

PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2020



Centre Hospitalier
de Saint-Quentin



SOMMAIRE

	Introduction	P 4
	Le centre hospitalier de SAINT-QUENTIN et son environnement	P 6
	Démarche de suivi du Projet d'Etablissement 2011/2015 : le bilan	P 9
	Projet 2016/2020	P 11
	Méthodologie d'élaboration du Projet d'Etablissement 2016/2020	P 12
	Stratégies managériales	P 16
CHAPITRE 1 - LE PATIENT AU CŒUR DES PRISES EN CHARGE		P 19
	Projet médical	P 20
	Axe n°1 • Des projets institutionnels structurants	P 22
	Axe n°2 • Des projets d'organisation centrés sur le patient	P 28
	Axe n°3 • Des projets innovants dans toutes les disciplines	P 35
	Axe n°4 • Des projets en réponse aux besoins du territoire de santé	P 39
	Projet de soins	P 42
	Axe n°1 • Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient	P 44
	Axe n°2 • Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins	P 47
	Axe n°3 • Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche	P 49
	Axe n°4 • Contribuer à l'enseignement et à la formation	P 51
	Axe n°5 • Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes	P 52
	Projet de vie des résidences SAINT-LAURENT et VICTOR HUGO	P 54
	Axe n°1 • Projet médical, projet de soins	P 56
	Axe n°2 • Projet social (intégré au projet social du centre hospitalier)	P 60
	Axe n°3 • Projet d'investissement	P 61
	Politique de management de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques	P 62
	Axe n°1 • Améliorer la qualité de la prise en charge des patients	P 63
	Axe n°2 • Poursuivre la démarche d'implication des usagers au sein de l'établissement	P 65
	Axe n°3 • Garantir la sécurité	P 67
	Axe n°4 • Pérenniser la politique de gestion des risques	P 69
	Axe n°5 • La démarche d'amélioration continue : certification et labellisation	P 71
CHAPITRE 2 - LA GESTION DYNAMIQUE DES RESSOURCES AU SERVICE DE LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT		P 73
	Projet social	P 74
	Axe n°1 • GPMC : recruter, fidéliser, développer et capitaliser les compétences	P 76
	Axe n°2 • PAPRI Pact : préserver la santé et améliorer les conditions de travail	P 78
	Axe n°3 • QVT : améliorer la qualité de vie au travail	P 81

	Politique financière et projets opérationnels	P 84
	Axe n°1 • Poursuivre les engagements en cours	P 87
	Axe n°2 • Préserver l'équilibre budgétaire et financier	P 89
	Axe n°3 • Renforcer le dialogue de gestion et la contractualisation	P 91
	Axe n°4 • Améliorer la trajectoire du parcours patient	P 92
	Projet du DIM	P 94
	Axe n°1 • Développement de la coopération entre le DIM et ses partenaires	P 96
	Axe n°2 • Mise en œuvre et suivi des outils métiers	P 98
	Axe n°3 • Déploiement d'une interaction entre les partenaires du GHT	P 99
	Axe n°4 • Renforcement des ressources humaines du DIM	P 100
	Projet du système d'information	P 102
	Axe n°1 • Organisation de la direction	P 103
	Axe n°2 • Sécurité SI	P 106
	Axe n°3 • Evolutions Infrastructure	P 108
	Axe n°4 • Développement dossier patient informatisé	P 110
	Axe n°5 • Développement télémédecine	P 112
	Axe n°6 • Gestion économique et financière	P 114
	Axe n°7 • Pilotage	P 116
	Axe n°8 • Mobilité et communications unifiées	P 117
	Axe n°9 • Projets inter-directions	P 119
	Axe n°10 • Groupement Hospitalier de Territoire et Système d'Information	P 121
	Axe n°11 • Dispositif de suivi du projet du système d'information	P 125
CHAPITRE 3 - L'OPTIMISATION DES FONCTIONS LOGISTIQUE ET TECHNIQUE POUR UNE MEILLEURE PERFORMANCE ECONOMIQUE		P 127
	Politique achats, hôtellerie, logistique	P 128
	Axe n°1 • Un pilotage budgétaire rigoureux mené en concertation avec tous les partenaires	P 130
	Axe n°2 • L'adaptation permanente et proactive des organisations pour anticiper et accompagner les mutations en cours, dans un contexte budgétaire très contraint	P 132
	Axe n°3 • Le développement d'un management par la qualité	P 134
	Politique de valorisation du patrimoine et de la maintenance	P 136
	Axe n°1 • L'amélioration de la connaissance du patrimoine immobilier	P 138
	Axe n°2 • La maîtrise des opérations d'investissement	P 139
	Axe n°3 • L'efficacité de la politique de maintenance	P 140
	Axe n°4 • Le partenariat inter-établissements	P 142
	Politique de développement durable	P 144
	Axe n°1 • Les actions déjà conduites	P 146
	Axe n°2 • Plan d'actions prioritaires	P 148
	Liste des Abréviations	P 150
	Annexes	P 152

