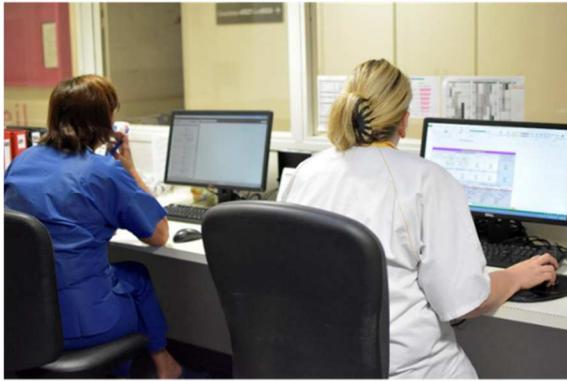
Des programmes support viennent étayer la mise en œuvre des orientations stratégiques et des axes du projet d'établissement.

Enfin certaines grandes lignes stratégiques pourront donner lieu à des plans d'action, déclinés sous forme de fiches projets annexées.

Il nous a paru important, pour plus de cohérence, que les lignes stratégiques puissent mêler les angles médico soignants, sociaux, ressources humaines, techniques et/ou économiques, utiles à la réalisation du projet.

Ainsi, d'un point de vue rédactionnel, les projets management, médicaux, soignants, sociaux, ne seront-ils pas individualisés, mais au contraire, dans une vision convergente, étroitement associés au fur et à mesure que seront déclinées les grandes lignes stratégiques du projet d'établissement

DECLINAISON DES ORIENTATIONS EN AXES STRATEGIQUES



1.
Elargir et optimiser
l'offre de soins,
en cohérence avec les
projets médicaux communs
du **pôle de santé** et du
**groupement hospitalier de
territoire**



Structurer des filières de prise en charge spécifiques, avec nos partenaires, à la fois privés, et avec le CHU de Bordeaux. L'enjeu est d'identifier de façon claire, et de faire connaître aux patients et praticiens de ville les compétences locales en matière de dépistage, prévention et de traitements des affections, dans leurs différentes composantes médicale, chirurgicale et/ou oncologique. De maintenir le niveau de compétence des équipes. De renforcer les équipes médicale en place, grâce aux postes partagés et au partenariat public/privé. Et de proposer dès que nécessaire, un niveau de recours adapté, par le biais notamment des RCP et du transfert des patients vers les pôles d'expertise du CHU.

Sont notamment concernées les filières chirurgicales, l'oncologie, la cardiologie, la gériatrie, la psychiatrie...



1.1. Diversifier l'offre locale sur le PSA dans un partenariat avec la clinique d'Arcachon

L'objectif est de diversifier l'offre de soins locale, permettre aux patients du pôle de santé de bénéficier de prises en charge conjointes pluridisciplinaires, tout en soutenant un fonctionnement cohérent des équipes médicales, et une croissance d'activité forte sur les 2 structures.

1.1.1. Favoriser la complémentarité

- Par le transfert d'activités concurrentielles sur un seul des deux établissements.

Sont plus particulièrement concernées l'urologie, la chirurgie gynécologique et sénologique et la biologie médicale.

- ✓ Au départ en retraite de l'urologue hospitalier, l'activité d'urologie est entièrement dévolue à la Clinique d'Arcachon, avec la volonté de :
 - développer une filière urogynécologique (toxine botulinique et neuromodulateurs, utilisation de la plateforme d'urodynamique de la clinique pour les bilans urodynamiques),
 - ouvrir une vacation hebdomadaire d'urodynamique publique

- développer la prise en charge des algies pelviennes dans le cadre des consultations douleurs du CHA.

- ✓ Concernant l'activité de chirurgie gynécologique et du sein, un transfert de l'autorisation de chirurgie carcinologique du sein de la clinique vers l'hôpital est envisagé. Aussi la politique de transition consistera pour le CHA, afin de ne pas voir disparaître cette offre de soins, non seulement à alimenter la filière sénologique actuelle du pôle de santé, mais également à développer en interne des compétences médicales, afin d'être prêt à assurer le relai de cette filière au départ en retraite du chirurgien privé. Dans l'intervalle également, les patientes de la clinique nécessitant une chirurgie carcinologique pelvienne seront adressées à l'équipe du CHA détentrice de l'autorisation.
- ✓ Prise en charge par le laboratoire de biologie du CHA des analyses biologiques de la clinique, actuellement réalisées (hors urgences) par un laboratoire privé.

■ Par le développement d'activités partagées :

En oncologie, par exemple, outre la poursuite des préparations de cytostatiques par la clinique, pour les patients du CHA sous chimiothérapie, il pourrait être envisagé un partage de l'activité de la filière publique, actuellement développée au CHA en tant qu'établissement associé au CHU de Bordeaux. Cela nécessite d'engager une réflexion de fond, en concertation avec le CHU, concernant le développement de cette activité sur le PSA. Serait plus particulièrement concernée la filière d'oncohématologie.

■ Par le développement de collaborations internes et d'organisations partagées :

Les modes opératoires concernent, notamment :

- ✓ le recours direct à l'équipe SMUR du CHA pour les patients de la clinique,
- ✓ les prestations inter établissements (élargissement à d'autres spécialités),
- ✓ le service mortuaire,
- ✓ le brancardage
- ✓ l'élaboration d'un Plan Blanc commun, permettant une formation partagée des équipes au damage control, et en cas d'afflux de victimes polytraumatisées, une prise en charge partagée médico chirurgicale des patients, ainsi que l'affectation d'une des salles de SSPI en structure de surveillance des patients post opératoires, en complément du service de surveillance continue du CHA.
- ✓ le développement de manifestations communes autour de thème de santé publique (ex : journée mondiale de la douleur, ..), semaine sécurité patient.

Les conventions liant les deux établissements, clinique et hôpital, seront actualisées chaque fois que nécessaire.

1.1.2. Privilégier l'offre locale en partenariat, afin notamment de réduire les fuites.

■ Par la mise en œuvre d'organisations facilitantes :

- ✓ Envoi hebdomadaire au CHA du planning d'astreintes des praticiens de la clinique. Affiché aux Urgences de l'hôpital, il permet le recours à des activités spécialisées absente du CHA, comme l'ORL et l'urologie,
- ✓ envoi hebdomadaire des plannings de chimiothérapies pour organiser la préparation des cytostatiques,
- ✓ Vision réciproque sur la disponibilité en lits d'hospitalisation,
- ✓ Mise à disposition du Scanner en cas d'urgence.

■ Par l'identification d'accès prioritaires aux secteurs d'hospitalisation respectifs :

- ✓ en l'absence de lits disponibles, le CH Arcachon privilégiera la recherche de places d'orthopédie à la clinique. Ce partenariat avec les orthopédistes libéraux sera en outre étendu à des domaines de

spécialités précis comme la prise en charge en urgence des plaies palmaires de la main, les pathologies dégénératives, les pathologies inflammatoires du poignet...

- ✓ En SSR, les patients de la clinique relevant de soins de rééducation portant sur l'appareil locomoteur auront, selon les disponibilités, accès prioritairement aux lits de SSR hospitaliers. De même, le projet commun avec la Clinique prévoit de dédier prioritairement 10 des 23 lits de SSR de la Clinique aux patients provenant du Centre Hospitalier. Pour autant, le recalibrage du prix de journée du SSR de la Clinique, actuellement SSR polyvalent, sera nécessaire afin d'être en mesure de répondre à la complexité de prise en charge des patients hospitaliers, notamment gériatriques, et de contribuer à libérer ainsi des lits en court séjour gériatrique,

■ Par la mise à disposition de compétences médico-soignantes particulières :

- ✓ les orthopédistes libéraux pourront requérir des avis auprès de praticiens du CHA : avis gériatriques auprès de l'équipe mobile gériatrique hospitalière, dans le cadre d'une **filière d'ortho-gériatrie**. Ainsi que des avis auprès des infectiologues du CHA, dans le cadre d'une **filière des infections ostéo articulaires**, éventuellement complétés de l'expertise bordelaise au cours des RCP avec le CHU.
- ✓ Expertise de l'EMSP du centre hospitalier.
- ✓ Compétence de soignants du privé en stomatothérapie.



1.2. Développer l'offre de proximité sur le CHA, et un partenariat renforcé avec la ville et les autres acteurs locaux du Sud Bassin et Nord des Landes

Le CH d'Arcachon, établissement de proximité au sens noble du terme, entend dynamiser son offre de soins, en cohérence avec le PRS et le contrat local de santé d'une part, et les attentes, en matière d'offre de soins, de ses partenaires libéraux et/ou publics d'autre part, afin d'améliorer le service rendu et de satisfaire au mieux les besoins de la population.

L'optimisation de cette offre passera par une information large auprès des usagers et des acteurs de santé du territoire.

L'enjeu est d'optimiser et diversifier l'offre de soins :

- en développant de nouvelles compétences, et en structurant en interne des filières de prise en charge.
- Mais également en luttant contre la fragilité de certaines organisations actuelles, que ce soit la petite taille de certaines équipes médicales, ou l'inadéquation des ressources matérielles et/ou humaines au vu de l'activité croissante dans certains secteurs.
- Ainsi qu'en améliorant notre réactivité en termes de délai de RDV

1.2.1 Lutter contre la fragilité de certaines organisations actuelles :

Certaines disciplines sont particulièrement concernées, car la taille critique des équipes médico-soignantes nuit à l'attractivité, au développement d'activité et à l'organisation de la permanence des soins.

Le recrutement de praticiens, et le renforcement parallèle des ressources soignantes, a pour but :

✓ En **neurologie** :

- d'assurer la reconnaissance d'une Unité Neuro Vasculaire, le développement de la prise en charge de pathologies neurodégénératives, mais également la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique (Parkinson, ...) et d'exploration du sommeil.
- de réfléchir à la création d'un pôle inter établissement en partenariat avec le CHU

✓ En **cardiologie** : le renouvellement de l'équipe médicale, en lien avec le CHU par le biais de postes partagés, vise notamment l'intensification de l'activité de rythmologie et le développement d'explorations fonctionnelles d'avenir (IRM cardiaque et coroscanner, échographie d'effort et de stress,...). Mais également à répondre à l'activité croissante en termes d'avis et d'explorations cardiologiques, dans le cadre de la filière de prise en charge de pathologies neurovasculaire et de la chirurgie vasculaire. Enfin de développer des prises en charge ambulatoires, notamment dans le cadre du suivi des insuffisants cardiaques, et de la réadaptation cardiaque.

✓ Aux **Urgences** : la mise en place des 39h et du temps non posté nécessite de renforcer les effectifs notamment par un travail sur l'attractivité auprès des internes (repérage, formation, plan de carrière,...).

✓ En **Radiologie** : l'objectif est de renforcer les effectifs médicaux, maintenir le partenariat avec les libéraux tout en favorisant l'attractivité de la filière publique en diminuant la pénibilité de la

permanence des soins par le recours à la télé radiologie et en augmentant le nombre de plages d'imagerie en coupe (augmentation de l'amplitude horaire, projet d'un deuxième scanner).

- ✓ En **chirurgie digestive** : le CHA porte l'autorisation de chirurgie carcinologique du PSA. Le renforcement des effectifs de chirurgiens, mais également de gastroentérologues, permettra de conforter cette filière.

1.2.2 Initier de nouvelles prises en charge :

- ✓ structurer une activité de **pneumologie** avec l'accueil d'un nouveau praticien, avec des compétences d'échographie, de prélèvements tissulaires et de polygraphie respiratoire. Un travail avec les pneumologues libéraux et ce praticien est déjà amorcé. Une filière respiratoire doit être plus lisible non seulement en partenariat avec ces pneumologues référents mais aussi avec le CHU.
- ✓ Mettre en place une **filière rhumatologie** avec le renfort d'un temps partagé avec le service de rhumatologie du CHU. L'objectif principal est d'offrir la possibilité de prendre en soins les patients porteurs de maladies rhumatologiques, de réaliser un bilan complet et précis mais aussi d'assurer la poursuite de leur traitement par immunosuppresseurs et biothérapies.
- ✓ Proposer des interventions de **chirurgie vasculaire** plus lourdes (chirurgie carotidienne notamment) par individualisation de 6 lits d'hospitalisation complète dédiés contigus au service de SSR, organisation du suivi de ces patients H24 en surveillance continue et recrutement d'un assistant partagé avec Bordeaux (cf chap.IV. § 1.3.1). Et élargir l'offre en ambulatoire en proposant un mode de prise en charge complémentaire des varices, par laser; et parallèlement, transférer en ambulatoire une partie de l'activité de chirurgie artérielle conventionnelle actuelle.
- ✓ Développer une consultation de stomatothérapie grâce à la formation d'une infirmière (DU de stomatothérapie).
- ✓ Optimiser l'offre de soins en Périnatalité, notamment au niveau du **dépistage anténatal**, par l'augmentation des plages d'échographie au sein du service et l'accréditation des praticiens dans le cadre du dépistage de la trisomie 21.

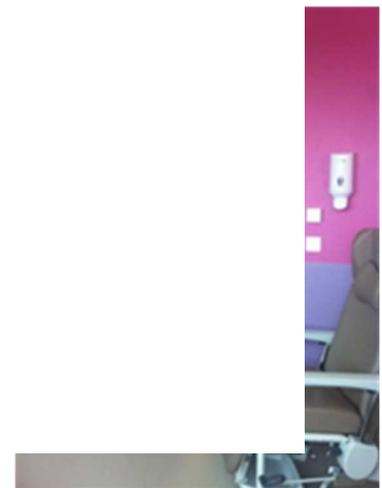
1.2.3 Elargir la filière gériatrique

- Intégrer l'EHPAD au sein du CHA en tant que service à part entière dans une logique de filière de prise en charge. Ce rapprochement sera facilité par la reconstruction de l'EHPAD Larrieu sur le site du Pôle de Santé, et par sa récente inclusion dans l'organisation médicale du service (rotation des praticiens gériatres entre le service de gériatrie court séjour et l'EHPAD).

Structurer le projet autour de lits d'EHPAD, d'unité protégée (Pôle Alzheimer) et d'une unité de Gériopsychiatrie, incluant chacune quelques lits accueil temporaires.

- Au niveau du service de Gériatrie court séjour :

- ✓ Participer en télémédecine avec l'EHPAD, à la prise en charge des plaies et des troubles comportementaux des pensionnaires.
- ✓ Améliorer le parcours de la personne âgée par la constitution d'une **Equipe Mobile Gériatrique Extra Hospitalière**, en complément de l'équipe intra hospitalière déjà constituée.
- ✓ Compléter la filière oncologique du CHA, par une **compétence oncogériatrique**, intégrée aux plans de formations.
- ✓ Développer la **prise en charge des plaies chroniques**, en collaboration avec les services de chirurgie vasculaires et médecine interne, au travers du développement de consultations médicales, d'un plan de formation paramédicale et d'un programme de délégation de tâches aux IDE.



- ✓ Intensifier les **consultations mémoire** et l'activité d'**Évaluation Gériatologique Spécifique**.
 - ✓ Optimiser la **ré autonomisation des personnes âgées** : travail conjoint avec l'équipe de rééducation, acquisition de matériels adaptés à la personne âgée.
 - ✓ Enfin, réfléchir à l'organisation d'une **unité d'ortho-gériatrie** au sein du service d'hospitalisation complète.
- **SSR gériatrique** : établir un partenariat solide avec le SSR gériatrique de la Rose des Sables et de la clinique, et participer activement à la filière gériatrique du GHT, dans le cadre du projet médical partagé de territoire.

1.2.4 Conforter la filière Médecine Physique

- Maintenir et développer la double spécialité du service (système nerveux et appareil locomoteur) par la réalisation de gestes techniques spécifiques : système d'allègement pour la verticalisation précoce, traitement de la spasticité (injection de toxine botulique, réalisation de bloc moteur en coordination avec le CHU), infiltrations +/- guidées par imagerie.
- Demander l'autorisation de la spécialité cardio-vasculaire, pour développer la prise en charge coordonnée des patients avec les cardiologues et les chirurgiens vasculaires
- Optimiser les parcours de soins déjà en place (AVC, Orthopédie, Gériatrie).
- Organiser avec les autres acteurs une filière Rachis pour optimiser la prise en charge des patients non déficitaires.
- Poursuivre les activités spécifiques d'externat (éducation thérapeutique, rééducation vestibulaire, rééducation cardiaque et vasculaire, choix d'appareillage et d'aide-technique).

1.2.5 Réduire les délais de RDV et répondre à une demande croissante d'activité :

- Le recrutement médical en gastroentérologie, prévu en 2017, contribuera au renforcement de la filière digestive médicochirurgicale et oncologique. Et permettra de répondre notamment à la demande croissante d'activité : bilans endoscopiques, prises en soins de maladies inflammatoires du tube digestif, de pathologies hépatiques inflammatoires et toxiques, et activité oncodigestive publique (en partenariat avec les oncologues du CHU et les chirurgiens viscéraux)
- En Gynécologie, le passage à temps plein récent d'un des praticiens du service permettra de répondre en partie à la demande croissante de consultations. En complément, le service ambitionne le développement de consultations sage-femme (suivi de grossesses non pathologiques, échographie, réalisation de frottis...) afin de participer au recrutement des patientes, et dégager du temps médical, notamment pour la chirurgie gynécologique.
- Obstétrique : afin de réduire un certains taux de fuite lié aux difficultés à répondre rapidement en interne à la demande d'échographie du 1^{er} trimestre, il apparaît nécessaire de renforcer cette offre sur le PSA, à l'attention des parturientes, sur la base du passage récent à temps plein d'un obstétricien, et par le recrutement de praticiens échographistes dans le service d'imagerie, et la formation de sages-femmes à l'échographie obstétricale.
- Imagerie : réduire les délais de RDV externe d'imagerie en coupe, et les délais de restitution des résultats des patients hospitalisés :
 - par l'augmentation du parc IRM (cf chap.VII. § 4.2)
 - par la participation à l'activité radiologiques supplémentaires
 - par le recours à la télé imagerie



et/ou Scanner

publique, de

1.2.6 Renforcer le lien avec les acteurs de la ville et les autres acteurs locaux du Sud Bassin et Nord des Landes



■ Au travers de **consultations avancées**

Offrir de nouvelles modalités de prise en charge, au plus proche, et à un plus grand nombre de patients, par le développement de consultations avancées en gynécologie et orthopédie sur le nord des landes, et en viscéral sur le Val de Leyre.

- Au travers de **conventions** avec les sages-femmes libérales et/ou les praticiens libéraux pour les IVG médicamenteuses.
- En **médecine physique**, par des projets spécifiques en lien avec les médecins traitants et les associations de patients (réentraînement à l'effort, évaluation des patients à risque de chute et/ou chuteurs au cours d'une hospitalisation de jour).
- Par un **maillage territorial du soin nutritionnel** grâce à un partenariat du CLAN avec les acteurs de ville (médecins, diététiciens, prestataires de services...).
- Au travers de l'animation d'un **Comité Ville hôpital**

Le Centre Hospitalier d'Arcachon a mis en place un Comité Ville-Hôpital (CVH), en vue d'optimiser, la qualité et la lisibilité de l'offre de soins, sur notre territoire.

Le Comité Ville-Hôpital, **interdisciplinaire, pluri-professionnel**, participe à la politique d'amélioration de l'offre de soins, en lien avec l'analyse des besoins des acteurs de la prise en charge mais également des attentes de la population. Ses missions principales visent à :

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins, en termes de diversité
- Améliorer la coordination des différentes étapes de la prise en charge
- Réduire les délais d'attentes
- Structurer les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, et les autres établissements de santé et médico-sociaux ;
- Evaluer ces prises en charge.

Outre son partenariat avec les HAD et SSIAD du territoire, l'établissement doit renforcer ses liens avec les infirmiers libéraux, et assurer une meilleure lisibilité de l'offre des prestataires de soins, en formalisant une charte d'utilisation.

- Par la création d'une **Maison Médicale de garde** contiguë aux Urgences
- Par un partenariat avec le service médical de la **base aérienne de Cazaux**

Le but de ce partenariat est de partager l'expertise militaire et les formations régulières, dans des domaines spécialisés, comme ceux inhérents aux risques d'attentats.

- ✓ Participation des équipes hospitalières aux formations militaires type *damage control* et risques NRBC notamment.

De permettre aux personnels militaires d'entretenir des compétences pratiques, tout en soulageant une partie de la charge de travail des équipes hospitalières.

- ✓ Participation de médecins militaires aux gardes aux urgences.

- ✓ Participations des soignants aux actes techniques d'urgences et de surveillance continue.
- Enfin, de favoriser l'offre de soins médicotechnique locale pour la patientèle militaire.
- ✓ Identification d'un circuit radiologique privilégié pour la petite traumatologie et réalisation au CHA des analyses de biologie médicale demandées par la base aérienne.
- Enfin un partenariat avec des 'hôtels hospitaliers' à proximité du CH est à étudier.



1.3. Renforcer l'offre publique par une coopération renforcée avec les établissements du GHT de Gironde

Le but de ces coopérations est pour le CHA de compléter l'offre de soins locale dans certaines spécialités, identifier des filières de soins spécifiques et limiter les fuites vers les établissements privés de l'agglomération bordelaise, consolider les équipes médicales et organiser la permanence des soins, faciliter le recours à un niveau supérieur d'expertise et de technicité dès que de besoin, grâce à une connaissance mutuelle renforcée des différentes équipes et de leurs besoins.

1.3.1 développer une offre de soin publique pérenne, coordonnée, dans le cadre du projet médical partagé de territoire.

- Par le développement de postes médicaux partagés avec le CHU de Bordeaux :



La double appartenance de ces praticiens aux équipes du CHU et de l'hôpital d'Arcachon facilite le transfert du patient vers les services et plateaux techniques du CHU, pour les interventions et explorations les plus à risque, lourdes ou très spécialisées, tout en lui offrant d'assurer l'accompagnement post-opératoire/interventionnel au CH Arcachon, au plus près de son entourage, et par des équipes médicales fédérées tout au long de sa prise en charge.

- En chirurgie vasculaire, le recrutement d'un 2^e chirurgien vasculaire fin 2016 permettra de proposer au CH Arcachon des interventions de chirurgie artérielle plus complexes (chirurgie carotidienne) tout en garantissant une couverture médicale constante indispensable à la sécurité et la continuité des soins.
- En neurologie, recrutement de 2 temps plein neurologues spécialisés dans les maladies neurodégénératives et le neurovasculaire, et exerçant en temps partagé au CHU sur un domaine d'expertise (oculomotricité, UNV...).
- En cardiologie, suite au départ dans le secteur libéral des 2 cardiologues de l'établissement, le CH Arcachon entame une restructuration du service de cardiologie, en proposant des postes de

cardiologues en temps partagé avec les services de maladies vasculaires, électrophysiologie, cardiologie interventionnelle, réadaptation cardiaque et exploration fonctionnelle du CHU de Bordeaux.

- Enfin, déploiement de postes médicaux partagés pour de nouvelles spécialités chirurgicales, en orthopédie et en chirurgie digestive.

- Par l'ouverture, sur le CHA, de consultations en partenariat avec le CHU

- ✓ Offre de sénologie

- Par une participation active au projet médico-soignant partagé du GHT de Gironde, identifiant des filières de prise en charge prioritaires :

Et notamment :

- ✓ En santé mentale : actuellement seuls les patients vus aux urgences peuvent bénéficier d'avis spécialisés. Le travail en collaboration avec le CHS Charles Perrens et le CMP d'Arcachon doit être poursuivi afin d'améliorer le maillage de soins en psychiatrie, tant pour les patients hospitalisés au CHA (adultes et enfants), qu'avec l'EHPAD Larrieu (éventuels lits identifiés de gérontopsychiatrie).
- ✓ Gériatrie : contribuer à libérer des lits en court séjour gériatrique, en structurant des filières de SSR gériatriques, et en développant le partenariat avec l'HAD et les structures médicosociales.
- ✓ Périnatalité et cardiologie : enjeux de santé publique, gradation des soins et recherche de réponse aux difficultés démographiques médicales.
- ✓ Imagerie médicale : pénurie d'effectifs de la filière publique et périmètre de recours à la télémedecine.
- ✓ Chirurgies, Cancérologie : accentuer les filières de cancérologie en place avec le CHU pour conforter les agréments du CHA de chirurgie digestive et pelvienne, et réduire les fuites.
- ✓ Urgences : concertation sur le périmètre et le rôle d'équipes médicales de territoire.

1.3.2 Améliorer la performance des organisations médicales et de soins

- A l'aide de moyens matériels et technologiques :

- ✓ Adhésion du CHA aux **projets de télémedecine** développés par le CHU de Bordeaux (télé thrombolyse, télé EEG...)



- ✓ Participation en **visioconférence aux RCP du CHU** (infections ostéo articulaires complexes, endocardites, hématologie, Immunologie, neurologie, carcinologie gynécologique et digestive).
- ✓ Mise en commun de **répertoires opérationnels des ressources** et **d'annuaires des compétences** médico-soignantes.
- ✓ A moyens termes, **interopérabilité des PACS** entre les établissements du GHT et **convergences des SIH**.

- Par une démarche de participation partagée, volontaire, à la permanence des soins et aux équipes médicales territoriales dans certaines spécialités.

■ Par la possibilité de recours à des compétences médico-soignantes particulières :

Ce recours pourra prendre plusieurs formes (consultations, avis, formations...)

- ✓ Suivi de la prise en charge infirmière post AVC
- ✓ La formation infirmière TAS en cancérologie
- ✓ Partage d'expérience des équipes d'EOH, d'ambulatoire.
- ✓ Recours à une Cellule médicopsychologique
- ✓ Formation conjointe des opérateurs aux mesures de radioprotection
- ✓ Recours aux avis d'experts en radiologie (Esanté)
- ✓ Participation à des projets de recherche médicale ou en soins
- ✓ Partage de moyens et compétences pour des ressources rares : ergonomes, psychologues du travail, personnels formés au repérage et prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP),
- ✓ Construction d'un plan de formation partagé (ex : mise en place d'un GAP, Groupe d'Analyse de Pratiques, avec le CHU de Bordeaux en cancérologie)

2.

Structurer des **parcours patients coordonnés** dans une démarche de **qualité, sécurité et continuité des soins.**



Le parcours est un élément structurant du système de santé. Effectivement la volonté n'est plus de juxtaposer mais de coordonner les prises en charge sanitaires, sociales et médicosociales. La continuité des soins impose une communication accrue entre les acteurs de la santé, et avec les usagers.

2.1 Coordonner les parcours

Nous avons identifié quelques parcours et/ou circuits qui nous ont semblé prioritaires pour nos patients. Ces parcours, sans être exhaustifs, relèvent d'enjeux de santé publique et d'enjeux organisationnels pour l'établissement.

Equipe Mobile de Gériatrie



2.1.1 Obtenir la labellisation du parcours de la personne âgée sur le territoire

Porté par la MAIA, mise en place par le CHA, et en partenariat avec tous les acteurs du territoire, le parcours de santé de la personne âgée, pré-labellisé en septembre 2015, devrait être labellisé en septembre 2017, en particulier en étendant l'Equipe Mobile de Gériatrie intra-hospitalière en extrahospitalier. Ce dispositif participera fortement à la prévention de la perte d'autonomie et au repérage des fragilités.

2.1.2 Obtenir la pré labellisation du parcours en addictologie :

Dans le cadre de cette démarche co pilotée avec le CEID, le CHA souhaite mettre en œuvre une ELSA, garante de la continuité médicale, de la formalisation de protocoles et de la formation des équipes hospitalières, en appui de l'unité de nutrition-addictologie.

2.1.3 Améliorer le parcours des personnes handicapées, en partenariat avec l'ADAPEI :

Notamment en ce qui concerne leur accueil aux Urgences, et l'adaptation de soins personnalisés au niveau des services.

2.1.4 Développer le repérage et la prise en charge des **patients en situation de précarité** : projet de **création d'une PASS mobile**.

- Décentraliser la PASS de l'hôpital et la faire venir au plus près des personnes précaires, afin d'apporter une réponse positive aux carences constatées par le CHA et les partenaires locaux, en termes de suivi de soins des publics précarisés après passage aux urgences ou sortie d'hospitalisation, en termes de difficultés à se rendre au CHA, et en termes de communication et d'information des partenaires et des populations concernées.

Des mesures ont d'ores et déjà été prioritaires :

- Participer à prise en charge des migrants du centre d'accueil et d'orientation d'Arès (bilan sanitaire d'orientation et prise en charge médicale).
- Tenir des permanences sur des lieux fréquentés par les publics cibles.
- Mettre en place des rencontres pluridisciplinaires entre acteurs engagés autour d'une personne en situation de précarité, pour permettre un parcours de santé individualisé.
- Agrandir la liste des professionnels travaillant avec la PASS du centre hospitalier, avec notamment la signature de convention avec des praticiens libéraux, généralistes et spécialistes.
- Renforcer les moyens de la PASS actuelle, avec l'aménagement d'un local de consultation PASS à proximité des Urgences, équipé d'un mail et d'une ligne téléphonique/répondeur spécifique.

Ce projet s'inscrit en outre **dans le cadre du contrat local de santé** signé avec la COBAS, dont les objectifs sont l'**optimisation des ressources médicosociales** du territoire, la **coordination des acteurs** concernés, et la **lisibilité des réponses** apportées.

2.1.5 Coordonner le parcours des **Patients atteints de pathologies chroniques** :

Développer les plateformes territoriales d'appui, coordonner la prise en charge globale, la lisibilité du parcours, la gestion des cas complexes.

Créer une interface entre le SIH de notre dossier patient informatisé et ces plateformes territoriales d'appui.

2.1.6 Inscrire la **nutrition dans le parcours de soins** de certaines maladies chroniques ou dont le traitement est à fort retentissement nutritionnel.



- Notamment en inscrivant la nutrition dans le Projet Personnalisé de Soins (PPS), afin de formaliser une hiérarchisation des conseils diététiques auprès des divers intervenants, et de mieux prendre en compte les conséquences physiques, psychosociales et en termes de qualité de vie, de l'état nutritionnel des patients à risques.

- En créant des outils et développant des protocoles de conduites à tenir et de procédures de recours aux spécialistes de la nutrition afin d'uniformiser les pratiques, faciliter l'accès aux thérapeutiques, limiter les délais de prise en charge et assurer la sécurité des procédures.

- En intégrant les familles de patients dans la prise en charge nutritionnelle des maladies chroniques.

- En renforçant les liens et la collaboration avec les associations de patients et le centre d'éducation thérapeutique CETB, afin d'améliorer la communication vers le public cible à travers des interlocuteurs reconnus des patients.

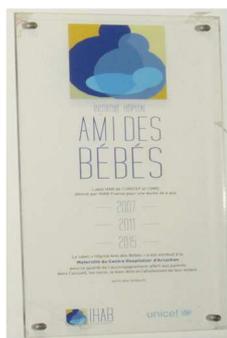


2.1.7 Proposer un programme de **réhabilitation précoce, améliorée** post chirurgicale (chirurgie digestive et gynécologique notamment).

- Organisation de soins coordonnés par une équipe pluri professionnelle, hospitalière et de la ville (chirurgien, anesthésiste, IDE, diététicienne, ergothérapeute, responsable médical de SSR...).
- Projet de soins impliquant le patient et son entourage, depuis la phase préopératoire (préparation physique et psychologique en vue de l'intervention), jusqu'à l'anticipation d'une sortie la plus précoce possible (modalités d'organisation de la sortie et de la continuité des soins).

2.1.8 Maintenir le Label IHAB à la maternité

Maintien du projet de service Initiative Hôpital Ami des Bébé selon les recommandations de l'HAS intégrant entre autre l'information des futurs parents et le travail en réseau avec les sages-femmes libérales et les professionnels de PMI.



2.1.9 Structurer la filière des Urgences hospitalières, notamment pédiatrique

Porte d'entrée emblématique et fréquente à l'hôpital, les services d'urgences souffrent aujourd'hui en France d'une activité accrue, de postes médicaux vacants, d'un manque de lits d'aval, de l'hétérogénéité des patients..., responsables parfois d'un sentiment d'insatisfaction des patients et de leur entourage, doublé d'une pénibilité au quotidien pour les équipes.

Si le CH Arcachon n'échappe pas au constat, il entend proposer des organisations susceptibles de réduire ces difficultés, et de mieux répondre aux attentes de chacun. Il est aidé dans sa réflexion par les résultats de la visite d'évaluation des structures d'urgences par l'ARS en juin 2015 dont les recommandations restant à mettre en œuvre concernent :

- **Les Urgences pédiatriques** (les enfants < 10 ans représentent 15% des passages aux urgences) : organiser un accueil pédiatrique différencié avec une zone d'attente aménagée. Distinguer un local de consultation pédiatrique d'urgence, et organiser leur prise en charge
- L'organisation de la **filière neuro-vasculaire** dans le cadre du projet de reconnaissance tarifaire d'une UNV.
- Le partenariat ville hôpital pour optimiser la PDS, dans le cadre d'une **MMG**.

Indépendamment de ces recommandations, l'établissement projette également de revoir les organisations en terme de :

- **Sectorisation** médicale et paramédicale et organisation des circuits adultes en circuits courts et longs. Suivi d'indicateurs horaires de parcours de prise en charge et analyse des causes d'allongement des délais de prise en charge.
- Procédures de **recours aux avis spécialisés**
- Relation avec les plateaux medicotechniques d'imagerie et de laboratoire : outre la mise en place d'interfaces informatiques performants, coordonner avec ces services la **pertinence des actes et la justification des prescriptions**, et diminuer ainsi les délais d'attente.
- **Organisation de la filière d'aval** en lien avec les services



QUALITY



SECURITY

2.2 Renforcer la qualité et la sécurité des soins

La qualité et la sécurité des soins sont les éléments constitutifs et incontournables de tout projet médical et soignant et relèvent d'une démarche collective.

Nous avons choisi d'intégrer notre réflexion dans un projet médico soignant unique car toute démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, d'analyse de risque et la mise en œuvre des actions correctives qui en découlent, ne peut se faire qu'en associant l'ensemble des acteurs de la prise en charge dans une démarche coordonnée.

2.2.1 Impliquer tous les professionnels de terrain dans la démarche qualité et gestion des risques, et préparer la certification commune du GHT de Gironde

Un double défi s'impose pour la période 2016-2020 :

- L'implication concrète de chaque professionnel dans une démarche qualité structurée autour de la priorisation des risques et des actions, par processus, intégrée au Compte Qualité. L'intégration de cette démarche de gestion des risques dans les pratiques quotidiennes nécessite la mise en œuvre de réunions d'équipe régulières au sein de chaque service, au sein desquelles les pilotes et référents des processus peuvent intervenir.

- La préparation de la certification commune au niveau du GHT de Gironde, obligatoire à compter de janvier 2020. Le CHA copilote le groupe qualité du GHT, et à ce titre, assure une responsabilité particulière dans cet objectif particulièrement complexe.

2.2.2 Qualité des soins : une évaluation et un suivi constant de prises en charge ciblées

Dans la continuité du projet 2011/2015 nous devons veiller à maintenir, voire améliorer le niveau de qualité d'organisations identifiées comme performantes lors de la visite de la HAS en 2014.

Par ailleurs, nous devons garder une vigilance en terme de veille réglementaire et d'évolution des outils ou des pratiques et prendre en compte que le turn-over des professionnels ne peut nous permettre de considérer une organisation, un niveau de qualité, comme acquis définitivement.

Forts de ce constat, nous allons poursuivre les actions entreprises et les adapter à l'évolution du niveau d'exigence, notamment dans certains domaines spécifiques liés au soin.

- **Le Dépistage des troubles nutritionnels** doit déboucher sur une prise en charge réelle de la dénutrition ou des troubles liés à l'obésité. La nutrition s'intègre dans un des parcours patients phare du CH Arcachon, ainsi qu'au niveau de l'EHPAD. Un logiciel dédié est en cours de déploiement.
- **La prise en charge de la douleur** de l'adulte et l'enfant doit être intégrée à tous les niveaux de PEC : le développement des consultations douleur chronique, un partenariat renforcé du CLUD du CHA avec l'EHPAD, la diversification des modes de prise en charge (ex : relaxation et méditation pleine conscience), des référents douleurs acteur de terrain (notamment au Bloc, en radiologie, et à l'EHPAD), les actions de formation interne diversifiées et ouvertes aux professionnels de ville, le développement de la méthodologie de recherche en soins pour mener une réflexion sur sa pratique et mettre en place des actions correctives ciblées...
- **La prévention et la prise en charge des escarres**, relève d'une démarche plus globale, étendue à l'ensemble des **plaies chroniques**. Le développement de **consultations infirmières spécialisées « plaies et**

cicatrization » répond à un besoin croissant sur le territoire et devrait prochainement s'intégrer dans les protocoles de coopération entre professionnels de santé, portés par l'ARS.

- La démarche de **prévention des chutes** va se poursuivre avec le projet d'ouverture d'un hôpital de jour et déboucher tout naturellement sur une analyse des pratiques en termes de **contention (EPP contention multicentrique)**.

Par ailleurs, l'amélioration des pratiques professionnelles relève du respect des bonnes pratiques dans le domaine du soin mais également sur les processus médico techniques et plus généralement les processus support.

La généralisation des **cartographies des processus et des cartographies des risques** est un élément structurant qui s'intègre dans la démarche de préparation de la visite de la HAS, V2014.

2.2.3 Sécurité du circuit du médicament et des DMI : un circuit à risque prioritaire



Pour mener à bien la politique de sécurisation du circuit du médicament développée dans le projet qualité, nous avons

identifié des actions à mettre en place à court et moyen terme et notamment :

- Déployer les **systèmes d'informatiques** notamment pour rendre opérationnelles les passerelles entre le logiciel de dispensation et le dossier patient, et permettre une mise en conformité de la Pharmacie avec ses missions de délivrance nominative, de traçabilité en temps réel des DMI et de diffusion de ces informations aux patients.
Au niveau de l'EHPAD, câbler la salle médicaments pour utiliser le logiciel TITAN et garantir la traçabilité du circuit du médicament.
- Limiter les **risques de iatrogénie** :
 - ✓ Par une traçabilité dans le dossier patient et les courriers de sortie :
 - formaliser les conclusions de l'examen médical d'entrée en précisant systématiquement le traitement habituel, les antécédents et facteurs de risque, les allergies.
 - préciser le traitement de sortie (voie d'administration, durée du traitement) et veiller à en informer le patient et son médecin traitant.
 - ✓ Par un partenariat renforcé entre Pharmacie et services de soins :
 - bilans annuels, lettre mensuelle médicale et paramédicale, information sur les Never Events...
 - développement d'une stratégie de conciliation médicamenteuse
 - implication de référents des services dans ces diverses démarches de sécurisation du circuit médicamenteux
 - ✓ Par l'information du patient dans le cadre de la rétrocession.
- Mener des analyses de **pertinence**, en termes de **prescription** de médicament à risque, et notamment des anticoagulants, des antibiotiques...
- Utiliser les outils de la HAS pour réaliser des audits sur l'**administration médicamenteuse** en identifiant, notamment, les risques liés à l'**interruption des tâches**.
- Analyser et corriger tout dysfonctionnement lié à un défaut de **stockage** à la pharmacie ou en unités de soins
- Diversifier les actions de sensibilisation/**formation du personnel** : diffusion et accompagnement sur le terrain d'une lettre mensuelle Pharminfo, formation par le **e-learning**, utilisation de l'analyse des EI (événements indésirables) comme levier d'amélioration des pratiques...

2.2.4 Hygiène hospitalière : une vigilance à maintenir à tous les niveaux

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, EOH, du centre hospitalier définit la politique de gestion du risque infectieux sur l'établissement. Elle s'appuie, chaque fois que nécessaire, sur l'expertise du CCLIN Sud-Ouest et de l'Antenne Régionale Aquitaine de Lutte contre les Infections Nosocomiales et les infections associées aux soins (ARLIN Aquitaine). Un partenariat devrait également se développer avec les autres établissements du territoire dans le cadre du GHT « alliance gironde », notamment en termes de partage de compétences.



Le suivi des tableaux de bord et la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) permettent de réaliser un diagnostic, d'identifier et mettre en œuvre des actions correctives en adéquation avec l'évolution des recommandations et de la réglementation.

Les axes prioritaires pour les années à venir sont essentiellement centrés sur :

- La **prévention des infections associées aux soins dans le secteur opératoire** : avec un indicateur principal : l'évolution des infections du site opératoire : **ISO**

La mise en œuvre d'actions pragmatiques repose sur la prise de conscience du risque par les opérateurs que cela relève du circuit du patient au sein du bloc opératoire, du port de la tenue adaptée, des modalités de stockage ou de l'hygiène des mains...

- **Le Suivi et l'analyse des résistances bactériennes et de la Consommation des antibiotiques** sous l'impulsion de CAI commission des anti infectieux dont les membres ont été renouvelés dernièrement, va donner lieu à des actions ciblées portant sur :

- ✓ Antibiothérapie des infections urinaires de l'adulte (CCLIN Sud-Ouest/CCECQA)
- ✓ Réévaluation des antibiotiques entre 1 et 3 jours et de plus de 3 jours (volet optionnel intégré à l'enquête de prévalence)
- ✓ Antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique (CCECQA)

Dans le cadre du nouvel indicateur PROPIAS (Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins), deux axes ont été retenus :

- ✓ Proportion des traitements antibiotiques curatifs > 7 jours non justifiés
- ✓ Proportion d'antibioprophylaxie chirurgicale > 24 heures

- Le **respect des bonnes pratiques dans le tri des Déchets** et notamment des DASRI, déchets d'activité de soins à risque infectieux, de la production à l'élimination, la consommation de solution hydro alcoolique (suivi des occurrences par service)
- La pérennisation des actions de sensibilisation au respect des **précautions standard et complémentaires, indispensable pour palier la perte d'information liée au turn over inévitable** au sein des équipes de soins ou à la banalisation du risque dans son activité quotidienne.
- Au niveau de l'EHPAD, poursuite des formations en internes, élaboration d'une nouvelle version du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) et élaboration d'un programme d'actions prioritaires, ainsi que mise en place d'un comité de suivi du DARI.

2.2.5 Radioprotection et utilisation des agents de contraste : limitation des effets iatrogènes, par un travail sur la réduction des doses et des concentrations de produit de contraste.

2.2.6 Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : un enjeu pour assurer« le bon soin, au bon patient, au bon moment ».

L'identitovigilance vise à garantir que tous les patients soient correctement identifiés tout au long de leur prise en charge dans l'hôpital et dans les échanges de données médicales et administratives. Elle est notamment importante aux moments-clé que sont la préadmission, l'admission, le (les) séjour(s), les examens complémentaires, un éventuel transfert, le règlement des factures ou la clôture d'un dossier.

La démarche de gestion du risque amorcée dès 2004 a donné lieu à l'identification d'un correspondant en identitovigilance, expert dans le domaine sur l'établissement qui, à ce titre, anime la CIV (cellule d'identitovigilance), pilote les audits de pratiques et les actions d'amélioration qui en découlent puis rédige un rapport annuel.

Malgré une démarche structurée et rigoureuse, la formalisation des pratiques dans le logiciel de gestion documentaire Ennov, l'identification du patient donne encore lieu à des erreurs d'identité, la création de doublons ou de collusions ; sans pour autant que les professionnels concernés n'en mesurent le risque et de fait déclarent un évènement indésirable.

Des **quick- audit sur le port du bracelet d'identification, des audits de connaissances et de pratiques** (comme par exemple, **le respect de la procédure de check list au bloc opératoire**) vont être renouvelés, afin de mettre en place des **formations/sensibilisation personnalisées**, plus efficaces.

La démarche doit être démultipliée pour être efficace et ne peut donc reposer sur le seul engagement du correspondant identitovigilance. L'implication des agents des admissions et de l'accueil des urgences, des secrétariats est indispensable.

Une analyse plus large de **l'organisation des consultations et des secrétariats** doit être menée en parallèle pour traiter le problème en profondeur : lisser l'activité sur la journée et la semaine, limiter les goulots d'étranglement dès l'accueil, source de stress et d'erreur d'identification.

2.2.7 Compétence des professionnels : un facteur déterminant pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

La **place du stage** dans la formation des professionnels de santé s'est renforcée avec la réforme des études (arrêté du 26 sept 2014), le cursus LMD ou le développement de formations par alternance dans divers secteurs d'activité.

En **renforçant les liens avec les instituts de formation**, l'objectif est de « professionnaliser » le **tutorat**, de définir le rôle de chacun, et ainsi de donner au stagiaire la possibilité de faire des liens entre situation de soins sur le terrain et compétence à acquérir.

Le Centre Hospitalier d'Arcachon accueille tous les ans plus de 200 étudiants en stage dans les secteurs de soins et médico techniques. Convaincus que la qualité de l'accueil et de l'encadrement influence grandement l'apprentissage, l'acquisition des compétences, mais également le choix futur du lieu d'exercice par l'image de l'établissement qu'il véhicule, nous allons formaliser les pratiques dans **un livret et une charte d'accueil** au titre d'engagement des différentes parties prenantes : institut, établissement d'accueil mais également étudiant concerné.