INTRODUCTION



Le Projet d'Etablissement d'un centre hospitalier de la taille et de l'importance de celui de ST-QUENTIN est un document stratégique majeur qui définit les orientations et objectifs que se donne cette collectivité en matière d'offre de soins pour les cinq années à venir.

Etablissement pivot d'un territoire de 260.000 habitants et d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) intégrant à ce jour 8 établissements sanitaires, premier employeur du département avec 2.600 salariés, le centre hospitalier est non seulement un acteur central dans l'organisation du système de santé local et régional mais aussi une entité sociale et économique de premier plan.

C'est pourquoi, si le Projet d'Etablissement est principalement consacré à la prise en charge des patients au travers du projet médical, du projet de soins avec le souci de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques, il doit également définir ses politiques en matière de gestion de ses ressources, humaines, financières, économiques et logistiques.

Ce document-programme doit être compatible avec un contexte d'organisation du système de santé en forte mutation marqué par une grande rigueur économique, une restructuration de l'offre de soins construite autour des parcours-patient et une dynamique territoriale qui implique de grandes responsabilités pour le centre hospitalier.

En effet, la stratégie de notre hôpital a un impact direct sur les établissements voisins et également sur l'offre de soins ambulatoire et libérale, elle génère naturellement un besoin de coordination, d'échanges et de concertation avec de multiples acteurs de santé.

Elle doit également être en cohérence avec les missions qui lui sont assignées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre d'un schéma régional et territorial où son rôle de recours dans de multiples disciplines médicales et chirurgicales, dans la permanence des soins et l'accueil des urgences est reconnu et l'oblige.

Ce projet est donc le fruit d'un travail collégial, qui s'est efforcé de concilier réalisme, responsabilité et ambition collective au service de la population de ST-QUENTIN et de son territoire sanitaire.

François GAUTHIEZ,
Directeur



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN ET SON ENVIRONNEMENT

1 • Quelques données d'activité...

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN est l'établissement pivot du territoire de santé Aisne Nord – Haute Somme, et le plus important centre hospitalier général de Picardie.

Avec 971 lits et places, il représente 59% des capacités en lits et places pour les secteurs MCO de ce territoire qui comprend 259 118 habitants (2014).

En ce qui concerne les secteurs MCO (hospitalisation), la part d'activité de l'établissement au profit des habitants du territoire est la suivante ¹ :

- Médecine : 38 %
- Chirurgie : 31.2 %
- Obstétrique : 34.5 %

Doté d'un plateau technique de 1er plan, le centre hospitalier de ST-QUENTIN dispose d'un large spectre d'activités nécessaire pour assumer son rôle d'établissement de proximité et d'établissement de recours.

Les principaux éléments d'activité sont² :

La fréquentation :

- 5.1 jours en DMS (MCO hospitalisation complète)
- 1313 accouchements
- 383 070 consultations ou actes externes (publics et privés)
- 241 820 patients externes publics
- 69 105 entrées totales et venues (hospitalisation)
- 50 389 passages et orientations aux urgences (dont 17 546 urgences pédiatriques)
- 2432 sorties SMUR

L'activité logistique :

Secteur restauration

Nombre de repas servis	700 090
• Patients	384 229
• Résidents	179 135
• Self + repas annexes + internat	136 726
Dépenses alimentaires	1 056 514,89 €
Coût moyen repas en matières premières	1.51 €