Par ailleurs l'institut de formation des aides-soignants, IFAS, rattaché au CH d'Arcachon est un partenaire incontournable, acteur et associé à notre démarche de formalisation de la politique de stage, de définition des parcours des élèves/étudiants en inter professionnalité.

La compétence ne se résume pas à une qualification ; elle se développe au cours de la vie professionnelle. Certains problèmes de compétence rencontrés dans les établissements de santé sont liés à des problématiques organisationnelles : formation des professionnels, « glissement de tâches », variation des compétences disponibles dans le temps.

Le **plan de formation annuel** est construit dans cet esprit depuis plusieurs années, mais nous devons veiller à ce qu'il évolue avec les attentes des professionnels et la mise à disposition de nouveaux outils de communication et donc de formation.

Par ailleurs, la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC), des établissements partie du GHT va nous permettre d'offrir un panel plus diversifié de formations.

Nous avons amorcé cette démarche en proposant de modalités prenant en compte ces évolutions :

▪ **le e-learning :**

L'apprentissage est facilité par l'accès à des ressources en ligne, (validées par des experts dans le domaine) ; il permet de former un plus grand nombre dans un temps limité, y compris le personnel de nuit ; ces formations s'intègrent le plus souvent dans une démarche DPC (développement professionnel continu) en y associant une analyse des pratiques professionnelles (APP).

Ce mode de formation dans un premier temps mis à disposition des personnels soignants infirmiers, sage femmes, biologistes, pharmaciens ou préparateurs en pharmacie, sur des thématiques telles que l'acte transfusionnel ou le circuit du médicament, devrait s'ouvrir à d'autres catégories professionnelles dans les années à venir : AS, ASH, personnels administratifs notamment sur des thématiques d'identitovigilance ou d'hygiène/AES.

▪ **la simulation en santé :**

Depuis 2010, la HAS encourage les établissements à développer cette méthode qui correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».



Elle a pour but :

- ✓ d'acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.),
- ✓ d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing,
- ✓ d'aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés,
- ✓ de reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Nous avons choisi d'amorcer cette démarche par une thématique qui s'y prête tout à fait et nous permet par ailleurs de répondre à une obligation réglementaire : la formation à la prise en charge de **l'urgence vitale** et aux gestes d'urgence va se déployer sur l'ensemble de l'établissement progressivement.

La semaine sécurité patient est également l'occasion de sensibiliser les personnels en les faisant participer à la **chambre des erreurs**, en interpellant de façon ludique tout professionnel qui se prête au jeu de la recherche d'erreurs.

2.3 Mettre en œuvre des moyens d'optimiser la continuité des soins

La continuité des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins.

L'information est le dénominateur commun qui relie les soins d'un intervenant à l'autre et d'un événement de santé à un autre.

L'objectif premier est donc de mettre en place des actions concrètes visant à améliorer la **connaissance mutuelle**, la **communication** et l'**organisation des soins**, au sein de l'établissement, et avec les acteurs de santé libéraux, médicaux et paramédicaux, ainsi qu'avec les personnels des établissements partenaires.

Pour faciliter les contacts et la transmission d'informations nous allons travailler sur les organisations, le développement de l'outil informatique et la mise à disposition de nouvelles technologies de communication.

2.3.1 Des organisations favorisant les contacts entre professionnels, en amont et en aval de l'hospitalisation.

- Le centre hospitalier a très récemment, mis en place un **Comité Ville Hôpital** (CVH) en vue de coordonner le parcours de soins sur le territoire (Cf point 1.2.6).
- De façon très opérationnelle, nous envisageons de créer une **cellule parcours patient** interne au CHA, en s'inspirant d'expériences similaires d'autres établissements d'Aquitaine. Cette cellule composée de professionnels en poste aménagés est chargée de gérer le salon de sortie, de centraliser les demandes de transport et le recours aux sociétés d'ambulances/VSL et ainsi favoriser les sorties avant midi. Interlocuteur privilégié des médecins de ville qui souhaitent organiser une hospitalisation programmée, ou une prise en charge ambulatoire (ex : transfusion), cette cellule participe au désengorgement des urgences en évitant des passages injustifiés par ce service
- Les liens avec les médecins libéraux peuvent également être renforcés grâce à des rencontres et échanges au travers de réunions de leurs associations médicales, l'organisation d'EPU, de présentation des nouveaux praticiens et projets médicaux du Centre hospitalier.
- Il est par ailleurs prévu :
 - ✓ d'attribuer et diffuser aux libéraux un **N° d'appel unique d'un référent** pour chaque spécialité médicale du CHA.
 - ✓ D'impliquer plus fréquemment les **associations de patients** dans nos réflexions, notamment au sein de la Maison des Usagers.



PÔLE DE SANTÉ D'ARCACHON

Forum des Associations de Patients

SAMEDI 8 OCTOBRE 2016

10 H - 18 H 30

ENTRÉE LIBRE

Des bénévoles à votre écoute

Conférences thématiques

Stands d'information des Associations de Patients

Associations de patients du personnel de l'hôpital

CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON

PÔLE DE SANTÉ Avenue Jean Monnet - CS 11001
33164 La Teste-de-Buch cedex TEL : 05 57 92 90 00

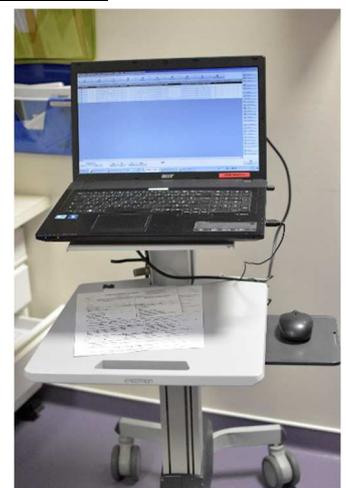
Clinique d'Arcachon **CARC**

- ✓ De renforcer la transmission d'informations après un passage aux urgences (informer les institutions du retour du patient, faxer à l'avance les ordonnances de sortie aux EHPAD, informer le correspondant médical de l'hospitalisation éventuelle du patient, rédiger systématiquement, en cas de retour à domicile, un compte rendu de passage et/ou d'informations paramédicales à l'attention du médecin traitant et/ou de l'IDE libérale).
- ✓ De rédiger un compte-rendu d'anesthésie pour les patients.

2.3.2 les technologies de l'information et de la communication au service de la continuité des soins

Le Centre hospitalier d'Arcachon s'est inscrit dans la démarche du programme hôpital numérique et a identifié un certain nombre d'actions prioritaires pour faciliter et sécuriser les échanges d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge. Et ceci notamment par :

- Le développement d'outils informatiques facilitant la rédaction, la remise directe d'un document de sortie et de fiches de liaisons paramédicales, à l'attention du médecin traitant et aux paramédicaux en charge du patient.
- L'automatisation des envois de données pertinentes (compte rendu opératoire et d'hospitalisation, résultats de biologie...) par le biais de la mise en œuvre d'une messagerie sécurisée.
- La mise en place d'un serveur de résultats d'imagerie : la diffusion du CR d'imagerie et l'accès aux images se fera automatiquement après validation par le radiologue. Un code personnel est remis au patient externe lors de la réalisation de l'examen. Le patient peut le transmettre à tout professionnel de son choix. Les images sont accessibles pendant 6 mois et téléchargeables. Un document expliquant le mode opératoire et les codes d'accès sera remis au patient.
- La poursuite du développement du dossier patient informatisé (DPI), afin de faciliter en interne l'échange d'informations, en particulier, par :



- ✓ L'acquisition d'un nouveau logiciel d'urgence, capable d'envoyer au dossier patient Crossway son résumé de passage, intégrant l'ensemble des informations médico-infirmière et administrative le concernant.
- ✓ l'intégration des résultats de biologie dans le DPI par une interface labo entre le logiciel du laboratoire et Crossway,
- ✓ l'évolution du logiciel Pharma,
- ✓ la dématérialisation de tous les documents du dossier patient,
- ✓ l'informatisation des dossiers de consultations des services, du dossier d'anesthésie et du dossier d'obstétrique,
- ✓ l'utilisation des macro-cibles sur le logiciel TITAN à l'EHPAD Larrieu,
- ✓ l'interopérabilité des systèmes d'information, permettant par exemple la transmission d'information entre professionnels dans le cadre de la prise en charge en chimiothérapie (de la prescription à l'administration sur des entités différentes : CHU, clinique),
 - ✓ les formations des soignants permettant de maintenir la qualité du raisonnement clinique et des transmissions ciblées, véritable socle de la continuité des soins (audits annuel et mensuel, indicateurs IPAQSS),
 - ✓ l'informatisation des chemins cliniques :
 Inscrit dans cette dynamique, l'établissement a formalisé depuis plusieurs années des plans de soins types et des chemins cliniques. Nous souhaitons en amorcer l'informatisation dans le Dossier Patient Informatisé en débutant par le chemin clinique de « **la prise en charge du patient âgé de plus de 75 ans, présentant une fracture du col de fémur** ».
- L'actualisation du site internet de l'établissement (informations secteur anesthésie/bloc opératoire notamment) et de l'EHPAD Larrieu.



3.

Optimiser les capacités d'accueil, développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et favoriser la prévention en santé, pour répondre à une croissance d'activité.

Une réflexion institutionnelle doit être menée pour définir la stratégie de développement de nos activités sur un plan quantitatif mais également en termes de diversité. Nos capacités d'extension et donc d'accueil, sont limitées ; nous allons devoir faire des choix raisonnés

3.1 Optimiser les capacités d'accueil

3.1.1 Augmenter l'offre de PEC en Ambulatoire : Virage ambulatoire

- La mise en place d'un **Comité Ambulatoire** vise non seulement à définir une politique institutionnelle de développement de cette activité mais également à mettre en œuvre et assurer le suivi des actions correctives liées aux résultats du benchmarking régional, de l'audit interne réalisé en 2016 et de l'évolution des indicateurs de performance dans le temps.
Nous devons intégrer la particularité de notre établissement qui regroupe sur un même lieu géographique contraint, l'activité de chirurgie ambulatoire et d'hôpital de jour de médecine pour définir le périmètre de chacun dans une perspective à court et moyen terme.
Dans un premier temps le comité ambulatoire va devoir allier cette réflexion institutionnelle élargie à l'organisation du bloc opératoire, avec la mise en place d'actions pragmatiques qui vont permettre d'amorcer les changements d'organisation mais aussi de mentalité :
- Faire évoluer les capacités d'accueil et l'implication des médecins pour **augmenter le taux de rotation** (anticiper l'amont et être plus performant en aval) :
 - ✓ Remise en préopératoire des ordonnances de sortie
 - ✓ Rédaction du compte-rendu opératoire au fil de l'eau au bloc opératoire
 - ✓ Protocoles de sortie, signatures anticipées en SSPI dès que possible (endoscopies notamment).
- Mettre en adéquation les ressources humaines avec l'augmentation d'activité et la lourdeur des patients
- Organiser le parcours patient dans une logique de **Marche en avant**
- Formaliser le chemin clinique de l'opéré ambulatoire pour sa partie bloc anesthésie.
- **Construire le programme du bloc opératoire** en lien avec la Programmation en ambulatoire et inversement, et en y intégrant la gestion de l'urgence. L'acquisition d'un logiciel de programmation dédié y contribuera.
- Analyser la faisabilité/pertinence **d'une sectorisation de l'unité en chirurgie ambulatoire et HDJ**
- Identifier un **secrétariat dédié à l'unité d'ambulatoire**.
- Réactualiser les protocoles de prise en charge.

3.1.2 Anticiper la sortie, favoriser l'entrée directe et raccourcir les DMS

Nos capacités d'accueil en nombre de lits sont limitées alors que l'activité continue à augmenter depuis notre aménagement sur le PSA. Les indicateurs de tension, suivis par le gestionnaire de lits sont souvent atteints avec un impact direct sur l'engorgement des urgences.

Notre seul levier d'action consiste à raccourcir la durée moyenne de séjour DMS et organiser la sortie dès l'entrée pour éviter de perdre du temps, le plus souvent dans des démarches administratives, alors que d'autres patients attendent sur des brancards aux urgences.

- Développer une véritable Politique d'anticipation des sorties favorisant la sortie avant midi et notamment faire évoluer les mentalités des patients mais aussi des soignants
- Utiliser le salon de sortie qui permet de libérer une chambre dès lors que le patient est « sortant » dans les heures à venir
- Créer des relais pour préparer/anticiper les sorties dès l'entrée:
 - ✓ information adaptée du patient et de son entourage dans le livret d'accueil et relayée par les soignants
 - ✓ coordination avec la ville, les HAD, les prestataires de soins selon des types de pathologies...
- organiser la sortie dès lors que le patient peut revenir en consultation pour un suivi spécialisé (ex : plaies cicatrisation - pansements complexes, suivi des escarres chez la personne âgée, prise en charge de la douleur chronique....)
- S'appuyer sur les dispositifs d'appui et d'aide à l'organisation de la sortie (PRADO, MAIA, santé landes, prestataires externes, plateforme d'appui...)

3.2 Réduire les besoins d'hospitalisation conventionnelle

3.2.1 Repérer les hospitalisations conventionnelles évitables

- Elargir l'éligibilité à l'ambulatoire
 - ✓ par des partenariats extérieurs (hôtel, hébergement temporaire, relai avec la ville, informations des proches...)
 - ✓ en créant des liens avec les médecins de ville pour organiser des prises en charge directement en ambulatoire sans passage par les urgences (ex : transfusions...).
 - ✓ en augmentant le temps aide-soignant pour permettre la prise en charge ambulatoire de patients âgés dépendants.
 - ✓ en structurant, avec le bloc et l'UCA, le parcours patient ambulatoire après un passage aux urgences (consultation anesthésique aux urgences, visualisation des places disponibles en UCA, information de l'unité ambulatoire directe ou sur répondeur aux heures de garde)
 - ✓ en proposant la prise en charge ambulatoire pour des examens d'imagerie invasifs (biopsie, drainage) pour tous les patients du PSA (filière publique et privée)
- Promouvoir l'action de l'équipe mobile en gériatrie pour limiter le recours aux urgences en première intention mais également les hospitalisations après passage aux urgences : **EMOG Interne et externe**
- Développer notre partenariat avec les structures d'**HAD** (hospitalisation à domicile) pour non seulement préparer les sorties mais aussi éviter des ré hospitalisations via les urgences par manque de liaison entre nos deux structures.
- Renforcer les liens des structures médico-sociales avec l'**EMSP**, équipe mobile de soins palliatifs pour éviter un passage aux urgences totalement inadapté à la prise en charge de la fin de vie.

3.2.2 Favoriser le suivi en ambulatoire de pathologies chroniques

- Proposer aux médecins et infirmiers libéraux le recours à des consultations spécialisées longues (ex prise en charge de plaies complexes...) soit sur site, soit par télé-médecine.
- Mettre en place une prise en charge coordonnée de **l'insuffisance cardiaque** en lien avec les cardiologues hospitaliers et libéraux, et avec le service de SSR du CH Arcachon.
- Créer un **Hôpital de Jour « Chutes »**
- Développer les consultations d'évaluation gériatrique standardiser **EGS**, ou **consultations mémoire** pour anticiper les risques (chutes, dénutrition, iatrogénie..), structurer la prise en charge à domicile, éviter une hospitalisation...
- Proposer en ambulatoire les cures d'immunosuppresseurs et biothérapie pour les pathologies inflammatoires rhumatologiques et du tube digestif.
- **Organiser** l'hospitalisation ambulatoire des patients insuffisants rénaux nécessitant une hyperhydratation en vue d'examen d'imagerie injectés.
- Réaliser un **Repérage précoce de patients isolés**, lors de passages répétés aux urgences et travailler avec les structures adaptées pour **développer le maintien à domicile** (MAIA, Santé Landes, prestataires externes...)

3.3 Promouvoir la prévention en santé

3.3.1 Prévention hors les murs

Grâce au recrutement d'un animateur de santé publique, depuis janvier 2016, financé par l'ARS, le CH d'Arcachon est en mesure de développer des programmes de prévention 'hors les murs' sur son territoire, dans le cadre d'appels à projets régionaux.

De 2015 à 2017, trois programmes sont mis en œuvre :

- ✓ La **promotion d'une activité physique adaptée**, pour les personnes en **surpoids** ou **obèses** et les **personnes atteintes de cancer**, en partenariat avec l'association Prof'APA. Sur production d'un certificat médical d'absence de contre-indication, ces personnes ont droit, durant 3 mois, à deux séances hebdomadaires d'activité physique adaptée, organisées dans les locaux du CH d'Arcachon. Un partenariat est mis en place avec les clubs et structures sportives du territoire pour inciter les personnes à poursuivre une activité physique, selon des modalités adaptées.

INSCRIPTIONS

PARTENARIAT AVEC LES CLUBS SPORTIFS

CONTACT :
Professeur d'Activité Physique Adaptée
Par mail :
laura.hyacinthe@gmail.com
Par téléphone :
06 35 45 35 62

L'ACTIVITE PHYSIQUE
→ MIEUX PREVENIR
→ MIEUX GUERIR

PROGRAMME 2016
Séances organisées par le Centre Hospitalier et la Clinique d'Arcachon

Après les 3 mois de séances d'activité physique adaptée, les patients sont orientés vers des clubs sportifs du territoire de santé, en partenariat avec la COBAS.

Un partenariat est mis en place avec les clubs et structures sportives du territoire pour inciter les personnes à poursuivre une activité physique, selon des modalités adaptées.

Au vu de son succès, ce programme devrait être étendu à d'autres catégories de populations (enfants, personnes vieillissantes, personnes atteintes de douleur chronique...), sous réserve d'un accompagnement financier de l'ARS.

En complément, l'équipe du CLAN souhaite développer des **ateliers de groupe** à l'attention des patients souffrant d'**obésité** et de **troubles du comportement alimentaire**.

- ✓ La **prévention des risques liés au vieillissement**, par :
 - L'organisation des conférences, réunions de sensibilisation et ateliers de l'ASEPT (Association Santé, Education et Prévention sur les Territoires), ouverts gratuitement aux plus de 55 ans, en coordination avec les CCAS de la COBAS ;

- La mise en œuvre de formations des auxiliaires de vie des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, par les professionnels de santé du CH d'Arcachon ;
- La sensibilisation des médecins généralistes libéraux au repérage et à l'évaluation du risque de chute par un ergothérapeute recruté à temps partiel.
- ✓ La **prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires**, par des actions de prévention, au sein des collèges, des lycées, de CCAS et de clubs sportifs du territoire, dans le cadre de la campagne nationale de novembre, du 'Moi(s) sans tabac'

Ces programmes sont définis et réalisés également dans le cadre du Contrat Local de Santé.

Ils pourront être complétés, dans les établissements scolaires, par des **formations aux gestes d'urgences**.

3.3.2 Journées d'information grand public :

Les services de soins et d'imagerie intensifient leur implication dans ces journées : *Octobre rose*, *Mars bleu*, Journée de la naissance, Allaitement...

3.3.3 Hôpital sans tabac :

Le Centre Hospitalier d'Arcachon renouvelle son adhésion à la charte Hôpital Sans Tabac et a créé un Comité de Pilotage de Lutte contre le Tabagisme en avril 2017.

Un "hôpital sans tabac" n'est pas un hôpital sans fumeurs. C'est un établissement de santé au sein duquel on s'abstient de fumer et de vapoter (respect de la législation sur le tabagisme dans les lieux collectifs) et où l'on met en œuvre une politique active de prévention au côté de la prise en charge du tabagisme des patients et des personnels (mission de santé publique).

Les axes prioritaires de travail seront la communication, la prévention, la formation du personnel et la prise en charge des fumeurs.



4. Promouvoir la satisfaction des patients, des usagers et des personnels.



4.1. La satisfaction du patient nécessite une prise en compte de ses attentes en termes, de délai, d'information, de lisibilité et d'accompagnement de sa prise en charge

Centrés sur la qualité de la prise en charge médicale au sens large du terme, les professionnels du monde hospitalier en oublient que même si cela reste, bien entendu, une priorité, d'autres éléments concourent à la satisfaction (ou insatisfaction) de l'utilisateur.

Nous devons donc nous attacher à :

4.1.1. Réduire les délais d'attente : une préoccupation première des patients

Le premier contact de l'utilisateur avec notre établissement se fait principalement par deux modalités : un contact téléphonique ou un passage aux urgences.

- **le délai de réponse téléphonique, notamment pour une prise de RDV** demeure un sujet d'insatisfaction. Plusieurs actions sont donc à coordonner et la liste n'est pas exhaustive :
 - ✓ une analyse organisationnelle et technique du fonctionnement du **standard** en partenariat avec la clinique
 - ✓ l'actualisation plus fréquente du **site internet** de plus en plus consulté par la population comme outil d'information
 - ✓ le développement de la prise de RDV par internet et le rappel de la date par un SMS
 - ✓ une optimisation de l'organisation des consultations sur l'ensemble des disciplines : un projet à construire en interdisciplinarité.
 - ✓ la réduction des délais de RDV, notamment en **imagerie** (scanner, échographie)

- **le délai d'attente aux urgences** est totalement lié au niveau d'affluence et d'engorgement des urgences avec des pics importants à certaines heures, notamment en période estivale ou d'épidémie saisonnière.
 - ✓ L'information sur les délais d'attente par **affichage sur un téléviseur** est une première étape pour diminuer la tension liée à l'attente
 - ✓ La création d'un circuit spécifique à **l'accueil de l'urgence pédiatrique** est à intégrer dans une analyse ergonomique de l'organisation du service
 - ✓ De façon plus large à l'échelle de l'établissement, pour fluidifier le parcours, nous devons **éviter tout passage injustifié aux urgences**: faciliter l'entrée directe en unité de soins, ou le recours à une maison médicale...

4.1.2. Développer la qualité de l'information donnée au patient

1^{er} maillon de la chaîne de soins, la qualité de l'accueil conditionne la qualité de la PEC et l'image de l'établissement.

■ Une Politique d'accueil patient renforcée:

- ✓ Par une information sur les **différentes étapes** de sa prise en charge en utilisant des moyens de communication diversifiés et adaptés à leur profil
- ✓ Par la mise à jour du livret d'accueil de l'établissement et des procédures **d'accueil par type de circuit de patients**, que l'entrée soit programmée ou en urgences.
- ✓ Par le fait d'associer le patient et son entourage, dès son arrivée, à la démarche **d'anticipation de sa sortie**.
- ✓ Par un réajustement des pratiques grâce à l'analyse croisée des résultats d'enquête de satisfactions, des plaintes et réclamations mais également par la démarche du **patient traceur**
- ✓ En Personnalisant la démarche d'accompagnement du résident en EHPAD dès l'accueil afin de créer un climat de confiance et **faciliter l'intégration du résident**

4.1.3. Rester attentif aux éléments de confort tout au long de la prise en charge : qualité de l'accueil hôtelier, promotion de la bienveillance notamment en EHPAD

Les risques de maltraitance non liés aux soins, sont souvent peu identifiés par les soignants, rarement formulés en ces termes par les patients ou résidents qui privés de leur autonomie peuvent trouver des sources d'insatisfaction importantes dans leur quotidien de vie à l'hôpital ou en EHPAD.

Selon l'HAS, « La bienveillance est une démarche globale d'accueil et de soin, attentive aux risques, contraintes et sources d'inconfort que la maladie et le contexte même de l'hospitalisation font peser sur le patient et ses proches ».

- La dynamique de l'EHPAD Larrieu s'oriente prioritairement sur la promotion de la Bienveillance qui doit devenir une véritable culture institutionnelle, culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité. Le **projet d'accompagnement personnalisé**, PAP, se décline dans des actions concrètes à court et moyen terme dans le projet de l'EHPAD. La relation avec les proches y est encouragée, au travers de projets comme l'accès internet pour les résidents, l'organisation de réunions de familles régulières et d'événements partagés (animations intergénérationnelles, sorties thérapeutiques...), l'acquisition d'un véhicule pour favoriser les sorties des résidents (avec places pour fauteuils roulants).
- Au niveau du CHA, le risque de maltraitance ne doit pas être minimisé. La charte de **bienveillance et la cartographie des risques**, élaborées sur l'ancien site vont être actualisées. Par ailleurs la conduite à tenir en cas de **suspicion de maltraitance chez l'enfant** doit être formalisée dans un partenariat hôpital – police- justice.

4.2 La satisfaction du Personnel au travail, un enjeu institutionnel

L'évolution des techniques de soins et des outils de communication, l'évolution des mentalités et du contexte réglementaire, les contraintes économiques, les exigences croissantes de l'utilisateur ont un impact important sur les organisations, les conditions de travail des professionnels hospitaliers et donc sur la qualité de vie au travail.

4.2.1 Un préalable : partager des valeurs communes

Dans un environnement instable, en perpétuel changement, le rappel des valeurs portées par l'institution semble indispensable pour :

- donner du sens à l'action et orienter l'engagement
- renforcer la cohésion
- structurer les modes de collaboration par l'adoption d'une ligne de conduite partagée par tous les acteurs
- gérer la complexité de l'organisation et la diversité des situations



Ces valeurs portées par la direction et relayées par l'encadrement médical et paramédical sont le fil conducteur du mode de management et doivent être rappelées dans le règlement intérieur de l'établissement.

4.2.2 Développer le sentiment d'appartenance à l'établissement

Le partage des valeurs professionnelles est donc le premier maillon de la culture d'entreprise et conditionne le développement d'un sentiment d'appartenance.

Le sentiment d'appartenance à un groupe que ce soit dans l'environnement immédiat, le service, le pôle ou plus largement l'établissement est étroitement lié aux interrelations entre les individus, et à la cohésion d'ensemble.

Nous devons pour cela, veiller à limiter les cloisonnements :

- Intégrer la **dimension collaborative** dans le savoir être professionnel de chacun pour favoriser la solidarité, la complémentarité et la compréhension des logiques qui régissent l'institution.
- Mettre en place des **opérations « vis ma vie »** entre cadres ou des permutations de postes pour les soignants, pour limiter les clivages, permettre à chacun de mieux connaître le travail et les contraintes des autres corps de métier, mesurer la complexité des rouages hospitaliers, voire identifier des actions qui faciliteraient le travail en partenariat.
- **La politique d'accueil des nouveaux arrivants** mise en place depuis plusieurs années doit se poursuivre et évoluer avec le contexte ; la journée d'accueil et la mise en place de formations adaptées au poste de travail vise à faire connaître le fonctionnement de l'institution, repérer ses interlocuteurs, identifier les outils et les circuits ; elle contribue de fait à fidéliser les nouveaux professionnels en facilitant leur intégration.
- Organiser des **partages d'expérience ou CREX cadres** : échanger sur des thématiques relevant de l'éthique du management/ du leadership. (ex : comment entretenir la motivation des équipes dans un contexte contraint, ...)

- Organiser des **manifestations, des évènements qui rassemblent** les professionnels mais qui sont déconnectés de leur quotidien : Noël des enfants, manifestations sportives, créer une **Amicale des hospitaliers...**
- Redonner une **dynamique au groupe communication** en intégrant de nouveaux membres ayant des idées innovantes pour diversifier les actions, les outils et répondre aux attentes des professionnels.
- Faire connaître les **métiers de l'hôpital**, par une présentation dans le journal interne (TEXTO), ou l'organisation de visites types « portes ouvertes »

4.2.3 Promouvoir la qualité de vie au travail

Les interruptions de tâches, les désynchronisations entre métiers du soin et organisations, les situations de stress, de fatigue, la confrontation permanente avec la maladie et la souffrance ou la fin de vie, autant de situations qui ont un fort impact sur la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers.

La satisfaction du personnel étroitement liée à la qualité de vie au travail devient donc un véritable enjeu institutionnel si l'on considère qu'elle favorise la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient.

Les parcours patients, le travail sur les organisations et plus récemment la qualité de vie au travail sont des thématiques incontournables, novatrices, au plus près des réalités vécues par les équipes, pour notre établissement de santé.

Dans le cadre de la V2014, démarche de certification, elle en devient un axe prioritaire.

Sa mise en place revêt donc une importance particulière à la fois pour le bien être des personnels et des patients et pour la performance de notre établissement.

Il est nécessaire de passer d'une approche centrée sur la seule prévention du risque à une meilleure prise en compte des valeurs et enjeux liés à l'organisation du travail.

Cette dynamique de qualité de vie au travail :

- Se veut éthique et s'appuie sur une approche systémique des situations. Cette évolution implique de nombreux acteurs et doit privilégier une approche souple et non normative pour garantir le développement d'une culture des risques professionnels et promouvoir les organisations.
- Vise la recherche de solutions réalistes
- Se veut être une aide pour trouver des réponses adaptées à travers la pratique et l'expérience des professionnels du terrain
- S'intéresse à tous professionnels. Dans un premier temps, elle s'est axée sur les non soignants transversaux. En effet, notre établissement avait déjà mené un travail via la cohorte ORSOSA auprès des soignants de 2013 à 2015 sur les contraintes psychologiques et organisationnelles professionnelles.

La dynamique engagée vise à démontrer qu'une meilleure organisation du travail, un bon dialogue social et l'épanouissement des professionnels concourent à un travail de qualité. L'évolution positive du présentisme qui en découle permet une prise en charge efficace et sécurisée du parcours patient.

Cette démarche s'appuie sur l'analyse de huit dimensions relatives aux Risques Psycho-Sociaux :

- Latitude décisionnelle et demande psychologique
- Soutien social
- Reconnaissance
- Sens du travail
- Relations au public
- Gestion des émotions
- Sentiments psychosociologiques
- Gestion de l'autonomie

Opter pour une démarche QVT est l'occasion de redéfinir les interactions entre les professionnels. C'est un objectif prioritaire de renouvellement des méthodes et objets du dialogue social.

L'enjeu pour notre établissement est d'articuler une triple trajectoire :

- celle du contexte (la demande de soins, les ressources et contraintes budgétaires),
- celle de l'organisation (la flexibilité, le Lean management...)
- et celle des métiers (mobilité, projets professionnels...).

Un **comité de pilotage et un groupe de travail pluri professionnels** ont été constitués sur le CHA pour identifier les risques psychosociaux et mener une enquête sur la qualité de vie au travail. La méthodologie et les résultats donneront lieu à un plan d'action.

5. Renforcer l'efficacité du management et des organisations dans un contexte économique contraint.

Comme nous venons de le voir, la satisfaction du patient et des professionnels sont des facteurs humains étroitement liés, à la fois déterminants et fragiles. Ils conditionnent la qualité de nos prestations et donc de notre performance collective.

Il appartient à l'institution de faire évoluer ses pratiques managériales pour intégrer cette dimension dans son mode de management et ses organisations ; ceci d'autant plus que le contexte économique est de plus en plus contraignant.

5.1. Définir l'efficacité du management sur un plan institutionnel

Les enjeux institutionnels et les objectifs prioritaires, présentés et analysés en Directoire, validés par les instances, doivent être **connus et partagés par l'ensemble de l'encadrement**. L'encadrement médico-soignant doit **être associé en amont pour éclairer les choix et les décisions** qui en découlent. La stratégie se décline au travers d'une démarche projet qui associe plus directement la clarification du **périmètre**, la définition des **moyens nécessaires**, les **rôles** de chacun, les **modalités de suivi**. Par ailleurs, l'efficacité du management est totalement conditionnée à la capacité des acteurs à travailler ensemble dans un esprit collectif, loyal et une vision institutionnelle des organisations.

5.1.1. Préciser les attentes institutionnelles

- Faire connaître les enjeux et les objectifs institutionnels : planifier des directoires élargis aux pôles de façon annuelle pour présenter le projet d'établissement et son suivi
- Organiser des modalités de communication descendante :
 - utiliser les instances et structures existantes (conseils de pôles, espace cadres, réunions de services, internet, texto...) pour mieux faire connaître les enjeux, et donner du sens à la mise en œuvre des objectifs prioritaires.
 - Adapter la communication au niveau de responsabilité des interlocuteurs, et en fonction de leur secteur d'activité.
 - S'appuyer sur un partenariat fort cadre-médecin

En premier lieu les objectifs et les projets institutionnels doivent être partagés, qu'ils relèvent :

- des axes du projet d'établissement lui-même,
- de la connaissance des chiffres clés et du bilan activité/recettes
- de la restructuration d'activités internes comme l'organisation du bloc opératoire, le développement de l'activité ambulatoire
- de la mise en place de nouvelles activités, avec l'analyse de pertinence et de faisabilité préalable comme la chimiothérapie, le développement de l'activité vasculaire
- du renouvellement de certains équipements lourds comme le scanner en lien avec le plan d'investissement pluriannuel
- de travaux à fort impact organisationnel, comme la construction et le transfert de l'EHPAD Larrieu sur le site du PSA
- de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur : création d'un comité ville hôpital, la permanence des médecins de ville aux urgences, le partenariat avec la clinique, le GHT...
- etc ...

La juxtaposition des actions qui vont en découler peut être difficile à saisir si elle n'est pas **comprise et partagée, en premier lieu par l'encadrement** (chefs de pôles, chefs de services, l'ensemble des cadres...) qui vont devoir accompagner les changements et **faire circuler l'information**. D'où l'importance d'une

communication claire pour donner du sens à la mise en œuvre, notamment en conseil de pôle, en CME et Espace cadres.

5.1.2 Organiser un management par projet

Clarifier le rôle de chacun sans pour autant cloisonner les secteurs d'activité, créer une émulation sans concurrence, inciter à la créativité, l'innovation, ne peut se faire qu'en laissant une marge de manœuvre aux acteurs et en premier lieu à l'encadrement.

Il est donc nécessaire dans un premier temps, d'identifier :

- les **périmètres d'action des cadres** de pôle, cadres de proximité quel que soit le secteur d'activité : soin, administratif, technique ou logistique
- les **outils de management** : organigramme, fiche de poste, carte d'identité/charte de fonctionnement, outils de partage d'information (programmation anticipée des congés, affichage de la permanence des soins, ...)

Mais la formalisation des outils n'est pas une fin en soi, **le management par projet** est le socle de la démarche qui vise à responsabiliser et donc **affirmer sa confiance à l'encadrement**.

La démarche entamée avec le projet de soins 2011/2015, doit être généralisée et redynamisée.

La mise en place d'un **comité de suivi du projet d'établissement** permet de structurer la démarche à un niveau institutionnel; notamment pour délimiter les périmètres de chaque projet, identifier les pilotes par thématiques, organiser les formations nécessaires à la conduite de projet, les bilans d'étapes et la communication au travers de fiches projets, et tableaux de bord de suivi standardisés.



5.1.3 Impulser un véritable collectif cadres

La construction du nouvel hôpital, le travail sur les organisations et la planification du déménagement ont été les éléments phare du dernier projet d'établissement.

Le contexte a changé. Il est de plus en plus contraignant, notamment sur le plan économique malgré une forte augmentation d'activité et donc une évolution de la charge de travail.

Le cadre est au centre des sollicitations voire des cristallisations de toutes les tensions.

Il est important de prendre du recul pour éviter un réflexe tout naturel de repli sur soi, alors qu'au contraire il faudrait renforcer la cohésion d'équipe, pour trouver si ce n'est une réponse, du moins un soutien, une ressource dans le collectif cadre; et par ailleurs, faire de la différence une force et non une faiblesse.

Dans le cadre de la démarche QVT, l'accompagnement par une personne extérieure à l'institution, à la fois spécialiste mais détachée du contexte, est envisagée pour **stimuler** ce dynamisme fédérateur.

Dans le même esprit d'équipe, la communauté médicale travaillera à renforcer sa cohésion.

Si la consolidation des équipes et des effectifs médicaux est une priorité, des échanges, une écoute constructive et surtout la mise en œuvre concrète de projets partagés constitueront les éléments fédérateurs de cette cohésion.

5.2. Optimiser les organisations

La capacité d'un établissement à mobiliser les acteurs autour de projets structurants passe également par sa capacité à interroger les organisations de travail en toute objectivité en y associant les acteurs de terrain, autant dans les unités de soins que pour les fonctions support. Au-delà des projets phares évoqués en amont, nous pouvons à titre d'exemples, citer quelques actions à mettre en place à court ou moyen terme :

- ✓ Mettre en place une **comptabilité analytique** comme outil de management indispensable à la prise de décisions.
- ✓ Utiliser la **cartographie des processus et des risques** comme outil d'analyse et de repérage des forces et faiblesses et ainsi identifier les axes d'amélioration, dans une démarche constructive de recherche de solutions.
- ✓ Améliorer la **qualité des transmissions** par une utilisation optimale de l'outil informatique
- ✓ Développer l'analyse de la **pertinence des prescriptions** notamment en biologie en imagerie médicale.
- ✓ Travailler à la **réorganisation des secrétariats** par une optimisation des organisations et des modalités de communication informatiques et/ou bureautiques.
- ✓ Assurer un pilotage institutionnel de **l'attribution des locaux** notamment des bureaux et salle de consultation
- ✓ Formaliser une **carte d'identité de chaque service**, précisant les organisations, et plus particulièrement la continuité et permanence des soins et ainsi améliorer la synchronisation du temps médical et paramédical.
- ✓ Adapter les méthodes du **lean management** au contexte de notre établissement pour associer les professionnels de terrain à l'amélioration des conditions de travail, et faire la « chasse » aux actions redondantes, chronophages, irritantes...

5.3. Développer une stratégie de retour à l'équilibre financier

Dans le contexte national de rigueur budgétaire rappelé en préambule du projet d'établissement, le Centre Hospitalier d'Arcachon voit ses tarifs et ses dotations diminuer année après année. Si les recettes continuent de progresser du fait du dynamisme important de l'activité, elles ont tendance à augmenter moins rapidement que l'évolution des charges. En effet, ces dernières sont plus lourdes du fait de la construction récente du Pôle de Santé (charges financières et d'amortissement, charges liées à l'entretien des locaux, charges liées à des contraintes nouvelles telles que le dispositif de sécurité incendie renforcé, la taxe foncière, etc.) et des contraintes règlementaires qui s'imposent à nous. La conjonction de ces deux éléments entraîne un « effet ciseau » délétère et un déficit récurrent sur le budget de l'établissement. Pour que cette situation ne perdure pas, le Centre Hospitalier s'est engagé dans l'élaboration d'un plan performance associant l'ensemble des membres du directoire et les cadres de l'établissement.

5.3.1. Retrouver l'équilibre financier basé sur la performance médico-économique pour accompagner les projets d'avenir

Le retour à l'équilibre n'est pas un objectif en lui-même. Il vise à permettre à la structure de pouvoir accompagner de nouveaux projets. En effet, le présent projet d'établissement propose un certain nombre d'orientations visant à adapter la réponse du Centre Hospitalier aux besoins de santé de la population du territoire. La mise en œuvre de ces projets nécessite souvent des moyens humains et matériels. L'établissement doit donc retrouver un équilibre budgétaire pour dégager des marges de manœuvre permettant d'accompagner ces projets d'avenir.

Le plan performance du Centre Hospitalier décline un grand nombre d'actions autour de plusieurs items :

- développer l'attractivité et l'image de marque de l'établissement. Cette action vise à la fois les patients, les partenaires et les professionnels.
- réorganiser l'offre de soins de l'établissement en lien avec les besoins de la population, les compétences médicales et les coopérations en place.
- réaliser des études d'activité et de coûts et mettre en place des indicateurs de suivi.
- réorganiser les services de soins.
- internaliser certaines tâches.
- diminuer les dépenses de personnel médical et non médical.
- rechercher la pertinence des dépenses dans différents domaines (fournitures médicales, hôtelières et générales).
- réaliser des économies sur les impressions, sur l'énergie, sur l'alimentation, sur les achats en lien avec la démarche de développement durable.
- développer les recettes d'activité et les autres recettes.

Ce plan performance est vaste, ambitieux et pluriannuel. Chaque action a été confiée à un pilote en charge de mener à bien le projet et d'en rendre compte. Le plan fait l'objet d'un suivi et d'une actualisation régulière. Avoir une vision globale des actions projetée ou en cours de mise en œuvre est essentiel pour assurer une cohérence d'ensemble et atteindre l'objectif recherché. En effet, le retour à l'équilibre financier n'est pas « simplement » une question de réduction des dépenses à court terme. Il importe d'adopter une vision stratégique à plus long terme, d'anticiper les conséquences d'une action en matière de qualité, en matière sociale, économique et environnementale. Cette approche rejoint la dynamique de développement durable dans laquelle s'est inscrit l'établissement. L'objectif est bien d'assurer à l'établissement un développement pérenne et harmonieux, respectueux des personnes, de l'environnement et des deniers publics.

5.3.2. Rechercher des sources de financement différentes

Depuis la réforme de la Tarification à l'Activité (T2A) et la mise en place des Etats Prévisionnels de Recettes et de Dépenses (EPRD), la logique de financement des établissements de santé a changé. En effet, la stratégie d'optimisation des produits est devenue tout aussi essentielle que la maîtrise des charges. Néanmoins les ressources financières classiques (financement directe de l'Assurance Maladie pour les séjours, les actes et les consultations externes, dotations MIGAC finançant les activités d'intérêt général) ont tendance à se raréfier du fait d'un taux d'évolution de l'ONDAM inférieur au taux de progression de l'activité hospitalière. L'objectif de développer les recettes d'activité ne peut donc qu'être une stratégie de court terme car le contexte macro-économique est basé sur une enveloppe fermée (système de régulation prix / volume). C'est pour cette raison que le Centre Hospitalier d'Arcachon cherche à diversifier ses sources de financement pour pouvoir continuer à couvrir ses charges et à financer ses projets.

Ces sources de financement peuvent être directement ou indirectement liées aux soins. Les rétrocessions de médicaments constituent une ressource importante pour le Centre Hospitalier d'Arcachon. Cette activité est essentielle pour le traitement de certaines pathologies et constitue une source de revenus complémentaires pour l'établissement.

Dans le cadre des séjours des patients hospitalisés, le Centre Hospitalier facture un certain nombre de prestations en sus de ce qui est traditionnellement pris en charge par l'Assurance Maladie : chambres particulières, TV, repas accompagnants, etc. Ces prestations de confort sont demandées et appréciées par les patients et souvent remboursées pour ceux qui ont souscrit un contrats d'assurance complémentaire. Le Centre Hospitalier souhaite poursuivre ces pratiques.

Au niveau de l'unité centrale de production des repas, le développement des repas livrés à l'extérieur permettrait également de développer les recettes annexes et de rentabiliser l'outil de production. Conçu pour 1500 repas par jour, il n'en produit aujourd'hui que 800 et pourrait donc s'ouvrir à de nouveaux clients extérieurs.

Enfin, le Centre Hospitalier veut mettre en place un Fonds de Dotation pour pouvoir recevoir des dons et legs permettant de financer des projets hospitaliers ne pouvant pas aujourd'hui voir le jour faute de moyens. De nombreux établissements se sont lancés dans cette démarche en faisant appel à la générosité publique, à la responsabilité sociale des entreprises et à la solidarité sur le territoire. Ce fonds devrait être créé en 2017. Il vise à la fois à récolter des fonds et à faire connaître le Centre Hospitalier et ses activités.

5.3.3. s'engager dans une démarche de fiabilisation des comptes :

La fiabilisation des comptes répond à un impératif démocratique puisque l'article 47-2 de la Constitution dispose que « les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ».

La fiabilisation des comptes est une démarche d'amélioration permanente qui poursuit plusieurs objectifs :

- Donner une information fiable et transparente sur la situation patrimoniale et financière de l'établissement ;
- Mieux utiliser la comptabilité dans la gestion dans un objectif de performance / d'efficience (contrôle de gestion, comptabilité analytique, analyse financière prospective) ;
- Améliorer la gestion des risques par la mise en place de procédures de contrôle interne (sécuriser les procédures de gestion, y compris sur le plan informatique) dans un objectif de performance, de sécurisation et de réduction des coûts de non qualité.

La circulaire interministérielle du 10 octobre 2011 a lancé le projet de fiabilisation des comptes pour tous les établissements de santé (qu'ils soient certifiables ou non). C'est pour cette raison que le CH d'Arcachon est concerné bien qu'il ne soit pas encore soumis à la venue des commissaires aux comptes. C'est une démarche importante et exigeante qui implique de nombreux acteurs de l'établissement.

Pour assurer la coordination de la démarche, un comité de pilotage a été constitué et des pilotes de cycles ont été identifiés. Ces pilotes sont en charge de réaliser des cartographies des risques dans les domaines qui sont les leur et de proposer des plans d'actions ciblés à la validation du COPIL.

5.3.4. Positionner le contrôle de gestion, l'encadrement et les services administratifs au cœur de cette stratégie

Pour mener à bien ces stratégies, l'encadrement médical, soignant et administratif est systématiquement sollicité. Les cadres ont un rôle essentiel pour faire émerger les idées, les mettre en œuvre et accompagner les changements.

En matière de gestion économique, les services administratifs sont plus particulièrement concernés. Le service des admissions et du DIM sont garants des recettes de l'établissement. Ils doivent veiller à l'exhaustivité, à la qualité et à la rapidité de la facturation pour que le Centre Hospitalier reçoive les recettes adéquates par rapport à l'activité de soins produite. En effet, la tarification à l'activité oblige à être extrêmement vigilant et performant sur le codage de l'activité externe et hospitalière. A cela s'ajoute la réforme FIDES qui incite à facturer plus vite et mieux pour éviter les contentieux et les difficultés de trésorerie. C'est donc bien de

l'activité médicale couplée à la rigueur des équipes en charge du codage et de la facturation que dépend directement le niveau de recettes de l'établissement. Ce sont ces recettes qui conditionnent le montant des dépenses que peut assumer l'hôpital.

La direction des finances, des services économiques et la direction des ressources humaines sont en charge de la maîtrise des dépenses de l'établissement. Ils veillent à l'adaptation des moyens humains et matériels à l'activité hospitalière. La politique sociale et la politique achat détaillent davantage la stratégie de ces services.

Le contrôle de gestion est à l'interface de ces services. Son rôle est de développer les outils et de diffuser une culture de performance au sein de l'établissement.

Au niveau des outils, le contrôle de gestion est en charge de la comptabilité analytique du Centre Hospitalier. Il produit les comptes de résultat analytique annuels (CREA) selon une méthodologie validée par la direction de l'établissement et les instances. L'objectif est de produire ces CREA suffisamment tôt dans l'année N+1 pour pouvoir les présenter aux responsables de pôle, en faire une analyse conjointe et en tirer des pistes d'évolution pour l'année à venir. Le contrôle de gestion est également en charge de produire chaque année le retraitement comptable (RTC), la statistique annuelle des établissements (SAE) et de répondre aux différentes enquêtes. Le contrôle de gestion est garant de la cohérence des différentes informations produites.

Le contrôle de gestion doit également coordonner la production et l'utilisation d'outils de pilotage plus réactifs que sont les tableaux de bord de performance. Ces tableaux de bord sont multidimensionnels. Ils intègrent aujourd'hui des données d'activité et des données liées à la qualité des soins. L'objectif est de les compléter avec des données financières (charges directes, consommations) et des données liées aux ressources humaines (ETP, taux d'absentéisme, taux de remplacement, etc.) De tels tableaux de bord mensuels permettraient de responsabiliser les responsables de pôle en vue de déléguer davantage de prise de décisions à ce niveau.

Dans le cadre du GCS Pôle de Santé, le contrôle de gestion participe à l'élaboration, le suivi et l'actualisation des éléments financiers des conventions de prestations réalisées entre le Centre Hospitalier et la clinique.

Enfin, le contrôle de gestion est en charge de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des analyses médico-économiques. En effet, chaque décision importante (mise en place d'une nouvelle activité, recrutement, acquisition de matériel) doit être éclairée par ce type d'analyse qui doit être réalisée en lien avec les professionnels concernés. Si le projet est approuvé, le contrôle de gestion doit réaliser périodiquement des bilans pour s'assurer que les objectifs du projet sont atteints.

Au-delà de ces outils, essentiels pour le pilotage de l'établissement, le contrôleur de gestion a un rôle, en lien avec la Direction des Finances et le DIM, de diffusion d'une culture de performance dans l'établissement. En effet, il ne sert à rien de produire des outils s'ils ne sont pas compris, analysés, exploités par la direction mais aussi par les responsables de pôle et de service. Un travail pédagogique d'accompagnement est alors nécessaire pour partager cette culture de gestion médico-économique aujourd'hui primordiale.

III. LE PROJET DE L'EHPAD LARRIEU



INTRODUCTION

I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1. Identité de la structure
2. Situation géographique
3. Histoire des structures : les dates clefs
4. Architecture des bâtiments
5. Texte relatifs à la catégorisation de l'établissement
6. Missions
7. Valeurs professionnelles partagées
8. Démarche d'élaboration du projet d'établissement
 - 8.1. Cadre réglementaire
 - 8.2. Méthodologie
 - 8.3. Articulation avec l'évaluation externe

II. POPULATION ACCUEILLIE

1. Caractéristiques générales des résidents
2. Activité et mouvements
3. Caractéristiques soignantes

III. OBJECTIFS D'EVOLUTION ET DE PROGRESSION

IV. PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Orientation 1 : Personnaliser la démarche d'accompagnement du résident

1. Accueil du résident
2. Culture de la bientraitance et démarche éthique
3. Respect des droits et participation des résidents
4. Projet d'accompagnement personnalisé et maintien de l'autonomie
5. Accompagnement de la fin de vie

Orientation 2 : Améliorer la qualité de vie du résident

1. Cadre de vie
2. Hôtellerie
3. Prestation linge

V. PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS

Orientation 3 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en soin

1. Continuité des soins
2. Maîtrise du risque infectieux
3. Circuit du médicament
4. Prévention et prise en charge de la douleur
5. Prévention et gestion des chutes
6. Prévention et prise en charge de la dénutrition et la déshydratation
7. Prévention et prise en charge du risque d'escarre et incontinence

VI. PROJETS SUPPORTS

1. RESSOURCES HUMAINES

Orientation 4 : Redonner une dimension collaborative au travail en filière

- 1.1. Collaboration professionnelle
- 1.2. Développement des compétences et amélioration des conditions de travail
- 1.3. Intégration des nouveaux arrivants

2. PARTENARIAT ET OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

Orientation 5 : Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement

3. PROJET ARCHITECTURAL

Orientation 6 : Participer à la réflexion engagée sur le devenir de l'établissement et contribuer à la mise en œuvre du projet

VII. ANNEXES

1. Programme d'actions Qualité
2. Fiches action

INTRODUCTION

L'élaboration du projet d'établissement de l'EHPAD LARRIEU est une étape importante dans la vie de l'établissement. C'est un exercice ambitieux qui permet de fixer les principes d'action et les orientations stratégiques pour les cinq années à venir.

C'est aussi l'occasion de faire une pause, prendre du recul sur ce qui a été fait, ce qui reste à faire et ce qui donne lieu de faire évoluer.

Elaboré avec des professionnels motivés et impliqués dans la vie de l'établissement, cet outil permet de :

- Donner du sens et de la cohérence à nos pratiques ;
- Donner des repères aux professionnels ;
- Asseoir l'existant ;
- Intégrer les changements intervenus au fil des années ;
- Fédérer autour de valeurs communes ;
- Rendre lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

La démarche a été participative et collective et le résident a été placé au cœur des réflexions menées par les différents acteurs, professionnels, usagers et bénévoles.

Elle s'est inscrite dans la continuité du précédent projet d'établissement 2011-2015 et s'est articulée avec l'évaluation externe par le biais d'un programme d'actions.

Ce projet d'établissement donne la direction dans laquelle nous nous engageons, il donne le sens à l'accompagnement des résidents autour d'un projet de vie qui donne au sujet âgé toute la place qui lui revient dans notre société.

IV. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1. Identité des structures

	EHPAD LARRIEU	EHPA EYSSARTIER
Type d'établissement :	Public rattaché au Centre Hospitalier d'Arcachon	Public rattaché au Centre Hospitalier d'Arcachon appartenant à la ville d'Arcachon
Capacité :	80 places	7 logements
Capacité à l'aide sociale	80 places	
Modalité d'accueil :	80 lits en hébergement permanent	7 studios
Autorisation d'ouverture	31/12/1968	1974
Convention tripartite :	14/02/2014	
Evaluation interne :	31/12/2013	31/12/2013
Evaluation externe :	30/12/2014	30/12/2014
GMP validé en 2013 :	709	
PMP validé en 2013 :	199	

2. Situation géographique



L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes LARRIEU et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées EYSSARTIER sont deux établissements publics rattachés au Centre Hospitalier d'Arcachon.

Ils se situent sur la commune d'Arcachon, à 60 km de Bordeaux.

L'implantation de ces deux structures est localisée au cœur de la ville, dans un cadre verdoyant. Ainsi la proximité des commerces et le calme d'un quartier résidentiel sont les principaux atouts.

Les sorties sont facilitées grâce à un accès aux transports en commun qui dessert à la fois tous les quartiers de la ville mais aussi la communauté d'agglomération du bassin d'Arcachon et la gare SNCF.

3. Histoire des structures : les dates clefs

EHPAD LARRIEU	EHPA EYSSARTIER
<p>❖1968 : ouverture de la fondation LARRIEU comportant des chambres à 2 lits équipées de cabinet de toilette</p> <p>❖L'EHPAD doit son nom à M. Joseph LARRIEU dont le legs a permis de donner l'impulsion financière nécessaire à la construction qui selon ses vœux serait « <i>une fondation où les personnes âgées trouveront la sérénité, la quiétude, le confort pour une joie de vivre leurs ultimes années.</i> »</p> <p>❖Cet établissement est construit sur un terrain, cédé à un prix plus que raisonnable par la Société Civile de Saint-Elme et les pères dominicains de ce collège, qui de par leur générosité, ont participé à ce projet</p> <p>❖1992 : rénovation de la salle à manger avec de larges baies vitrées donnant sur le parc</p> <p>❖1993 : réfection des chambres avec équipement d'une douche, création d'espaces (animation, salon de coiffure, salle de kinésithérapie, salle de bain commune à chaque étage)</p> <p>❖2009 : Installation d'un portail électrique</p> <p>❖2010 : Installation d'un groupe électrogène</p> <p>❖2011 : Réfection complète du Système Sécurité Incendie</p> <p>❖2012 : Installation d'un second ascenseur</p> <p>❖2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rénovation de la cuisine relais et de la lingerie - Changement du système appels malades - Installation de la nouvelle chaufferie - Etude financière et de faisabilité pour la rénovation ou reconstruction de la structure (Société HEMIS) 	<p>❖1974 : ouverture de l'EHPA</p> <p>❖La structure appartient à la ville d'Arcachon et le Centre Hospitalier d'Arcachon en est le gestionnaire</p> <p>❖Le Foyer-Logement est exclusivement réservé aux femmes seules de plus de 60 ans et autonomes</p> <p>❖Les résidentes ont la possibilité de déjeuner à l'EHPAD LARRIEU et de participer aux animations organisées par l'EHPAD</p> <p>❖2012 : rénovation des 7 appartements</p>

4. Architecture des bâtiments

EHPAD LARRIEU	EHPA EYSSARTIER
<ul style="list-style-type: none">❖ L'EHPAD est un bâtiment construit sur 6 niveaux❖ Toutes les chambres ont un balcon avec vue sur le grand parc❖ La structure comptabilise 80 lits répartis sur 4 étages et un rez-de-chaussée :<ul style="list-style-type: none">- 16 chambres par étage- 4 chambres en rez-de-chaussée- dont 12 chambres doubles	<ul style="list-style-type: none">❖ L'EHPA est un bâtiment de plein pied qui communique avec l'EHPAD par le parc❖ La structure comptabilise 7 logements de type studio avec ouverture sur un jardin❖ Les studios sont composés d'une pièce principale, une petite cuisine, une salle de bain avec douche, sanitaire, dressing et placard

5. Textes relatifs à la catégorisation de l'établissement

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application.

L'établissement s'inscrit dans les orientations politiques régionales et départementales contenues principalement dans :

- Le projet régional de santé 2012-2016
- Le Schéma Régional d'Organisation Médicosociale 2012-2016
- Le Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation d'handicap 2012-2016

Il s'appuie aussi sur l'ensemble des recommandations des bonnes pratiques publiées par les agences compétentes (ANESM, HAS...).

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale autonomie 2012-2016, dans son volet *Personne âgée*, présente quatre grands axes :

☛ **Garantir le plein exercice de la citoyenneté des personnes âgées et permettre leur participation active à la vie de la cité**

- Assurer l'accès aux droits et à l'information
- Faciliter l'insertion des personnes dans la société
- Combattre l'isolement des personnes

☛ **Permettre aux personnes qui le désirent de vivre à domicile**

- Agir sur le logement par son adaptation et par un accompagnement des personnes
- Offrir de nouvelles possibilités d'accompagnement aux personnes résidant à leur domicile
- Accompagner la professionnalisation et la structuration du secteur de l'aide à domicile
- Offrir aux aidants naturels un soutien adapté à leurs besoins

☛ **Diversifier et adapter l'offre d'accueil aux besoins des personnes**

- Enrichir l'offre d'accueil familial
- Adapter et garantir la qualité de l'accueil en établissement
- Innover, adapter et développer des solutions alternatives capables de répondre à des besoins spécifiques
- Proposer, développer une prise en charge adaptée aux personnes handicapées vieillissantes

☛ **Organiser la coordination de l'ensemble des acteurs, développer le système d'information et garantir une politique départementale de qualité**

- Développer les actions de prévention et mieux repérer les besoins médico-sociaux
- Poursuivre la mise en œuvre d'une plus grande coordination des acteurs
- Mieux prévenir et mieux répondre aux situations de maltraitance
- Accroître l'attractivité des métiers et la formation professionnelle des acteurs
- Poursuivre la démarche d'évaluation continue de la mise en œuvre du schéma

6. Missions

La principale mission de l'EHPAD LARRIEU est d'accueillir les personnes âgées de plus de 60 ans dont la perte d'autonomie physique et/ou psychique ne leur permet plus de rester à domicile.

Les objectifs sont :

- Maintenir l'autonomie des résidents ;
- Garantir un environnement adapté aux besoins des résidents et répondant à leurs habitudes de vie ;
- Prendre soin des personnes accueillies en garantissant bien être, protection et sécurité ;
- Accompagner les résidents tout au long de leur vie en prenant compte leur singularité et en proposant un accompagnement personnalisé.

7. Valeurs professionnelles partagées

L'EHPAD LARRIEU, étant un établissement médico-social public rattaché au Centre Hospitalier d'Arcachon, applique les principes du service public : équité, neutralité, continuité des soins, discrétion professionnelle.

L'EHPAD LARRIEU dispose de 80 places, toutes habilitées à l'aide sociale. Le principe de non-discrimination est donc fondamental dans notre structure.

L'équipe partage aussi les valeurs énoncées notamment dans les recommandations de l'ANESM et les chartes des droits et libertés :

- Respect de la personne, des habitudes de vie, des choix, d'aller et venir ;
- Respect de l'intimité, dignité, intégrité, sécurité ;
- Professionnalisme, préservation de l'autonomie, prise en charge individualisée.

Les professionnels, toutes filières confondues et dans un esprit de collaboration, se sont engagées à développer une culture commune d'accompagnement bienveillant de la personne accueillie.

Tous les projets spécifiques retrouvés dans le projet d'établissement intègrent ces valeurs fondamentales.

8. Démarche d'élaboration du projet d'établissement

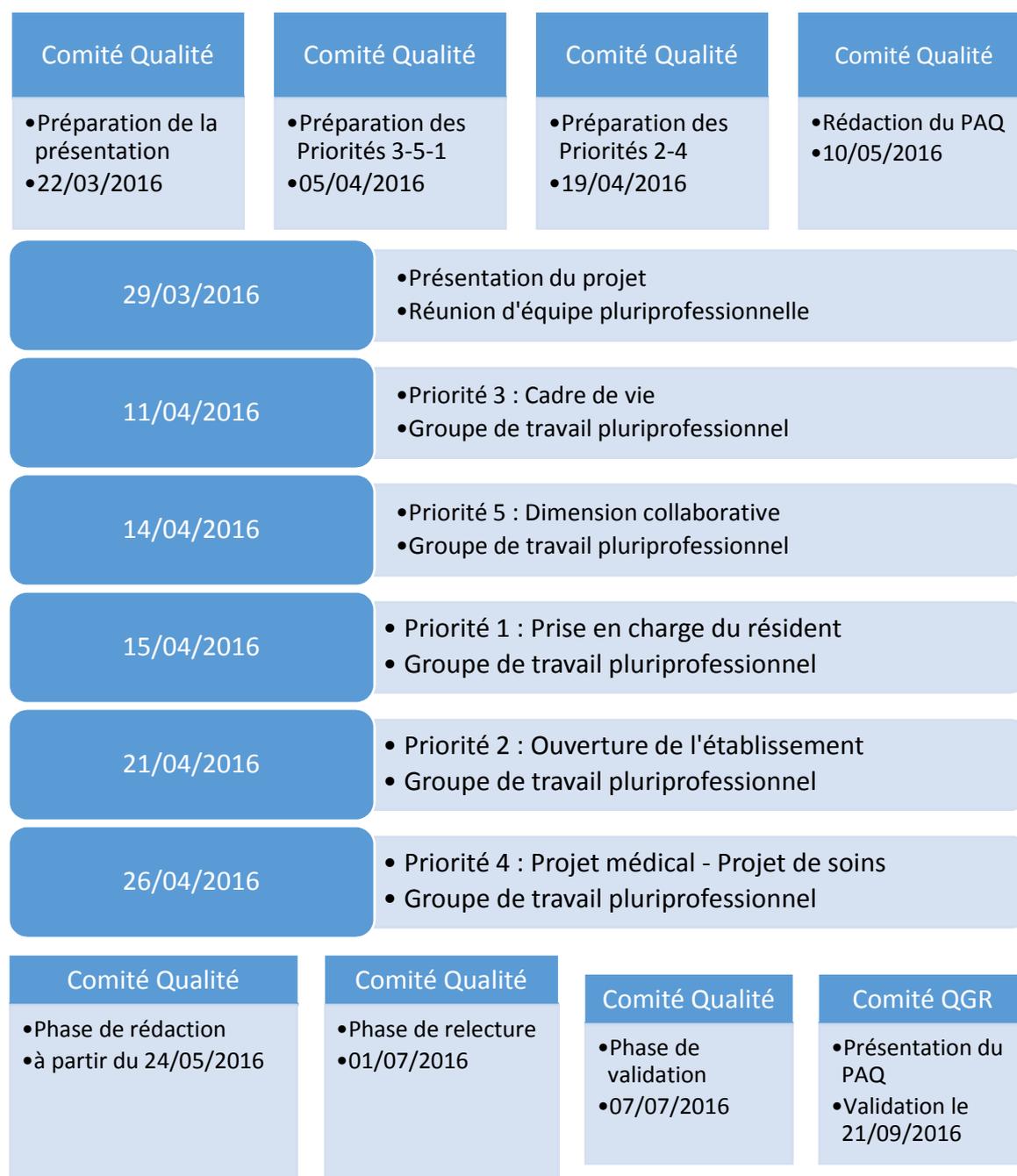
8.1. Cadre règlementaire

Au-delà de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les plans nationaux et les orientations locales, la démarche d'élaboration du projet d'établissement s'appuie sur d'autres textes :

- Les Recommandations de l'ANESM de décembre 2009 relatives à l'élaboration du Projet d'Etablissement ou de service ;
- La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ;
- La charte des droits et liberté de la personne accueillie.

8.2. Méthodologie

Les étapes de la démarche



L'implication des acteurs

La démarche a été pilotée par le comité Qualité de l'établissement composé du cadre supérieur de santé, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice.

Dans un premier temps, le Comité Qualité a défini la structure du projet d'établissement. Ensuite, les professionnels volontaires, les représentants des familles et des résidents, les partenaires externes (membres du CVS, bénévoles) ont participé aux différents groupes de travail : Projet de vie et d'accompagnement, Projet médical et projet de soins et Projets supports (Ressources humaines, Partenariat et ouverture sur l'extérieur, Projet architectural). Au cours de ce travail, les remarques et propositions ont été prises en compte.

8.3. Articulation avec l'évaluation externe

Conformément aux exigences réglementaires concernant l'évaluation du service rendu en établissement social et médico-social, l'établissement a réalisé une évaluation externe en 2014.

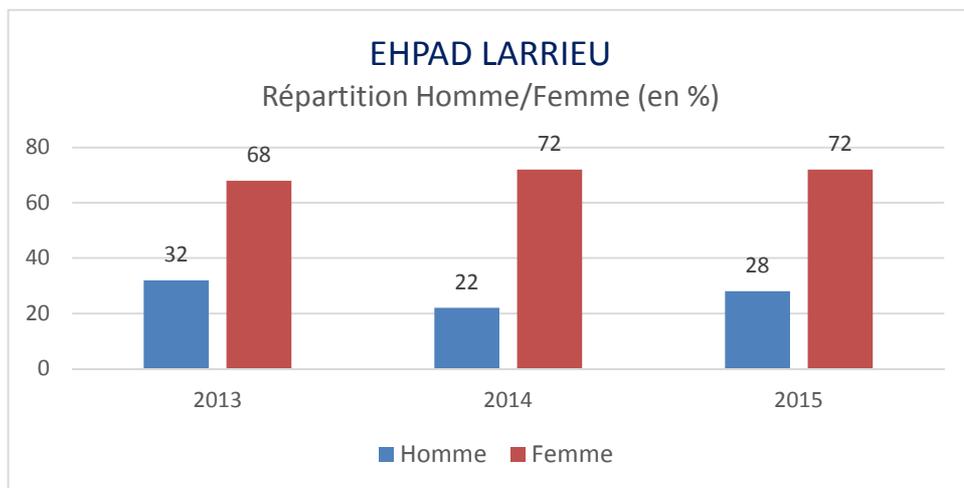
Un plan d'actions global a été élaboré à partir du rapport des évaluateurs externes. Les objectifs présentés dans les différents volets du projet d'établissement prennent en compte les constats et les complètent.

La mise en œuvre et le suivi du Plan d'Actions d'Amélioration (PAQ) seront assurés par le comité Qualité de l'établissement.

V. POPULATION ACCUEILLIE

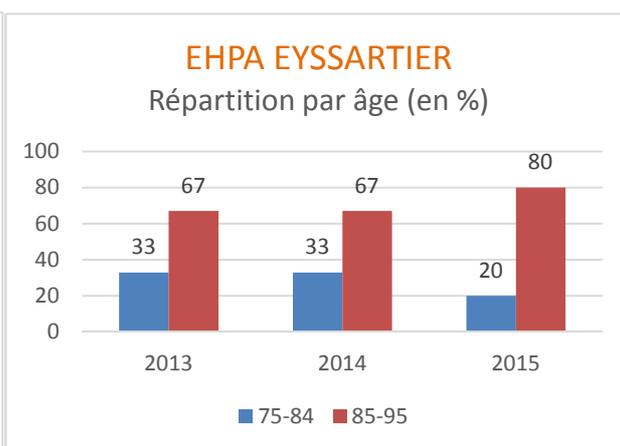
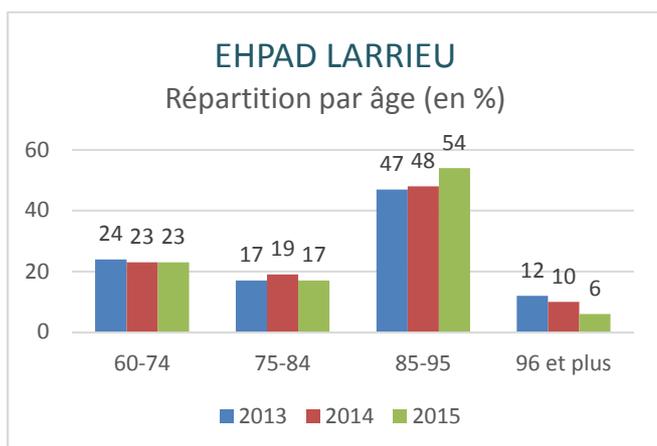
2. Caractéristiques générales des résidents

❖ Répartition par sexe



Sur l'EHPAD, 72% des résidents sont des femmes.

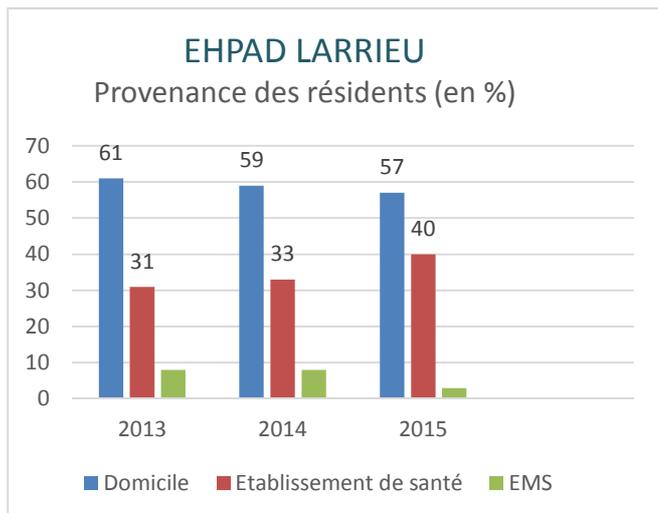
❖ Répartition par âge



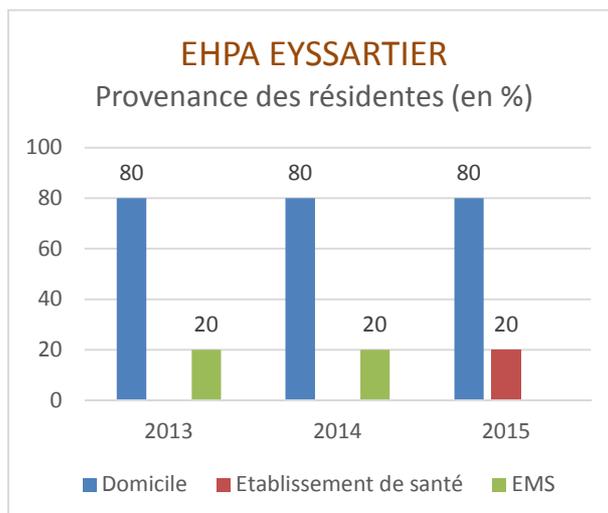
En 2015, la moyenne d'âge est de 85 ans.

En 2015, la moyenne d'âge est de 88 ans.

❖ Provenance des résidents

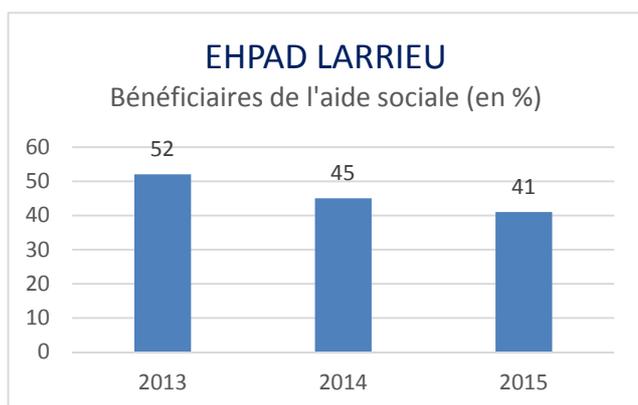


En 2015, 57% des résidents proviennent de leur domicile et 40% d'un établissement de santé.

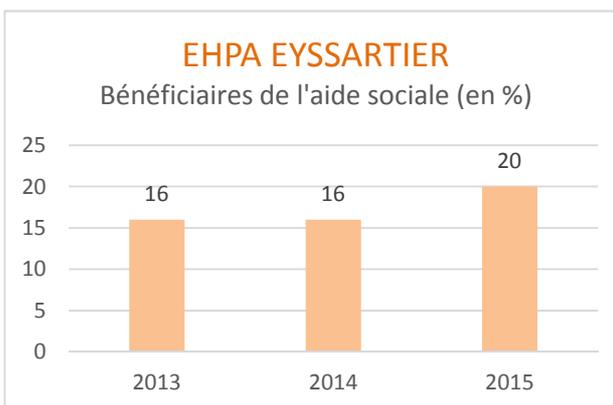


En 2015, 80% des résidentes proviennent de leur domicile.

❖ Proportion des résidents bénéficiant de l'aide sociale

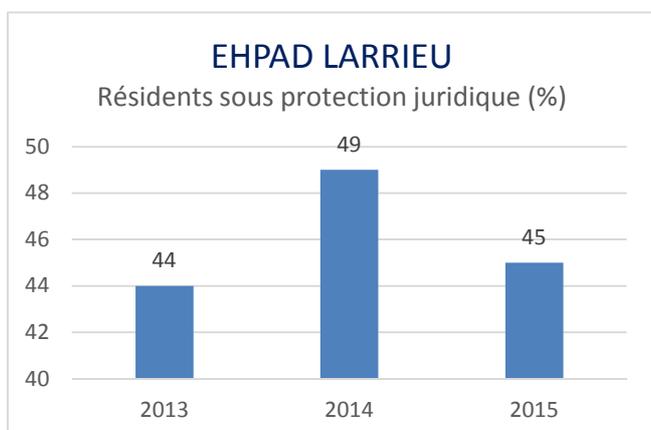


En 2015, 41% des résidents bénéficient de l'aide sociale. Depuis 2013, cette proportion est en diminution (11%).

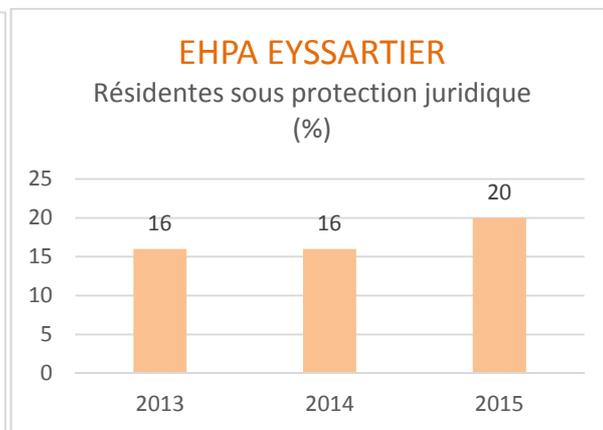


En 2015, 20% des résidentes bénéficient de l'aide sociale.

❖ Proportion des résidents sous protection juridique



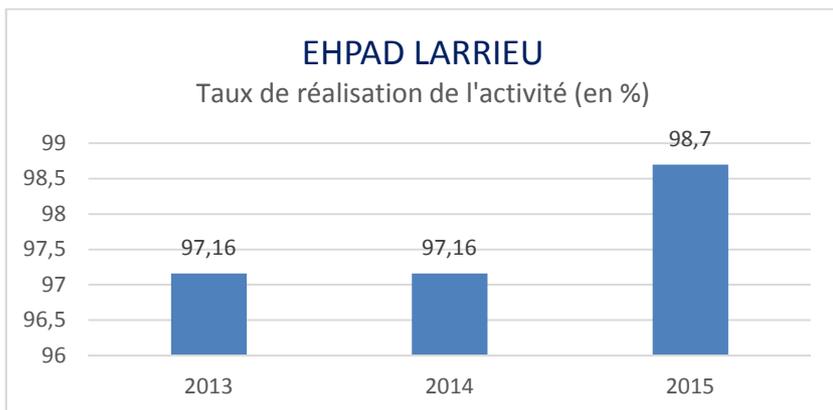
En 2015, 45% des résidents sont sous protection juridique.



En 2015, 20% des résidentes sont sous protection juridique.

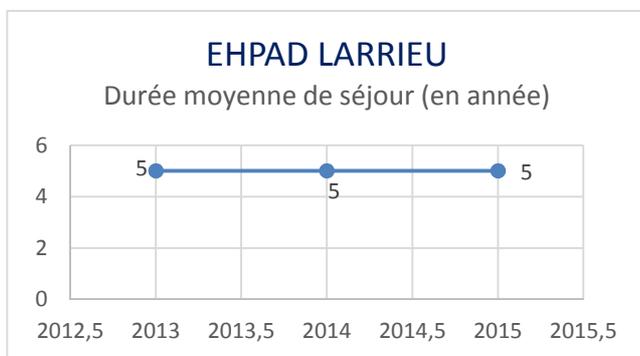
3. Activité et mouvements

❖ Réalisation de l'activité

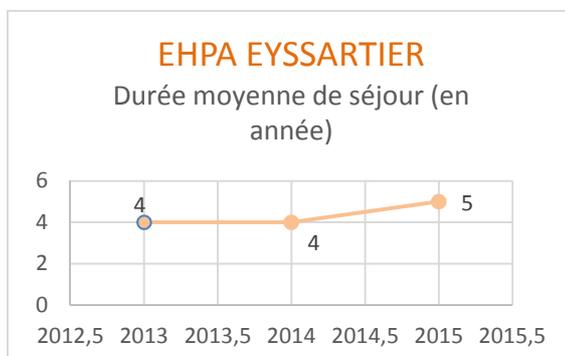


En 2015, le taux de réalisation de l'activité est de 98.7%.

❖ Durée moyenne de séjour

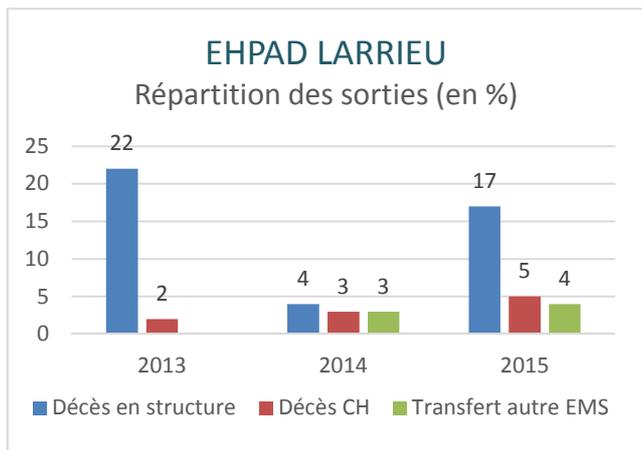


Depuis 2013, la durée moyenne de séjour est de 5 ans.

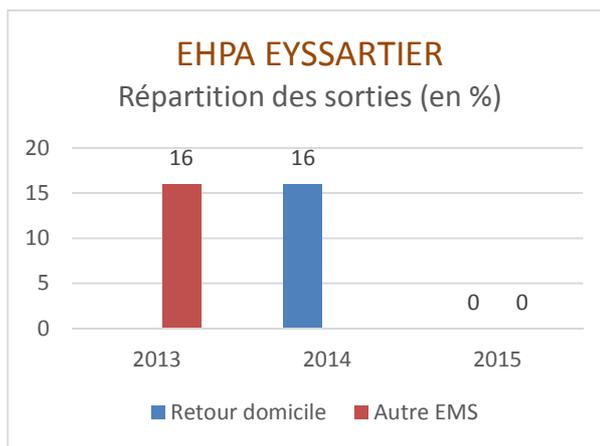


En 2015, la durée moyenne de séjour est de 5 ans.

❖ Sorties



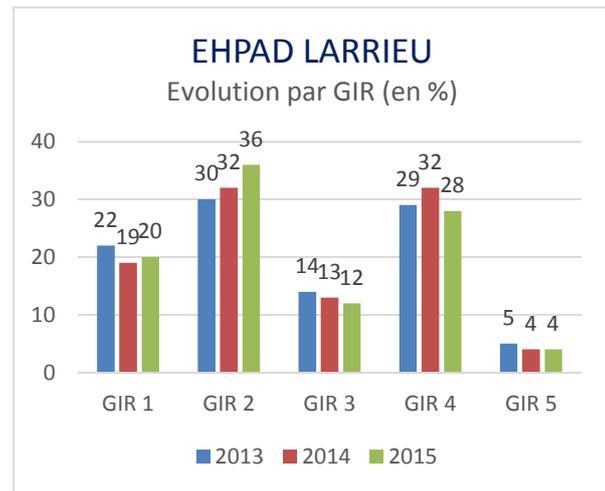
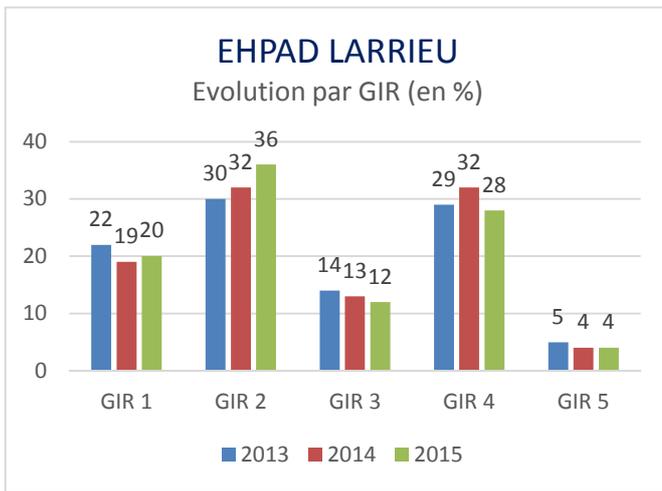
En 2015, sur 22% des sorties par décès, 15% ont eu lieu dans l'établissement.



En 2015, aucune sortie n'est réalisée.

4. Caractéristiques soignantes

❖ Répartition en fonction des GIR



En 2015, un résident sur deux est très dépendant GIR 1 – 2 (56%).

En 2015, le GIR 5 augmente sensiblement.

VI. OBJECTIFS D'EVOLUTION ET DE PROGRESSION

L'établissement a défini, pour les cinq années à venir, six orientations stratégiques et trois projets supports. Ces six orientations stratégiques sont déclinées sous formes d'objectifs opérationnels et d'actions à mettre en œuvre. Le détail des actions constitue le Programme d'Actions Qualité (PAQ) de l'établissement.

Orientation 1 : Personnaliser la démarche d'accompagnement du résident ;

Orientation 2 : Améliorer la qualité de vie du résident ;

Orientation 3 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en soin ;

Orientation 4 : Redonner une dimension collaborative au travail en filière ;

Orientation 5 : Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement ;

Orientation 6 : Participer à la réflexion engagée sur le devenir de l'établissement et contribuer à la mise en œuvre de ce projet.

Projets supports :

1. Ressources Humaines ;
2. Partenariat et ouverture sur l'extérieur ;
3. Projet Architectural.

VII. PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Le projet de vie au sein de l'EHPAD LARRIEU présente les conditions d'accompagnement des résidents, le temps de leur séjour, de l'entrée à la sortie.

Orientation 1 : Personnaliser la démarche d'accompagnement du résident

1. Accueil du résident

L'admission en institution est un moment prépondérant pour la personne âgée et son entourage car la structure devient dorénavant le domicile. L'étape de l'accueil est capitale car elle est le premier contact avec le résident et son entourage et en ce sens, elle est déterminante pour la suite du séjour. Il s'agit donc de personnaliser l'accueil, créer un climat de confiance et accompagner l'intégration du résident au sein de la structure

Etat des lieux :

La demande d'admission s'initie principalement par l'envoi ou le dépôt au secrétariat du Document Unique d'Admission ou par l'application Via Trajectoire qui devrait se généraliser.

Une équipe pluri-professionnelle (médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, infirmière coordonnatrice et secrétaire) se réunit de manière informelle pour statuer sur les demandes d'admission et réévaluer la liste d'attente.

A l'occasion de la remise du dossier unique d'admission, les résidents et les familles sont informés de leurs droits par la remise d'un certain nombre de documents :

- Livret d'accueil, note d'information sur les tarifs, règlement de fonctionnement,
- Chartes des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante, de la Personne Accueillie et de la Bienveillance.

Une visite de la structure est systématiquement proposée au futur résident et sa famille.

La secrétaire, par le biais du logiciel TITAN, informe tous les professionnels de la date, heure d'arrivée et numéro de chambre du nouvel arrivant afin de préparer l'admission dans les meilleures conditions.

L'accueil du nouveau résident est un moment privilégié. Aussi, un soignant accueille la personne dès son arrivée, l'accompagne dans sa chambre, l'aide dans son installation et à la demande, peut compléter la visite de la structure. Ce premier échange est l'occasion d'ouvrir pour la personne accueillie de nouvelles possibilités.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer l'admission du résident	Fiche action
Créer la commission d'admission	N°1
Développer les visites de préadmission au domicile ou en structure	
Intégrer dans le dossier d'admission les informations sur la personne de confiance, les directives anticipées, le consentement éclairé du résident, le PAP	
Améliorer la traçabilité de la recherche du consentement	

Objectif : Personnaliser l'accueil du résident	Fiche action
Rédiger la procédure d'accueil, (période d'intégration, post-admission, professionnel référent, personnalisation du lieu de vie...)	N°2
Instaurer un parrainage du nouveau résident par ses pairs	
Instaurer un entretien post-admission (3 à 6 mois après l'entrée) pour un temps d'échange, créer un support	

2. Culture de la bientraitance et démarche éthique

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. » ANESM, juin 2008

La dynamique de l'établissement s'oriente prioritairement sur la promotion de la Bientraitance qui doit devenir une véritable culture institutionnelle, culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité

Etat des lieux :

La charte de la personne âgée dépendante est affichée dans le hall d'entrée.

Les professionnels sont sensibilisés à cette thématique à travers les formations, les réunions PAP et au cours des échanges durant les transmissions.

Une réunion d'équipe hebdomadaire permet d'aborder les difficultés rencontrées dans l'accompagnement d'un résident et/ou sa famille.

Les habitudes de vie sont recueillies et intégrées dans le dossier de soins informatisé et respectées dans la mesure du possible au regard du contexte et de la collectivité.

Actions d'amélioration :

Objectif : Développer la culture de la bientraitance et la démarche éthique	Fiches action
Former les professionnels à la bientraitance (plan de formation)	N°3
Former un référent bientraitance et rédiger sa fiche de poste	
Renforcer l'équipe aides-soignants le week-end (effectif identique semaine et week-end)	
Rédiger les procédures Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance et signalement des faits de maltraitance	N°4
Réviser la charte de bientraitance	
Rédiger une plaquette d'information sur la bientraitance (pour les résidents et visiteurs)	
Mettre en place un espace éthique pluridisciplinaire et intégrer une réflexion sur les risques de maltraitance	
Réaliser une EPP avec l'outil Mobiqua	

3. Respect des droits et participation des résidents

Etat des lieux :

L'EHPAD LARRIEU appuie sa réflexion et la mise en œuvre des actions sur la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de garantir les droits et libertés des usagers.

Les 7 outils pour l'exercice des droits des résidents sont :

- ✓ Le livret d'accueil (circulaire du 24/03/2004)

Ce document est remis dès l'accueil du résident. Il comporte les informations utiles sur le fonctionnement de la structure.

- ✓ La charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 08/09/2003)

Elle est remise lors de l'accueil du résident, annexée au livret d'accueil. Elle fait également l'objet d'un affichage dans le hall d'entrée.

- ✓ Le contrat de séjour (décret du 14/11/2003)

Ce document est remis lors de l'admission du résident. Son contenu est réglementé par l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles. Il est signé dans le mois qui suit l'admission.

- ✓ La personne qualifiée (décret du 14/11/2003)

La liste des personnes qualifiées est jointe au document unique d'admission remis lors de la préadmission. Cette liste est également affichée dans le hall de l'établissement.

Toute personne prise en charge en établissement (ou sa famille ou son représentant légal) peut faire appel à une personne qualifiée pour l'aider à faire valoir ses droits en cas de litiges. Celle-ci sera choisie sur une liste établie conjointement par le Préfet de Département et le Président du Conseil Général.

- ✓ Le règlement de fonctionnement (décret du 14/11/2003)

Il est remis lors de l'accueil du résident. Il définit les droits de la personne accueillie et les devoirs et obligations nécessaires au respect de la vie collective.

- ✓ Le conseil de vie sociale (décret du 25/03/2004)

Il se réunit 3 fois par an. Il a pour vocation d'associer les résidents, les familles et le personnel au fonctionnement de l'établissement. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu consultable.

✓ Le projet d'établissement

Le projet d'établissement permet à l'EHPAD LARRIEU de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité sur 5 ans. La participation des équipes à la rédaction et sa diffusion facilitent son appropriation et sa mise en œuvre.

Les résidents de l'EHPAD LARRIEU sont invités à s'exprimer sur leurs attentes et désirs individuels à travers les PAP par exemple, mais également en qualité de représentant du collectif, à travers le Conseil de Vie Sociale, la Commission des menus et le comité d'animation.

✓ Le conseil de vie sociale

Les représentants des usagers élus ont l'opportunité d'exprimer la parole des autres résidents sur le fonctionnement de la structure et les prestations proposées. Les représentants des familles se font également l'écho des résidents et s'assurent de la qualité des prestations proposées.

✓ La commission des menus

Cette commission se réunit 2 fois par an. Les représentants des usagers du CVS y participent. C'est une commission très investie par les résidents car elle est le lieu pour transmettre les avis et appréciations sur les menus servis, notamment. Grâce à la participation de la diététicienne et des membres de la cuisine centrale, cette commission permet aussi de s'assurer de l'équilibre diététique des repas, de la qualité des produits en général, de leur composition, de la quantité des produits...

✓ Le comité d'animation

C'est un **temps d'échange** avec l'animatrice, les acteurs de l'animation ainsi que les **résidents et leurs familles**. Un point est fait sur les animations de la période écoulée afin de valider ou non leur renouvellement et sur le programme d'animations à venir. L'objectif est de favoriser l'expression et l'implication des résidents à la vie sociale de l'établissement.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer le respect des droits et la participation des résidents	Fiches action
Réviser le livret d'accueil pour intégrer l'information sur la personne de confiance, les directives anticipées	N°5
Réviser le contrat de séjour (inclure le DIPC -dans le cas où le nouvel entrant refuse de le signer-, les prestations offertes, les principes déontologiques et éthiques, le parapher	
Donner le contrat de séjour dès l'entrée pour une meilleure appropriation et respecter les délais de rétraction (14 jours)	
Afficher les chartes de la personne âgée en situation de handicap ou dépendance, de la personne accueillie, la bientraitance, les 7 droits cités dans la loi du 2 janvier 2002	
Afficher tous les cultes avec les coordonnées de leur représentant	
Réviser le règlement intérieur du CVS	
Formaliser le comité d'animation	N°6

4. Projet d'accompagnement personnalisé et maintien de l'autonomie

Chacun des résidents a des attentes et des besoins singuliers. Les professionnels s'emploient à les intégrer dans la prise en soin, au quotidien. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une prise en soin standardisée.