¹ Source PMSI – ATIH – BDHF – FHF 2014

² Rapport d'activités et de gestion du CH de ST-QUENTIN 2014

Secteur Textile

	KG	%
Grand plat	566 709	44
Petit plat	160 997	12.5
Résidents	57 959	4.5
Linge séché	251 155	19.5
Relavage	19 319	1.5
Linge en forme	231 835	18
Total	1 287 974	100

Secteur Transport-Garage

- 43 véhicules pour 427 125 kilomètres parcourus pour l'hôpital
- 2 camions pour 158 192 kilomètres parcourus pour le secteur de la stérilisation sectorielle

Secteur Techniques

- Déchets : 336 tonnes de déchets d'activité de soins
- Eau : consommation annuelle de 114 050 m³
- Oxygène : 151 778 m³
- Gaz : 56 108 258 kw/h
- Electricité : 12 797 472 kw/h
- Interventions : 11 963

Secteur Biomédical

- Interventions curatives : 4022

Concernant l'évolution de l'activité d'hospitalisation, une baisse des recettes d'activité a été constatée depuis 2013 jusqu'en août 2014 à partir duquel la tendance s'est inversée. Ceci résulte du glissement des activités d'hospitalisation traditionnelle vers les activités externes ou ambulatoire, ce qui correspond à un changement profond des pratiques hospitalières nécessitant une adaptation de l'outil et de l'organisation de travail. Cette tendance est particulièrement perceptible sur les secteurs de chirurgie.

En 2014, la fréquentation des urgences est repartie à la hausse après une année 2013 très stable. Ce service confirme ainsi sa vocation de recours.

Le palmarès de progression des actes médico-techniques, reste très comparable à celui des années précédentes. La plupart des activités se développe très nettement par rapport à 2013, à l'exception notable des EMG et des IVG.



2 • ... dont l'analyse cadre le nouveau contexte du centre hospitalier :

L'analyse de ces données d'activité et de leurs évolutions a permis de construire un PGFP 2014-2018 dans un cadre plus contraignant, dont le respect permettra à l'établissement de pouvoir chaque année réaliser ses emprunts en toute sérénité.

Les 3 actions les plus volontaristes sont les suivantes :

- Maitrise de la masse salariale
- Réalisation en temps prévu du programme PHARE
- Traitement des surcapacités dès 2015.

Sur ce dernier point, l'ARS a conduit une analyse compte tenu notamment du constat de la perte d'un tiers de la marge brute dans la région. Ce constat révèle également qu'il existe un écart de performance important sur quelques indicateurs par rapport à la médiane des établissements : ce qui signifie une surmobilisation des ressources.

L'ARS a ainsi identifié des surcapacités dans l'ensemble des établissements en MCO.

Ce travail régional mené entre fin 2014 et début 2015 est en lien avec le Plan Triennal et la feuille de route 2015-2017 détaillant les objectifs de l'établissement issus du dialogue de gestion entre les représentants de l'ARS et de l'établissement.

L'objectif global du Plan Triennal est de concilier efficacité économique et prise en charge adéquate et de qualité. Il doit se traduire par une transformation de l'offre de soins, dans une organisation territoriale renforcée, pour mieux maîtriser les dépenses [...].³

L'évolution profonde de l'organisation des soins qui est nécessaire (diminution de la durée des séjours, développement de la chirurgie ambulatoire, de la médecine ambulatoire, ...) et qui est déjà engagée, constitue ainsi l'idée directrice qui impulsera la cohérence des réflexions et travaux du centre hospitalier de ST-QUENTIN.

A l'issue du dialogue de gestion et de la concertation sur le feuille de route, et concernant la prospective financière, le centre hospitalier a dû élaborer un PGFP 2015-2019 encore plus contraignant que la version élaborée un an plus tôt. Ces travaux qui ont été présentés et expliqués longuement en interne (directoire, instances, ...) ont illustré la difficulté du contexte lié à la demande d'un plan d'économies à orientation de restauration d'une marge brute hors aides optimisées et ils ont permis de franchir un cap : l'appropriation par les acteurs que les aides dévolues à l'investissement avaient une durée limitée dans le temps, et que le CH devait rechercher une autonomie la plus grande possible de ses choix de modernisation et financiers futurs.