Au quotidien, les résidents sont aidés et accompagnés dans les actes de la vie courante (toilette, repas, prise des médicaments, coucher) par les professionnels.

Etat des lieux :

La planification des PAP du mois à venir est réalisée par l'IDEC et l'animatrice en fonction de la présence des AS référentes. Pour une meilleure connaissance de la personne, le référent AS, le référent ASH, la psychologue et l'animatrice participent au recueil des données.

L'histoire de vie et le projet de soins sont retracés dans le dossier informatisé. Une évaluation des capacités de la personne est faite à l'aide de la grille AGGIR dès l'entrée puis au moins une fois par an ou avant, en cas de modification importante de l'autonomie.

Les PAP sont rédigés et validés en réunion de synthèse pluriprofessionnelle hebdomadaire.

Le rôle des soignants est repositionné au plus près du résident, par le biais de la toilette évaluative, véritable outil d'individualisation de la prise en soins du résident. Chaque résident est accompagné dans ce moment primordial en fonction de ses capacités physiques et cognitives, dans un souci de maintien de l'autonomie et d'offrir un moment intime de confort, bien être et d'échange.

Une réunion pluriprofessionnelle mensuelle, conduite par le médecin coordonnateur est dédiée à l'autonomie des résidents (continence, alimentation, contention).

Actions d'amélioration :

Objectif : Formaliser le projet d'accompagnement personnalisé	Fiche action
Rédiger la procédure de PAP (PAP à 3 mois de l'admission et réévaluation à 1 an et intégrer la volonté des familles en cas de décès)	N°7
Améliorer le recueil des PAP avec la participation des ASH	
Informé le CVS sur les PAP, les droits des résidents et sur les recours en cas de maltraitance	
Mettre en place un référent soignant et hôtelier (AS/ASH) pour chaque résident (à intégrer dans la fiche de poste)	N°8

Objectif : Maintenir l'autonomie	Fiche action
Rédiger la procédure du Plan de soin et sa réévaluation	N°9
Rédiger la procédure sur la réalisation des toilettes évaluatives et leur réévaluation	
Rédiger la procédure d'évaluation de l'autonomie à l'admission et sa réévaluation	

5. Accompagnement de la fin de vie

L'accompagnement du résident en fin de vie et son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle).

Etat des lieux :

Une réflexion est menée en équipe pluri-professionnelle et en concertation avec le médecin traitant sur l'accompagnement à proposer. A l'issue de cette réflexion, une décision collégiale est prise sur la conduite à tenir, la mise en place d'actions de soins, d'accompagnement et de protocoles médicaux spécifiques.

L'établissement a établi une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier d'Arcachon pour permettre aux résidents en soins palliatifs de bénéficier d'une prise en soin adaptée, visant à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité du résident et soutenir son entourage.

Actions d'amélioration :

Objectif : Poursuivre la qualité de l'accompagnement de la fin de vie	Fiches action
Mettre à disposition des résidents un plateau douceur (produits sucrés, frais...), alimentation plaisir	N°10
Poursuivre la formation et le partenariat avec l'EMSP	
Organiser le soutien psychologique des professionnels (analyse de pratique et soutien individuel à la demande)	N°11
Intégrer la volonté des familles (quand les prévenir...) dans le dossier de soins	
Formaliser la procédure « Prise en charge en fin de vie »	
Rédiger les procédures Directives anticipées et Personne de confiance	

Orientation 2 : Améliorer la qualité de vie du résident

1. Cadre de vie

L'EHPAD est un lieu de vie dont la finalité est, la qualité de vie pour chaque résident, tout au long de son séjour. Ce lieu de vie doit être agréable, adapté et accessible aux personnes accueillies.

Etat des lieux :

Notre bâtiment dispose d'un très joli parc. Néanmoins, certains aménagements restent à faire, notamment le dénivelé qui limite les déplacements des personnes à mobilité réduite ainsi que les activités pouvant être proposées.

La maintenance est organisée en interne par l'agent d'entretien, en relation avec les services techniques du Centre Hospitalier d'Arcachon. Il effectue les réparations que ses habilitations lui permettent de faire ainsi que l'entretien des espaces verts. Il contribue à l'amélioration du cadre de vie de résidents et au respect des conditions de sécurité des installations privatives et collectives.

La rénovation des chambres n'est pas systématiquement organisée à chaque départ des résidents.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer le cadre de vie	Fiche action
Entretien la totalité des espaces verts	N°12
Aménager une partie des espaces verts pour déployer des activités (jardinage, jeux de boules...)	
Rafraîchir les chambres dès la sortie du résident (en cas de besoin)	
Afficher les données de sécurité incendie simplifiées	
Professionaliser la fonction d'agent d'entretien	

2. Hôtellerie

Le temps du repas est un moment privilégié de plaisir, de sociabilité et de convivialité pour les résidents. Ainsi, il convient de proposer une alimentation qui répond à leurs besoins mais aussi qui allie la notion de *plaisir et bien-être*.

Etat des lieux:

L'équipe Cuisine Relais

La Cuisine Centrale, située sur le Pôle de Santé d'Arcachon, dessert l'EHPAD, tous les jours (fériés compris), en liaison froide.

L'EHPAD dispose, en interne, d'une équipe Cuisine Relais. Son organisation repose sur un ensemble de procédures validées et diffusées.

Les principales missions de l'équipe sont :

- Disposer les hors d'œuvres à l'assiette,
- Remettre en température les repas livrés,
- Réaliser les prélèvements journaliers d'échantillons des repas servis aux résidents pour analyse en cas d'intoxication alimentaire,
- Respecter les normes d'hygiène pour garantir la sécurité des résidents.

L'équipe Hôtelière

L'équipe hôtelière assure l'entretien au quotidien des espaces collectifs et privés. L'organisation est sectorisée par étage avec la nomination des titulaires d'étage pour concourir au confort et au bien-être du résident et favoriser les échanges avec le professionnel et les résidents d'étage.

Au quotidien, l'entretien approfondi est réalisé par un agent dédié.

L'équipe hôtelière assure la prestation repas ; elle propose un service à l'assiette en salle à manger et en chambre si l'état de santé du résident l'impose. Les repas sont adaptés aux besoins des résidents.

Rattachée au Centre Hospitalier d'Arcachon, l'EHPAD bénéficie de l'intervention d'une diététicienne. Elle intervient, un jour par semaine et son activité concerne principalement l'élaboration des menus, en lien avec les 2 référents AS nutrition, en tenant compte des textures, des goûts et habitudes des résidents retranscrits via le logiciel de commande des repas.

Le temps des repas est un moment fort dans le quotidien des résidents. Les menus sont affichés à l'entrée de la salle à manger.

Les repas sont servis à des heures respectueuses des rythmes de vie des résidents :

- Petit déjeuner en chambre,
- Déjeuner en salle à manger ou en chambre selon état de santé du résident,
- Collation en chambre ou en salle d'animation,
- Dîner en salle à manger ou en chambre selon état de santé du résident.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer l'hôtellerie	Fiche action
Réviser la signalétique des portes des chambres	N°13
Améliorer la présentation à l'assiette : adapter les portions, effort de présentation...	
Rédiger les fiches de poste ASH	
Réviser les procédures hygiène des locaux	
Rédiger la planification des actions d'entretien des locaux	
Rédiger les plans d'entretien des locaux dans le logiciel TITAN	
Mettre en place une référente hôtelière pour améliorer la prestation hôtelière	

3. Prestation linge

L'entretien du linge représente pour les résidents un moyen de préserver son estime de soi, sa personnalité et son identité. Il est donc important d'assurer une prestation linge de qualité pour rendre aux résidents, dans un délai de retour satisfaisant, un linge propre, conforme à son état d'origine, repassé et bien rangé dans l'armoire.

Etat des lieux:

Le traitement du linge plat (draps, serviettes..) et des tenues professionnelles est confié à un prestataire externe. Le linge des résidents est traité, en interne, par une professionnelle extérieure à l'établissement. La prestation linge est comprise dans le prix de journée.

La distribution du linge est organisée afin de développer des échanges avec les résidents puisqu'elle se fait au sein de chaque chambre de manière personnalisée.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer la prestation linge	Fiche action
Adopter les tenues professionnelles en couleur	N°14
Améliorer la qualité du traitement du linge en séparant le linge des résidents et les bandeaux de nettoyage	
Améliorer le marquage du linge des résidents	
Evaluer la satisfaction des résidents	

Orientation 3 : Améliorer la prévention et la qualité de la prise en soin

1. Continuité des soins

Etat des lieux :

L'établissement étant rattaché au Centre Hospitalier d'Arcachon et dans un souci d'intégration accrue de l'EHPAD au sein de la filière gériatrique, l'organisation médicale repose sur une rotation des praticiens gériatres entre le service de gériatrie court séjour et l'EHPAD.

Les dossiers médicaux et de soins des résidents sont informatisés. Les intervenants libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes, orthophoniste...) et l'ensemble du personnel soignant possèdent un accès personnel et sécurisé à ces dossiers. Les prescriptions et les informations concernant l'état de santé y sont tracées et actualisées.

En cas d'urgence et transfert au Centre Hospitalier d'Arcachon, l'équipe soignante de jour comme de nuit, édite, à partir du dossier informatisé, les éléments constitutifs du dossier de liaison d'urgence.

Des conventions sont établies pour répondre au mieux aux besoins des résidents :

- ✓ *Le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)* dans la prise en charge pour des soins spécifiques ;
- ✓ *Le Centre Médico-Psychologique Adulte (CMP l'Asphodèle)* pour faciliter le suivi psychiatrique des résidents ;
- ✓ *L'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) de l'EHPAD des Cotonniers* pour accueillir selon, un mode séquentiel, les résidents présentant des troubles psycho-comportementaux sévères ;
- ✓ *L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs* pour la formation des équipes et l'accompagnement en fin de vie avec limitation des soins.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer la continuité des soins	Fiche action
Formaliser la commission de coordination gériatrique	N°15
Rédiger la procédure pour l'accès du résident à son dossier médical	

2. Maîtrise du risque infectieux

Le Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018 vise à renforcer la prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social par la mise en place d'une démarche d'analyse. Le PROPIAS favorise la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville.

Etat des lieux :

L'équipe de direction est sensibilisée au risque infectieux puisque le cadre supérieur de santé est titulaire d'un Diplôme Universitaire en Hygiène et l'IDEC, référente hygiène. Enfin, rattaché au Centre Hospitalier d'Arcachon, l'établissement bénéficie de l'intervention de l'infirmière hygiéniste pour réaliser des actions de formation.

L'établissement participe à la journée mondiale de l'hygiène des mains.

Dans le cadre du programme national, l'établissement s'est engagé dans la démarche d'analyse des risques avec la formalisation du DARI, dans sa première version, en 2014. Cet outil a permis de d'identifier les points forts et les points faibles de notre organisation et nous aider à élaborer un plan d'actions prioritaires.

Actions d'amélioration :

Objectif : Maîtriser le risque infectieux	Fiche action
Mettre en place un comité de suivi du DARI et une cellule de crise en cas d'épidémie	N°16
Mettre en place l'enquête de Prévalence	
Refaire le DARI dans sa nouvelle version et élaborer le programme d'actions prioritaires	
Poursuivre les formations en interne : Précautions Standard, gestion des excréta, antibiorésistance, BMR et BHRé...	

3. Circuit du médicament

Etat des lieux :

En 2014, l'établissement a participé à la mise en œuvre de l'outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Cet outil a permis d'identifier des axes d'amélioration sur la sécurisation du circuit du médicament.

Une liste de médicaments à prescrire préférentiellement est à disposition sous forme de livret thérapeutique intégré au logiciel de prescription.

Les prescriptions sont informatisées et non retranscrites. Leur contenu est paramétré afin de retrouver en systématique les informations réglementaires.

La délivrance est assurée préférentiellement par deux officines de ville. Pour chaque ordonnance donnée, un rouleau de doses à administrer est délivré. Sur chacun des rouleaux, le nom du résident, le jour d'administration, l'heure, le nom du médicament sont inscrits.

La gestion des médicaments est organisée. Un jour par semaine, un infirmier est dédié au contrôle des rouleaux, des péremptions, rangement de la pharmacie, demande de renouvellement des ordonnances, entretien et contrôle du réfrigérateur...

La distribution des médicaments est individuelle. Elle est réalisée en priorité par les infirmiers. Les aides-soignants distribuent et aident à la prise médicamenteuse, uniquement, les traitements côtés *Acte de la vie quotidienne*, sur la prescription du médecin traitant. Ces traitements sont, au préalable, toujours vérifiés par l'infirmier.

Actions d'amélioration :

Objectif : Sécuriser le circuit du médicament	Fiche action
Formaliser les différentes étapes du circuit du médicament (de la prescription à la prise par le résident)	N°17
Garantir la traçabilité de la distribution des médicaments	
Câbler la salle médicaments pour utiliser TITAN	
Mettre à jour la dotation du chariot d'urgence	
Former les ISG au e-learning médicaments	
Mettre en place la simulation santé gestes d'urgence	

4. Prévention et prise en charge de la douleur

Etat des lieux :

Un Comité de lutte contre la douleur (CLUD) est en place sur le Centre Hospitalier d'Arcachon ; deux professionnels de l'EHPAD participent, une ISG et une AS. Il se réunit pour faire le bilan des actions réalisées et planifier les actions à venir.

Une procédure sur la prise en charge de la douleur est validée et diffusée. Des outils d'évaluation de la douleur sont à disposition.

Plusieurs professionnels ont été formés à la prise en charge de la douleur.

Actions d'amélioration :

Objectif : Prévenir et prendre en charge la douleur	Fiche action
Réaliser l'évaluation de la douleur en systématique	N°18
Poursuivre les formations sur la douleur	
Développer les missions des référents douleur	
Développer le partenariat avec le CLUD	

5. Prévention et gestion des chutes

Etat des lieux :

Une procédure sur la prévention et la prise en charge du résident à risque de chute est validée et diffusée. La déclaration des chutes est réalisée sur le logiciel de soins TITAN. Les médecins traitants sont alertés. Des actions correctives peuvent être mises en place type conseil, adaptation de la chambre, vigilance sur l'encombrement des couloirs, achat de chaussures fermées.

Actions d'amélioration :

Objectif : Prévenir et prendre en charge le risque de chute	Fiche action
Formaliser la procédure Conduite à tenir en cas de chute	N°19
A partir du bilan annuel, faire l'analyse des chutes et mettre en place les actions correctives	
Rédiger la procédure d'évaluation de l'autonomie à l'admission et sa réévaluation	
Réduire le délai de réévaluation des prescriptions de contention à moins de 6 mois	

6. Prévention et prise en charge de la dénutrition et la déshydratation

Etat des lieux :

Un Comité de liaison alimentation (CLAN) est en place sur le Centre Hospitalier d'Arcachon ; deux aides-soignants référents nutrition y participent. Il se réunit pour faire le bilan des actions réalisées et planifier les actions à venir.

Une procédure sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition est validée et diffusée. Une fiche de suivi alimentaire est en place. La surveillance des critères de dénutrition est organisée : pesée mensuelle et suivi du poids, suivi de l'IMC, albuminémie après évaluation du risque en lien avec le médecin traitant.

Des actions de prévention sont mises en place pour favoriser l'appétence et le plaisir de manger : recueil des goûts et aversions, service à l'assiette au restaurant (service en chambre selon état de santé), aide à la prise au repas par les soignants, texture modifiée proposée, commissions des menus animées par la diététicienne.

Des efforts organisationnels ont permis de réduire la durée du jeûne nocturne. La nuit, une collation est proposée.

Dès l'entrée du résident, une évaluation de la dentition est réalisée et tracée. Une procédure sur l'hygiène bucco-dentaire est validée et diffusée.

Toute l'année, les équipes portent une attention à l'hydratation des résidents. Particulièrement, durant l'été, où le plan canicule est mis en œuvre et des agents canicule viennent conforter l'équipe. Une fiche de surveillance hydrique est validée et diffusée.

Actions d'amélioration :

Objectif : Prévenir et prendre en charge la dénutrition et la déshydratation	Fiche action
Réévaluer les prescriptions des régimes et textures modifiées à moins d'un an	N°20
Peser les résident 1 fois / mois	
Mettre en place un bilan bucco-dentaire dès l'entrée et réévaluer à 1 an	

7. Prévention et prise en charge du risque d'escarre et incontinence

Etat des lieux :

Le risque de constitution d'une escarre est évalué à travers le risque de dénutrition mais ne donne pas lieu à un dépistage systématique. Le risque d'escarre est évalué pour les résidents identifiés (échelle de Braden). Il n'existe pas de procédure formalisée sur la prévention et soins d'escarre.

L'établissement dispose de ressources en interne (un infirmier référent Plaie – cicatrisation, une diététicienne et un contrat de location de matelas air pour les résidents à risque élevé).

Actions d'amélioration :

Objectif : Prévenir et prendre en charge le risque escarre/incontinence	Fiche action
Rédiger la procédure Prévention et soins d'escarre	N°21
Réaliser une évaluation systématique du risque d'escarre dès l'entrée et réévaluer	
Mettre en place le suivi des escarres constituées	
Mettre en place une réflexion pluridisciplinaire sur le bénéfice / risque des changes	

IX. PROJETS SUPPORTS

1. RESSOURCES HUMAINES

Orientation 4 : Redonner une dimension collaborative au travail en filière

1.1. Collaboration professionnelle

Etat des lieux :

Jusqu'à présent, l'établissement présentait une organisation du travail en mode filière, ce qui a favorisé l'optimisation de l'organisation des tâches autour du résident et la clarification des rôles de chaque métier.

Cependant, cette sectorisation a induit un phénomène de cloisonnement entre les métiers qui expliquent les difficultés actuelles de collaboration.

Aujourd'hui, l'objectif est de développer une culture commune d'accompagnement bienveillant de la personne accueillie. Il s'agit d'intégrer la dimension collaborative dans le savoir être professionnel de chacun pour favoriser la solidarité, la complémentarité et la compréhension des logiques qui régissent l'institution.

Actions d'amélioration :

Objectif : Valoriser la collaboration professionnelle	Fiche action
Rédiger les fiches de poste (IDEC, ISG, AS et ASH) en rendant lisible la collaboration et indiquer en annexe le rôle des référents	N°22
Rédiger une charte d'engagement en faveur de la collaboration	
Favoriser la participation des ASH au staff et PAP	

1.2. Développement des compétences et amélioration des conditions de travail

Etat des lieux :

Depuis 2013, l'établissement a mis en place le dossier de soins informatisé. Ce nouvel outil permet aux médecins traitants de rédiger leurs observations et leurs prescriptions. Il permet aussi aux pharmaciens des officines de ville de mettre à jour les traitements en temps réel.

L'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants) utilise cet outil pour établir les plans de soins individuels, tracer leurs actions et transmettre toutes les informations utiles aux membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer la continuité des prises en soins, leur évaluation et si nécessaire leur réadaptation rapide.

Le dossier de soins contribue ainsi à la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des résidents et à la coordination des professionnels dans le cadre du processus de soins. Il est une source d'informations, de transmissions et possède une valeur juridique importante grâce à la traçabilité du suivi du résident.

Aujourd'hui, l'objectif est d'améliorer la qualité des transmissions écrites pour que notre dossier de soins informatisé devienne un véritable outil d'optimisation de la qualité des soins et d'efficience de l'organisation des soins. En parallèle, ce travail permettrait de rendre le temps des transmissions orales plus synthétique et plus efficace.

Suite à l'évaluation des risques professionnels (Document Unique et Bilan ORSOSA) réalisée en 2014, un certain nombre d'actions ont été mises en place : organisation du travail en binôme, achat de matériel pour améliorer les conditions de travail (chariot nursing, lève-malade, plateforme de pesée, réfection de la cuisine relais...).

Aujourd'hui, l'objectif est de développer la formation continue en interne ciblée sur la prise en charge des résidents, la bientraitance et la prévention des risques liés à l'activité physique.

Actions d'amélioration :

Objectif : Développer les compétences et améliorer les conditions de travail	Fiches action
Améliorer la qualité de l'écriture des transmissions sur le logiciel TITAN (utilisation des macro-cibles)	N°23
Rendre plus efficient le temps des transmissions orales (ISG/AS)	
Améliorer la prévention des risques professionnels	
Organiser des staffs hebdomadaires (1/mois autonomie, 1/mois avec la psychologue et 2/mois organisation, étude de cas, échange autour d'un dossier)	N°24
Mettre en place des formations-actions (dossier résident, valises Mobiquat, usage des procédures...)	

1.3. Intégration des nouveaux arrivants

Etat des lieux :

L'accueil des nouveaux professionnels est une étape fondamentale qui garantit la qualité de l'accompagnement des résidents et permet de développer un sentiment d'appartenance nécessaire au partage des valeurs et des objectifs communs.

L'établissement est un lieu de formation et un terrain de stage reconnu mais actuellement, il n'existe pas de procédure d'accueil.

Actions d'amélioration :

Objectif : Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants	Fiche action
Rédiger le livret d'accueil des étudiants (y intégrer la charte de la personne accueillie, la charte des droits et liberté de la personne âgée, la charte de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et le devoir de signalement)	N°25
Rédiger le livret d'accueil des nouveaux professionnels	

2. PARTENARIAT ET OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

Orientation 5 : Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement

L'ouverture de l'établissement sur son environnement est indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou restaurer leurs liens familiaux et sociaux et d'exercer leur citoyenneté.

Pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décroisement du secteur médico-social, favoriser les échanges, questionner les organisations et permettre aux équipes de confronter leurs pratiques pour mieux les améliorer.

Etat des lieux :

L'EHPAD LARRIEU, par son implantation, permet au résident d'être au cœur de la ville. Il peut profiter des infrastructures de proximité (transport en commun, commerces, front de mer).

La structure favorise la démarche citoyenne des résidents notamment lors des périodes d'élection. Les résidents, qui souhaitent voter, s'inscrivent au secrétariat et les déplacements sont organisés en lien avec la municipalité ; les procurations sont gérées par le commissariat de police.

Le contact avec la vie locale et nationale est maintenu grâce aux abonnements à divers journaux comme la Dépêche du Bassin, Sud-Ouest ou encore le journal interne de la structure et le salon télévision accessible à tous.

L'établissement favorise l'exercice de la citoyenneté en garantissant le droit à l'information et la participation à la vie institutionnelle (Conseil de vie sociale, Commission des menus, Comité d'animation).

Des partenariats sont tissés pour développer les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accueillies (commune, centre de loisirs...).

Des conventions avec des structures ressources sont signées permettant la continuité des soins et l'apport d'une expertise médicale (HAD, CMP, UHR, Equipe mobile de soins palliatifs).

Le cadre supérieur de santé participe aux groupes de travail (Conseil Départemental, ARS, ANFH, réseau des Directeurs d'EHPAD du Bassin d'Arcachon, MAIA).

L'Infirmière coordonnatrice participe au réseau des IDEC de la Gironde (AIC 33) et aux jurys des centres de formation (IFAS).

L'EHPAD est un lieu de formation et un terrain de stage reconnu.

➤ L'animation et la vie sociale

Le projet d'animation est intégré au projet de vie ; il concerne l'ensemble des résidents en fonction de leurs besoins, leurs centres d'intérêts, leurs désirs, leurs capacités et leur milieu socioculturel.

L'animation en gérontologie est un ensemble coordonné d'actions diverses et adaptées en lien avec le vécu des personnes âgées. Elle vise une réponse aux attentes et besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle. Elle se situe dans une perspective d'accompagnement de la personne dans le respect de ses capacités et l'expression de ses aspirations. (Charte de l'animation en gérontologie)

La vie sociale est l'ensemble des relations que la vie en société nous amène à avoir avec les autres. (ANESM Qualité de vie en EHPAD, volet 3)

En EHPAD, les résidents ont en commun un âge avancé et de multiples pathologies ayant entraîné leur accueil en structure. Plus ou moins préparée et volontaire, l'entrée en EHPAD signifie, pour la grande majorité des résidents, un changement d'état qui vient bouleverser la vie sociale.

Le projet animation vie sociale permet de lutter contre le sentiment de rupture en offrant un sentiment de continuité de vie. Ce projet permet de :

- Prévenir le risque d'isolement ;
- Maintenir et développer la vie et l'identité sociales des résidents ;
- Préserver ou retrouver une image de soi positive ;
- Préserver et stimuler l'autonomie en fonction des capacités de chacun ;
- Faciliter l'intégration des nouveaux résidents au sein de la structure ;
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur.

➤ Les bénévoles

Dans un souci d'ouverture sur l'extérieur et pour favoriser le maintien de la vie sociale, une équipe de bénévoles est présente sur le site.

Les bénévoles assurent un lien fort avec la vie extérieure et leur participation aux animations permet d'offrir un encadrement sécurisant pour nos résidents en perte d'autonomie.

Ils accompagnent aussi de façon individuelle des résidents très dépendants qui ne peuvent ou ne souhaitent pas s'associer aux animations collectives.

Actions d'amélioration :

Objectif : Favoriser les relations avec les proches	Fiches action
Actualiser le site internet	N°26
Donner l'accès internet aux résidents pour communiquer avec leurs proches	
Adhérer au CCECQA médico-social et Hospimédia médico-social	
Rédiger un journal interne	N°27
Organiser des réunions de familles (3 par an)	
Organiser régulièrement des évènements avec les résidents et les familles	

Objectif : Développer les activités et les partenariats	Fiches action
Poursuivre le partenariat auprès des EHPAD du Bassin d'Arcachon	N°28
Mettre en place des ateliers AS/ASH	
Acquérir un véhicule pour favoriser les sorties des résidents (avec places pour fauteuils roulants)	
Mettre en place des sorties thérapeutiques	N°29
Mettre en place des animations intergénérationnelles	
Mettre en place des ateliers sur les droits et devoirs des résidents	
Faire participer le CVS au processus d'ouverture	
Développer le partenariat avec la cité	
Réaliser des enquêtes de satisfaction	

3. PROJET ARCHITECTURAL

Orientation 6 : Participer à la réflexion engagée sur le devenir de l'établissement et contribuer à la mise en œuvre du projet

Etat des lieux :

L'établissement est un bâtiment ancien, sur six niveaux et non adapté à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes : chambres de superficie insuffisante dont douze chambres doubles, des salles de bains non accessibles aux personnes à mobilité réduite. Il existe peu d'espaces de vie, pas de salon d'étage intermédiaire et un manque de locaux logistiques.

La structure a, cependant, fait l'objet de travaux récents sur les équipements techniques et les réseaux mais sans incidence sur la fonctionnalité.

L'organisation sur six niveaux est une contrainte majeure majorée par une surveillance infirmière difficile puisqu'il n'y a pas de relais soins et pas d'unité d'hébergement spécialisée et sécurisée.

Aujourd'hui, la population accueillie ne bénéficie pas d'un accompagnement spécifique avec une dissociation entre les résidents présentant des risques importants de déambulation ou des troubles du comportement avérés et les résidents nécessitant un accueil en structure ouverte.

Pour diminuer les risques, les résidents identifiés comme déambulant par le médecin coordonnateur portent un bracelet d'identification qui permet de vérifier l'identité du résident, le nom, adresse et coordonnées téléphoniques de la structure.

Actions d'amélioration :

Objectif : Participer à la définition du cadre architectural	Fiche action
Collaborer à la définition du meilleur projet architectural en lien avec le projet médical	N°30
Création d'un pôle Alzheimer (UPAD / PASA)	
Evaluer les besoins en termes de mobilier et matériel	

Objectif : Participer à la mise en œuvre du cadre organisationnel	Fiches action
Identifier les besoins en ressources humaines et participer à la mise en œuvre de la nouvelle organisation	N°31
Rédiger la charte de fonctionnement	
Identifier les besoins en formation (ASG...)	
Rédiger le projet médical et projet de soins (unités spécifiques, nombre de lits, profil des résidents)	N°32
Accompagner les équipes dans un contexte de changement	

IV. PROGRAMMES SUPPORT

Des programmes support viennent étayer la mise en œuvre des orientations stratégiques et des axes du projet d'établissement. Chaque programme détaillé est annexé à ce document.

A - Programme Qualité – Gestion des Risques

PREAMBULE

Le projet qualité 2011-2015 se conclut sur des résultats particulièrement positifs, alors qu'il a été mis en œuvre dans un contexte difficile, le transfert du Centre Hospitalier sur le nouveau site du Pôle de Santé d'Arcachon, en mars 2013, n'ayant précédé que d'un an, la visite des experts de la HAS, en février 2014, pour la certification V2010. Celle-ci a donné lieu, pour quatre ans, à une certification sans réserve, ni recommandation, comme pour seulement 20% des établissements de santé.

Le Centre Hospitalier d'Arcachon a également été doté d'un budget de 112 000 euros, en 2015, dans le cadre de l'expérimentation sur l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), liée aux Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).

Les démarches d'accréditation sectorielles, sur le laboratoire, par le COFRAC, et sur la maternité, par le label Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) ont aussi été couronnées de succès.

Les enjeux de la période 2016-2020, très ambitieux, s'inscrivent dans un contexte d'ouverture accru, en ciblant le parcours patient dans son intégralité.

Il s'agit, à la fois, d'intégrer la démarche qualité et gestion des risques dans la réalité quotidienne des professionnels de terrain, et de préparer la certification conjointe du Groupement hospitalier de Territoire « Alliance de Gironde ».

Ils se déclinent aussi au niveau du territoire de santé, dans le cadre du Contrat Local de Santé de la COBAS, des démarches de labellisation de parcours, et de la nouvelle mission de prévention 'hors les murs', coordonnée par un animateur de santé publique, nouveau métier hospitalier.

La politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques, de l'accueil et de la prise en charge des usagers, sur la période 2016-2020, implique un partenariat dynamique et pérenne de l'ensemble des professionnels du territoire, sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associant étroitement les représentants des usagers et les associations de patients.

1. Déployer le management de/par la qualité-sécurité, auprès des professionnels et au sein du GHT « Alliance Gironde »

1.1. Impliquer les responsables et les représentants des Pôles

1.1.1. Intégrer les cadres de Pôle au Comité Qualité et Gestion des Risques (CQGR)

Le CQGR est composé du médecin coordonnateur de la qualité et de la gestion des risques, de la directrice des soins, de l'ingénieur qualité, du cadre supérieur qualité et du directeur qualité. A compter de 2015, afin de déployer le management de la qualité au niveau des Pôles médicaux et médicotechniques, les cadres de Pôle participent à ses réunions mensuelles. Ils assurent ainsi le relai auprès des praticiens et des cadres de service, lors des Conseils de Pôle et des réunions des cadres de santé et bénéficient de formations relatives à la qualité, dispensées au niveau régional par le CCECQA. Le nouveau médecin coordonnateur qui a pris ses fonctions en 2015, s'est également inscrit sur une formation spécifique.

En fonction de l'ordre du jour, la composition du CQGR est élargie au gestionnaire de risque responsable notamment du Document Unique, aux vigilants et aux pilotes des processus identifiés dans le cadre du Manuel de Certification de la HAS.

Les missions du CQGR concernent la démarche qualité et de gestion des risques, liés aux soins et non liés aux soins, ainsi que l'accueil et la prise en charge des usagers. Il s'appuie sur des comités spécialisés : le groupe médicament, le groupe Dossier Patient, la Commission de Permanence des Soins et des Admissions Non Programmées (CPSANP), le CLUD, le CLAN, le Conseil de Bloc, le groupe communication...

La CME, la CSIRMT, la Commission des Usagers et le CHSCT contribuent à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre de la démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

1.1.2. Identifier un médecin responsable 'EPP-DPC' - par Pôle

En partenariat avec la Direction des Ressources Humaines, une Commission DPC est mise en place pour organiser et suivre les actions de DPC des praticiens. Parallèlement, la Commission de formation continue intègre chaque année au Plan de formation des axes institutionnels et des formations internes relatives à la qualité et à la gestion des risques.

Afin de promouvoir les EPP et d'en assurer une plus grande lisibilité, chaque chef de Pôle, en accord avec le Président de CME, identifie un praticien référent EPP sur son Pôle, qui participe aux réunions du CQGR dédiées à cette thématique.

1.1.3. Poursuivre l'intéressement des Pôles sur la base d'indicateurs qualité actualisés

Depuis 2014, un contrat de Pôle définit des engagements réciproques entre le directeur et chaque Chef de Pôle, aidé d'un directeur et d'un cadre référent du Pôle. Ce Contrat prévoit un budget d'intéressement collectif de 10 000 euros, basé sur 6 indicateurs qualité et 4 indicateurs médico-économiques. Chaque indicateur rapporte 1000 ou 500 euros, selon que son résultat annuel atteint totalement ou partiellement l'objectif fixé. Le suivi des contrats de Pôle est assuré au niveau des Conseils de Pôle et du Directoire.

Les critères d'intéressement collectif des Pôles sont les suivants :

- Indicateurs qualité et sécurité des soins
 - ✓ Le taux de retour des questionnaires de satisfaction des patients
 - ✓ Le taux de conformité de l'administration à la prescription du médicament

- ✓ Le taux de conformité du Document de sortie à remettre le jour de la sortie
 - ✓ Le taux de prescription d'albuminémie chez les patients à risque de dénutrition
 - ✓ Le taux de traçabilité de l'hypothèse diagnostique dans les prescriptions d'imagerie
 - ✓ Le taux de réponse aux appels à déclaration d'Infection Nosocomiale
- Indicateurs d'efficience médico-économique
 - ✓ Le taux de sortie avant midi
 - ✓ Le taux d'entrées programmées
 - ✓ Le taux d'actes de biologie par séjour
 - ✓ Le taux d'actes d'imagerie par séjour

Certains critères sont spécifiques à des Pôles, tels que les taux d'occupation et de débordement du bloc opératoire, ou le taux de lignes de produits pharmaceutiques achetés en marché...

Les critères d'intéressement sont remis en cause chaque année, en fonction de l'évolution de leur résultat ou de leur pertinence. Leur suivi sur le logiciel Qlikview doit être systématisé au niveau des Pôles, afin d'en avoir une meilleur lisibilité.

L'utilisation du budget d'intéressement est décidée par le Chef de Pôle, après concertation du Conseil de Pôle, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ou la qualité de vie au travail.

1.1.4. Prévoir un point « qualité » à l'ordre du jour de chaque Conseil de Pôle

Les Conseils de Pôle réunissant chaque trimestre les praticiens et les cadres du Pôle, il apparaît judicieux de systématiser un point relatif à la qualité et la sécurité des soins, comme cela est déjà fréquemment le cas.

Les sujets évoqués concernent notamment : le bilan annuel des évènements indésirables, les résultats des indicateurs IPAQSS, des indicateurs qualité d'intéressement des contrats internes, et les EPP.

Cette communication sur la démarche d'amélioration continue se veut non seulement élargie aux Conseils de Pôle mais aussi spécifique à chaque Pôle, de ce fait, les statistiques communiquées et les différents bilans sont recalculés par service et par Pôle. La communication faite en CME et en CSIRMT notamment, reste globale pour l'établissement.

1.2. Préparer la certification V2014

1.2.1. Former les pilotes de processus à la certification 2014

Le pilotage de chaque processus ou thématique du Manuel de la Certification est assuré par un groupe pluri-professionnel d'au moins 3 personnes. En 2015, tous les pilotes de processus ont bénéficié dans l'établissement d'une formation de deux jours relative aux nouvelles méthodes de la certification V2014, notamment l'audit de processus et le patient traceur. Les membres du CQGR ont également suivi des formations du CCECQA sur ces thématiques. Afin d'aider les pilotes des processus, le CQGR a formalisé, par processus, une fiche de recueil de données, récapitulant les documents, les résultats et les indicateurs acquis sur le processus. Le CQGR a rencontré tous les pilotes pour leur présenter cette fiche et le planning de préparation à la certification V2014. Un bilan régulier est prévu avec chaque pilote.

Le suivi opérationnel du déploiement de l'approche processus pour chaque thématique HAS est réparti entre le gestionnaire de risques et l'ingénieur qualité de l'établissement, qui se chargent d'animer la démarche, de sensibiliser les professionnels à l'approche processus et aux outils de travail proposés par le CQGR, et d'accompagner les pilotes sur la méthodologie et le rétro-planning de travail.

Le CQGR organise également des rencontres entre les différents pilotes des processus qui s'interfacent, les interfaces entre les processus étant la charnière source de risques critiques.

Les missions des pilotes de processus ont été présentées lors de ces rencontres avec le CQGR, et sont formalisées sur une fiche de mission remise à chaque pilote.

1.2.2. Développer l'évaluation des risques a priori

Des cartographies de processus et de risques sont formalisées depuis 2013 pour tous les secteurs à risque : les urgences, le bloc opératoire, l'anesthésie, l'endoscopie, la salle de naissance et l'informatique.

Pour prioriser au mieux les risques et les actions, ces cartographies de processus et de risques sont déployées à plusieurs des thématiques recensées dans le manuel de certification de la HAS :

- ✓ Management stratégique, gouvernance ;
- ✓ Qualité de vie au travail ;
- ✓ Management de la qualité et des risques ;
- ✓ Gestion du risque infectieux ;
- ✓ Droits des patients ;
- ✓ Parcours du patient ;
- ✓ Prise en charge de la douleur ;
- ✓ Prise en charge et droits des patients en fin de vie ;
- ✓ Dossier patient ;
- ✓ Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- ✓ Management de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- ✓ Biologie médicale ;
- ✓ Imagerie médicale ;
- ✓ Prise en charge des urgences et des soins non programmés ;
- ✓ Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire ;
- ✓ Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : endoscopie, salle de naissance ;
- ✓ Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique ;
- ✓ Gestion des ressources humaines ;
- ✓ Gestion des ressources financières ;
- ✓ Gestion du système d'information ;
- ✓ Processus logistiques (sécurité des biens et des personnes, infrastructures, restauration, linge, transport patient, achats, eau, air, énergie, déchets, équipements biomédicaux).

Pour la thématique « parcours du patient » plus particulièrement, il convient d'élargir ce travail aux différents parcours 'type' empruntés par le patient, suivant le profil de l'établissement : prise en charge en chirurgie conventionnelle, prise en charge en ambulatoire, prise en charge en secteurs de médecine conventionnelle, prise en charge en soins de suite et de réadaptation, prise en charge des populations spécifiques (personnes handicapées, personnes âgées, enfants, personnes démunies, porteuses de maladie chronique), prise en charge nutritionnelle, éducation thérapeutique du patient. D'autres thématiques peuvent faire aussi l'objet de plusieurs approches processus (secteurs logistiques).

1.2.3. Mettre en œuvre des EPP de ‘patients traceurs’ selon une méthodologie définie

La méthode du patient-traceur permet d’analyser de manière rétrospective le parcours d’un patient de l’amont de son hospitalisation jusqu’à l’aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Cette nouvelle méthode d’amélioration de la qualité des soins déployée à partir de 2015 par la Haute Autorité de Santé, présente une double-originalité : la prise en compte de l’expérience du patient (et/ou de son entourage, interviewé selon une grille pré-définie), et la réunion des différents professionnels ayant pris en charge le patient tout au long de son parcours. Elle se veut complémentaire des méthodes déjà approuvées : RMM, audit clinique et chemin clinique.

Le déploiement de cette méthode comme démarche d’EPP repose sur l’identification :

- ✓ D’animateurs : formés à la méthode du patient traceur et aux méthodes d’évaluation en général, reconnus en interne et ayant des compétences en animation de groupe (ils sont responsables de la coordination de l’évaluation, et de l’animation des rencontres) ;
- ✓ De référents : pilotes de l’EPP, ils sont sensibilisés, voire formés, à la méthode du patient traceur, ils représentent l’encadrement du secteur principalement concerné par le profil du patient-traceur retenu (ex : patiente prise en charge pour une césarienne en urgence, les référents sont médecin chef et le cadre de santé du service de gynécologie-obstétrique).

Les membres du CQGR sont formés en priorité à la méthode du patient traceur, auprès du CCECQA qui organise plusieurs sessions régionales annuelles, de manière à constituer en interne des « binômes-experts » (=animateurs). Seront formés dans un second temps, les futurs « binômes-référents » (médecin-cadre) directement concernés par les profils de patients traceurs retenus. Les binômes référents travaillent directement avec les « binômes-experts », garants de la méthodologie, pour préparer chaque évaluation.

Le CQGR propose plusieurs profils de patients-traceurs par Pôle, qui sont ensuite validés et communiqués aux instances (Conseils de Pôles, CME, CSIRMT).

Au moins une évaluation de type ‘patient-traceur’ est menée chaque année pour chaque pôle (soit minimum trois patients traceurs par an).

Pour débiter le déploiement de cette nouvelle méthode d’EPP, l’établissement s’est inscrit au projet régional COSMOS, porté par le CCECQA, pour la réalisation d’évaluation de parcours de patients inter-établissements (entre le sanitaire et le médico-social), fin d’année 2015 et début d’année 2016. L’établissement s’est inscrit avec l’EHPAD Larrieu, d’une part, pour évaluer le circuit de la personne âgée résidente à l’EHPAD nécessitant une prise en charge MCO, et d’autre part avec la MAS Biganos de l’ADAPEI, pour l’évaluation du parcours de la personne handicapée prise en charge aux urgences. Cette méthode d’évaluation d’un parcours patient, à son entrée et à sa sortie, entre deux structures, est à renouveler, notamment dans le cadre de la thématique ‘Parcours du Patient’ de la HAS.

1.2.4. Préparer le Compte Qualité en priorisant les risques et les actions d’amélioration

Le Programme d’Amélioration de la Qualité (PAQ) 2010-2015 de l’établissement, organisé en quatre volets (Non lié aux soins – Lié aux soins – Médicament/DM – Risque infectieux), rassemble toutes les actions d’amélioration identifiées par thématique ou processus. Il définit, pour chaque action, le(s) responsable(s), l’échéancier, le niveau de réalisation et l’indicateur de résultat.

Le PAQ 2016-2020 intègre un critère de priorité issu du travail de priorisation mené par chaque binôme pilote de processus. Son suivi sera optimisé par son intégration au logiciel Ennov. L'informatisation du PAQ vise à assurer la mise en œuvre des actions de façon plus rigoureuse.

1.3. Intégrer la démarche qualité et gestion des risques dans les pratiques quotidiennes

1.3.1. Associer les référents des services de soins à la démarche qualité

Dans chaque service de soins, des référents soignants sont identifiés sur des thématiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins : Médicament – Douleur – Nutrition – Hygiène – Dossier patient/Transmissions ciblées – Linge – Chariot urgence – Bienveillance – Plaies/Cicatrisations – Qualité-GDR – Tutorat élève ...

Leur liste nominative est annexée à la carte d'identité du service, et leurs missions sont précisées dans des fiches de poste, au moins pour les référents médicament, douleur et hygiène.

Des adresses mail doivent être créées à leur intention afin d'améliorer la communication directe avec eux de documents (comptes rendus réunions, protocoles, documents de travail) et des signalements d'évènements indésirables via eNNOV.

Ces référents participent, dans la mesure du possible, aux comités spécialisés (CLUD, CLAN, Groupe médicament...), et à la mise en œuvre sur le terrain des actions d'amélioration issues des analyse de risques, a priori et a posteriori de leur secteur.

1.3.2. Assurer une communication régulière sur la démarche qualité et les indicateurs

Pour encourager les professionnels de santé à participer à la démarche qualité, il est nécessaire de les informer régulièrement sur les risques, les actions et les indicateurs propres à leur secteur. Le bilan annuel de la politique qualité présenté aux instances sera complété par un rapport détaillé tant sur le management global de la qualité-gestion des risques de l'établissement que sur la démarche et les résultats propres à chaque service. Ce bilan annuel par service sera diffusé annuellement et accompagné d'une présentation orale spécifique.

A compter de janvier 2017, des staffs hebdomadaires qualité sont organisés dans chaque service, sur la base d'un planning accessible à tous sur Partage, afin d'animer la démarche qualité-gestion des risques, et de coordonner les interventions des différents pilotes de processus.

Les cadres sont responsables de la mise à jour du Classeur Qualité-Gestion des risques mis en place dans les services de soins.

1.3.3. Formaliser une charte d'organisation et de fonctionnement des services de soins

A partir des cartes d'identité des services réalisées par les cadres de santé, sous l'égide de la direction des soins, chaque chef de service, doit formaliser, avec l'appui du CQGR, une charte d'organisation et de fonctionnement de son service, s'inscrivant dans les axes stratégiques du projet d'Etablissement, et participant à la qualité et à la sécurité des soins : Développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de jour – Raccourcissement des durées de séjour et d'attente aux urgences en augmentant les sorties avant midi – Augmentation des hospitalisations programmées – Amélioration du lien ville-hôpital par l'identification d'un numéro de téléphone médical unique – Articulation de l'organisation médicale et paramédicale... Cette charte s'inspire du guide de l'ANAP sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux.