En conclusion, la volonté du centre hospitalier est de se donner une vision claire sur le moyen terme, d'engager les réorganisations pertinentes ; il y a une cohérence étroite entre le nouveau contexte de l'établissement, sa feuille de route, le Plan Triennal, et les démarches engagées dans le cadre du présent Projet d'Etablissement.

³Feuille de route 2015-2017 du CH de ST-QUENTIN



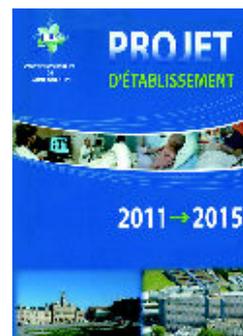
DÉMARCHE DE SUIVI DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2011/2015 : LE BILAN

Suite à l'élaboration du projet d'établissement 2011/2015 du centre hospitalier de ST-QUENTIN, une démarche particulière de suivi de ce projet a été mise en place intégrant des axes institutionnels et les recommandations HAS issues de la certification, en s'appuyant sur l'expérience déjà menée au sein de l'établissement.

Initialement, 16 actions dites « prioritaires » ont été identifiées et étaient déclinées de la façon suivante :

I • Optimiser la prise en charge du patient :

- Action I-1 : « Mettre en place le dossier patient et le DMP. ».
- Action I-2 : « Renforcer la dynamique des transmissions ciblées ».
- Action I-3 : « Créer un nouveau service, méthodologie et expérimentation ».
- Action I-4 : « Améliorer la prise en charge nutritionnelle »
- Action I-5 : « Mettre en œuvre le projet d'imagerie médicale et de téléradiologie ».
- Action I-6 : « Garantir l'efficacité des secrétariats médicaux ».



II • Garantir la qualité et la sécurité des soins :

- Action II-1 : « Sécuriser le circuit du médicament ».
- Action II-2 : « Assurer l'identité-vigilance ».
- Action II-3 : « Développer les audits internes ».
- Action II-4 : « Développer les évaluations des pratiques professionnelles ».

III • Optimiser les moyens :

- Action III-1 : « Développer les apports du DIM au bénéfice des services et de l'établissement ».
- Action III-2 : « Répondre à la problématique générale de la démographie médicale ».
- Action III-3 : « Développer une GPMC en s'appuyant sur le plan d'action du projet social ».
- Action III-4 : « Assurer une communication pertinente intra et extra-hospitalière ».
- Action III-5 : « Suivre la mise en œuvre des mesures relatives à l'équilibre financier ».
- Action III-6 : « Suivre la mise en œuvre de la contractualisation interne ».

IV • Projet de vie des résidences

La démarche de suivi du projet d'établissement 2011/2015 a été initiée au dernier trimestre 2011 avec la désignation des pilotes en charge de ces actions ainsi que les premières réunions des groupes de travail.

L'ensemble des travaux s'est poursuivi entre 2012 et 2014 et plusieurs évolutions ont pu être constatées : retrait de certaines actions, déclinaison de nouvelles actions, modification de la gouvernance et du pilotage, ...

La dynamique de travail a été portée par les pilotes au sein de leur groupe respectif et a permis d'avancer selon une méthodologie transposée à toutes les actions :

- Définition de la mission.
- Etat des lieux et définition du contexte.
- Elaboration d'un plan d'actions.
- Mise en place des actions et évaluation.

Les résultats des actions menées ont été diffusés et présentés régulièrement aux différentes instances de l'établissement, et ont également fait l'objet de publication d'articles dans « Synapses ».