1.3.4. Améliorer l'accessibilité à la gestion documentaire et exploiter le potentiel du logiciel eNNOV

Deux modules du logiciel eNNOV sont déployés depuis janvier 2013 et accessibles sur l'ensemble des postes informatiques de l'établissement, depuis le portail intranet : eNNOV Doc et eNNOV Process.

Le module eNNOV Doc permet de gérer de manière électronique toute la gestion documentaire de l'établissement selon le cycle de vie prévue par la procédure « des procédures » : rédaction/actualisation, relecture, signature, diffusion, consultation, archivage.

Le module eNNOV Process permet de dématérialiser les flux de travail collaboratif (logiciel de workflow). Il est actuellement utilisé uniquement pour la gestion des évènements indésirables (création, traitement, statistiques).

Le premier objectif est d'installer au second semestre 2016 la nouvelle version du logiciel (version n°7) développée par l'éditeur.

Cette nouvelle version propose:

- ✓ Un nouveau moteur de recherche épuré (« à la Google », avec des propositions de filtres) et unique pour les deux modules : les résultats de la recherche proposent à la fois des documents et des fiches d'évènements indésirables ;
- ✓ Un tableau de bord pour les responsables, qui centralise les documents à signer et les fiches d'évènements indésirables à traiter (par exemple) ;
- ✓ Une meilleure ergonomie du logiciel (réduction de la taille des boutons, navigateur masqué, sous-navigateurs repliés, gain de temps à chaque changement de page, possibilités d'avoir plusieurs documents ouverts simultanément) ;
- ✓ Une présentation plus actuelle (design, couleurs) ;
- ✓ La possibilité de faire des liens entre les documents et les fiches d'évènements indésirables ;
- ✓ Une simplification des utilitaires pour le paramétrage réalisé au quotidien par les administrateurs du logiciel.

De la même manière que pour le déploiement initial d'eNNOV dans l'établissement en 2013, cette nouvelle version sera accompagnée auprès des professionnels par : des guides utilisateurs (versions courtes et versions longues en fonction des profils utilisateurs), des sessions de formation organisées par groupe de niveaux auprès des profils émetteurs, ainsi que des présentations brèves dans les services et au cours des réunions des instances.

Le second objectif est d'exploiter davantage le logiciel :

À l'issue de l'élaboration des cartographies par thématique, il sera aisé d'identifier les documents (procédures/mode-opératoires, etc.) utiles à chaque étape de chaque processus. Dans eNNOV Doc il est possible de paramétrer la présentation et le classement de la gestion documentaire par processus : à partir d'une cartographie globale de l'établissement, des liens hypertextes renvoient vers les cartographies de chaque processus et les documents de chaque étape.

Dans eNNOV Process, comme son nom l'indique, il est possible de dématérialiser les flux pour tout type de processus : fiches actions, réclamations, EI, audit, enquête, etc. qui requièrent la participation de plusieurs professionnels.

Pour la période 2016-2020, il est prévu d'une part, de paramétrer le PAQSS global de l'établissement (qui centralise en 4 volets toutes les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins) dans eNNOV : une

vue permettra à tous les professionnels d'accéder au PAQSS actualisé en temps réel, via cet unique point d'entrée. Pour ce faire, un formulaire 'fiche action' et des workflow doivent être paramétrés ainsi qu'une vue et des requêtes permettant des extractions sur Excel, et surtout une meilleure accessibilité des professionnels aux plans d'actions de leurs secteurs.

D'autre part, il pourra être paramétré dans un second temps, à partir de 2018 ou 2019, la gestion des réclamations des patients sur eNNOV. Ce projet permettrait de centraliser sur chaque formulaire « réclamation patient » l'ensemble des échanges : envoi de la réclamation aux responsables concernés, recueil des éléments de réponse, génération d'un rapport à l'en-tête du service concerné, accès en temps réel au registre actualisé des réclamations, présentation aisée en réunion de la commission des usagers, etc.

À terme, l'utilisation du module eNNOV Process pourrait être élargie à plusieurs autres process : enquêtes, audits, etc.

1.3.5. Développer le e-learning

En outre, l'enquête de satisfaction des agents sur la qualité de vie au travail, menée dans le cadre de l'expérimentation CLARTE, en 2012-2013, montre des résultats médiocres concernant la formation continue, et l'établissement rencontre de plus en plus de difficultés à organiser des formations internes réunissant un nombre suffisant de professionnels. Face à ces constats, la direction des soins développe des formations en e-learning, en 2014-2015 sur la sécurité transfusionnelle, et en 2015-2016 sur la sécurisation du circuit du médicament. Ce nouveau mode de formation est appelé à se pérenniser, particulièrement sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins.

Les thématiques de formation qualité-gestion des risques attendues par la HAS auprès des professionnels sont, a minima, les suivantes :

- ✓ Droits des patients ;
- ✓ Hygiène des locaux ;
- ✓ Gestion des déchets ;
- ✓ Utilisation des supports de signalement des EI ;
- ✓ Processus de hiérarchisation et d'analyse des causes ;
- ✓ Hygiène et prévention du risque infectieux ;
- ✓ Bon usage des antibiotiques ;
- ✓ Démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins ;
- ✓ Prise en charge de la douleur ;
- ✓ Démarche palliative ;
- ✓ Surveillance et prévention des erreurs d'identification du patient ;
- ✓ Accueil et écoute du patient ;
- ✓ Identification et prise en charge des populations spécifiques ;
- ✓ Prise en charge des patients présentant un risque suicidaire ;
- ✓ Risque d'erreurs médicamenteuses ;
- ✓ Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ;
- ✓ Éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ Accueil et orientation des patients (urgences).

1.4. Préparer la certification commune du GHT « Alliance de Gironde »

1.4.1. Piloter le groupe 'qualité' mis en place dans le cadre de la CHT

Depuis 2015, le Centre Hospitalier d'Arcachon co-pilote, avec le CH Charles Perrens, le groupe 'Qualité' mis en place dans le cadre de la CHT, puis du GHT 'Alliance' de Gironde. Ce groupe, composé des directeurs qualité, médecins coordonnateur et ingénieurs qualité des établissements membres, partage des informations, des

documents, et mène des analyses d'EI inter-établissements le cas échéant. En 2017, il met en place un groupe relatif à l'hygiène hospitalière, ainsi que quatre groupes opérationnels pour mettre en œuvre les actions identifiées, par axe stratégique, dans le projet qualité du GHT.

Le projet qualité du GHT compte 4 objectifs stratégiques, déclinés en objectifs opérationnels et fiches actions :

Objectif stratégique n°1 : Promouvoir l'élaboration et la mise à disposition d'outils d'évaluation pour les filières de soins.

- Objectif opérationnel n°1 : **établir un tableau de bord des indicateurs IPAQSS et de satisfaction du patient pour le GHT**
- Objectif opérationnel n°2 : **évaluer la qualité des parcours patients en réalisant des patients traceurs inter-établissements** (exemples : psychiatrie/MCO, cancérologie, cardiologie, etc.)
- Objectif opérationnel n°3 : **recenser et accompagner la mise en place d'outils d'évaluation ou de méthodes d'analyse des pratiques au niveau des filières** (exemples : indicateurs, RCP, GAP, etc.)

Objectif stratégique n°2: Promouvoir le signalement des événements indésirables et développer une culture positive de l'erreur

- Objectif opérationnel n°1 : **Elaborer et diffuser une charte commune de signalement**
- Objectif opérationnel n°2 : **Analyser les signalements d'événements indésirables inter-établissements**
- Objectif opérationnel n°3 : **Réaliser des retours d'expériences sur les événements indésirables graves**

Objectif stratégique n°3: Mettre en œuvre des projets communs d'amélioration de la pertinence des soins

- Objectif opérationnel n°1 : **mutualiser des méthodes et outils d'analyse de la pertinence des soins** (ex : prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, etc.).
- Objectif opérationnel n°2 : **initier une démarche territoriale d'analyse de la pertinence des examens de biologie**
- Objectif opérationnel n°3 : **initier une démarche territoriale d'analyse de la pertinence des examens d'imagerie**

Objectif stratégique n°4 : Conduire la démarche de certification conjointe au niveau du GHT

- Objectif opérationnel n°1 : **mettre en œuvre une démarche de certification synchronisée dans la période transitoire 2017-2019**
- Objectif opérationnel n°2 : **Préparer le compte qualité unique dans le cadre de la certification commune (à partir de 2020)**
- Objectif opérationnel n°3 : **Organiser le déroulement de la visite des experts visiteurs dans le cadre de la certification commune (à partir de 2020)**

1.4.2. Définir les modalités de préparation la certification commune de la GHT

La loi 'Santé' de 2016 rend obligatoire pour les GHT une certification commune à compter de janvier 2020. Certains établissements du GHT de Gironde étant concernés par la prochaine visite de certification en 2020, il apparaît nécessaire de définir les modalités de préparation de la certification commune, et de solliciter, le cas échéant, un accompagnement de la HAS.

Les thématiques évoquées pour débiter une certification synchronisée sont les suivantes : Management de la qualité et de la gestion des risques – Gestion du système d'information – Identitovigilance – Maîtrise du risque infectieux – Droits des patients.

2. Développer les parcours de soins coordonnés ville-hôpital, l'éducation thérapeutique et la prévention « hors les murs », en lien avec le contrat local de santé

2.1. Porter la MAIA et les labellisations de parcours de santé, pour la personne âgée et en addictologie en vue d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) aux porteurs de maladie chronique

2.1.1. Obtenir la labellisation de parcours de santé, pour la personne âgée, et en addictologie

En septembre 2015, l'ARS a pré-labellisé le parcours de santé de la personne âgée sur le Bassin d'Arcachon, porté par le Centre Hospitalier d'Arcachon, avec tous les promoteurs associés. Cette pré-labellisation reconnaît la dynamique partenariale impulsée par le Centre Hospitalier pour améliorer ce parcours. Deux années sont prévues pour mettre en œuvre les actions d'amélioration et obtenir la labellisation. Les trois axes stratégiques identifiés concernent la coordination des professionnels, l'information des personnes et l'harmonisation des pratiques, à savoir la mise en place d'une MAIA, d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) et d'un CLIC. Suite à l'appel à projet du CNSA en 2015, le CH d'Arcachon a mis en œuvre la MAIA du Bassin d'Arcachon, qui assure le suivi de la démarche de labellisation, dans le cadre de ses tables de concertation stratégique et tactique. Le CLIC est inscrit dans les projets du Conseil Départemental, et le CH d'Arcachon autofinance, depuis janvier 2016, une EMG intra-hospitalière, dont le déploiement extrahospitalier est prévu en 2018.

En 2016, le CH d'Arcachon co-pilote, avec le CEID, une démarche expérimentale de labellisation du parcours de santé en addictologie, sur la COBAS. Outre l'amélioration de la coordination des acteurs identifiée comme axe principal d'amélioration, par la demande d'un temps de coordinateur au CEID, il est prévu au niveau du CH d'Arcachon, de mettre en place une ELSA, en complément des activités de consultation externe et d'éducation thérapeutique de l'Unité de Nutrition-Addictologie, et de développer un programme de prévention 'hors les murs' en lien avec l'addictologie.

Le CH d'Arcachon s'inscrira sur toutes les autres démarches de labellisation lancées par l'ARS.

2.1.2. Mettre en place un Comité Ville-Hôpital pour optimiser les parcours patient et évaluer la satisfaction des partenaires externes

En juin 2016, le CH d'Arcachon réunit un Comité Ville-Hôpital, composé des représentants des services de soins hospitaliers, et des partenaires externes : médecins et infirmiers libéraux – SSR – Kinésithérapeute – SSR – Associations de patients. L'objectif est d'améliorer les parcours de soins, en amont et en aval de l'hospitalisation.

A partir d'une fiche de recensement des points forts et des points à améliorer, adressée aux praticiens hospitaliers et aux partenaires externes du territoire, une politique du parcours patient sera définie, identifiant les risques et actions prioritaires.

Certaines actions sont déjà identifiées :

- ✓ Communiquer aux médecins libéraux un numéro de téléphone unique par service, afin d'améliorer le contact médical ;
- ✓ Collaborer avec le SSR La Rose des Sables, spécialisé en gériatrie à compter de 2016, pour développer la pré-habilitation chirurgicale du patient âgé ;
- ✓ Organiser la PASS sur les consultations externes et mettre en œuvre une PASS mobile, conformément au dossier adressé à l'ARS ;
- ✓ Formaliser le parcours du patient porteur de handicap, suite au patient traceur inter-établissement avec la MAS de Biganos, dans le cadre du projet COSMOS du CCECQA.

- ✓ Actualiser la convention avec le CH Charles Perrens concernant la prise en charge psychiatrique des patients.

Les attentes du CH d'Arcachon ont principalement trait au développement de l'ambulatoire, de la programmation des hospitalisations, à la réduction de la durée de séjour par l'anticipation de la sortie. La participation des services de maternité et de chirurgie orthopédique au programme PRADO de l'assurance maladie, en 2016, s'inscrit dans cette dynamique. Outre son partenariat avec les HAD et SSIAD du territoire, l'établissement doit renforcer ses liens avec les infirmiers libéraux, et assurer une meilleure lisibilité de l'offre des prestataires de soins, en formalisant une charte d'utilisation. Un partenariat avec des 'hôtels hospitaliers' à proximité du CH est à étudier.

Afin de réduire les délais d'attente, la gestion des facturations et améliorer l'accueil et le circuit du consultant et du patient, l'organisation des consultations externes doit être optimisée et suivie, à partir d'un management spécifique et centralisé.

Les partenaires externes demandent à raccourcir les délais d'accès à l'imagerie, à fluidifier les communications ville-hôpital, à mieux connaître les activités développées par le Centre Hospitalier.

Depuis 2010, le CH d'Arcachon adresse une Lettre semestrielle à tous les professionnels de santé de son territoire pour les informer de l'évolution de l'offre de soins, des départs et arrivées de praticiens, et de l'actualité institutionnelle. Il mène des enquêtes de satisfaction auprès de ceux-ci, tous les deux à trois ans.

2.1.3. Déployer la plateforme d'échanges pluri-professionnels PAACO sur le territoire

Le CH d'Arcachon doit participer à la plateforme d'échanges sécurisée PAACO, à un double titre :

- ✓ La coopération avec le Territoire de Soins Numérique (TSN) mis en place dans les Landes, en lien avec le CH de Mont-de-Marsan. Des 2016, une expérimentation est menée au niveau des services de gériatrie et de médecine interne ;
- ✓ La coopération avec la MAIA sur le territoire du Bassin d'Arcachon.

2.1.4. Mettre en place une Plateforme Territoriale d'Appui pour les malades chroniques

Suite au décret du 4 juillet 2016, et dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS, le CH d'Arcachon souhaite s'engager dans une Plateforme Territoriale d'Appui, sur la base de la MAIA, étendue à toutes les pathologies chroniques. Cette Plateforme serait portée avec les professionnels de santé libéraux. Un projet, présenté à l'ARS début 2017, est en cours d'examen.

2.2. Améliorer la qualité de tenue du dossier patient et le lien ville-hôpital

Suite à sa dernière visite de gestion de risque, l'assureur du CH d'Arcachon, la SHAM, recommande d'améliorer la traçabilité de l'observation médicale en chirurgie.

Les résultats des IPAQSS relatifs à la Tenue du Dossier Patient (TDP) en 2016 montrent un taux de conformité global de 90% en MCO, de 89% en anesthésie, de 82% en SSR, et de 74% pour les RCP.

Ceux du TDP version 2, de 85% en MCO, et de 84% en SSR, font apparaître des axes d'amélioration :

2.2.1. Systématiser la remise de la lettre de liaison au patient le jour de sa sortie, et tracer tous les éléments nécessaires à la coordination en aval

Si certains services tels que la gériatrie remettent systématiquement le document de sortie, à la sortie, une organisation est à mettre en place au niveau de plusieurs autres, avec les secrétariats, pour atteindre cet objectif.

Il convient de tracer systématiquement la réalisation, ou non, d'un test de portage de BMR ou BHR, ainsi que d'une transfusion. Le traitement médicamenteux habituel à l'entrée doit être mentionné et le traitement de sortie est à préciser intégralement (la voie d'administration et la durée de traitement sont parfois omis).

2.2.2. Renseigner le projet thérapeutique pour tout patient de SSR, avec sa participation

Il convient de tracer systématiquement le projet thérapeutique, élaboré par une équipe pluridisciplinaire, ainsi que la participation ou l'accord du patient.

2.2.3. Améliorer la traçabilité liée à l'identitovigilance, et à la gestion des risques anesthésiques, médicamenteux, nutritionnels et d'escarre

Sur le plan de l'identitovigilance, il convient de faire figurer le numéro de l'Identifiant Personnel du Patient (IPP) sur tous les documents du dossier patient, en recto et verso. Les documents externes numérisés ne doivent plus être conservés dans le dossier papier.

Concernant l'anesthésie, il convient de tracer systématiquement la date, et le contenu de la Visite Pré-Anesthésique (VPA), ainsi que le nom du médecin anesthésiste, qui manque parfois pour les interventions programmées.

Concernant le risque médicamenteux, il faut tracer systématiquement la justification en cas de non administration du médicament. Dans l'examen médical d'entrée, le traitement habituel, les antécédents et les facteurs de risque doivent toujours figurer, ainsi que les conclusions de cet examen clinique initial. Le traitement de sortie doit préciser la voie d'administration et la durée du traitement.

Concernant le dépistage des troubles nutritionnels, la variation de poids doit être systématiquement notée, au cours des deux premiers jours d'hospitalisation, en plus du poids, de l'IMC et de leur réévaluation, tant en MCO, qu'en SSR.

Le risque d'escarre doit également être systématiquement tracé, en MCO et en SSR.

2.2.4. Accompagner la mise en place de la Messagerie Sécurisée en Santé (MSS) auprès des médecins libéraux

Le déploiement de la MSS au CH d'Arcachon est entamé depuis 2017, sur la base d'une campagne de communication auprès des médecins libéraux, en lien avec Télésanté Aquitaine.

2.2.5. Améliorer la traçabilité des RCP en cancérologie, avec le CHU

Le CH d'Arcachon réalise toutes ses RCP de digestif et de gynécologie, avec le CHU, soit en visio conférence, soit avec un praticien du CHU sur site, concernant la chimiothérapie, dispensée en tant qu'établissement associé du CHU, depuis début 2015.

2.2.6. Poursuivre les audits réguliers sur la tenue du dossier de soins

Pour compléter le recueil national biennal IPAQSS de la HAS sur la tenue du dossier patient en MCO et en SSR, un audit biennal de la tenue du dossier de soins est mené en alternance.

À cette fin, un binôme pilote de cadres paramédicaux, en lien avec le groupe dossier patient et le CQGR, organise cette évaluation : méthodologie, grille, exploitation des résultats et communication.

La grille d'audit est actualisée à chaque recueil en fonction des résultats aux indicateurs IPAQSS obligatoires, des résultats d'autres audits (exemples : administration des médicaments, identitovigilance), et d'autres sources de données telles que les cartographies de risques, les événements indésirables, les réclamations de patients, etc.

Les cadres pilotes organisent tous les ans en fin d'année, une formation des personnels soignants construite à partir des résultats des recueils IPAQSS ou de l'audit interne, intégrant l'évolution de l'outil informatique de gestion du dossier patient sur Crossway.

Mensuellement, un audit d'un dossier par service de soins est réalisé par les cadres paramédicaux pour assurer un suivi plus fréquent de la qualité des dossiers de soins et des réajustements de pratique en temps réel (traçabilité, qualité des transmissions et du raisonnement clinique, etc.).

Cette évaluation est aussi pilotée par un binôme pilote de cadres paramédicaux sous la direction des soins, et résulte des principaux points à améliorer identifiés lors du recueil annuel (IPAQSS ou audit interne annuel en alternance).

Ces audits réguliers des dossiers de soins sont valorisés en démarche institutionnelle d'EPP, et de ce fait, sont intégrés au compte qualité.

2.3. Optimiser le fonctionnement de l'unité ambulatoire et des urgences, en collaboration avec les médecins libéraux

La chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour et les urgences représentent des enjeux majeurs d'efficacité et de qualité de prise en charge. Le virage ambulatoire est l'un des axes principaux du Plan national triennal d'économie 2015-2017. En 2014, le taux de chirurgie ambulatoire du CH d'Arcachon est de 38,8%, pour un objectif cible en 2017, de 44,9%. Si on ne tient pas compte des entrées par les urgences, ce taux s'élève à 61,1%. La réduction des entrées par les urgences au profit d'entrées directes et programmées est aussi un axe majeur d'efficacité et de fluidité de prise en charge.

2.3.1. Définir un plan d'actions suite au benchmarking régional sur la chirurgie ambulatoire

L'établissement a participé à la démarche de parangonnage régional sur la chirurgie ambulatoire et les blocs, restituée en décembre 2015, à la suite de laquelle il a fait intervenir le Cabinet CERCLH pour approfondir le diagnostic et les pistes d'amélioration.

Le diagnostic fait apparaître :

- ✓ Une occupation faible, avec un taux de rotation à 80%, pour une valeur cible de 130 à 150% ;
- ✓ Des indicateurs qualité à améliorer : Le taux d'attente pré-bloc dépasse 1h pour la moitié des séjours, le taux d'annulation s'élève à 17%, le Compte-Rendu Opératoire (CROP) n'est remis à la sortie que pour la moitié des séjours, et l'appel du lendemain n'est réalisé que pour 69% des séjours.
- ✓ Une saturation vécue au sein de l'unité
- ✓ Une organisation des flux pouvant être optimisée : Le délai moyen entre la sortie de la salle de bloc et la sortie de SSPI est d'1h, alors qu'il ne devrait pas dépasser 30 minutes, et le délai moyen entre la collation et la sortie de l'unité ambulatoire atteint presque 4h, alors qu'il ne devrait pas dépasser 1h30.

Les axes d'amélioration présentés aux professionnels, en mai 2016, sont les suivants :

⇒ Concernant l'Unité Ambulatoire

- A court terme
 - ✓ Optimiser à ressources constantes les flux de patients : Planifier des prises en charge l'après-midi, et depuis les urgences – Coordonner les activités de médecine et de chirurgie – Coordonner la programmation des interventions entre le Bloc et l'Unité Ambulatoire.
 - ✓ Améliorer la qualité de prise en charge des patients : Remettre le compte-rendu et l'ordonnance de sortie à la sortie – Adapter la durée de séjour à la prise en charge – Aménager et utiliser le salon de sortie.
- A plus long terme
 - ✓ Protocoliser la sortie avec des signatures anticipées
 - ✓ Augmenter le nombre de places, en doublant les chambres, en adéquation avec les effectifs
 - ✓ Augmenter l'activité de médecine, notamment avec l'oncohématologie

- ✓ Mettre en place une ‘marche en avant’, avec salon d’entrée, vestiaires, trajet au bloc à pied
- ✓ Optimiser le secrétariat de l’ambulatoire

⇒ **Concernant le Bloc opératoire**

- A court terme
 - ✓ Refonte du capacitaire des vacations, d’après l’activité
 - ✓ Réduction des pertes d’occupation, liés aux démarrages tardifs et temps inter interventions
 - ✓ Coordination de la programmation entre le Bloc et L’Unité Ambulatoire
 - ✓ Organisation des sorties des parcours courts en Unité Ambulatoire : patients identifiés et signatures anticipées en SSPI, anticipation des ordonnances
- A plus long terme
 - ✓ Suivi des indicateurs de performance par spécialité (Taux de Vacation Offert) : adéquation TROS/TVO – Composition du temps non utilisé – Débordement
 - ✓ Planification des durées d’intervention par couple PEC-Opérateur
 - ✓ Réajustement de la Charte de Bloc

Une planification commune entre le Bloc et L’Unité Ambulatoire doit être réalisée chaque jour :

- ✓ D’après les disponibilités de l’Unité Ambulatoire, en tenant compte de l’activité de médecine, du planning des vacations, de l’objectif de prise en charge de patients l’après-midi
- ✓ D’après les vacations prévues au Bloc, avec prise en compte d’une marge pour les urgences, d’un objectif maximum de 80% d’occupation du TVO, d’organisations facilitant les sorties de l’Unité Ambulatoire (coupures repas organisées, demi-vacations par spécialité ou opérateur, décalage du début du programme pour 2 salles sur 4), des congés des chirurgiens.

Cette planification sera réévaluée à chaque arrivée ou départ d’opérateur, et en fonction des indicateurs de performance.

Suite à un appel à projet de l’ARS relatif au soutien à l’ambulatoire, le CH d’Arcachon doit installer, en 2018, un logiciel de programmation, avec un appui financier de 100 000 euros.

Le parangonnage régional de 2015 a été renouvelé en 2017, avec la participation du CH d’Arcachon.

2.3.2. Créer un Comité Ambulatoire pour assurer la démarche qualité-gestion des risques

La mise en place d’un Comité Ambulatoire s’avère nécessaire, suite à la note d’information ministérielle du 24 mai 2016 relative aux points critiques et récurrents et à la mise en œuvre pour l’activité de chirurgie ambulatoire de la politique d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques.

Ses missions sont de :

- ✓ Formaliser le Manuel Qualité de la chirurgie ambulatoire : cartographie de processus, liste des procédures, activité...
- ✓ Elaborer un programme d’actions, à partir de l’analyse des risques a priori et a posteriori (CREX ambulatoire), et des démarches d’EPP-DPC (patient traceur notamment), et du suivi des indicateurs d’évaluation du processus
- ✓ Assurer la communication en externe, auprès des professionnels de santé libéraux, et en interne.
Le Comité Ambulatoire doit également inclure dans ses missions l’activité de l’hôpital de jour de médecine.

2.3.3. Mettre en œuvre les actions d'amélioration définies pour le service des urgences

Suite à l'évaluation de la qualité de la prise en charge menée par l'ARS le 23 juin 2015, les actions d'amélioration communiquées à l'établissement en avril 2016, sont les suivantes :

- ✓ Marquer une zone de confidentialité à l'accueil
- ✓ Pérenniser l'équipe médicale et la chefferie de service
- ✓ Réorganiser la filière pédiatrique, tant sur le plan des locaux que de la prise en charge
- ✓ Structurer une Equipe Mobile de Gériatrie aux urgences
- ✓ Améliorer la prise en charge des AVC avec la télé-thrombolyse et l'UNV
- ✓ Dispenser une formation d'adaptation à l'emploi pour les personnels assurant une fonction d'ambulancier au SMUR
- ✓ Conforter le partenariat avec la médecine de ville

L'axe stratégique prioritaire du Contrat Local de Santé de la COBAS est l'amélioration du fonctionnement de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA). Depuis septembre 2015, le Centre Hospitalier d'Arcachon a proposé, en concertation avec les représentants médicaux des trois secteurs de la COBAS, de réorganiser la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de permanence de médecine générale entre le CH d'Arcachon et les médecins généralistes. Par rapport à une Maison Médicale de Garde fondée sur une simple convention, le GCS présente des avantages certains : un accès par les praticiens libéraux aux examens médicotechniques, permettant une plus grande activité pour cette filière de médecine générale, l'organisation du tiers payant par le centre hospitalier, rendant cette filière accessible à tous, et supprimant tout risque de non payé pour les praticiens. Cette proposition ayant été refusée par une courte majorité de médecins, lors d'un vote organisé par l'ARS, le CH d'Arcachon associe temporairement des médecins libéraux volontaires, à la prise en charge des urgences durant la période estivale de 2016, sur les pics d'activité constatés le soir et les week-ends. Le projet de MMG est repris en 2017 par l'ARS.

Le Plan Hôpital en Tension devra aussi être actualisé avec la mise en place du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), et la Commission de la Permanence des Soins et des Admissions Non Programmées (CPSANP) doit poursuivre son analyse des EI dans le cadre d'un CREX, et systématiser le suivi d'indicateurs d'activité et de qualité.

Le règlement intérieur des urgences est à actualiser en conséquence.

2.3.4. Evaluer la prise en charge de l'urgence vitale au sein de l'établissement

A partir du signalement d'EI et des résultats d'une action de simulation en santé sur des gestes d'urgences vitales, des actions d'amélioration seront identifiées dans les services de soins.

2.4. Développer des programmes d'éducation thérapeutique, et de prévention 'hors les murs' coordonnés par un animateur de santé publique

2.4.1. Elargir l'offre d'éducation thérapeutique

Depuis avril 2011, l'Unité de Nutrition Addictologie du CH d'Arcachon est autorisée à un programme d'éducation thérapeutique en addictologie.

L'élargissement de l'offre d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement est prévu, en collaboration avec le Centre d'Education Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine (CETBA), par :

- ✓ La mise en place par le CETBA au sein du CH d'Arcachon de programmes d'éducation thérapeutique pour lesquels il est autorisé :

Des ateliers pour patients polypathologiques sont déjà mis en œuvre, tous les vendredis après-midis, à la Maison des Usagers. Le CETBA propose de dispenser également des programmes sur l'asthme, ainsi que sur le diabète gestationnel, avec ses propres éducateurs.

- ✓ L'accompagnement par le CETBA de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique portés par le CH d'Arcachon :

Les pathologies chroniques identifiées sont les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie de Parkinson et la Sclérose en Plaques, ainsi que la réadaptation cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le CETBA pourra l'accompagner et lui proposer des formations validantes aux équipes concernées.

L'élargissement de l'offre d'éducation thérapeutique s'effectuera en partenariat avec les associations de patients intervenant à la Maison des Usagers.

2.4.2. Mettre en œuvre et déployer la prévention 'hors les murs'

Grâce au recrutement d'un animateur de santé publique, depuis janvier 2016, financé par l'ARS, le CH d'Arcachon est en mesure de développer des programmes de prévention 'hors les murs' sur son territoire, dans le cadre d'appels à projets régionaux.

De 2015 à 2017, deux programmes sont mis en œuvre :

- ✓ La promotion d'une activité physique adaptée, pour les personnes en surpoids ou obèses et les personnes atteintes de cancer, en partenariat avec l'association Prof'APA. Sur production d'un certificat médical d'absence de contre-indication, ces personnes ont droit, durant 3 mois, à deux séances hebdomadaires d'activité physique adaptée, organisées dans les locaux du CH d'Arcachon. Un partenariat est mis en place avec les clubs et structures sportives du territoire pour inciter les personnes à poursuivre une activité physique, selon des modalités adaptées.
- ✓ La prévention des risques liés au vieillissement, par :
 - L'organisation des conférences, réunions de sensibilisation et ateliers de l'ASEPT (Association Santé, Education et Prévention sur les Territoires), ouverts gratuitement aux plus de 55 ans, en coordination avec les CCAS de la COBAS ;
 - La mise en œuvre de formations des auxiliaires de vie des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, par les professionnels de santé du CH d'Arcachon ;
 - La sensibilisation des médecins généralistes libéraux au repérage et à l'évaluation du risque de chute par un ergothérapeute recruté à temps partiel.

En 2016, deux nouveaux programmes sont sollicités :

- ✓ L'un vise à étendre la promotion de l'activité physique adaptée, aux personnes atteintes de douleur chronique, et aux personnes vieillissantes ;
- ✓ L'autre, ciblé sur la prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires, prévoit des actions de prévention au sein des collèges et des lycées, notamment dans le cadre de la campagne nationale de novembre du 'Moi(s) sans tabac'.

Ces programmes sont définis et réalisés également dans le cadre du Contrat Local de Santé.

3. Promouvoir l'efficience et la gestion des risques dans l'évaluation des pratiques

La numérisation du recueil de tous les audits et EPP représente un objectif prioritaire, au vu de leur nombre important et croissant.

3.1. Définir une stratégie d'Evaluation des Pratiques Professionnelles axée sur l'efficience

3.1.1. Adapter la stratégie d'EPP aux besoins et aux risques prioritaires

⇒ Développer des EPP transversales, multicentriques et inter-établissements

Les EPP relatives au dossier patient, au circuit du médicament, à l'hygiène, à la dénutrition, à la douleur, aux plaies et cicatrisation, perdurent et se renouvellent, plusieurs faisant l'objet de critères d'intéressement dans les contrats de Pôles.

L'EPP sur les bonnes pratiques de prélèvement sanguin de 2011 a été réitérée en 2015.

L'EPP menée sur les chutes se poursuit avec la participation de l'établissement à l'EPP multicentrique sur la contention, organisée par le CCECQA fin 2016.

Les EPP en ligne réalisées sur la préparation de la sortie du patient âgé, et celle du patient dépendant en SSR ont évolué sur un audit de la sortie avant midi mené sur tous les services en 2015, afin d'identifier les causes de non sortie avant midi et de sensibiliser les professionnels à cet objectif d'efficience.

L'EPP sur l'information et le consentement du patient sur les actes à risque évolue en une EPP sur la traçabilité de l'information en cas de dommage lié aux soins.

Les patients traceurs inter-établissements, réalisés dans le cadre du projet COSMOS du CCECQA, début 2016, avec l'EHPAD Larrieu et la MAS de Biganos (ce dernier a donné lieu à présentation lors de la Journée Régionale du CCECQA de juin 2016) peuvent être réitérés avec d'autres établissements, notamment au sein du GHT 'Alliance' de Gironde.

L'établissement participe à plusieurs parangonnages régionaux en lien avec l'évaluation de la qualité de l'organisation, du fonctionnement et des pratiques : Imagerie – Urgences – Bloc et unité ambulatoire.

⇒ Actualiser la politique d'EPP-DPC par Pôle

Chaque Pôle met en œuvre régulièrement des patients traceurs, sur la base de profils définis, participe au recueil et à l'analyse des IPAQSS, et révisé régulièrement sa stratégie d'EPP.

* Pôle Médecine

- Les profils de patient traceur sur 2017 et 2018 sont les suivants : patient âgé pour altération de l'état général, patient atteint d'AVC et patient en chimiothérapie.

- Les résultats des IPAQSS 2017 (données 2016) relatifs à la prise en charge de l'AVC imposent des actions d'amélioration :

- **Délai arrivée - imagerie en première intention** = Pour tous les patients à l'exception des transférés : Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale. = 1h35 contre 1h07 en 2015.

Ce délai demeure correct, si on réalise davantage d'angioscanner, et si on attend la fonction rénale pour injecter.

- **Éléments indispensables à l'arrivée** = Pour tous les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patients pour lesquels sont retrouvés la date et l'heure de début des symptômes, le score NIHSS et la glycémie capillaire à l'arrivée = 19% (en 2015, date et heure début des symptômes à rechercher uniquement : 68%)

Globalement, date, heure et glycémie sont très souvent retrouvées. Le score NIHSS est peu tracé en dehors d'une alerte thrombolyse. Une sensibilisation des praticiens et des internes des urgences est mise en œuvre par les neurologues.

- **Expertise neuro-vasculaire**= Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro-vasculaire = **75% contre 41% en 2015**
- **Evaluation par un professionnel de la rééducation** = Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation = **78% contre 71% en 2015**
- **Evaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour** = Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour suivant le jour de l'admission = **15% contre 16% en 2015**
- **Dépistage des troubles de la déglutition** = Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patients ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition = **41% contre 54% en 2015**. L'objectif est d'améliorer la traçabilité de ce dépistage, par le rajout d'une cible dédiée dans les dossiers patient informatisés des services et des urgences.
- **Transfert en SSR spécialisé** = Pour les patients ayant été transférés : Taux de patients ayant été transférés dans un SSR spécialisé «Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » = **63% contre 64% en 2015**.
- **Programmation d'une consultation post-avc** = Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patients ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO = **76% contre 23% en 2015**
- **Score d'autonomie ou de handicap à la sortie** (nouveau) = Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patient ayant eu une évaluation de l'autonomie ou du handicap à la sortie ou patients dont le déficit était totalement régressif = **68%**

- Plusieurs EPP du Pôle Médecine perdurent : L'éducation thérapeutique en addictologie fait l'objet d'une EPP régulière dans le cadre de l'auto-évaluation annuelle et quadriennale pour le renouvellement d'autorisation. Le suivi de l'EPP relative aux parturientes fumeuses est à déterminer. L'EPP relative aux soins palliatifs est à poursuivre. Une nouvelle EPP sur la préparation colique du patient avant coloscopie est identifiée en 2017.

* Pôle Chirurgie – Obstétrique- Bloc – Anesthésie – Produits de Santé (COBAPS)

- Les profils de patient traceur identifiés en 2017-2018 sont les suivants : chirurgie ambulatoire en gynécologie, césarienne programmée, fracture du col de fémur chez la personne âgée.

- Les résultats des indicateurs IPAQSS 2017 sur l'Hémorragie du Péri-Partum, sont relativement stables ou en augmentation avec des taux de conformité d'au moins 80%.

- Le service de gynécologie-obstétrique mène, en plus de la démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), renouvelé pour 4 ans, en décembre 2015, des EPP, relatives aux césariennes programmées (inscrite au CPOM), à la tenue du partogramme, à la prise en charge aquatique des accouchements et de la balnéothérapie durant la phase de travail, à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat et à la menace d'accouchement prématuré.

Les EPP sur la fracture du col du fémur, l'antibioprophylaxie, la préparation cutanéomuqueuse, et la check list de bloc sont à poursuivre.

Concernant les produits de santé, les EPP sont précisées ci-dessous dans la politique de sécurisation du circuit des médicaments et des DM.

* Pôle Urgence-médico-technique

- Les profils des patients traceurs en 2017 et 2018 sont les suivants : les patients traceurs inter-établissement (personne âgée et personne handicapée), dans le cadre du projet COSMOS du CCECQA, le nourrisson présentant une hyperthermie, la thrombolyse d'un patient atteint d'AVC.

- Plusieurs EPP perdurent et se renouvellent : la crise d'asthme de l'adulte, la douleur en pédiatrie, la ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire. La participation du service des urgences au registre aquitain REANIM sur le syndrome coronarien aigu est à poursuivre. L'EPP sur la Conformité des Demandes d'Examen d'Imagerie, qui montre la nécessité de tracer l'hypothèse diagnostique, pourrait évoluer en EPP relative à la pertinence des prescriptions. Les EPP menées dans le cadre de l'accréditation du laboratoire par le COFRAC sont précisées ci-dessous.

- De nouvelles EPP sont identifiées sur la pertinence des soins (cf ci-dessous).

3.1.2. Mener des analyses de pertinence des soins

L'EPP relative à la prescription des anticoagulants menée dans le cadre du projet FAREMBOL du CCECQA doit être poursuivie dans le cadre du Contrat de Bon Usage (CBU), et du CAQES, ainsi que les EPP de pertinence de prescription d'antibiotiques.

Des EPP de pertinence des prescriptions d'actes de biologie aux urgences sont menées, dans un souci d'efficacité : Prescription des antigènes urinaires dans le cadre des pneumopathies bactériennes de l'adulte, prescription d'Octaples hors AMM, prescription d'examens complémentaires dans le cadre du bilan pré-opératoire avant chirurgie orthopédique.

3.1.3. Promouvoir le Développement Professionnel Continu, la simulation en santé, le e-learning

Le DPC est l'un des critères d'intéressement des Pôles en 2014 et 2015.

Le CH d'Arcachon développe des modes d'évaluation des pratiques et de formation plus modernes, interactives et massives, avec :

- la simulation en santé : en gestion des risques, avec la chambre d'Harry Potter en 2014, en prise en charge de l'urgence vitale en 2016, en hygiène sur le Clostridium Difficile en 2017, et en bientraitance avec le projet CARMA du CCECQA en 2018

- le e-learning : en sécurité transfusionnelle en 2015, et en sécurisation du circuit du médicament en 2016. D'autres thématiques sont à identifier en 2018.

3.2. Poursuivre la gestion des risques liés aux soins et la coordination des vigilances.

3.2.1. Poursuivre l'analyse des EI dans le cadre de Comités de Retour d'Expérience thématiques

Depuis l'informatisation de la gestion des EI sur le logiciel ENNOV, en 2013, leur nombre et leur pertinence ont nettement augmenté, permettant la mise en place de CREX sur plusieurs thématiques, sur la base des groupes

de travail existant : le médicament et les DM, dans le cadre du groupe médicament – les urgences et la permanence des soins, dans le cadre de la CPSANP – le bloc et la chirurgie, dans le cadre du Conseil de Bloc – la Gynécologie-obstétrique – l'identitovigilance, dans le cadre de la Cellule d'Identitovigilance. Un CREX commun avec la Clinique d'Arcachon est structuré pour tous les EI concernant le CH et la Clinique, sur toutes les thématiques.

L'extension de CREX à d'autres périmètres peut être envisagée pour la nutrition, avec le CLAN, voire la douleur, avec le CLUD, ou le dossier patient.

A chaque réunion de CREX, un EI est identifié pour faire l'objet d'une analyse des causes selon la méthodologie ORION, basée sur la chronologie de la prise en charge. De plus, tout Evènement Indésirable Grave (EIG) lié aux soins donne lieu à une analyse approfondie des causes, et, depuis 2017, à un signalement sur le Portail national.

Un bilan annuel des CREX et de la gestion des EI est présenté aux instances, ainsi qu'à l'ARS, dans le cadre du CPOM. Les actions identifiées intègrent le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

3.2.2. Actualiser la politique de sécurisation du circuit du médicament et des DM

Cette politique intègre les trois axes du Plan Triennal d'Economie 2015-2017 sur le médicament :

a. Maîtriser l'évolution de dépenses des prescriptions hospitalières (Prescription Hospitalière de Médicaments Exécutée en Ville (PHMEV) - Liste en sus - Intra hospitalier).

* Analyser, suivre et restituer les dépenses des produits de santé, impliquer les prescripteurs en vue d'actions pour diminuer les lignes de prescriptions et optimiser la prise en charge médicamenteuse.

Le groupe médicament cible en priorité les antibiotiques, les médicaments à risques, les hors GHS et la personne âgée. Chaque service est invité à réduire le livret par une revue de classe thérapeutique.

Concernant les dépenses de chimiothérapie, un suivi spécifique est assuré en coordination avec la Clinique d'Arcachon, responsable des achats et de la préparation, par convention de sous-traitance.

* Agir sur les génériques – biosimilaires.

Il s'agit d'intégrer la DCI de chaque spécialité dans le livret thérapeutique ainsi que la correspondance des groupes génériques du répertoire, d'inciter à prescrire dans le répertoire des génériques pour les ordonnances de sortie, en consultation et aux urgences, et à limiter la mention 'non substituable'.

L'information du patient dans le livret d'accueil et sur les affiches apposées dans les chambres doit être précisée sur les DCI, les génériques et les biosimilaires.

* Agir sur les médicaments rétrocedés. Les enjeux sont de garantir la qualité réglementaire de la prescription et fiabiliser le codage de la facturation, de promouvoir la pertinence des prescriptions, d'intégrer la rétrocession dans le parcours du patient (ville-hôpital) afin de garantir la continuité des soins, en améliorant la communication et la coordination entre l'hôpital et la ville en développant la conciliation médicamenteuse, la création et l'alimentation du Dossier Pharmaceutique (DP). Il s'agit de déployer l'informatisation des ordonnances de rétrocession, en sortie d'hospitalisation, sortie d'urgences et consultation externe. Une enquête de satisfaction de l'utilisateur sera menée.

b. Améliorer la pertinence et l'optimisation du rapport efficacité-prix-sécurité

Les enjeux sont d'améliorer la prescription du parcours patient, de diminuer la poly prescription, de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse et de déployer une stratégie de conciliation médicamenteuse.

Les actions prioritaires sont de solliciter l'éditeur de Crossway pour intégrer dans le dossier patient la traçabilité de l'activité de conciliation médicamenteuse en entrée et en sortie, de formaliser les conciliations réalisées à l'admission et la sortie des patients de gériatrie, de mettre en œuvre des actions ciblées de conciliation en concertation entre l'Equipe Mobile de Gériatrie et les pharmaciens.

c. Améliorer l'organisation, la traçabilité et le suivi des prescriptions de médicament

* Améliorer la qualité de l'ordonnance de sortie et promouvoir le RPPS pour mieux identifier le prescripteur à l'hôpital

Il s'agit de sensibiliser les médecins sur la qualité de l'ordonnance de sortie et sa transmission en temps réel aux professionnels de ville, d'assurer l'identification du RPPS par pôle et unités de soins et de mettre en place des prescriptions type pour certains produits LPP, d'informatiser les prescriptions en consultations externes.

* Systématiser l'information du patient sur son traitement en sortie d'hospitalisation et améliorer la qualité/traçabilité du courrier de sortie (Cf indicateur IPAQSS sur le courrier de liaison).

Il est prévu de formaliser et d'intégrer dans le DPI Crossway une fiche d'information par médicament nécessitant une information du patient avant sa sortie, notamment pour les maladies chroniques.

* Déployer les systèmes d'informations interopérables au sein de l'établissement en intégrant les interfaces et points de transition pour optimiser la prise en charge médicamenteuse

L'action prioritaire est de rendre opérationnelles les passerelles entre le logiciel de dispensation Pharma et le Dossier Patient Informatisé (PN13), pour déployer une dispensation nominative reglobalisée, et individuelle pour les antibiotiques. Pour le lien ville-hôpital, il s'agit de mettre en place la messagerie sécurisée, le DP et d'intégrer dans le Dossier Patient Informatisé les coordonnées du pharmacien habituel.

Le groupe médicament se réunit de façon hebdomadaire, et rencontre annuellement les services de soins, pour actualiser la cartographie des risques Interdiag, analyse les consommations, suivre les hors GHS, la dotation, les EI et évaluer la satisfaction relative à la prestation de la PUI.

La cartographie des risques du circuit du médicament est réalisée tous les deux ans, sur la base d'Interdiag, et celle de la PUI, avec l'outil ARCHIMED.

Des audits de conformité des dotations dans les services et d'administration sont organisés tous les ans. Le e-learning mis en place en 2016 sur la sécurisation du circuit du médicament est suivi d'un audit sur les interruptions de tâches.

Dans le cadre du Contrat de Bon Usage, les EPP sur la pertinence des prescriptions sont à renforcer : Anticoagulants oraux - Réévaluation à 72h et réadaptation des traitements antibiotiques (ICATB) – Analyse des pratiques et des causes à l'origine des prescriptions de facteurs de coagulation (consommation importante) – Pour les hors GHS (Tysabri – Privigen – Tegeline – Avastin – Herceptin), audit de pertinence, de traçabilité des références bibliographiques et du consentement éclairé du patient pour les RTU ou les hors AMM hors RTU.

Une analyse pharmaceutique des prescriptions est menée sur certains médicaments ou secteurs à risques. Il sera proposé en CME de signaler en EI au prescripteur concerné les erreurs importantes. L'établissement,

qui a mené une campagne de communication en 2015 sur les 'never events' doit élaborer sa propre liste de never events.

Il faut aussi promouvoir les stratégies thérapeutiques les plus efficaces sur les statines, les antidiabétiques, les antibiotiques et les psychotropes. Des formations spécifiques à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée sont à mener avec l'EMG. Un audit annuel du circuit des chimiothérapies est à mener. La PUI diffuse mensuellement une lettre recto-verso 'Pharm'Info' à tous les praticiens et les soignants.

Concernant les Dispositifs Médicaux Implantables, la priorité est d'informatiser leur traçabilité, de systématiser l'information donnée au patient et de la tracer dans le dossier. Le CH d'Arcachon sollicite en 2016 un soutien financier pour une solution originale, suite à un appel à projet national.

Comme pour les médicaments, les DM hors GHS traceurs doivent faire l'objet d'un suivi qualitatif des indications de pose, d'une restitution aux prescripteurs de leur consommation, et d'audits de pertinence. La cartographie des risques relative au DM est à finaliser.

Cette politique sera actualisée, en janvier 2018, dans le cadre du CAQES, dont le score total, au titre de 2016, est de 74%. Il comprend un volet additionnel sur les transports.

3.2.3. Actualiser la politique de gestion du risque infectieux

La politique de la gestion du risque infectieux repose sur une organisation impliquant l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, les référents en anti-infectieux ainsi que sur les correspondants en hygiène paramédicaux dans chaque service de soins.

Les actions sont centrées sur :

- La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques (bon usage des antibiotiques et respect des précautions standard et complémentaires) :
 - Renforcement de l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique
 - Amélioration de la gestion des excréta
 - Qualité du bionettoyage
 - Risques liés aux micro-organismes émergents
- La maîtrise du risque infectieux lié aux actes invasifs
- La maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement :
 - La gestion documentaire (eau, air, déchets, bionettoyage, endoscopie et linge)
 - Surveillance des prélèvements liés à l'air, l'eau
- Prévention des AES pour les soignants
- Evaluations des Pratiques Professionnelles :
 - Audit de pratiques sur les Précautions standard (CCLIN ARLIN Guadeloupe)
 - Audit de pratiques sur l'utilisation des Chambres à Cathéter Implantable (GREPPH)
 - Préparation cutanée de l'opéré (GREPHH)
 - EPP on line Antibio prophylaxie en chirurgie orthopédique (CCECQA)
 - Hygiène des mains observance/pertinence (GREPHH)
 - Cathéters veineux périphériques (GREPHH)
 - Précautions complémentaires (GREPHH)

- Prévention des infections urinaires sur sonde urinaire (CCLIN ARLIN Provence Alpes Côte d'Azur 2012)
- La communication des résultats d'indicateurs et des problématiques en matière d'hygiène :
 - Présentation aux instances
 - Signalements externes
 - CAI
 - Journées nationales d'hygiène des mains
 - Documents « Clin d'œil » pour informations aux équipes soignantes
- Réalisations de formations médicales et paramédicales

Ces actions sont relayées par une communication institutionnelle et sont évaluées par des indicateurs nationaux du tableau de bord externe des infections associées aux soins et par des indicateurs du tableau de bord interne.
- Tableau de bord externe :
 - BILANLIN
 - Enquête de prévalence
 - Enquêtes RAISIN (ISO, BMR, Antibiotiques et résistances bactériennes)
 - Surveillance des AES en lien avec la Santé au Travail
 - Tableau de bord interne :
 - Consommations de Solutions Hydro Alcooliques
 - Déclarations des Infections Nosocomiales
 - Ecologie bactérienne à BMR, BHRe, Clostridium Difficile
 - Déchets

3.2.4. Coordonner la gestion des vigilances

- IDENTITOVIGILANCE

La politique d'identitovigilance 2016-2020 s'articule autour de 4 grands thèmes :

Dossier Administratif et Médical non informatisé

- La CIV doit être informée par le CQGR des résultats des audits menés sur le dossier patient.
- La CIV doit également être informée par le Groupe Dossier Patient de ses projets concernant le dossier papier et plus particulièrement sur l'identification de tous les documents composant le dossier (cf. QUAL/FI/2012-101: Guide d'Utilisation du Dossier Patient et enquête IPAQSS).

Dossier Administratif et Médical informatisé (SIH)

- Poursuivre le partenariat avec le Service Informatique en ce qui concerne l'état des lieux annuel des applications du SIH pour la mise à jour de la charte d'Identitovigilance ainsi que pour le suivi quotidien des flux d'identité lors du projet de mise en place des nouveaux logiciels du SIH.
- Développer le partenariat avec le Service Biomédical, en particulier lors des tests d'installation et de paramétrage du matériel dans le SIH.
- Poursuivre le partenariat avec le Cadre référent du Dossier de Soins Infirmiers (DSI).
- Autoévaluer l'observance des règles d'Identitovigilance au sein du CH.
- Le Correspondant Identito doit participer aux réunions de Service du Bureau des Admissions-Recettes.

Procédures et pratiques professionnelles

- Créer et mettre à jour régulièrement la cartographie des processus et des risques.
- Mettre à jour la Politique et la Charte d'Identification du patient.

- Elaborer et/ou mettre à jour les procédures et modes opératoires (et plus particulièrement apporter des précisions sur la demande de confidentialité).
- Mettre à jour les fiches aide-mémoire situées dans les Services de soins intitulées « Technique de saisie des mouvements dans Crossway » QUAL/MO/2013-013 et communiquer sur leur existence auprès des Cadres.
- Mettre à jour le support d'informations remis aux nouveaux arrivants lors de leur formation au DIM « Technique d'utilisation de CW et règles d'Identitovigilance » (QUAL/FE/2012-183).
- Mettre à jour la procédure « Contrôle ou création de l'identité d'un patient » QUAL/PR/2012-098 et de ses fiches d'information (voir la liste des documents d'Identitovigilance dans eNNOV).
- Poursuivre les contrôles mensuels sur l'observance des règles d'identification du patient.
- Se doter d'un outil de contrôle au fil de l'eau, comme eLUCID de la Société ALICANTE.
- Au sein du groupe Identito du GHT Alliance Gironde, le Correspondant doit poursuivre le pilotage de l'ensemble des projets du groupe et en particulier l'écriture du Guide des Bonnes Pratiques d'Identitovigilance ainsi que du Guide de lecture des pièces d'identité étrangères.

Sensibilisation, information et formation

- Poursuivre le partenariat avec la DRH pour systématiser la création des codes d'accès individuels et la formation aux nouveaux arrivants (procédure d'accueil, requêtes informatiques sur les fichiers de la DRH...).
- Poursuivre la formation des nouveaux arrivants.
- Prévoir une formation ponctuelle ciblée suite à retour d'informations sur les dysfonctionnements constatés ou à la demande des utilisateurs des logiciels du SIH.
- Poursuivre les actions du CREX, renforcer les analyses de causes et s'assurer qu'un agent du Bureau des Admissions et qu'un médecin sont membres du groupe et présents aux réunions.
- S'assurer qu'un agent du Bureau des Admissions est membre de la CIV et présent à chaque réunion.
- Communiquer auprès du patient sur l'Identitovigilance (message sur les téléviseurs ou lors de la Semaine Sécurité Patient). D'autre part, la CIV doit participer à l'actualisation du Livret d'Accueil du patient ou toute autre action de communication.
- Préparer la Certification V2014.
- Préparer la Certification commune du GHT, de 2020, si la thématique est retenue par le groupe.

L'évaluation

Elle est menée en fonction des préconisations internes et externes (HAS, CCECQA...), basée sur des indicateurs définis (doublons, collisions etc.), le retour et l'analyse des non-conformités (fiches événements indésirables, réclamations...) et les recommandations du groupe GHT Identitovigilance. Le rapport d'activité d'Identitovigilance est présenté annuellement au CQGR.

- HEMOVIGILANCE

La politique d'hémovigilance repose sur une organisation impliquant un correspondant local, son suppléant, une secrétaire médicale ainsi que l'ensemble des membres du CSTH (comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance), dont un représentant de l'EFS et le correspondant régional d'hémovigilance.

Cette vigilance est étroitement liée au quotidien avec le fonctionnement du dépôt de sang et ses responsables.

Les principales actions sur la période 2016-2020 sont centrées sur :

- La formalisation de la procédure de déclaration ascendante et alerte descendante d'hémovigilance (signalement ascendant interne via eNNOV au moyen d'une section spécifique comprenant les champs de déclaration nécessaire à l'EFS et sur e-FIT, modalités d'alerte descendante, référence aux rapports d'activité annuelle de l'hémovigilance) ;
- L'informatisation de la prescription de la demande de PSL dans Crossway ;

- La mise à disposition du logiciel CURSUS pour les professionnels dans les services de soins afin d'améliorer l'accessibilité au dossier transfusionnel.

- PHARMACOVIGILANCE

La pharmacovigilance est la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré.

La pharmacovigilance s'appuie sur une base réglementaire nationale et européenne : lois, décrets, directives, bonnes pratiques de pharmacovigilance publiées par arrêté. Le système de pharmacovigilance comprend :

- Un échelon national : l'ANSM
- Un échelon régional : [Les centres régionaux de pharmacovigilance \(CRPV\)](#)
- Les autres acteurs :
 - [Les professionnels de santé](#)
 - [Les patients et/ou les associations de patients](#)
 - [Les entreprises du médicament](#)

La pharmacovigilance repose sur le signalement, sans délai, par les professionnels de santé, des effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament. Dès qu'ils soupçonnent un lien, même s'il n'est pas certain, une déclaration peut être effectuée auprès du centre régional de pharmacovigilance. Au sein des établissements, il y a désignation d'un correspondant local de pharmacovigilance au moins pour les médicaments dérivés du sang. Ce rôle est dévolu au pharmacien gérant pour les établissements disposants d'une pharmacie à usage intérieur.

Le correspondant local se fait le relai auprès du correspondant régional des déclarations du personnel de l'établissement ; en pratique cette mission du correspondant s'étend à l'ensemble des médicaments et à la bonne orientation des déclarations vers des vigilances proches, rattachées à la pharmacovigilance que sont les :

- Signalement d'abus et de pharmacodépendance avec médicament
- Signalement d'une erreur ou risque d'erreur médicamenteuse
- Signalement d'un défaut de qualité sur un médicament

Depuis le 13 mars 2017 , les professionnels de santé ou les usagers peuvent signaler aux autorités sanitaires tout événement indésirable sur le site signalement-sante.gouv.fr , dont les effets indésirables, incidents ou risques d'incidents liés aux produits de santé.

La mise en place d'un système d'information déclaratif, Ennov, sur le Centre Hospitalier facilite la transmission des informations nécessaires aux déclarations relevant de la pharmacovigilance. Cependant, une moyenne de 3 déclarations par an, démontre la faible participation des prescripteurs du CH Arcachon à cette mission sanitaire. Un déploiement de l'analyse pharmaceutique au sein des services de soins est souhaitée pour améliorer la situation locale de cette vigilance.

- MATERIOVIGILANCE

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant survenir lors de l'utilisation des dispositifs médicaux, quelles qu'en soient les victimes, patients, utilisateurs ou tiers. Elle comporte :

- le signalement et l'enregistrement des incidents ou risques d'incidents,
- l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention,
- la notification des rappels par le fabricant,

- la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux,
- la réalisation et le suivi des actions correctives décidées,
- les mesures préventives nécessaires et l'information des intervenants concernés.

Localement, un correspondant est nommé par le directeur de l'établissement et déclaré à l'ANSM et à l'ARS. Il a pour missions règlementaires :

- d'assurer la surveillance des incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux,
- d'enregistrer, analyser et valider tout incident ou risque d'incident signalé et mettant en cause un DM,
- de recommander, le cas échéant, des mesures conservatoires locales à prendre,
- de signaler sans délai à l'ANSM tout incident ou risque d'incident grave à l'aide du formulaire type CERFA 10246*05 (ou sa reproduction dans eNNOV),
- de transmettre à l'ANSM selon une périodicité trimestrielle les signalements facultatifs,
- d'informer le ou les fabricants concernés des incidents et risques d'incident relevés,
- de surveiller et diffuser les alertes descendantes de l'ANSM,
- de sensibiliser les services de soins à la matériovigilance

La survenue d'un incident ou d'un risque d'accident, quels qu'ils soient, doit conduire à des mesures conservatoires au sein de l'établissement :

- suspendre l'utilisation de l'équipement,
- récupérer les consommables impliqués dans l'incident en l'état, et si possible leur emballage, pour l'expertise,
- organiser le rappel du lot,
- procéder à l'information des personnels concernés afin de faire cesser l'incident ou éviter qu'il ne se reproduise.

Suite à une formation régionale en novembre 2016 et profitant d'outils d'assurance qualité propres à l'établissement, des rencontres de chaque service se sont déroulées en janvier et février 2017 avec pour objectif d'informer, de sensibiliser et d'augmenter le nombre des déclarations.

Cette action a permis l'augmentation du nombre de déclarations de matériovigilance au sein de l'établissement. Le travail a cependant démontré la faible sensibilisation des praticiens, leurs déclarations restent exceptionnelles. De même, la coordination avec le service biomédical pour les déclarations sur les dysfonctionnements de l'équipement et des DM réutilisables est à travailler. Ce sont là deux axes de travail à développer.

Ce travail de sensibilisation a fait l'objet d'une communication affichée « MATERIOVIGILANCE AU CENTRE HOSPITALIER PERIPHERIQUE COMMENT STIMULER LES DECLARATIONS ? » acceptée pour publication lors des 27èmes journées nationales sur les dispositifs médicaux Europharmat, les 10-12 octobre 2017 à St Malo (<http://www.euro-pharmat.com/communications-2016/2488-materiovigilance-en-centre-hospitalier-peripherique-comment-stimuler-les-declarations>).

En 2017 les documents qualifiés ont été réactualisés, reflets d'une organisation locale de la matériovigilance qui s'est modifiée pour mieux converger vers les pratiques du CHU et de la région. La poursuite de cette convergence et la pérennité du suivi des indicateurs d'activité mis en place durant cette année 2017 sont les autres objectifs du projet de matériovigilance.

- **REACTOVIGILANCE**

Les principaux projets concernant le domaine de la réactovigilance s'inscrivent autour des cinq axes suivants :

- Actualisation de la procédure de déclaration ascendante et alerte ascendante des incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;
- Paramétrage d'une section spécifique dans le formulaire interne sur eNNOV de déclaration des événements indésirables, permettant au signalant de déclarer plus précisément les incidents, avec des champs spécifiques correspondants à la fiche Cerfa de déclaration à l'ANSM ;

- Sensibilisation des professionnels des services de soins concernés par l'utilisation de DM-DIV sur la réactovigilance (déclaration ascendante et descendante) et diffusion, via eNNOV, des rapports d'activité annuelle ;
- Déclaration des incidents de réactovigilance sur le portail national des événements indésirables, par le correspondant local de réactovigilance, dès lors qu'il se substituera définitivement aux déclarations à l'ANSM ;
- Participation aux réunions régionales du réseau de réactovigilance, aux travaux et aux mutualisations d'outils.

3.3. Mener les démarches qualité spécifiques au laboratoire et à l'imagerie

3.3.1. Poursuivre l'accréditation du laboratoire, avec le COFRAC

Conformément à l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, ratifiée par la loi du 13 mai 2013, chaque laboratoire doit être accrédité à 50% au 1^{er} novembre 2016, par le Comité français d'accréditation (Cofrac), seul organisme mandaté par l'État pour mener à bien cette démarche.

Le laboratoire de biologie médicale de l'établissement a été accrédité sur son système de management de la qualité et la famille hématologie en décembre 2015, pour une durée de quatre ans, suite à une première évaluation du COFRAC en avril 2015. Une visite de surveillance a été réalisée en août 2016.

Le pallier des 50% d'accréditation, avec l'évaluation des familles biochimie, microbiologie (sérologie infectieuse), hémostase et immunohématologie, a été atteint en juillet 2017 après une visite d'extension réalisée en novembre 2016. L'équipe poursuit donc sa démarche, par pallier, afin d'atteindre l'accréditation de 100% de ses activités pour l'échéance du 1^{er} novembre 2020.

Le laboratoire mène une EPP relative à l'amélioration de la phase pré-analytique des prélèvements sanguins.

3.3.2. Mener une démarche qualité et gestion des risques en imagerie, intégrant les recommandations de l'ASN

- **participation à la démarche de parangonnage** pilotée par l'ARS Nouvelle Aquitaine

Objectifs :

- Obtenir une photographie objective de la performance organisationnelle
- Se situer par rapport aux établissements de la région et obtenir des valeurs repères pour les indicateurs clés :
 - Partager avec les autres services d'imagerie sur les bonnes pratiques
 - Engager ou maintenir une démarche d'amélioration interne

Résultats :

- Un programme d'actions d'amélioration est en cours de rédaction
- **Mise en place du compte Qualité version 2014 identifiant les objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques prioritaires**

Objectifs d'amélioration	Actions prioritaires
Réduire le délai de réponse aux appels téléphoniques	Dédier deux lignes téléphoniques internes pour joindre le secrétariat (accueil et frappe)
Optimiser l'accueil téléphonique au secrétariat d'imagerie	Evaluer le dispositif de prise de rendez-vous en ligne
Réduire le délai de remise des comptes rendus	Recruter des médecins radiologues supplémentaires dans le cadre du GCS imagerie
Faciliter le recrutement de radiologues	Evaluer l'activité de télé imagerie mise en place sur la permanence des soins
Optimiser l'organisation de la prescription d'imagerie	Mener un audit par spécialité sur la multiplicité des prescriptions par patient par jour
Connaître la conduite à tenir en cas de réaction allergique	Formaliser la procédure « Réaction allergique au produit de contraste »
Assurer les premiers gestes en cas d'urgence vitale	Former l'équipe des MER aux gestes d'urgence
Améliorer la conformité des prescriptions	Réitérer l'audit CDEI (IPAQSS hors protocole)
Systématiser l'exigence d'une prescription pour les examens externes d'orthopédie	Formaliser un courrier aux praticiens concernés
Renforcer la sécurité du personnel de l'imagerie durant la permanence des soins	Equiper les MER d'un bouton d'appel d'urgence dans le cadre d'un mode opératoire formalisé
Améliorer l'évaluation de l'observance des bonnes pratiques en radioprotection	Acquérir un logiciel dédié à la radioprotection Xview

- **Plan d'actions issu des réunions d'analyse des CREA**
- Mettre en place un circuit à partir des services pour programmer un examen de scanner après la sortie du patient en externe
- Améliorer la pertinence des prescriptions (13% de non pertinence dans le parangonnage vs. moyenne de la grande région est de 5%)
- Faciliter la prise de rendez-vous avec transfert d'une ligne interne entre la clinique et l'hôpital ou donner accès au secrétariat de la clinique au planning de l'hôpital
- Rendre plus accessible la ligne téléphonique du secrétariat d'imagerie (en laisser un message d'attente, donner la possibilité de prendre RDV en ligne)
- Utiliser la télé radiologie sur le programmé pour libérer du temps radiologue pour faire davantage d'échographies
- Prévoir une augmentation de l'activité d'échographie avec Futur MER diplômé en échographie en juin → développement activité propre
- Faire réaliser des échographies par des sage-femmes SF diplômées en échographie obstétricale
- Augmenter l'amplitude horaire du scanner (soir et samedi matin) Mutualiser du cout du PACS avec la clinique et le cabinet libéral

Objectifs :

- Réduire le délai de réponse aux appels téléphoniques
- Optimiser l'accueil téléphonique au secrétariat d'imagerie
- Réduire le délai de remise des comptes rendus

Optimiser l'organisation de la prescription d'imagerie

▪ **Réaliser une démarche d'EPP sur la pertinence de prescription de scanners**

Conformément aux obligations réglementaires, ASN, SFR et HAS, le service d'imagerie s'appuie sur le *Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale* qui constitue le document de référence de la justification des examens d'imagerie médicale.

Le domaine de la radioprotection s'inscrit autour des axes de travail suivants :

- La radioprotection des travailleurs
- La déclaration d'évènement significatif à l'ASN
- Actualisation de la procédure de déclaration ascendante et alerte ascendante des incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;
- Paramétrage d'une section spécifique dans le formulaire interne sur eNNOV de déclaration des évènements indésirables, permettant au signalant de déclarer plus précisément les incidents, avec des champs spécifiques correspondants à la fiche Cerfa de déclaration à l'ANSM ;
- Sensibilisation des professionnels des services de soins concernés par l'utilisation de DM-DIV sur la réactovigilance (déclaration ascendante et descendante) et diffusion, via eNNOV, des rapports d'activité annuelle ;
- Déclaration des incidents de réactovigilance sur le portail national des évènements indésirables, par le correspondant local de réactovigilance, dès lors qu'il se substituera définitivement aux déclarations à l'ANSM ;
- Participation aux réunions régionales du réseau de réactovigilance, aux travaux et aux mutualisations d'outils.

Comme pour tout processus transversal, une attention particulière doit être portée à l'accès au plateau technique, à la prescription, à la réalisation des examens et au rendu des résultats.

Concernant la radiologie interventionnelle, le processus qualité passe par l'accréditation des radiologues interventionnels pour les pratiques à risque.

Les axes prioritaires retenus sont au nombre de cinq :

- l'optimisation de la qualité des prescriptions d'imagerie,
- l'information des patients,
- la radioprotection,
- le contrôle des délais d'accès au plateau technique et de rendu des résultats,
- et à travers ces axes la satisfaction des usagers et des correspondants demandeurs d'examens.

Les actions d'amélioration proposées sont intégrées au PAQSS, après validation par le CQGR.

La radioprotection des patients : une obligation légale

La radioprotection des patients fait partie des obligations légales depuis l'ordonnance 2001-270 du 28 mars 2001. Le décret d'application 2003-270 du 24 mars 2003 a modifié le Code de la Santé Publique (CSP) en introduisant au livre 1er, titre 1er, chapitre V-I, une section 6 relative à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales. Ce texte rend désormais obligatoire pour les médecins demandant ou réalisant des examens d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants l'application des principes fondamentaux de justification et d'optimisation :

Tout en répondant à une obligation réglementaire, le « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » doit permettre d'atteindre quatre grands objectifs dans les domaines de la radioprotection des patients, de la rationalisation des pratiques, des échanges interdisciplinaires et de l'organisation des audits cliniques.

Réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés

La justification des actes est le premier principe de la radioprotection : c'est l'opération établissant le bénéfice net d'un examen par rapport au préjudice potentiel lié à l'exposition aux rayonnements ionisants.

Améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie

L'optimisation des pratiques est le deuxième principe de la radioprotection. Lorsqu'un examen utilisant les rayonnements ionisants est nécessaire (justifié), il doit être optimisé : c'est l'opération permettant d'obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible possible.

Par ailleurs il est rappelé l'importance de l'optimisation qui intervient une fois la justification de l'acte réalisé. Les obligations de maintenance et contrôle de qualité internes et externes ainsi que l'obligation d'adresser à l'IRSN des informations dosimétriques pour l'établissement des niveaux de référence diagnostique (niveau de dose en radiologie et d'activité en médecine nucléaire) concourent à l'optimisation.

4. Renforcer la démocratie sanitaire et la qualité de vie au travail pour améliorer l'accueil, le respect des droits et la satisfaction des patients, des usagers et des professionnels.

4.1. Formaliser un projet des usagers et promouvoir la maison des usagers.

4.1.1. Formaliser un projet des usagers au sein de la Commission des usagers

Si la composition de la commission des usagers du CH d'Arcachon reste similaire à celle de la CRUQPEC, qu'elle remplace, dès novembre 2016, ses missions sont élargies. Elle doit être informée annuellement des EIG et des actions d'amélioration menées suite à leur analyse, ainsi que des observations des associations bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement. Elle peut élaborer un projet des usagers, qui sera pris en compte dans le projet d'établissement. Ce projet sera alimenté notamment par l'analyse des réclamations et des plaintes, et par les remarques des associations de patients.

Dès début 2016, le CQGR a sollicité les associations de patients pour participer à la démarche qualité, lors de leur intervention dans les services de soins, auprès des patients et des professionnels. Des grilles d'analyse et de questionnaire leur ont été transmises sur les trois thématiques du parcours patient, du management de la qualité et des droits des patients.

Le CH d'Arcachon est représenté au sein du Comité des Usagers du GHT Alliance de Gironde.

4.1.2. Intégrer les représentants des usagers et les associations de patients à la démarche qualité

Les représentants des usagers et les associations de patients sont invités à participer au Comité Ville-Hôpital, au CQGR (pour le bilan annuel), à la CDU élargie, au groupe 'Parcours patient', à l'Espace Ethique, et à la réunion de bilan annuel de fonctionnement de la Maison des usagers.

Les associations de patient concernées sont associées aux démarches d'éducation thérapeutique et de prévention 'hors les murs'.

4.1.3. Promouvoir les associations de patients de la Maison des usagers

Mise en place en 2013, sur le nouveau site du Pôle de Santé, la Maison des Usagers, pour laquelle le CH d'Arcachon a reçu le label 'Droit des Usagers' de l'ARS, abrite un nombre croissant d'associations (une vingtaine), sur la base de conventions formalisées. Le plateau de rééducation cardiaque est mis à disposition du Club Cœur et Santé.

Depuis 2015, chaque année, le CH d'Arcachon organise une Journée ouverte au grand public, dédiée aux associations de patients, avec des stands d'information et des conférences. Une vidéo est en cours de réalisation, sur la base du financement obtenu dans le cadre de la démocratie sanitaire.

4.1.4. Multiplier les manifestations ouvertes au grand public

En dehors de manifestations ponctuelles liées à l'inauguration d'un nouveau service (Pôle de Santé, Maison des Usagers, Consultation avancée de chirurgie à l'EHPAD de Biscarrosse, MAIA...), à l'arrivée d'un nouveau praticien, ou à l'intervention d'une association de patient (Aqualympho, Fédération Girondine des Maladies Respiratoires, Club Cœur et Santé, Ligue contre le Cancer...), le Centre Hospitalier d'Arcachon organise annuellement des manifestations ouvertes aux usagers et aux professionnels de santé : La Journée de la Naissance, le Forum des associations de patients, La Semaine Nationale Sécurité Patient, La Journée mondiale de lutte contre l'Obésité, la Journée Anti-tabac, la Semaine Développement Durable). Il s'inscrit aussi dans la Journée mondiale de lutte contre la douleur et la campagne nationale 'Moi(s) sans tabac.

4.2. Renforcer la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, et la sensibilisation des professionnels aux problématiques de bientraitance et d'éthique.

4.2.1. Développer la prise en charge de la douleur

- ⇒ La consultation douleur chronique a une activité en nette augmentation et diversification avec un versant psychocorporel important. Assurée par un médecin anesthésiste à temps partiel, elle devrait se voir renforcée d'un temps médical supplémentaire, en 2017. L'enquête de satisfaction menée en 2015 auprès des consultants confirme son succès, et une enquête est en cours auprès des correspondants externes. Sous réserve de validation du projet par l'ARS, des séances d'Activité Physique Adaptée devraient être développée pour les personnes concernées par des douleurs chroniques.
- ⇒ Dans le cadre du CLUD, les référents douleur se réunissent régulièrement, et des formations sont programmées. L'un des objectifs est de remettre en place une Equipe Opérationnelle Douleur, intervenant dans tous les services de soins. Si les résultats aux indicateurs IPAQSS relatifs à la traçabilité de l'évaluation de la douleur sont très bons, l'utilisation de la fiche de suivi est à améliorer. La participation à la Journée Mondiale de Lutte contre la douleur est à organiser annuellement.

4.2.2. Renforcer l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et identifier des lits en soins palliatifs

Depuis 2013, l'EMSP développe son activité en extra hospitalier, en intervenant à domicile et en EHPAD sur la base de conventions spécifiques. En janvier 2016, elle s'est vue renforcer d'un médecin supplémentaire à temps partiel, afin de couvrir tous les EHPAD du territoire. L'identification de lits de soins palliatifs devrait être organisée en coopération avec la Clinique.

4.2.3. Mobiliser les professionnels autour de la bientraitance

La Charte de bientraitance réalisée sur l'ancien site pourrait être actualisée, suite aux résultats de la simulation en santé prévue sur la maltraitance ordinaire, dans le cadre du projet CARMA, du CCECQA.

4.2.4. Animer la réflexion éthique

Il est nécessaire de sensibiliser à nouveau les professionnels au signalement des questions éthiques, par le biais d'ENNOV, afin de maintenir une à deux réunions de l'Espace Ethique dans l'année. Une réflexion est à mener sur les directives anticipées, la personne de confiance et la contention.

4.3. Formaliser un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail

Les axes suivants sont précisés dans le projet médico-soignant et dans le projet social de l'établissement :

4.3.1. Actualiser le Document Unique des risques professionnels

4.3.2. Mener une démarche d'évaluation et de gestion des risques psycho-sociaux

4.3.3. Formaliser un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail

À chaque réunion du CHSCT, les EI relatifs aux conditions de travail sont présentés, ainsi que les résultats de leur traitement. Un bilan annuel des EI et des actions mises en œuvre est réalisé.

4.3.4. Formaliser un partenariat Hôpital-Police-Justice

La convention Hôpital – Police – Justice – Gendarmerie est à finaliser, en coopération avec les collectivités locales. Les procédures afférentes sont en cours d'actualisation.

Sur la base du diagnostic sûreté sollicité auprès du Préfet, et réalisé par le référent sécurité du Commissariat de Bordeaux, un Plan de Sécurisation de l'Etablissement est formalisé depuis septembre 2017, sur la base d'une cartographie des risques. Une demande de subvention a été adressé à l'ARS pour cofinancer les mesures identifiées.

4.4. Evaluer régulièrement la satisfaction des usagers et des professionnels

4.4.1. Mettre en œuvre l'enquête de satisfaction des patients e-satis

Le recueil systématique des adresses mail des patients, aux admissions et aux urgences est organisé afin de participer à l'enquête de satisfaction e-satis, en complément de l'exploitation des questionnaires de sortie, dont le taux de retour est l'un des critères d'intéressement des Pôles.

Des questionnaires de satisfaction spécifiques sont réalisés sur certains secteurs : Chirurgie ambulatoire - Maternité – Consultations externes : Laboratoire, Imagerie, Education thérapeutique en addictologie, consultation douleur - Atelier écriture.

Les résultats, présentés annuellement à la Commission des Usagers, donnent lieu à l'identification d'actions d'amélioration, le cas échéant.

Une enquête de satisfaction auprès des usagers de la PUI, à la rétrocession est prévue.

4.4.2. Numériser le recueil et l'exploitation des questionnaires de satisfaction

L'un des objectifs prioritaires, à compter de 2017, est de numériser le recueil et l'exploitation des questionnaires de sortie des patients, sur la base d'une organisation centralisée au niveau des responsables hôteliers, afin d'augmenter le taux de retour de ces questionnaires, qui n'atteint que 15%, en moyenne, sur l'ensemble des séjours. Le CH d'Arcachon en sollicite le financement dans le cadre d'un appel à projet sur la démocratie sanitaire.

4.4.3. Mener des évaluations de satisfaction auprès de l'entourage des patients, et des professionnels de santé

Concernant les professionnels du Centre Hospitalier d'Arcachon, des enquêtes sur la satisfaction de vie au travail ont été menées en 2012, dans le cadre du projet CLARTE, en 2013 et 2014, dans le cadre du projet ORSOSA, avec la médecine du travail, et complétées en 2016, par l'évaluation des risques psycho-sociaux.

Des enquêtes thématiques sont à prévoir, notamment sur la communication, la gestion documentaire, la démarche qualité et gestion des risques.

Concernant les professionnels de santé libéraux, leur satisfaction est évaluée, tous les deux ans. En 2016, les objectifs de cette enquête sont élargis aux missions du Comité Ville-Hôpital, par le biais d'une fiche de recueil sur le parcours patient.

B - Programmes biomédical, technique et sécurité incendie

1. Une politique de maintenance biomédicale engagée et soutenue par l'institution

Les objectifs de la politique de maintenance biomédicale du Centre Hospitalier d'Arcachon concernant les dispositifs médicaux visent à maîtriser l'état et les fonctionnalités de ces derniers, à prolonger leur durée de vie et à optimiser la gestion du parc.

Cela se traduit par l'engagement du Service Biomédical, en matière de maintenance et de contrôle qualité, d'organiser la prise en charge des dispositifs médicaux de manière planifiée, pour garantir leur disponibilité dans des délais raisonnables, compatibles avec l'activité du service demandeur, et ce, dans le respect des textes réglementaires, du contexte économique.

La politique de maintenance 2016-2020 détaillée et annexe fait partie intégrante du projet d'Etablissement, dont les grandes lignes sont :

1.1. Le maintien de certains objectifs :

- Le respect des contraintes réglementaires fixées par décrets, relatives à l'obligation de maintenance et au contrôle qualité des dispositifs médicaux
- La maîtrise de la gestion des risques par l'élaboration d'une cartographie de processus et une cartographie des risques
- Un inventaire exhaustif et suivi sur logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur
- Un parc de matériel renouvelé et sécurisé avec anticipation des alertes de fin de support des constructeurs
- Une homogénéisation du parc pour faciliter le travail des utilisateurs et réduire les coûts de maintenance
- Un programme pluriannuel d'investissement associant les demandes des utilisateurs et les contraintes financières, lié au développement des activités
- Un bilan d'activité annuel permettant d'optimiser la gestion du parc, à destination de la direction
- Une maintenance préventive discriminée et un contrôle qualité ciblé
- Une démarche qualité engagée depuis 2010 en deux cycles (2016-2018 et 2019-2020) en vue d'obtenir la certification ISO 9001 version 2015, en 2021.

1.2. La mise en œuvre des actions suivantes :

- Etablir un programme de renouvellement des équipements lourds ou à de technologie très évolutive différencié du plan d'investissements courant, proposer des durées d'amortissement moins longues ou favoriser la location maintenance
- Acquérir du matériel de substitution pour ne pas pénaliser les activités en cas de panne ou de maintenance programmée
- Contractualiser les acquisitions de nouveaux équipements, écriture d'une proposition médico économique étudiée par un comité pluridisciplinaire et bilan à un an
- Développer une culture de respect du matériel pour lutter contre le vandalisme et la malveillance
- Allier maintenance interne et maintenance externe, développer la maintenance réalisée en interne pour gagner en disponibilité et réactivité nécessitant la reconnaissance des équipes biomédicales et un plan de formation adéquat
- Faire reconnaître une organisation responsable biomédicale par l'institution
- Rédiger un contrat avec les autres services supports et notamment les services économiques

La politique de maintenance biomédicale 2016-2020 du Centre Hospitalier d'Arcachon apporte une réponse aux textes relatifs à l'obligation de maintenance et de contrôle qualité et permet d'ores et déjà de dépasser le cadre réglementaire quant aux dispositifs médicaux couverts. Elle vise à allier maintenance interne et externe, maintenance préventive, curative et contrôle qualité, pour garantir la disponibilité des dispositifs médicaux dans des délais raisonnables au regard de l'activité des services demandeurs, tout en maîtrisant les dépenses, alors même que le parc augmente.

2. Un programme de maintenance des installations techniques clair et validé par les deux entités du GCS PSA, une organisation productive et évaluée régulièrement

Les services techniques du Centre Hospitalier d'Arcachon assurent depuis la réception du Pôle de Santé d'Arcachon en décembre 2012, la maintenance des installations techniques des bâtiments et la maintenance des équipements du CH d'Arcachon (hors matériel médical).

Un document rédigé depuis 2013, nommé Organisation des services techniques présente le service, les organisation et les objectifs. Il est mis à jour à périodicité régulière et fait l'objet d'une validation des deux entités : Clinique d'Arcachon (groupe GBNA) et Centre Hospitalier d'Arcachon.

Les pré requis suivants ont été définis et donnent la ligne directrice de l'organisation développée :

2.1. Missions

- Assurer la sécurité des installations techniques
- Garantir aux patients et à leur famille des conditions d'accueil optimales
- Garantir au personnel de bonnes conditions de travail
- Minimiser les délais d'intervention par une présence optimale et une équipe formée.
- Pérenniser les installations par une maintenance préventive adaptée
- Conserver la connaissance des installations en interne pour optimiser l'exploitation et la réactivité des interventions
- Equilibrer les dépenses de maintenance par une internalisation concertée des prises en charge.

2.2. Moyens mis en œuvre

- Connaissance des matériels, des installations et des équipements
- Qualification du personnel
- Formation du personnel et mise à jour régulière
- Equipements de contrôle disponible et étalonné
- Veille technique et réglementaire

Le projet d'Etablissement du Centre Hospitalier d'Arcachon 2016-2020 doit permettre de conforter les actions mises en œuvre et autoriser les projets à venir.

2.3. Objectifs

2.3.1. Maintenir les acquis

- **Un plan de maintenance du PSA actualisé :**

Le plan de maintenance du PSA est disponible sur le serveur des services techniques MIPSA/Contrat de maintenance. Il évolue en fonction de la connaissance du bâtiment et de son exploitation et est mis à jour par l'adjoint des services techniques et l'ingénieur des ST.

Il définit les modalités de maintenance : interne/ externe/ mixte et les contrats de maintenance externes selon les moyens humains internes en termes d'effectifs et de compétences requises. Les équipements de haute technologie, nécessitant une expertise, une formation poussée, ou la nécessité de disposer de matériel de contrôle et maintenance onéreux sont confiés à des prestataires extérieurs (ex : groupe électrogène, cellule HT, groupes froid...).

La dernière version de ce plan a été validée en séance du groupe de maintenance GCS PSA (CHA/BNA) dans la séance du 23 juin 2015.

- **Des fiches de postes** claires, rédigées et diffusées, **une organisation définie**
- **Des objectifs de maintenance et d'exploitation** pour conserver les équipements en état de fonctionnement
- **Un programme de maintenance préventive détaillé**
- **Une maintenance curative opérationnelle avec permanence sur site**
- **Une veille technologique et réglementaire**
- **Le suivi des contrôles réglementaire et levée de réserves associée**
- **Le maintien des installations dans le cadre réglementaire** (carnet sanitaire, carnet de chaufferie, carnet de l'air, carnet des effluents, ICPE notamment)
- **La tenue et la mise à jour du registre de sécurité** en lien avec le chargé de sécurité
- **Une gestion des pièces de rechanges et consommables** avec tenue d'un stock minimum pour intervention urgente
- **Le suivi des installations** : historique machine, traçabilité sur gestion de maintenance assistée par ordinateur, mise à jour des DOE, mise à jour de plans
- **Le suivi financier des interventions** pour optimiser la stratégie de maintenance
- **Le suivi des consommations énergétique** pour prévenir les dérives de consommation dues au vieillissement des appareils, substitution par des équipements moins énergivore
- **Les surveillances réglementaires** : eau/T°, effluents, air, électricité, fluides frigorigènes, etc.
- **La certification** : critère 6B gestion des infrastructures et des équipements (programme de maintenance), critère 7A (Gestion de la qualité de l'eau et de sa consommation, gestion des effluents) ,7B (gestion de l'air et du risque infectieux, gestion des rejets atmosphériques) ,7C (maîtrise des consommations en énergie)
- **Des bilans annuels avec élaboration de ratio** : bilan énergétique annuel, bilan des services techniques annuel, bilan d'exploitation de la chaudière biomasse, bilan ADEME annuel

2.3.2. Mettre en œuvre

- **Rédiger la cartographie de processus et la cartographie des risques du secteur**
- **Poursuivre le parangonnage sur base d'Angers** avec le concours de la direction des services économiques et du contrôleur de gestion

- **Anticiper la charge de travail par un calendrier des marchés annoncé à l'avance** par la direction des services économiques et avec le temps nécessaires à la rédaction des cahiers des charges et des analyses des offres
- **Reconnaitre institutionnellement la densité du parc et la haute technologie des installations**
- **Pérenniser les équipes techniques, et adapter les moyens humains à la charge de travail et les qualifications et compétences** aux technologies existantes
- **Recentrer les services techniques sur les missions définies**
- **Développer des indicateurs qualitatifs de maintenance**
- **Soutenir la démarche qualité pour le volet méthodologique et administratif** (mise en forme des procédures)
- **Optimisation des réglages des installations pour économies d'énergie**
- **Dégager des ressources humaines pour participer activement aux réseaux REMPARG, filière bois énergie, groupement d'achats....**

3. Une organisation humaine de la sécurité incendie efficiente

L'organisation humaine de la sécurité incendie du PSA répond à des obligations réglementaires strictes. Un document rédigé et validé par le SDIS précise la composition de l'équipe sécurité incendie, l'organisation, les missions et fiches de postes des agents.

Le projet 2016-2020 de ce secteur sera conforté par la finalisation de la cartographie des risques dans ce domaine d'activité. Il fait partie intégrante du projet d'Etablissement du Centre Hospitalier d'Arcachon, même s'il concerne les deux entités : clinique d'Arcachon (groupe GBNA) et le CHA.

Les axes principaux sont :

3.1. Maintenir :

- L'organisation humaine de la sécurité en respect de la réglementation et selon avis de la commission de sécurité
- L'organisation générale en cas de sinistres, les scénarios et consignes
- Les consignes permanentes et temporaires
- Le suivi des contrôles réglementaires
- La maintenance des installations de sécurité incendie en lien avec les services techniques
- La traçabilité des interventions
- La tenue des registres de sécurité
- La veille d'alerte technique sur GTC, GTE et numéro vert d'urgence technique
- La démarche qualité du secteur de la sécurité incendie, cartographie de processus et mise en ligne des procédures sur ENNOV
- Les actions de formation et de sensibilisation du personnel
- La gestion documentaire
- La veille réglementaire
- Les liens avec les forces de police, pompiers, base aérienne...
- La gestion des contrôles d'accès et le respect de l'organigramme du PSA

3.2. Mettre en œuvre :

- Finaliser la cartographie des risques
- Améliorer la communication institutionnelle sur le risque incendie

- Veiller à intégrer l'avis du chargé de sécurité incendie dans les projets de travaux, et avant attribution de locaux
- Développer la participation du personnel aux formations incendie
- Poursuivre les exercices d'évacuation
- Faire respecter les consignes de contrôle d'accès dans le respect des consignes propres à chaque service
- Améliorer la sécurité vis-à-vis des tiers, notamment dans le cadre Vigipirate
- Déployer la main courante électronique
- Développer des indicateurs qualitatifs
- Reconnaître institutionnellement la spécificité professionnelle des agents de sécurité incendie

1. Programme de reconstruction de l'EHPAD sur le site du PSA

Ce programme concerne en premier lieu le transfert, sur le site du PSA, de l'EHPAD Larrieu, dans le cadre d'un projet de reconstruction conjoint avec l'USLD de l'UGECAM.

2. Evolution des infrastructures sur le PSA avec le GCS Pole de Santé

2.1. Au sein du GCS public/privé

- Levée des réserves à réception, de parfait achèvement et de garantie de l'opération de construction Pole de Santé d'Arcachon
- Suivi des déclarations en dommage ouvrage

Ces actions sont suivies soit par la Direction Technique de GBNA soit par les services techniques du Centre Hospitalier d'Arcachon selon l'alternance de l'Administrateur du GCS PSA.

2.2. Evolution du bâtiment en réponse à l'évolution des activités

- Etude de faisabilité de l'extension de l'imagerie en coupe afin d'y accueillir un second IRM et un second scanner – GCS IRMBA
- Aménagement d'une salle d'attente pour les patients de la Maison Médicale de Garde, contigüe à celle des urgences - COBAS
- Aménagement de locaux propices à la mise en œuvre du projet de « Marche en avant » de l'ambulatoire.
- Aménagement fonctionnel d'une 9^e salle de bloc opératoire, commune à la Clinique et au CHA
- Création d'un bureau de consultations supplémentaire en consultations gynécologie obstétrique
- Réorganiser la prise en charge pédiatrique aux urgences
- Autre : perspectives et faisabilité d'installation sur le site d'un secteur d'imagerie nucléaire géré par des radiologues libéraux

3. Respect des dispositions constructives du bâtiment et les obligations réglementaires notamment sur le volet sécurité incendie

- Développer la communication publique/privé et la concertation pour préserver les évolutions de chacune des structures, en lien avec le projet médical commun
- Respecter les dispositions réglementaires constructives du bâtiment
- Intégrer les délais de constitution de dossier (déclaration de travaux, avis des bureaux de contrôle) dans les projets
- Rédiger un PERT (program evaluation and review technique) pour chaque projet
- Réaliser un plan pluriannuel de travaux
- Veiller au respect de l'effectif de la sécurité incendie du site, solliciter les professionnels techniques avant autorisation de modification de la destination des locaux
- Consulter régulièrement les services utilisateurs sur les demandes de travaux courants
- Prévoir une cohérence des plans d'investissements dans les différents secteurs supports
- Vérifier la faisabilité de prise en charge des travaux selon charge de travail des différents acteurs
- Mettre à jour les dossiers d'ouvrages exécutés

1. Contexte :

La politique des achats de l'établissement vise à définir des orientations générales relatives aux achats et aux approvisionnements. Elle traduit une vision globale intégrant des objectifs de maîtrise juridique, de performance économique et organisationnelle, de qualité, de réactivité et de développement durable.

Les achats hospitaliers s'inscrivent dans un contexte en forte mutation. Le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) lancé par la DGOS en fin d'année 2011 a lancé une véritable dynamique. En effet, les achats représentent un poste de dépenses important dans les établissements de santé (2^{ème} poste de dépenses derrière la masse salariale). C'est pour cette raison que dans le contexte général actuel de rigueur budgétaire, il était essentiel de mieux structurer les fonctions achats des établissements et de rechercher la performance dans les stratégies d'achats. Le programme PHARE a d'ailleurs été conforté puisqu'il constitue l'un des blocs du plan ONDAM 2015-2017 visant à réaliser 50 milliards d'économies en 3 ans dans les établissements de santé. L'enjeu est donc majeur et le Centre Hospitalier d'Arcachon s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé acte la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Basé sur un projet médical partagé, ces groupements doivent désigner un établissement support qui gèrera un certain nombre de fonctions pour le compte de ses membres. L'article L.6132-3-I-3° du code de la santé publique dispose que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement la fonction achats.

Ainsi, dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde », le CHU de Bordeaux est l'établissement support et pilotera la fonction achat de l'ensemble de 9 établissements membres. Le Centre Hospitalier d'Arcachon prend parti à ce changement de grande ampleur pour définir le périmètre, le modèle de gouvernance et les modalités de fonctionnement de cette fonction achat mutualisée. En parallèle, l'établissement devra également s'interroger sur la réorganisation de ses services pour tenir compte de cette réforme.

2. Etat des lieux :

Afin de dresser un état des lieux le plus exhaustif possible des achats du Centre Hospitalier, une cartographie a été réalisée. Elle reprend, par compte budgétaire et par segment d'achat, les montants de dépense et les modalités d'achat (hors marché, marchés locaux, groupements ou centrales d'achats).

Cette cartographie permet de dresser les constats suivants. Sur un volume de dépenses d'achats de plus de 11 millions d'euros en 2014 :

- 35% sont réalisés par le biais de groupements d'achats (produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, fournitures hôtelières, etc.) ;
- 5% en centrales d'achats (fournitures de laboratoire, locations d'équipements, informatique, téléphonie, etc.) ;
- 40% via des marchés locaux ;
- 20% restent hors marché.

Tous les segments d'achats sont concernés par les marchés locaux et les achats hors marché.

De plus une réflexion a été conduite avec l'ensemble des agents des services économiques, principaux acheteurs de l'établissement. L'ensemble de ces constats ont permis d'élaborer les objectifs de la présente politique.

3. Organisation et ressources internes

Au sein du Centre Hospitalier d'Arcachon, la fonction achats et approvisionnement est éclatée entre différents processus et différents acteurs qui y concurrent.

Bien qu'un Responsable Achat Unique ait été identifié, les processus achats mériteraient d'être davantage harmonisés. Sur certains segments, trop peu de procédures sont formalisées. La stratégie achat se limite alors à la comparaison de plusieurs devis, souvent établis dans l'urgence.

Le Responsable Achat Unique est également responsable des services économiques. Les agents des services économiques sont responsables d'un périmètre de compétence de A à Z. Cette organisation apporte de la satisfaction aux agents car elle leur permet de trouver davantage de sens dans leur travail et de développer une certaine expertise. L'identification de binôme est un objectif recherché pour assurer la continuité du service même si la taille réduite de l'équipe rend l'exercice plus complexe.

4. Déclinaison des objectifs :

A partir de ces constats et des moyens dont il dispose, le Centre Hospitalier d'Arcachon a déterminé les objectifs suivant en matière d'achats.

4.1. Assurer une maîtrise du risque juridique

Les achats réalisés par un établissement public de santé relèvent d'une réglementation spécifique, récemment modifiée par l'ordonnance du 23 juillet 2015 et le décret du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics. Ces deux textes réglementaires instaurent un certain nombre de règles qu'il convient de respecter quel que soit le montant de l'achat.

Le Centre Hospitalier d'Arcachon porte une attention extrême à la maîtrise des procédures. Cela passe par une anticipation systématique du calendrier des achats afin de se laisser le temps de suivre le processus d'achats et de rédiger les documents de consultation sereinement. Les cahiers des clauses techniques particulières sont systématiquement rédigés par ou avec les utilisateurs. Leur précision et leur exhaustivité sont recherchées pour que la prestation ou le produit soient conformes à ce qui est attendu et que cette conformité puisse être contrôlée dans le cadre de l'exécution du marché.

Le Groupement Hospitalier de Territoire représente une opportunité pour accroître la maîtrise du risque juridique en spécialisant et en mutualisant des compétences dans ce domaine.

4.2. Rechercher systématiquement la performance économique de l'achat

Cet objectif vise à obtenir les meilleures conditions économiques lors de chaque procédure d'achat afin d'assurer la maîtrise des dépenses de l'établissement.

Chaque année, l'établissement réalise un plan d'action achats (PAA). C'est un document de pilotage interne qui permet de prévoir les possibilités de gains achats pour l'année à venir et de suivre la réalisation de ces gains. C'est également un document de suivi de l'ARS et de la DGOS dans le cadre du programme PHARE et du plan ONDAM.

Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, un plan d'action achat de territoire (PAAT) devra également être élaboré à partir de l'année 2017.

A chaque procédure d'achat, il convient de s'interroger sur le ou les leviers pertinents à mettre en œuvre :

- La **massification** vise à se regrouper au niveau d'un groupement local, régional ou national pour bénéficier de prix compétitifs grâce à un effet volume important. Ce levier permet également aux acheteurs locaux de se concentrer sur le besoin et sans avoir à se préoccuper de la procédure de consultation. Le Centre Hospitalier a déjà mis en œuvre ce levier puisqu'environ 40% du volume de ses achats sont aujourd'hui réalisés via des centrales d'achats ou des groupements d'achats régionaux ou nationaux. Cet effort doit être poursuivi conformément aux recommandations à venir de la DGOS sur le sujet. De plus, dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde », le CH d'Arcachon va pouvoir bénéficier de l'adhésion du CHU au groupement Uniha. Si cet objectif de massification est totalement partagé par le CH d'Arcachon, l'établissement se doit d'interroger systématiquement les avantages et les inconvénients de la massification sur un plan administratif, économique et logistique avant de déterminer sa stratégie d'achat.
- L'**optimisation** des produits et des services achetés par une étude plus approfondie des besoins, la standardisation, l'élimination de la sur qualité et le choix de solutions de substitution, etc.
- Les acheteurs du Centre Hospitaliers d'Arcachon travaillent de façon plus étroite avec les utilisateurs. Cette tendance est à poursuivre car le levier principal concerne toujours l'interrogation du besoin et des pratiques. En effet, l'accompagnement du changement, la compréhension mutuelle des contraintes (contrainte économique et juridique pour l'acheteur versus contrainte d'utilisation des professionnels) sont essentiels pour atteindre cet objectif d'optimisation des achats.
- la **négociation** pour l'application de prix raisonnables et justifiés. Les techniques de négociation doivent être acquises par les acheteurs qui doivent également bien connaître le marché pour se positionner sur le juste prix.
- le **raisonnement en coût complet**, favorisant l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, sur leurs conditions précises d'utilisation ou d'installation et sur leur maintenance. Le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse doit être fait en prenant systématiquement en compte le coût complet du produit ou du service acheté.
- la **maitrise du marché fournisseurs** pour faire jouer la concurrence entre fournisseurs, détecter les innovations, etc. La relation entre les acheteurs et les fournisseurs est essentielle pour atteindre un certain niveau de performance car les marchés de produits et de services sont en perpétuelle évolution et il faut être en capacité de saisir les innovations quand elles se présentent.
- Le **développement du contrôle de gestion achat** pour mesurer la performance attendue et réalisée en la matière. Là encore, le GHT représente une opportunité pour développer cette fonction essentielle.

4.3. Améliorer l'organisation de la fonction achat et la communication autour de ses activités et ses enjeux

Les années 2016-2020 constituent une période charnière en matière d'organisation. Le Centre Hospitalier a des efforts à fournir pour améliorer son organisation interne. Il doit clarifier le rôle du Responsable Achat Unique et asseoir son positionnement, conforter l'organisation des acheteurs par filière pour développer leur expertise et donner plus de lisibilité sur les missions de chacun dans les processus d'achats (notamment entre les acheteurs « métiers » et les acheteurs des services économiques)

En parallèle, le Centre Hospitalier d'Arcachon doit également accompagner l'évolution de la fonction achat vers l'établissement support du GHT sans avoir de visibilité précise sur ce que sera, à terme, cette nouvelle organisation. Une proposition de gouvernance de la fonction achat du GHT est en cours de validation. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier d'Arcachon devrait être représenté dans le comité de coordination et dans les groupes experts par filière.

Les rôles du Directeur des Achats et du Responsable Achat Unique sont multiples : participer à l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat du GHT, coordonner les liens entre l'établissement support et les acteurs internes à l'établissement pour chacune des procédures d'achat engagées, participer à l'élaboration d'un référentiel de compétence de la fonction achat du GHT, accompagner les professionnels de l'établissement dans l'adaptation à ces nouvelles dispositions, etc.

En support de ces réorganisations importantes, la communication doit être déployée. Elle vise à accompagner les professionnels de l'établissement, communiquer sur les résultats de la fonction achat, motiver les professionnels à participer aux diverses rencontres visant à approfondir la définition des besoins.

Enfin, dans le cadre de la contractualisation interne, des délégations de gestion aux pôles pourraient être envisagées sur certains segments d'achat.

4.4. Améliorer la qualité et la réactivité des processus et des achats

La qualité des biens et des services achetés est une préoccupation permanente, au même titre que la préoccupation économique. Elle participe à la performance de l'achat.

Cette recherche de qualité passe par la formalisation des processus d'achats. Dans le cadre de la démarche de fiabilisation des comptes dans laquelle s'engage le Centre Hospitalier d'Arcachon, une cartographie des risques est proposée par la DGOS pour engager la réflexion sur le cycle achats. L'établissement s'en inspirera pour travailler cet axe.

Les acheteurs se doivent également de faire preuve de réactivité en tant que service support de l'établissement. Ils doivent renseigner rapidement les utilisateurs, les accompagner dans la définition de leurs besoins. Dans le cadre de la procédure d'achat, ils doivent s'assurer que les délais d'approvisionnement sont compatibles avec l'activité hospitalière. Dans le cadre du GHT, une attention particulière est portée au maintien de cette réactivité car l'« éloignement » de la fonction achat ne doit pas aboutir à une diminution de la qualité.

4.5. Prendre en compte les enjeux liés au développement durable dans les stratégies d'achats

Les achats sont réalisés en visant une incidence écologique la plus réduite possible et en intégrant la dimension sociale propre au développement durable. Toutes les étapes de l'achat sont concernées : la définition des besoins, la procédure d'achat (cahier des charges, critères de sélection des offres) et le suivi de l'exécution du marché.

L'évolution juridique du Code des marchés publics (réaffirmée par le nouveau décret du 25 mars 2016) et l'élaboration d'une politique de développement durable au Centre Hospitalier d'Arcachon permettent d'inscrire le développement durable au cœur des préoccupations de l'acheteur public.

Chaque processus d'achat vise les objectifs suivants :

- Intégrer les préoccupations en matière de développement durable dans la définition des besoins en favorisant les pratiques et les organisations ayant un impact négatif moindre sur l'environnement.
- Favoriser l'introduction dans les marchés publics, pour la sélection des offres, du critère de performance en matière de protection de l'environnement. Cela permet à l'établissement de mieux connaître l'engagement de ses fournisseurs en matière de développement durable et de découvrir de nouveaux produits.
- Favoriser l'insertion des personnes exclues du monde du travail par l'introduction, dans les marchés publics, de clauses d'insertion professionnelles des publics en difficultés.

Cette politique d'achats responsables est associée à une dynamique de consommation raisonnée dans le but de mettre en œuvre les principes du développement durable.

5. Plan d'actions :

Ces objectifs sont déclinés de façon opérationnelle dans le plan d'actions suivant pour les années 2016-2020 :

Objectif	Action	Calendrier
Maitrise juridique	Veille juridique constante	2016-2020
	Formation / information sur ordonnance du 23 juillet 2015 et décret du 25 mars 2016	2016-2017
	Elaborer chaque année un calendrier des marchés reprenant les principales procédures à venir et déterminant un rétroplanning ; examiner les points de convergence et de divergence avec le calendrier du CHU de Bordeaux (établissement support du GHT) pour lancer des procédures communes à partir de 2017	2016-2020
Performance économique	S'inspirer des bonnes pratiques : ARMEN, CORA, GHT	2016-2020
	Elaboration du PAA à partir d'un dialogue avec les consommateurs	2eme semestre de chaque année
	Suivi du PAA en infra annuel et communication	Chaque année
	Harmonisation de la méthode de calcul des gains achats avec méthode DGOS et établissement support du GHT	2016-2017
	Passer en revue les catalogues UniHa, Resah IDF et UGAP pour déterminer les opportunités de massification	2016
	Comparer les offres reçues pour le renouvellement du marché alimentaire aux prix du GARA pour déterminer la stratégie d'achat future	2016
	Organisation	Participation aux travaux du groupe expert achats du GHT « Alliance Gironde » et accompagnement du changement
Fiche de poste et communication sur le rôle du RAU		2017
Communication sur les résultats du PAA		2016-2020
Etude des possibilités en matière de délégation de gestion aux pôles		2017-2018
Qualité et réactivité	S'inscrire dans la démarche de fiabilisation des comptes ; pilotage du cycle « achats »	2016-2020
	S'assurer du respect du délai global de paiement	2016-2020
Développement durable	Dématérialisation progressive : pièce justificative (PESV2), factures (CHORUS), compte rendus médicaux, paye, etc.	2016-2020
	Diffusion d'une charte d'impression et sensibilisation sur les pratiques	2017
	Gestion des déchets éco-responsables	2017
	Introduction de produits bio et de circuits courts dans les achats alimentaires	2017

« **Penser global, agir local** », telle est la formule utilisée par René DUBOS lors du premier sommet sur l'environnement en 1972 qui résume bien le défi auquel doit faire face le Centre Hospitalier d'Arcachon, acteur de taille importante sur le plan social, économique et environnemental.

Si le lancement de l'alerte date des années 1970 avec le rapport « Halte à la croissance » du Club de Rome, c'est en 1987 que la définition du développement durable est donnée au travers du rapport Brundtland. C'est « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». L'objectif est bien de réconcilier les domaines de l'économie, du social et de l'écologie.

1. Des enjeux de dimension planétaire :

Pour assurer un développement durable, il faut trouver un équilibre entre les priorités économiques et les impératifs sociaux et écologiques. En effet, ces dernières années, la sphère économique a eu tendance à être omniprésente mais cela n'est pas pérenne car les ressources à exploiter sont limitées et les écarts de richesse se creusent. L'enjeu d'aujourd'hui est donc d'intégrer les obligations de respect de l'environnement et les normes sociales dans les échanges économiques. Pour cela, il faut remettre l'homme et l'environnement au centre des systèmes et passer d'une logique de court terme à une vision à long terme. Chaque Etat, chaque entreprise, administration, association et même chaque citoyen doivent tenir compte des impacts de leurs activités.

Le développement durable impose alors des changements structurels, profonds à la fois dans les stratégies globales et dans les pratiques quotidiennes. Les engagements doivent être pris à tous les niveaux : international, communautaire, national et local. Les politiques doivent être déclinées et les initiatives encouragées. En effet, si les stratégies institutionnelles sont importantes, c'est l'évolution des mentalités et pratiques qui pourra modifier l'impact durablement l'impact écologique et l'équité sociale.

L'objectif de la présente politique est d'acter l'engagement du Centre Hospitalier d'Arcachon en faveur du développement durable, les objectifs qu'il se donne pour apporter sa pierre à l'édifice et les organisations et actions qu'il met en place pour y parvenir.

2. Des objectifs locaux ambitieux pour répondre à ces enjeux :

Au vu des valeurs qu'il porte, de sa mission de soins à la population et de son poids économique sur le territoire, le Centre Hospitalier d'Arcachon a souhaité s'engager dans une démarche de développement durable. Conscient de sa responsabilité et de son devoir d'exemplarité, l'établissement s'est fixé des objectifs pour répondre à l'enjeu du développement durable.

Pour commencer le Centre Hospitalier d'Arcachon entend **poursuivre le développement de ses activités dans le respect de la société et de l'environnement**. Cet objectif général se décline en plusieurs sous objectifs :

- le respect des droits fondamentaux des patients, des résidents et des professionnels ;
- l'éthique dans le soin et dans les relations professionnelles ;
- l'attention portée à l'impact économique et social des achats (point développé dans la politique achat de l'établissement) ;
- la maîtrise des consommations en vue d'éviter le gaspillage ;
- la gestion des déchets, de l'eau et de l'énergie, notamment dans le cadre des projets patrimoniaux ;

Ensuite, le Centre Hospitalier souhaite **promouvoir le développement durable** à travers :

- la sensibilisation des patients et des professionnels ;
- les coopérations nouées avec les partenaires locaux pour promouvoir le développement durable, la prévention en santé et le lien social ;
- le soutien apporté aux initiatives locales.

Enfin, le Centre Hospitalier poursuit un programme d'actions visant à l'amélioration de **la qualité de vie au travail**. Cet axe est plus particulièrement développé dans le projet social de l'établissement.

3. Des organisations et des actions pragmatiques pour atteindre ces objectifs :

Pour atteindre ces objectifs, le Centre Hospitalier d'Arcachon a nommé un directeur responsable de la politique de développement durable. Son rôle est d'impulser et de coordonner les actions en la matière. Il pilote le comité développement durable qui se réunit au minimum 3 fois par an et assure l'élaboration et le suivi du plan d'actions de mise en œuvre de la présente politique. Sa composition est la suivante :

Directeur des affaires financières, économiques et du développement durable
Directeur des ressources humaines
Directeur des affaires générales
Directeur des soins
Coordonnateur médical de la gestion des risques
Cadres de pôle
Médecin du travail
Pharmacien
Ingénieur des services techniques et biomédicaux
Ingénieur qualité
Responsables des services économiques et des achats
Responsable hôtelier
Représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène
Représentant des usagers
Représentants du personnel

Ponctuellement, ce comité se réunit conjointement avec le comité développement durable de la Clinique d'Arcachon. En effet, dans le cadre du Pôle de Santé, certaines actions liées au bâtiment ou à la logistique doivent être menées de concert.

Le plan d'actions arrêté en juin 2016 est le suivant. L'évaluation de l'atteinte des actions et la réactualisation du plan d'actions est sont faites chaque année.

THEME	RESPONSABLE	ACTIONS
Collecte et tri des déchets ; traitement des DASRI	Responsable hôtelier	Tri des équipements électriques et électroniques, piles usagées, déchets végétaux, verre, carton, pacemakers, sources lumineuses, cartouches d'imprimante. Optimisation de la collecte des DASRI Tri du papier : test réalisé dans services administratifs de l'hôpital. A élargir aux autres services en collaboration avec la clinique.
Diagnostic et action sur les effluents	Ingénieur services techniques et biomédicaux / Responsable hôtelier	Convention REMPLAR Test d'un nouveau chariot de ménage à la maternité (économies eau, produit et ergonomie => moins nocifs pour agents, gain de temps, moins de risque de TMS) Etude de coût à mener avant généralisation éventuelle.
Diagnostic et action sur les GES	Ingénieur services techniques et biomédicaux	Réalisation du bilan GES obligatoire, identification d'actions d'amélioration et suivi de leur mise en œuvre
Incitation transports en commun	Directeur affaires générales	Convention COBAS Enquête BAIA Mise en place d'un blog pour que les professionnels puissent échanger (sous contrôle Merola et Kudelka) et notamment développer le covoiturage
Intégration critères développement durable dans guide interne des achats	Responsable des achats	Elaboration d'une politique d'achats écoresponsables. Adhésion à l'association aquitaine des achats publics responsables (3AR)
Recensement des indicateurs de consommation : eau, énergies, déchets (DOM et DASRI), papier, toner, photocopies.	Directeur des finances, des services économiques et du développement durable	Bilan des énergies réalisé tous les ans par les Services Techniques du CHA Mise en place d'un tableau de bord pour les autres consommations. A actualiser par le secrétariat de direction, à analyser en CDD et à diffuser. Définir et mettre en œuvre des bonnes pratiques en matière d'impression Incitation à la dématérialisation
Semaine développement durable	Directeur des finances, des services économiques et du développement durable	Programme 2016 (semaine du 30 mai au 5 juin) : - collecte de revues organisée au bénéfice de l'association des bibliothécaires pour les patients hospitalisés au sein du PSA, - collecte de téléphones portables dans le hall d'accueil - récupération des clichés radiologiques dans un bac de récupération => récupération par société spécialité - diffusion du guide ou film sur TV dans salle d'attente + affiches - visites de la chaufferie biomasse le 31/05 ouvert au personnel de l'établissement et aux collectivités locales - présentation par le SIBA d'un outil pédagogique présentant leur action pour préserver la qualité de l'eau - boîtes à idées à destination du personnel dans les lieux de passage (self, vestiaire)
Amélioration des conditions de travail	Directeur des ressources humaines, direction des soins	mise en place du groupe QVT, lancement et restitution d'une enquête, Plan d'actions en cours d'élaboration

Introduction

Le projet d'établissement met en perspective les évolutions potentielles du centre hospitalier pour les cinq ans à venir. Son volet social se doit accompagner les objectifs stratégiques définis dans ce projet.

Le projet social revêt, certes, un caractère obligatoire mais il doit surtout être porteur de valeurs fortes et partagées par les salariés du centre hospitalier, quels que soient leurs statuts ou leurs métiers. Il doit expliciter la politique des ressources humaines de l'établissement.

Comme le projet médico-soignant vise à une prise en charge globale du patient, le projet social doit prendre en compte les personnels dans leur globalité.

Les objectifs définis dans ce projet 2016-2020 sont établis dans un contexte économique très défavorable. Ils visent essentiellement à l'optimisation des conditions de travail et des ressources humaines. Ils doivent servir de socle au dialogue social.

Ces objectifs doivent s'articuler avec d'autres dispositifs pour leur donner du sens et notamment avec la politique qualité de l'établissement.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux et la direction ont mené une réflexion qui s'est appuyée sur :

- Un bilan du projet social précédent,
- Des objectifs nationaux prioritaires dont les risques psychosociaux,
- Une démarche d'optimisation et de valorisation des ressources humaines.

Bilan du précédent projet social

Le dernier projet couvrait la période 2011-2015 et proposait quatre axes de développement.

Le bilan des réalisations, annexé au présent document, fait ressortir les points suivants :

- 14 axes d'amélioration finalisés,
- 4 axes d'amélioration non réalisés,
- 1 actions en cours ou permanente

Un tableau synthétique est annexé à ce projet (annexe 1).

Le projet social 2016-2020 se veut, quant à lui, simple et pragmatique. Il vise à identifier des objectifs forts d'amélioration, déclinés en objectifs opérationnels. Il se dotera, lors de sa mise en œuvre, d'outils permettant leurs réalisations, de calendrier et d'indicateurs d'évaluation.

Il s'articule autour de trois axes, chacun déclinés en objectifs.

Axe 1 : Gestion sociale de l'emploi

Cette approche de la gestion des ressources humaines est un message fort à destination de celles et ceux dont le métier les expose le plus aux troubles musculo-squelettiques. Le centre hospitalier, outre ses obligations légales de prévention en qualité d'employeur, à un rôle social majeur dans le réemploi des agents étant le plus exposés durablement à ces risques.

Le centre hospitalier a une démarche novatrice et s'est fixé trois objectifs dans ce domaine.

➤ **Objectif 1 : Gérer les métiers potentiellement à risques (Troubles Musculo-Squelettiques),**

- Identification de ces métiers avec une cartographie des risques,
- Communication sur la stratégie d'emploi de l'établissement pour ces métiers,
- Accompagnement social pour une réorientation professionnelle adaptée.

➤ **Objectif 2 : Rechercher le maintien dans l'emploi,**

- Prévention de l'absentéisme de courte durée,
- Prévention des inaptitudes en travaillant sur l'ergonomie des postes et du matériel,
- Organisation des reclassements avec la mise en place d'un comité de reclassement intégrant les partenaires sociaux,

➤ **Objectif 3 : Préparer au mieux la fin d'activité pour les agents inaptes à leurs fonctions,**

- Communication sur les conséquences de l'inaptitude physique à leur poste ou à toutes fonctions,
- Information sur les actions de reconversion prévues par la réglementation,
- Accompagnement des agents dans leurs démarches de reconversion.

Axe 2 : Qualité de vie au travail

La Qualité de Vie au Travail (QVT) est un concept bien plus complexe qu'il n'y paraît de prime abord. L'Accord National Interprofessionnel sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail, signé le 19 juin 2013, a permis d'en dégager une définition : "Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte."

Une démarche de qualité de vie de travail a pour enjeu le développement de l'attractivité de l'hôpital, l'amélioration de la créativité, de l'engagement, de la motivation professionnelle et de la fidélisation des agents, tout autant que la réduction des effets du stress au travail, des troubles musculo-squelettiques et la diminution de l'absentéisme.

Avec le groupe de travail constitué dans ce domaine, quatre objectifs majeurs ont été proposés.

➤ **Objectif 1 : Engager une véritable démarche de qualité de vie au travail**

L'objectif d'une démarche QVT est de « penser le contenu du travail » lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnels. Cette démarche sera concrétisée au travers des actions suivantes :

- Création un groupe expert Qualité de Vie au Travail,
- Définition des objectifs et conception de la démarche,
- Organisation de rencontres régulières entre ce groupe et la direction afin de valider les différentes propositions, de les mettre en œuvre, de les expérimenter, de les évaluer et de les pérenniser.

➤ **Objectif 2 : Promouvoir la reconnaissance au travail**

Tout le monde s'accorde à dire que la reconnaissance au travail est un levier de santé et de motivation. Cette reconnaissance peut et doit prendre quatre formes : la reconnaissance existentielle, la reconnaissance de la pratique de travail, la reconnaissance de l'investissement dans le travail et la reconnaissance des résultats du travail.

- Formation du personnel d'encadrement à cette pratique, notamment pour une mise en œuvre, notamment, au cours de l'entretien d'évaluation,
- Mise en place de réunions régulières entre les équipes et le personnel d'encadrement,
- Mise en place de réunions sur les « irritants » dans les services.

➤ **Objectif 3 : Promouvoir un management par la confiance**

Il s'agit de susciter l'adhésion, de mettre en place et maintenir des rouages humains qui permettent de remplir les missions de soins. Sans la connaissance des agents et sans des rapports francs, on ne peut aboutir à une équipe épanouie et aguerrie, trouvant pleine satisfaction dans l'exercice de son métier dans un cadre parfois très complexe.

- Formation du personnel d'encadrement aux différents modes de management,
- Délégation de responsabilités ou de gestion aux agents dans différents domaines,
- Accompagnement du personnel d'encadrement dans sa démarche d'évaluation annuelle,

➤ **Objectif 4 : Renforcer l'intégration et développer une culture d'entreprise**

- Organisation de manifestations de convivialité et d'information,
- Renforcement de la communication interne au travers des journaux internes et de tous les outils modernes de communication,
- Elargissement du contenu des journées d'accueil et d'intégration.

Axe 3 : Efficience au travail

➤ **Objectif 1 : Donner du sens aux actions et partager les valeurs.**

Pour que le travail ait un sens, il doit procurer de la satisfaction à la personne qui l'effectue, correspondre à ses intérêts, faire appel à ses compétences, stimuler le développement de son potentiel et lui permettre d'atteindre ses objectifs. Dans un contexte de rareté de la main-d'œuvre très qualifiée, offrir un travail qui a du sens dans un milieu stimulant représente un atout majeur pour attirer et retenir le personnel compétent.

- Accès à une information claire et de qualité,
- Adoption de règles et prises de décisions justes et précises,
- Positionnement de la relation humaine au centre du dispositif de management.

➤ **Objectif 2 : Interroger de façon permanente les organisations et synchroniser le temps médical et non médical.**

L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus

répandues, notamment pour le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) et médical (médecins et pharmaciens), que dans la plupart des autres secteurs marchands de l'économie.

De plus, quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts, des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. C'est la raison pour laquelle chaque manager doit, en permanence, s'interroger sur l'organisation du travail des agents qui sont sous sa responsabilité.

- Mise en place et évaluation d'une organisation de travail en amplitude de 12h aux urgences, surveillance continue, pédiatrie et maternité, sachant que l'établissement ne déploiera pas cette modalité d'organisation aux autres services de soins.
- Optimisation du fonctionnement des services de soins, notamment du bloc opératoire et de l'unité ambulatoire,
- Amélioration de l'organisation des services supports.

➤ **Objectif 3 : Poursuivre une politique de formation adaptée aux contraintes organisationnelles**

La formation à l'hôpital est un élément fondamental de la politique des ressources humaines. Elle est aussi un extraordinaire outil de promotion professionnelle que l'on ne trouve dans aucun autre secteur d'activités. Les dispositifs de formation classiques deviennent, cependant, inadaptés compte tenu, des ressources financières et humaines contraintes. Cependant, l'évolution d'efficience assignée aux hôpitaux et au système public de santé oblige à les considérer comme un investissement vital déterminant le management et l'amélioration de la qualité des services rendus. Ces éléments nous conduisent à repenser les conditions de mise en œuvre de la formation continue au travers d'actions innovantes et adaptées à la situation de l'établissement.

- Développement des formations en e-learning,
- Développement des formations courtes au moment des transmissions du milieu de journée,
- Développement des formations internes par le personnel médical des urgences sur leur temps non posté,
- Formation du personnel d'encadrement au « lean management ». Le lean management étant un système d'organisation du travail qui vise à éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une unité.

Conclusion

Le projet social a pour finalité de concrétiser les actions et les efforts passés, mais aussi et surtout de proposer aux personnels hospitaliers de s'inscrire dans une nouvelle dynamique et une nouvelle réflexion, associant de manière complémentaire, la qualité des prestations dues aux usagers, la reconnaissance et la responsabilité des équipes et des individus.

La cohésion sociale est d'autant plus nécessaire au centre hospitalier d'Arcachon que nous avons une double contrainte et un double défi : maintenir des relations de coopération et de confiance avec notre partenaire local qui est la clinique d'Arcachon, appartenant au groupe Bordeaux Nord, dans le cadre de notre projet médical commun et établir des relations de coopération fortes avec nos huit partenaires hospitaliers du secteur public dans le cadre du projet médico-soignant du Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance Gironde ».

La mise en œuvre des actions de ce projet social sera coordonnée, au travers d'un comité de suivi, par la direction des ressources humaines, en lien avec les acteurs concernés et les partenaires sociaux.

1. Introduction

Le présent document présente les orientations d'évolution des systèmes d'information du Centre Hospitalier d'Arcachon pour la période 2016-2020. Il constitue le résultat des travaux pilotés par la Direction du système d'Information entre Août 2016 et Décembre 2016.

Le présent Schéma Directeur des Systèmes d'Information s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020 dont les principaux axes sont :

- GHT convergence des Systèmes d'Information
- Communication ville-hôpital
- Cartographie des risques du SIH
- Evolution et Sécurisation du SIH
- Reconstruction infrastructure SI EHPAD Larrieu

Le Schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) précédent couvrait la période 2011-2015, l'intégralité des projets inscrits dans ce SDI n'ont pas été réalisés.

L'étude du Système d'Information Hospitalier (SIH) du Centre Hospitalier d'Arcachon, identifie des axes prioritaires d'amélioration du SI. Certains travaux identifiés dans cette étude restent à réaliser.

2. Descriptif fonctionnel et technique de l'existant

2.1 Ressources Humaines

Le service informatique du Centre Hospitalier d'Arcachon est composé de quatre techniciens supérieurs hospitaliers sous la direction du directeur des Ressources Humaines et du Systèmes d'informations.

2.2 Eléments actuels du SIH

Le système d'information est actuellement équipé de :

Téléphonie :

- Autocom IPBX 4400 Alcatel
- 300 DECT
- 900 téléphones IP

Réseau : (Voir Annexe 6.1)

Informatique :

- 2 salles informatiques
- 350 Postes informatiques fixes
- 80 PC portable
- 70 serveurs virtuels
- 15 serveurs physiques

Interopérabilité du SIH : (Voir annexe 6.3)

3. Bilan schéma directeur 2011 – 2015

Projets du schéma directeur 2011 - 2015	Etat d'avancement
Déploiement du dossier patient informatisé	
> Prescription informatisée du médicament	2012
> Prescription des actes de laboratoire et de pharmacie	2012
> Archivage des images et des données médicales (PACS)	2013
> Dossier de soins infirmier informatisé	2013
Relation Ville / Hopital	Non réalisé
Virtualisation des serveurs	2012
Terminaux multimédias	Non réalisé

Déploiement du dossier patient informatisé

L'ensemble du dossier patient informatisé a été déployé sur 2011-2013 incluant les prescriptions informatisées du médicament, les retours d'actes de laboratoire et de pharmacie, un PACS (Picture Archiving and Communication System), et le dossier de soins infirmier informatisé. Des ordinateurs portables sur chariots de type Ergotron et chariots à médicaments ont été mis en place.

Relation Ville / Hopital

Un portail Ville/Hôpital n'a pas encore été déployé pour plusieurs raisons :

- Mise en place de la messagerie sécurisée
- Evolution vers le DMP
- Evolution vers les GHT (portail patient/médecins)

Virtualisation des serveurs

Mise en place d'une infrastructure technique virtuelle pour faciliter la gestion des serveurs et les futurs ajouts. Solution redondée et sécurisée basée sur VMware.

Terminaux multimédias

Dans le cadre de la construction du Pôle de Santé, une étude a été menée sur le bassin de population et la patientèle de l'Hôpital. Il s'avère que les terminaux multimédias n'ont pas fait l'objet d'une attention positive en raison de leurs coûts et de leur ergonomie.

4. Bilan des projets annexes au schéma directeur 2011-2015

4.1 Projet majeur

Projet majeur 2011-2015	Fin du projet
Infrastructure technique du Pôle de santé	2013
Déménagement Pôle de santé	2013

Infrastructure technique du Pôle de santé

Analyse et mise en place de l'infrastructure du Pôle de Santé (Téléphonie/Réseau/TV/Technique/Biomédical)

- 2 salles serveurs redondées / 20 locaux VDI
- 60 switches / 2 cœurs de réseaux
- 85 bornes DECT
- 100 bornes WIFI

Déménagement Pôle de santé

Déménagement de l'informatique et fonctionnement de deux sites distants par lien hertzien (ancien site et nouveau site connecté pendant la marche à blanc)

4.2 Principaux projets

Principaux projets finalisés 2011-2015	Fin du projet
Logiciel des Urgences	2011
GED Qualité	2012
RIS	2012
Chimio	2013
Serveur de fax	2013
Logiciel de gestion des archives médicales	2013
Logiciel d'encaissement des repas	2013
GMAO Biomed	2013
Logiciel de contrôle des températures	2013
GMAO Serv Tech	2014
Migration postes Windows 7	2015
CCD	2015
Module d'envoi de SMS Orange	2015
Téléthrombolyse	2015
Migration applicatives principales (CW/GAM - Agfa - Antares - Cloverleaf)	

Logiciel des Urgences

Déploiement de la solution SIDSU pour satisfaire les besoins et les remontées informatiques nécessaires à l'ORU.

GED

Déploiement de la solution de gestion électronique de documents Ennov. Solution utilisée également pour la gestion des événements indésirables.

RIS

Installation du système d'information radiologique (RIS) Xplore au service d'imagerie.

Chimio

Déploiement du logiciel de chimiothérapie CHIMIO hébergé au Groupe Bordeaux Nord Aquitaine (GBNA)

Serveur de fax

Intégration de la solution de serveur de fax XmediusFax. Elle permet de ne plus avoir de ligne analogique spécifique pour l'envoi des fax.

Logiciel de gestion des archives médicales

Déploiement du logiciel Gesmedic pour la gestion des dossiers médicaux papiers.

Logiciel d'encaissement des repas

Installation du logiciel d'encaissement de repas RECO.

GMAO Biomédical

Mise en oeuvre de la solution ASSETPLUS de gestion de maintenance et de gestion du parc des équipements biomédicaux.

Logiciel de contrôle des températures

Solution JRI pour la gestion et le contrôle des températures des équipements frigorifiques.

GMAO Services Techniques

Mise en oeuvre de la solution CARLSOURCES de gestion de maintenance et de gestion du parc des équipements techniques.

Migration postes Windows 7

Mise à jour du parc informatique et vérification de la compatibilité des logiciels métiers avec Windows 7.

CCD

Mise en place de la solution CCD d'Orange pour la gestion de l'attente téléphonique des secrétariats

Module d'envoi de SMS

Solution de la société Orange pour l'envoi de SMS depuis notre DPI Crossway.

Téléthrombolyse

Mise en place d'une solution de télémedecine avec le CHU de Bordeaux pour la prise en charge rapide des AVC.

Migration applicatives principales

Migration majeures impactant les volets techniques et fonctionnels des applicatifs métiers principaux :

- Crossway/GAM
- Hexagone
- Antares
- Cloverleaf

5. Les projets du Schéma Directeur

Le Système d'Information Hospitalier (SIH) couvre l'ensemble des informations utilisées dans un établissement de santé. Des logiciels métiers voient de plus en plus le jour avec des spécificités propres à chaque service. C'est pourquoi le SIH grandit de jour en jour avec toujours de nouveaux projets.

Nous développerons dans cette partie nos principaux projets, les solutions proposées, et nos choix de déploiement.

5.1 GHT interopérabilité des SI

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance de Gironde », dont la convention constitutive a été approuvée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes le 19 octobre 2016, a été construit sur les fondements posés par la communauté hospitalière de territoire « Alliance de Gironde ».

Regroupant les 9 hôpitaux publics du département de la Gironde (CH d'Arcachon, CH de Bazas, CHU de Bordeaux, CH de Cadillac, CH Charles Perrens, CH Haute-Gironde, CH de Libourne, CH de Sainte-Foy-La-Grande et CH Sud-Gironde), le groupement girondin s'impose par l'étendue de son territoire (le département de la Gironde est le plus vaste en France métropolitaine) et par sa dimension financière.

Le projet médical partagé constitue la pierre angulaire du groupement. Il a pour objet de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients, dans le but de leur assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité dans tous les établissements parties qui le composent. Il vise notamment dans cette perspective à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à des prises en charge en recours et de référence, conformément aux orientations stratégiques fixées dans la convention constitutive, qui visaient à :

1. Développer une offre de soins hospitaliers publique pérenne et coordonnée sur tout le territoire de Gironde.

Les établissements parties au GHT « Alliance de Gironde » entendent mener des actions communes visant à :

- renforcer la structuration du maillage des soins et des activités entre tous les hôpitaux publics de Gironde,
- améliorer l'accès et l'organisation de la gradation des soins et des parcours selon les besoins des patients,
- développer les filières de soins identifiées comme prioritaires dans la stratégie de groupe public,

- renforcer l'attractivité professionnelle au sein du groupement par une gestion concertée de la démographie des professionnels de santé, et notamment des équipes médicales, au sein des établissements,
- innover dans les modes de prise en charge des patients, particulièrement en recourant aux outils de télémédecine,
- favoriser le lien avec les acteurs de santé du territoire pour faciliter et sécuriser les parcours de soins des patients.

2. Améliorer la performance des organisations médicales et de soins entre les établissements parties au GHT

Dans ce cadre, les établissements parties au GHT « Alliance de Gironde » s'engagent à organiser la mise en œuvre du projet médical selon les modalités suivantes :

- garantir une gouvernance médicale équilibrée et adaptée du GHT, tant dans les instances communes du groupement que dans le cadre du territoire, chaque établissement ayant une place reconnue dans le pilotage de cette mise en œuvre,
- définir les objectifs et les conditions de fonctionnement des organisations médicales communes d'activités fixées par la loi ou ses décrets d'application,
- structurer le pilotage du projet médical partagé du GHT,
- renforcer l'engagement des établissements parties au GHT dans les démarches et projets de recherche clinique,
- suivre et évaluer les résultats des actions médicales communes engagées dans le cadre du GHT.

Des axes communs du projet médical partagé nécessitent d'être traités de manière transversale, et non pas au sein de chaque thématique : la prise en compte des enjeux et défis autour du système d'information, de la télémédecine et de la démographie médicale.

LE SYSTEME D'INFORMATION

Le premier levier identifié concerne l'amélioration des systèmes d'information : il s'agit de faciliter la circulation de l'information relative au patient et à sa prise en charge et de promouvoir un développement cohérent des systèmes d'information.

Le défi est de permettre à la fois un accès aux informations nécessaires pour la prise en charge des patients dans une discipline ou un cadre donné, répondant à des besoins parfois propres à une spécialité, mais aussi de disposer d'un dossier patient intégré, reprenant toutes les informations et évitant tout morcellement des informations et des supports, qui nuirait à l'efficacité de la prise en charge.

Ces éléments doivent être au cœur de la réflexion du GHT sur le schéma directeur des systèmes d'information, afin de répondre non seulement aux fonctionnalités attendues par les utilisateurs, mais aussi de prévoir un cadre sécurisé et une gestion harmonisée des systèmes d'information des établissements membres.

Les attentes des utilisateurs sont centrées sur des besoins métiers :

- accéder à l'information disponible sur un patient donné, dans le cadre d'une prise en charge d'urgence ou pour accéder à des données produites par un autre établissement du GHT :
 - o accès à l'information patient,
 - o accès à l'imagerie produite (accès au PACS, ou bien accès à une fonction d'échange et partage permettant de voir l'imagerie produite ou le compte-rendu),
 - o accès aux résultats de biologie et intégration de l'information dans le dossier patient,
 - o disposer d'outils supports au déploiement de nouvelles réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), pour le partage de l'information médicale,
 - o faciliter les échanges et le partage, par l'identification d'interlocuteurs (annuaires) ou le recours à la messagerie sécurisée,
 - o rendre possible la prescription ou le suivi à distance. Ces éléments nécessitent la définition d'organisations adaptées, en amont de toute mise à disposition d'outils informatiques. Cette attente est notamment relayée par le groupe expert cancérologie, pour la prescription ou le suivi d'administration de chimiothérapies.

Ces fonctionnalités attendues permettront d'accompagner le renforcement ou la mise en place d'une logique de parcours patients et de gradation des soins, au cœur des objectifs du projet médical.

LA TELEMEDECINE

Un autre enjeu majeur, directement lié aux systèmes d'information, est celui du déploiement et du bon usage des solutions de télémédecine.

Le premier élément porte sur la *téléconsultation*, à la fois pour mieux utiliser les programmes déjà initiés, et pour étendre le dispositif à de nouveaux usages.

Le dispositif est structuré aujourd'hui pour de la téléconsultation pour les patients de gériatrie, et l'attente est de pouvoir renforcer et étendre le dispositif :

- pour un usage au bénéfice des établissements sociaux et médico-sociaux (situation de « requérant »),
- pour que d'autres établissements « requis » soient en capacité d'intervenir et d'assurer la consultation médicale attendue,
- pour étendre le dispositif à d'autres disciplines.

Le deuxième élément porte sur la *téléexpertise*, qui pourra accompagner la réflexion sur la gradation des soins, afin de permettre une organisation pertinente pour le recours s'appuyant sur l'avis d'expert, tout en apportant des garanties en termes de mise à disposition de l'information nécessaire, et de traçabilité des avis.

2.1 Communication ville-hôpital

2.1.1 SMS

La non-venue des patients représente un pourcentage important de consultations non honorées et de déprogrammations en hôpital de jour et en unité de chirurgie ambulatoire. De plus, les retards des patients provoquent des délais d'attente supplémentaires.

Ces rendez-vous non honorés, ainsi que les retards se traduisent par des dysfonctionnements importants des organisations et des pertes financières.

Un module de Rappel de RDV par SMS permettrait de réduire le taux de non présentation des patients à leurs RDV. Le taux de non-venue désorganise les services et tend à rallonger les délais d'obtention d'un rendez-vous ce qui contribue à son tour à augmenter le taux de non-présentation des patients.

L'objectif est de transformer ce « cercle vicieux » en « cercle vertueux » où la réduction du taux de non-venue entraîne une optimisation des ressources, la réduction des délais d'obtention de rendez-vous et l'amélioration de la satisfaction des patients.

Les bénéfices et valeur ajoutée :

Pour le patient :

- Confort et simplicité pour son emploi du temps ;
- Réduction des délais d'attente.

Pour les professionnels de santé :

- Gain de temps grâce à la diminution des appels téléphoniques entrants dans les secrétariats médicaux ;
- Efficacité des personnels par la réduction des taux de non venues aux RDV.

Pour le centre hospitalier :

- Optimisation des rendez-vous pour l'hôpital et rationalisation des taux de remplissage des consultations ;
- Retour sur investissement rapide en réduisant le nombre de non-venues ;
- Amélioration de l'attractivité de l'établissement grâce au meilleur service rendu au patient.

Ces envois de SMS s'inscrivent dans la démarche d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et de meilleure information du patient :

- Rassurer et informer le patient ;
- L'assurance de contacter 100% des patients: les SMS peuvent être envoyés sous forme de messages vocaux sur les fixes.

2.1.2 DMP

Le DMP constitue un enjeu réglementaire, stratégique, organisationnel et économique. Il est un moyen de répondre à l'obligation de l'établissement de communiquer son dossier au patient et au droit du patient à y accéder. La capacité de l'établissement à créer et utiliser le DMP pour ses patients est un facteur d'attraction pour les médecins de ville et positionne plus largement l'établissement au sein de son territoire : à l'heure du décloisonnement entre les acteurs et entre le sanitaire et le médico-social, le DMP favorise naturellement l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur pour améliorer la coordination des soins grâce au partage d'informations médicales. Il est un outil au service des approches de territoire et de filières de soins.

Le DMP est utile au praticien en établissement, pour prendre connaissance des informations médicales relatives aux patients adressés par un médecin de ville (antécédents, allergies, traitements en cours, comptes-rendus d'examen réalisés en ambulatoire), autant qu'au médecin de ville qui suit le patient après sa sortie de l'établissement (compte-rendu opératoire, d'hospitalisation, de radiologie, de biologie, lettre de sortie, ordonnance de sortie).

Le DMP est une réponse efficace, nationale et sécurisée aux projets de liaison ville-hôpital. Il répond au besoin de partage entre professionnels de santé hospitaliers et de ville, pour le bénéfice des patients qu'ils suivent. Il évite ainsi à l'établissement de mener un projet d'informatisation spécifique de mise en œuvre d'un portail ville-hôpital entre le dossier d'établissement et les cabinets de ville.

Dans un contexte de raréfaction du temps médical, le DMP peut contribuer à améliorer l'organisation de la permanence des soins au sein de l'établissement par la mise à disposition plus rapide d'informations médicales importantes dans la prise de décision. De même, en dématérialisant ces échanges, le DMP permet d'alléger les travaux de secrétariat et de gestion du courrier.

Le DMP fait le lien entre les logiciels des cabinets de ville, des établissements et des plateaux techniques : dès lors que les informations médicales y sont déposées par le logiciel qui les a produites, des fonctionnalités prévoient de les diffuser vers les autres logiciels métier, et si elles sont structurées, de développer des services à valeur ajoutée médicale. Les documents contenus dans le DMP sont utiles dans tout contexte de prise en charge pluridisciplinaire ou à distance (télé médecine ou tenue de réunion de concertation pluridisciplinaire – RCP – par exemple).

Le patient n'a plus besoin de rechercher les informations à transmettre aux professionnels de santé. Ces données sont disponibles et accessibles partout, à tout moment et en toute sécurité.

Le DMP apporte une réponse à des difficultés fréquemment rencontrées dans les projets d'informatisation. Il offre une infrastructure nationale reposant sur un ensemble de référentiels nationaux, fixant ainsi un cadre :

- Le cadre d'interopérabilité : il apporte une structuration et un cadre unique qui favorisent le décloisonnement entre les systèmes d'information de santé. Il s'agit à la fois d'interopérabilité technique et sémantique.
- L'Identifiant National de Santé (INS) : l'existence d'un identifiant national unique pour les patients, bénéficiaires de l'assurance maladie, augmente les possibilités de partage d'informations médicales entre acteurs de santé.
- L'identifiant national des professionnels de santé : le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est une base de données hébergée et gérée par l'ASIP Santé, à partir des informations d'identité transmises par les Ordres. Pour chaque professionnel de santé préalablement inscrit au tableau de son Ordre, le répertoire contient son identifiant unique et pérenne, non significatif (numéro RPPS) et un ensemble partagé de données d'intérêt commun, fiables et certifiées, basées sur une nomenclature commune.
- Les exigences de sécurité : l'obligation d'utilisation de cartes électroniques (cartes CPS) et/ou de certificats d'authentification forte élève, de fait, le niveau de sécurité des systèmes, pour lesquels le mode d'accès le plus répandu actuellement est celui de l'identifiant/mot de passe, dont on sait la fragilité.

2.1.3 Messagerie sécurisée

Les professionnels de santé ont toujours eu besoin d'échanger des informations sur leurs patients. Si ces échanges sont encore le plus souvent épistolaires, le développement d'internet et des nouvelles technologies les a fait évoluer considérablement : ils sont désormais instantanés, dématérialisés et réalisables depuis n'importe où grâce à l'usage - de plus en plus fréquent - des smartphones. Pour les pouvoirs publics, l'enjeu est double : assurer la sécurité et la protection des données personnelles de santé des patients, et protéger la responsabilité des professionnels de santé.

Les avantages de la messagerie sécurisée sont les suivants :

- Elle facilite les échanges et améliore la coordination des soins. Cela permet d'accélérer l'envoi des comptes-rendus aux professionnels de santé libéraux et aux autres structures de soin. Elle permet également de trouver facilement un correspondant dans l'annuaire certifié des professionnels de santé.
- Elle favorise la confidentialité des données de santé échangées. Il permet de protéger les données de santé des patients et la responsabilité des professionnels de santé.
- Elle permet des gains de temps. La communication par email est moins consommatrice de temps pour les secrétariats médicaux que celle par courrier postal.

2.1.4 Serveur de Diffusion Imagerie

Ce projet est un outil d'amélioration de la prise en charge du patient, en alliant rapidité et sécurisation de l'accès aux résultats et en permettant une étude comparative d'examen réalisés dans le cadre d'une pathologie chronique.

Les images sont automatiquement diffusées au médecin prescripteur de l'examen pour améliorer la prise en charge du patient.

Un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou le patient lui-même pourra accéder directement aux images et aux résultats en se connectant sur un site sécurisé à partir d'un ordinateur distant.

Cet accès ne peut se faire que si la personne qui souhaite consulter les examens est en possession à la fois d'un numéro d'identifiant et d'un mot de passe. Ces identifiants et mots de passe figurent sur le compte-rendu de l'examen et sur le document de diffusion qui sera remis avant le départ du patient du service. Le patient pourra, s'il le souhaite, remettre son identifiants/mot de passe à son médecin correspondant.

L'accès à l'examen via le réseau numérique est temporaire avec une durée limitée à 3 mois. Au-delà de ce délai l'accès à l'examen pourra être redemandé auprès du service d'imagerie médicale dans lequel l'examen a été effectué.

2.1.5 Serveur de Diffusion Laboratoire

L'objectif premier d'un serveur de diffusion de laboratoire est de permettre l'accès aux résultats à tout moment. Les patients accèdent rapidement à leurs résultats. Pour les professionnels de santé, le serveur distingue, très simplement, les dossiers en attente de validation et les dossiers validés. Cela permet en un clic d'accéder à différentes fonctionnalités : l'impression, le téléchargement, la consultation de l'ordonnance (...). En véritable lieu d'information, il stocke les dossiers selon la période paramétrée initialement.

L'accès aux résultats de l'analyse via le réseau numérique est temporaire avec une durée limitée à 6 mois. Au-delà de ce délai l'accès aux résultats pourra être redemandé auprès du service de laboratoire dans lequel l'analyse a été effectuée.

2.1.6 Communication unifiée

La communication unifiée est un ensemble de nouveaux services destinés aux professionnels en entreprise permettant d'intégrer (« unifier ») étroitement :

- Les moyens de communications interpersonnels en temps réel, comme la téléphonie fixe et mobile, la visiophonie, les ponts de conférence audio / vidéo...
- Les outils de travail collaboratif (comme la messagerie instantanée, la présence, les systèmes de conférences par le web, de partage et de gestion de documents...).
- L'environnement informatique, notamment les outils de bureautique, comme le client de messagerie électronique, l'agenda, le traitement de texte ou le logiciel de visionnage de présentations.

Ces outils visent de manière générale à améliorer la productivité des agents du Centre Hospitalier d'Arcachon en permettant et/ou en rendant plus efficace le contrôle, la gestion, l'intégration et l'utilisation au quotidien de plusieurs formes de communications.

Les avantages sont multiples pour l'utilisateur. Celui-ci possède un seul numéro pour ses communications fixes et mobiles (ou un éventuel renvoi d'appel automatique), mais également un unique répondeur. Il intègre également un annuaire d'entreprise, un couplage téléphonie/informatique, mais aussi des outils de communication vidéo.

2.2 Cartographie des risques

2.2.1 SSO authentification unique / Sécurisation des accès réseaux

Les objectifs sont multiples :

- simplifier pour l'utilisateur la gestion de ses mots de passe : plus l'utilisateur doit gérer de mots de passe, plus il aura tendance à utiliser des mots de passe similaires ou simples à mémoriser, abaissant par la même occasion le niveau de sécurité que ces mots de passe offrent face aux risques de piratage.
- simplifier la gestion des données personnelles détenues par les différents services en ligne, en les coordonnant par des mécanismes de type méta-annuaire.
- simplifier la définition et la mise en œuvre de politiques de sécurité.

Les avantages de l'authentification unique incluent :

- La réduction de la fatigue de mot de passe : manque de souplesse liée à l'utilisation de différentes combinaisons de nom d'utilisateur et de mot de passe
- La réduction du temps passé à saisir le même mot de passe pour le même compte
- La réduction du temps passé en support informatique pour des oublis de mots de passe
- La centralisation des systèmes d'authentification
- La sécurisation à tous les niveaux d'entrée/de sortie/d'accès aux systèmes sans sollicitation multiple des utilisateurs
- La centralisation des informations de contrôles d'accès pour les tests de conformités aux différentes normes

Les technologies fournissant des SSO utilisent des serveurs centralisés d'authentification que tous les autres systèmes et applications et systèmes utilisent pour l'authentification, combinant ceux-ci avec des techniques logicielles pour s'assurer que les utilisateurs n'aient pas à entrer leurs identifiants plus d'une fois.

2.2.2 Déconnexion automatique

Ce projet s'intègre dans une démarche de qualité et de sécurité d'accès aux données médicales.

Le principe de la déconnexion automatique s'appuie sur les fonctionnalités intégrées aux logiciels contenant des données médicales. Un utilisateur du Système d'Information Hospitalier devra être déconnecté automatiquement au bout de quelques minutes du logiciel contenant des données médicales. Cela améliore dans un premier temps la sécurité d'accès aux données médicales et, dans un second temps, la traçabilité de saisie et de consultation de ces informations. En effet, cela évite qu'un utilisateur saisisse des données avec les codes d'un autre utilisateur.

2.3 Evolution du SI

2.3.1 Bloc / Anesthésie / Ambulatoire

L'informatisation des processus de programmation et de traçabilité des interventions vise à faciliter l'organisation et sécuriser la prise en charge des patients en respectant le contexte réglementaire (circulaire DH/FH/n°2000-264 du 19/05/2000 et ordonnance du 24/04/1996 décret n°97311 du 07/04/1997) ainsi que les préconisations décrites dans les travaux de la MEAH

Les objectifs sont les suivants :

- 1 La planification : En uniformisant la programmation, faciliter l'organisation des différents acteurs au sein du bloc et de l'unité ambulatoire afin d'optimiser les moyens (salles, matériels, DM techniques relevant du domaine biomédical) et les ressources humaines nécessaires pour réaliser les interventions en assurant un niveau de qualité et de sécurité.
3. La supervision : Tout au long du processus, donner à l'utilisateur la possibilité d'interagir sur le programme opératoire et les paramètres dès l'interventions.

La traçabilité des interventions : Sécuriser et assurer le suivi péri-opératoire ainsi que la prise en charge du patient en fournissant toutes les informations nécessaires à la traçabilité.

L'informatisation des plateaux opératoires est un projet complexe et critique pour les établissements de santé. Elle représente un enjeu majeur à la fois en matière de performances et de sécurité patient. Les professionnels intervenant tout au long du parcours du patient opéré sont nombreux, au bloc opératoire mais aussi dans les unités de soins et les unités de consultations (secrétaires, médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, cadres de santé, etc...).

Afin d'éviter une rupture dans la continuité de la prise en charge et assurer une qualité des soins optimale, le partage et le suivi de l'information entre tous les intervenants sont impératifs. Or, la multiplication des interfaces entre le DPI et les logiciels de gestion de bloc fragilise la fiabilité et l'exhaustivité des informations saisies et partagées.

3.1.1 Remplacement du logiciel du laboratoire

Notre système de gestion de l'information du laboratoire, ou SIL (en anglais LIMS pour Laboratory Information Management System), un progiciel de gestion intégré spécialisé assurant les principaux processus d'un laboratoire, nommé Biowin NG, arrive en fin de vie.

Le nouveau logiciel devra gérer par exemple la saisie sur le terrain et la traçabilité des échantillons, les utilisateurs, les instruments, les stocks et approvisionnements, le suivi des produits et des équipements, les dossiers des patients.

3.1.2 Informatisation DSI obstétrique

Le suivi de la grossesse est un processus transversal et multidisciplinaire qui s'étend sur plusieurs mois. Il devient aujourd'hui de plus en plus complexe face aux facteurs de risque : augmentation du nombre de cas de prématurité, médicalisation de la grossesse... Ainsi, dans la logique de la sécurité de la prise en charge périnatale, un dossier obstétrique doit répondre aux standards nationaux établis par l'association AUDIPOG qui a pour but de fédérer les acteurs autour d'un dossier commun.

Le dossier obstétrique devra intégrer les fonctionnalités suivantes :

- Suivi de la grossesse : consultations, examens complémentaires, suivi échographique, collecte d'images (radiographies, scanners), hospitalisations, transferts.

- Accouchement et suivi post-natal : résumé d'accouchement et partogramme, nouveau-né en salle de naissance et séjour et examens du nouveau-né, suite de couches, consultation post-natale.
- Exploitation des données : Editions et extractions automatisées, indicateurs et statistiques, aide au codage
- Intégration avec notre DPI Crossway.

3.1.3 Pharmacie-Clinique-Traçabilité des DM

Au bloc opératoire, la traçabilité des produits administrés s'effectue sur papier, imposant des retranscriptions par la PUI sur son logiciel métier « Pharma » et par les services de soins sur le dossier patient « M-Crossway » génératrices potentiellement d'erreurs.

L'information du patient et des professionnels de santé concernant ces produits est, de ce fait, très insuffisante, peu détaillée et retardée, mettant en cause la qualité et la sécurité de la continuité des soins, en cas de ré-intervention, d'examens IRM ou de rappels de lots

L'orthopédie, l'activité la plus forte, bénéficie de nombreux conseils thérapeutiques standardisés définis par les sociétés savantes et de registres de suivi de scores permettant d'évaluer l'impact des traitements. Elle s'adapte parfaitement au test d'une nouvelle solution informatique associant à la traçabilité des produits, l'éducation thérapeutique du patient et l'information des professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge.

Concernant le Centre Hospitalier d'Arcachon cette solution est d'autant plus pertinente que l'activité est marquée par une forte saisonnalité intégrant un nombre important de patients résidant dans d'autres régions.

Objectifs du projet :

Sécuriser le parcours de santé des patients opérés au CH d'Arcachon par l'informatisation de la traçabilité des produits de santé permettant l'éducation thérapeutique du patient et l'accessibilité de l'information en temps réel aux acteurs de santé impliqués dans sa prise en charge.

Résumé du projet :

Sur la base de nouvelles offres de prestations informatiques le projet est de déployer au bloc opératoire et à la pharmacie du Centre Hospitalier un système d'information relié à un portail internet accessible aux patients opérés et aux acteurs de santé impliqués dans leur prise en charge.

Les informations émanent du logiciel « Pharma » de la pharmacie et de nouveaux logiciels type « ScanDM » alimentés par des données collectées localement ou importées de bases de données validées (données CIO, Vidal, scores IKDC pour le genou, UCLA pour l'épaule, Harris pour la Hanche...).

La sécurisation se matérialise au bloc par la mise à disposition de tablettes, adaptées au milieu hospitalier et connectées aptes à :

1. la saisie d'information, par lecture de l'étiquetage des dispositifs médicaux et médicaments dotés de codes à barres ou datamatrix ou par sélection sur écran tactile des données issues des logiciels métiers « Pharma » et type « ScanDM ».

2. la restitution de l'information saisie à ces logiciels et à un portail internet type « MesDM », sécurisé via un code d'accès communiqué au patient chargé de le transmettre aux acteurs de santé impliqués dans sa prise en charge.

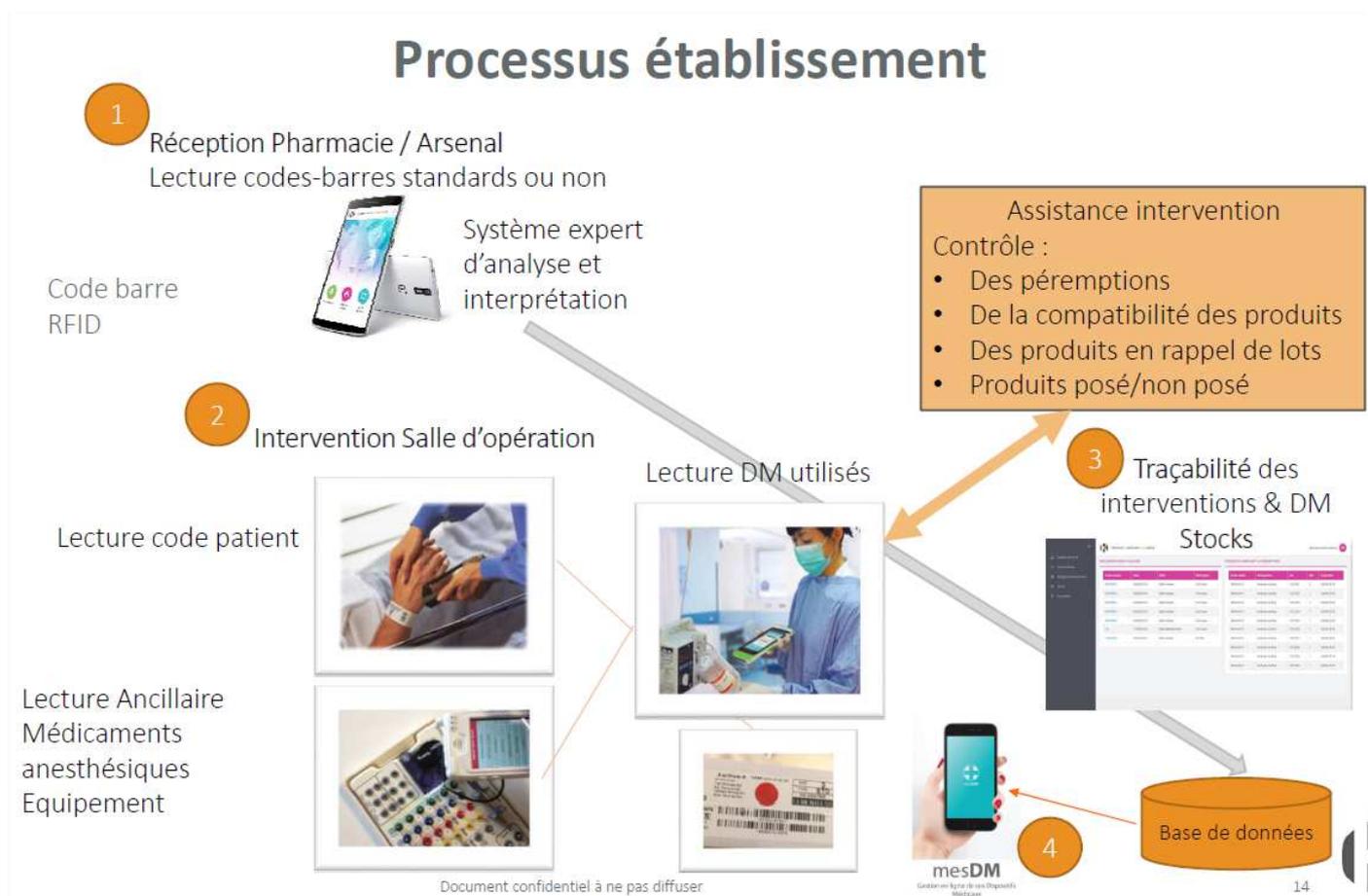
Pour la pharmacie, ces tablettes reliées aux logiciels métier « Pharma » et à un logiciel type « SuplyMed » sécurisent les saisies et contrôles des mouvements de : réception, mise à disposition, en particulier pour les cas difficiles des dépôts temporaires d'implants où la composition détaillée des prêts est transmise dès le départ fournisseur.

Le logiciel type « ScanDM » affiche automatiquement les indications des médicaments et DM hors GHS et trace leur administration permettant ainsi un compte-rendu immédiat, une analyse de bon usage et la diffusion écrite des conseils aux patients dans une démarche de conciliation. Ce dispositif permet une mise en conformité avec la réglementation concernant la traçabilité des dispositifs médicaux, des médicaments dérivés du sang et la transmission des informations aux patients.

La démarche de conciliation et d'éducation thérapeutique du patient concerne aussi d'autres produits dont la traçabilité n'est pas exigée par la réglementation comme ceux utilisés dans les drainages de plaies, les cicatrises sous pression négative, les stomies, etc... imposant des poursuites de traitement à domicile ou dans d'autres établissements de santé ou de soins de suite. La transmission des références spécifiques aux produits posés au bloc améliore notablement la continuité des soins.

Le chirurgien, après consentement du patient, lui transmet son code d'accès au logiciel type « MesDM » et le sensibilise à la saisie des informations nécessaire au suivi thérapeutique et aux scores, à la consultation des conseils de prévention et des programmes de rééducation personnalisés.

L'accès aux données de suivi thérapeutiques facilite des démarches d'EPP relatives à la pertinence et l'efficacité des soins avec visibilité sur les coûts.



3.1.4 Développement de la mobilité du DPI

La solution actuellement déployée de chariots type Ergotron et ordinateurs portables suffit mais doit évoluer. Les personnels médicaux et les soignants effectuent de nombreuses tâches quotidiennes directement au chevet du patient. Pour cela, ils ont besoin d'accéder facilement à l'information contenue dans le dossier patient informatisé et de l'alimenter avec de nouvelles données.

Or, en situation de mobilité (dans la chambre du patient, dans le couloir, en visite dans un autre service, etc.), l'usage de supports tels que les PC sur chariot peut être contraignant, voire inaccessible.

Ainsi, les personnels peuvent être amenés à mémoriser des informations avant de voir le patient ou de ressaisir des informations recueillies au chevet du patient de retour à leur bureau. Ce fonctionnement induit une importante perte de temps et un risque d'erreur élevé.

Les solutions mobiles telles que des tablettes ou smartphones devront permettre au travers du DPI de :

- Consulter le dossier patient (données personnelles du patient, allergies et antécédents, prescription et plan de soins, pancartes, observations médicales, entrées et sorties du jour)

- Alimenter le dossier patient (saisie de tous types de grilles et collecte des constantes, acquittement des actions du plan de soins, prise de photos (ex. identité, plaies), dictée audio pour la prise de notes)
- Personnaliser et sécuriser les accès (réglages personnalisables pour chaque utilisateur, confidentialité des données, application des droits d'accès en vigueur dans le dossier patient, aucune donnée conservée sur l'équipement)

L'ergonomie de l'outil est également un élément clé pour l'utilisation de la solution par les personnels médicaux et soignants. Celui-ci devra être rapide et intuitif.

3.2 EHPAD (environ 40 mois)

3.2.1 Reconstruction infrastructure SI Larrieu

La maison de retraite Larrieu est un établissement Médico-Social Public, appelé EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), d'une capacité de 80 lits.

Cet établissement, actuellement situé à Arcachon, est amené à déménager vers de nouveaux locaux très proches du Pôle de Santé.

Une étude complète du bâtiment devra être menée pour déterminer l'intégralité de l'architecture technique de l'EHPAD (câblage, prises, VDI).

Ce déplacement est l'opportunité d'offrir aux résidents de l'EHPAD tous les services actuellement proposés par le Pôle de Santé.

Plus particulièrement, d'un point de vue informatique, l'objectif du projet est de relier l'infrastructure technique du nouvel EHPAD au Pôle de Santé, notamment :

- Accès informatiques (réseau, sécurité, Internet)
- Téléphonie
- TV
- Wifi

De plus, l'intégration de l'EHPAD au Système d'Information Hospitalier devrait permettre de centraliser certains outils tels que la gestion administrative des résidents (GAM), les appels malades, et d'autres ressources (intranet, messagerie, impression, fax).

4. Planning prévisionnel des différents projets

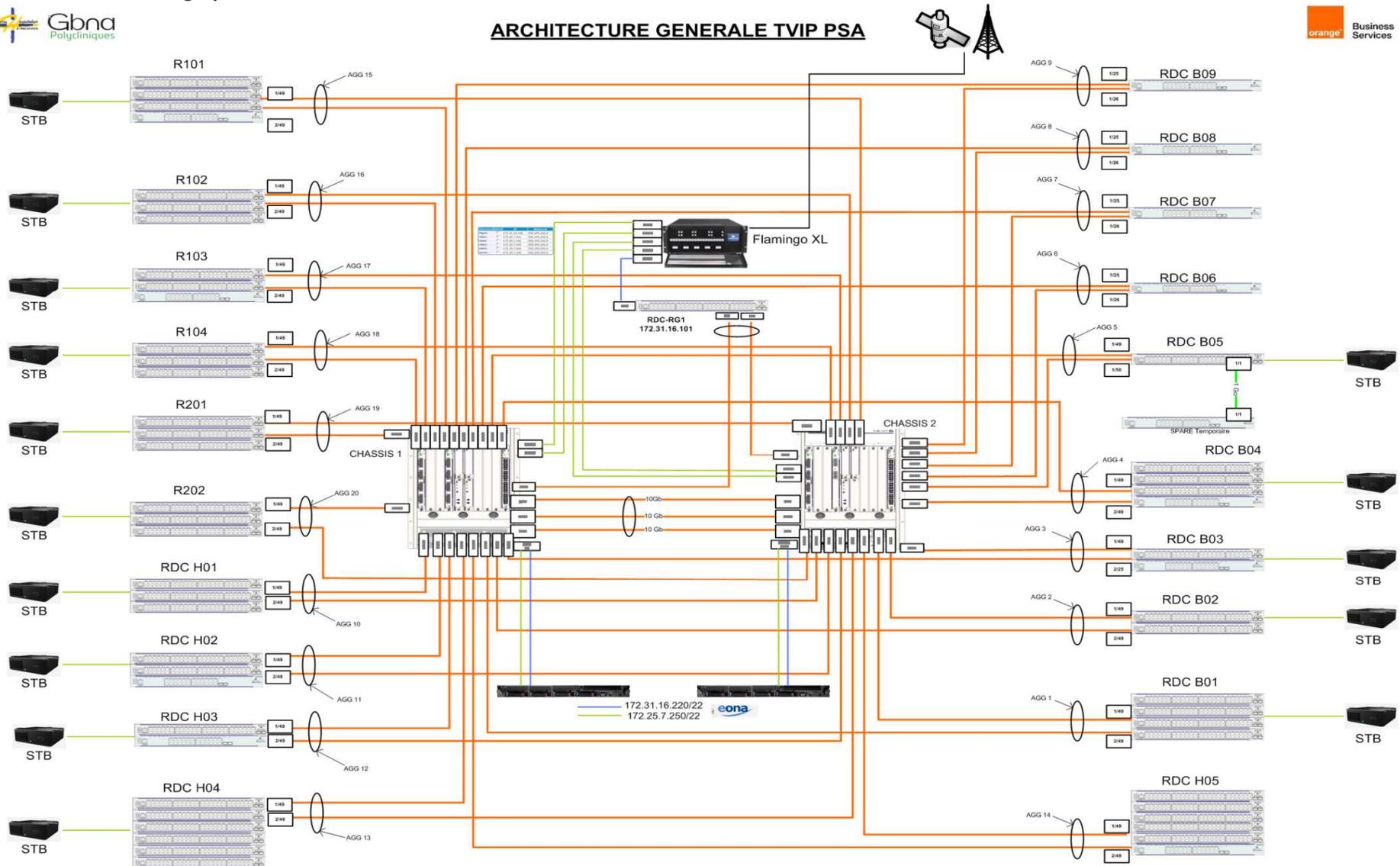
N°	Mo Tâc	Nom de la tâche	Durée	Début	Fin	2016								2017								2018								2019								2020															
						1er Semestre				2nd Semestre				1er Semestre				2nd Semestre				1er Semestre				2nd Semestre				1er Semestre				2nd Semestre				1er Semestre				2nd Semestre											
						Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4																				
1	✈	GHT interopérabilité des SI	1154 j	Lun 01/08/16	Jeu 31/12/20	[Barre bleue continue]																																															
2	✈	Communication ville-hôpital	782 j	Ven 01/01/16	Lun 31/12/18	[Barre bleue continue]																																															
3	✈	SMS	65 j	Ven 01/01/16	Jeu 31/03/16	[Barre bleue continue]																																															
4	✈	DMP	152 j	Jeu 01/12/16	Ven 30/06/17	[Barre bleue continue]																																															
5	✈	Messagerie sécurisée	262 j	Ven 01/01/16	Sam 31/12/16	[Barre bleue continue]																																															
6	✈	Serveur de Diffusion Imagerie	196 j	Ven 01/01/16	Ven 30/09/16	[Barre bleue continue]																																															
7	✈	serveur de Diffusion laboratoire	110 j	Mar 01/08/17	Dim 31/12/17	[Barre bleue continue]																																															
8	✈	Communication unifiée	261 j	Lun 01/01/18	Lun 31/12/18	[Barre bleue continue]																																															
9	✈	Cartographie des risques	521 j	Dim 01/01/17	Lun 31/12/18	[Barre bleue continue]																																															
10	✈	SSO authentification unique / Sécurisation des accès réseaux 802.1x	261 j	Lun 01/01/18	Lun 31/12/18	[Barre bleue continue]																																															
11	✈	Déconnexion automatique	131 j	Dim 01/01/17	Ven 30/06/17	[Barre bleue continue]																																															
12	✈	Evolution du SI	1044 j	Ven 01/01/16	Mer 01/01/20	[Barre bleue continue]																																															
13	✈	Bloc / Anesthésie / Ambulatoire	240 j	Mar 01/11/16	Sam 30/09/17	[Barre bleue continue]																																															
14	✈	Remplacement du logiciel du laboratoire	131 j	Dim 01/10/17	Ven 30/03/18	[Barre bleue continue]																																															
15	✈	Informatisation DSI obstétrique	110 j	Mar 01/08/17	Dim 31/12/17	[Barre bleue continue]																																															
16	✈	Pharmacie-Clinique	130 j	Sam 01/10/16	Jeu 30/03/17	[Barre bleue continue]																																															
17	✈	Développement de la mobilité du DPI	261 j	Lun 01/01/18	Lun 31/12/18	[Barre bleue continue]																																															
18	✈	PESV2 + CHORUS	1044 j	Ven 01/01/16	Mer 01/01/20	[Barre bleue continue]																																															
19	✈	Logiciel Dénutrition	196 j	Ven 01/07/16	Ven 31/03/17	[Barre bleue continue]																																															
20	✈	EHPAD(environ 40 mois)	522 j	Lun 01/01/18	Mar 31/12/19	[Barre bleue continue]																																															
21	✈	Reconstructions infrastructure SI Larrieu	522 j	Lun 01/01/18	Mar 31/12/19	[Barre bleue continue]																																															

5. Annexes

5.1 Cartographie du réseau du SIH actuel

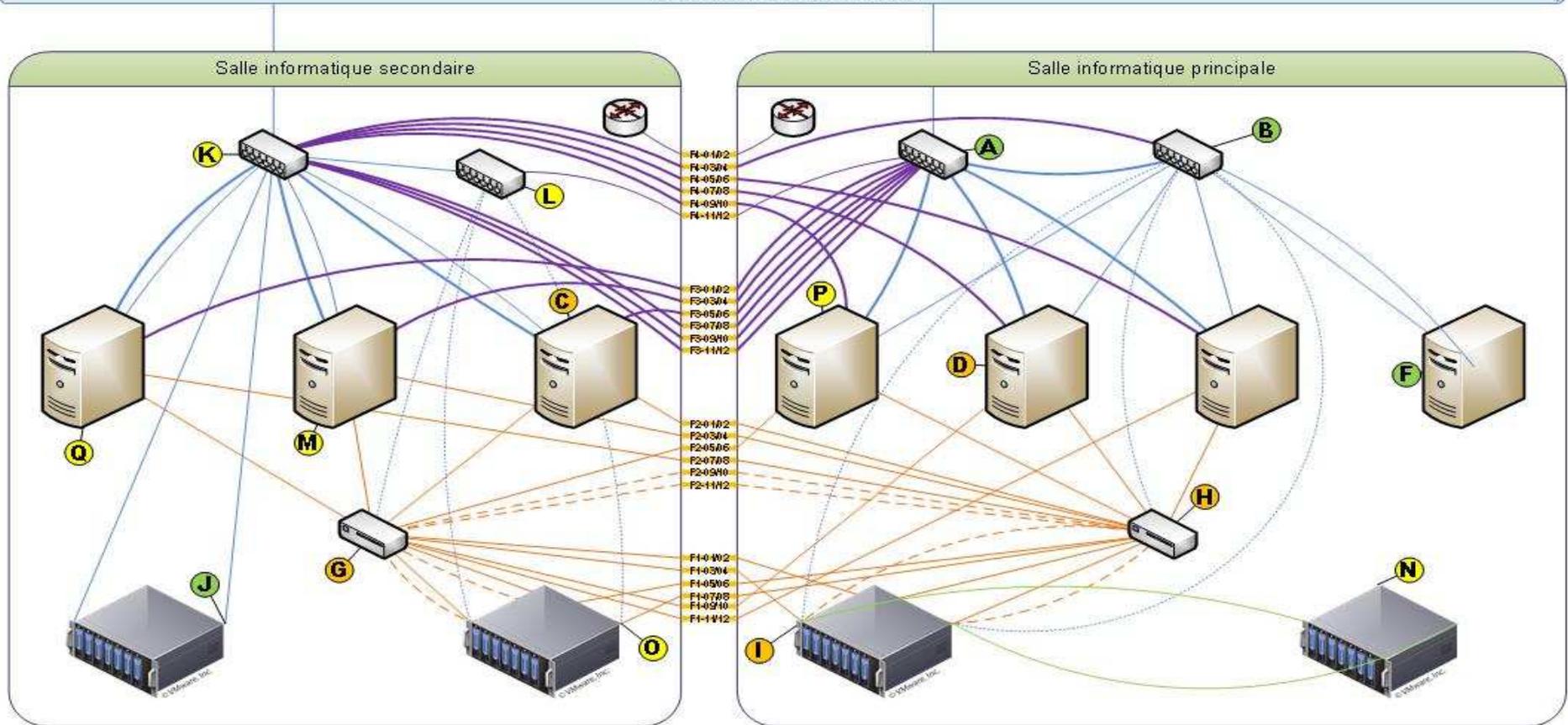


ARCHITECTURE GENERALE TVIP PSA



Infrastructure virtualisation du CH Arcachon

Réseau local Pôle Santé Arcachon

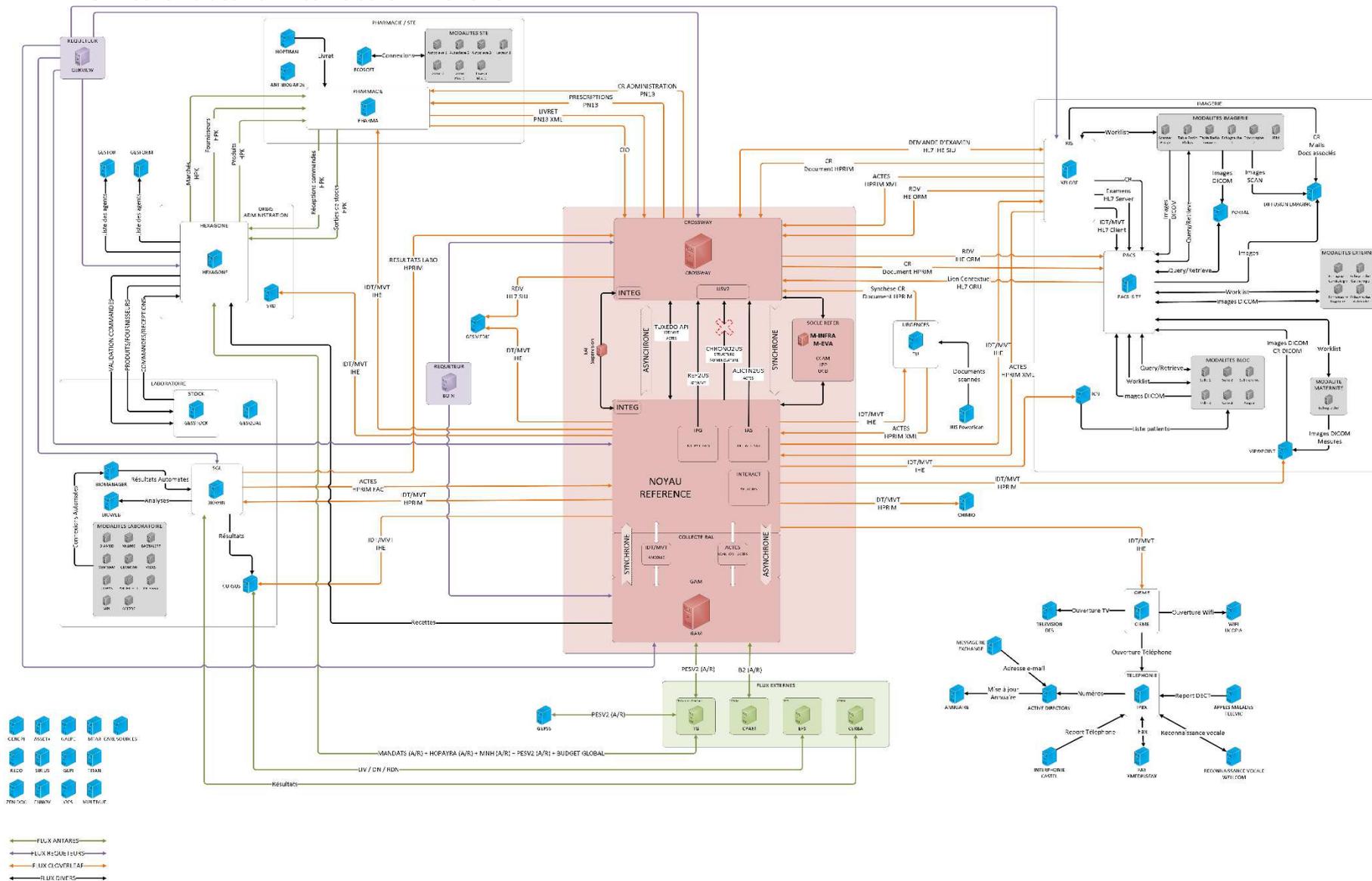


- FibreChannel 8 Gbps (FO OM3) (trafic réplication) ---
- FibreChannel 8 Gbps (FO OM3) —
- Connexion SAS —
- Ethernet 10 Gbps (FO OM3) —
- Ethernet 1 Gbps (FO OM3) —
- Ethernet 10 Gbps (cuivre DAC) —
- Ethernet 1 Gbps (cuivre cat 6) —
- Ethernet 100 Mbps (cuivre cat 5e)

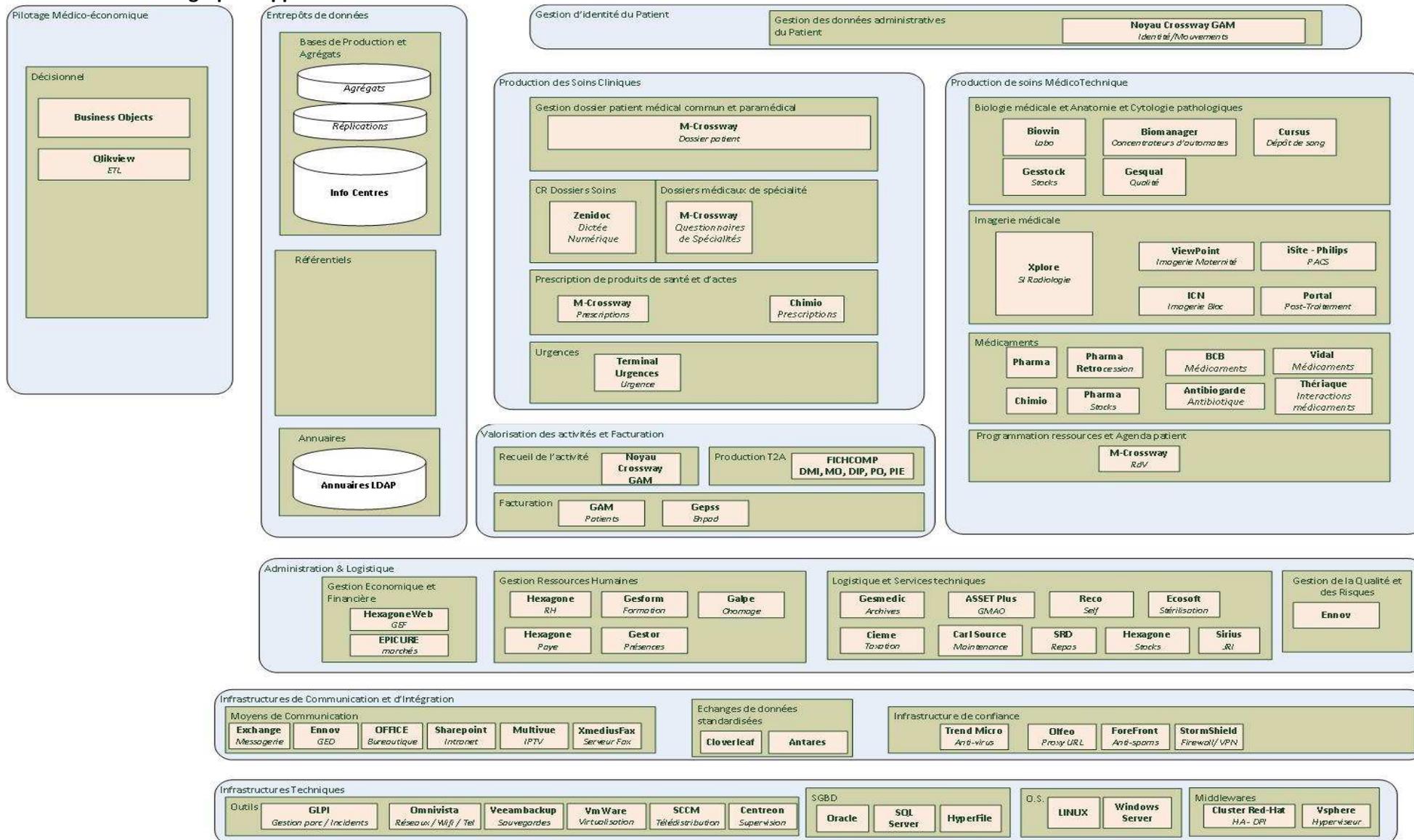
A – cœur réseau 1
B – commutateur 6450
C – ESXi 3
D – ESXi 1
E – ESXi 2
F – DC01
G – commutateur FC 2
H – commutateur FC1
I – baie stockage DS 3512

J – NAS sauvegarde
K – cœur réseau 2
L – commutateur réseau HP 2
M – ESXi 4
N – extension stockage EXP3512
O – baie stockage DS 3524
P – cluster Oracle 1
Q – cluster Oracle 2

5.2 Schéma des flux interne du CH ARCACHON



5.3 Cartographie applicative du CH ARCACHON



IV. LE PLAN D' ACTIONS

Le suivi du projet d'établissement est assuré dans le cadre du programme d'action qualité dont l'intégration sur le logiciel de gestion documentaire eNNOV est en cours de réalisation.