A la fin de l'année 2014, le bilan de cette démarche de suivi est le suivant :

Les actions en cours en 2014 :

Action I-8 : Promouvoir l'information des patients et des professionnels sur le Plan Cancer
Pilotes : Docteur SADER, Mme REINIGER

Action I-9 : Créer la maison des usagers
Pilotes : M. MOULINS, Mme SALLANDRE

Action I-10 : Améliorer les conditions de sortie des patients
Pilotes : Docteur DADAMESSI, Mmes FRANCOIS et DUPONT

Action II-2 : Assurer l'identito-vigilance
Pilotes : Docteur ALBADAWY, Mme LEITAO

Action II-5 : Obtenir le label « Hôpital, ami des bébés »
Pilotes : Docteur BOURGET, Mme DICHAMPS

Les actions finalisées depuis 2012 :

Action I-2 : Renforcer la dynamique des transmissions ciblées

Action I-3 : Créer un nouveau service, méthodologie et expérimentation
Pilotes : Docteur CIMINO, Mmes VILLANI et DUPONT

Action I-6 : Garantir l'efficacité des secrétariats médicaux
Pilotes : Docteur CIMINO, Mmes LEJEUNE et BONY

Action III-3 : Développer la GPMC en s'appuyant sur le plan d'actions proposé par le projet social
Pilotes : M. DION, Mmes GOSSET et LEJEUNE

Action III-4 : Assurer une communication pertinente intra et extra hospitalière
Pilotes : M. DEHAINE et Mme BONY

Les actions finalisées et relayées :

Action I-1 : Mettre en œuvre le dossier patient et le DMP
Pilotes : Docteur MANOURY, Mmes DESAUNOIS et SPAGNOL

Action I-4 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle
Pilotes : Docteur HOURDIN, Mme REINIGER

Action I-7 : Assurer la réorganisation globale des consultations externes
Pilotes : Docteur BRIHAYE, Mme CUVELIER

Action III-7 : Améliorer la reconnaissance de l'encadrement
Pilotes : Mmes LECLERCQ et DELALIEU

Action III-8 : Créer une documentation médicale centralisée
Pilotes : Docteur SUGUENOT et Mme RHODE

Action III-9 : Assurer la mise en place du projet de réorganisation de la téléphonie – passage à la TOIP
Pilotes : Mme DESAUNOIS et M. GARD

Action III-10 : Dynamiser la présentation du CHSQ sur le site Internet
Pilotes : Docteur KENTACHE et Mme LELEUX

Relais action institutionnelle DPI

Relais CLAN et COPIIL qualité

Relais Projet médical 2016-2020

Relais DRH et projet social 2016-2020

Relais DAHL

Relais DSIO

Relais direction de la communication

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2016/2020

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN a opté pour la réalisation de son projet d'établissement en interne, s'appuyant sur une démarche projet participative associant les compétences et ressources humaines de l'établissement.

Les étapes de travail ont été les suivantes :

1 >

La démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement 2016-2020 a commencé dès le début de l'année 2015 par la rédaction du futur projet médical de l'établissement, lancée par le séminaire organisé le 4 février 2015, auquel étaient conviés des représentants du corps médical par pôle et les membres de l'équipe de direction.

Ce séminaire a été l'occasion d'exposer plusieurs développements :

- Le bilan du précédent projet médical 2011-2015,
- La présentation de la méthodologie de travail de l'ARS de Picardie sur les surcapacités,
- Un focus sur l'efficacité médico-économique,
- Un focus sur les problématiques et enjeux de la réorganisation des consultations externes,
- L'analyse du positionnement et des parts de marché du centre hospitalier dans son territoire.

Par ailleurs, le rôle important de la communauté médicale au sein de la démarche qualité a été rappelé : une synergie doit s'établir entre la direction qualité et la CME qui concourent ensemble à la mise en place des politiques dans ce domaine.

L'élaboration du projet médical s'est appuyée sur l'analyse des différents projets présentés par les services au titre des différentes spécialités qu'ils couvrent, ainsi que sur le choix de quelques thèmes de travail transversaux fondamentaux pour la stratégie de l'établissement :

- Le parcours du patient chirurgical, de la consultation jusqu'à sa sortie : orientation stratégique du CPOM 2013-2017
- L'organisation de l'UHCD et la relation avec les services d'hospitalisation
- L'organisation globale des consultations externes
- L'optimisation des services médico-techniques, notamment le laboratoire et la pharmacie
- La GPMC médicale et la qualité de vie des médecins au travail, en lien avec le projet social de l'établissement.

Les projets médicaux ont été rédigés à partir d'une grille de présentation adressée le 6 février 2015 pour un retour des projets le 20 février. L'analyse des projets a été conduite par un groupe de travail « Projet médical » composé de 12 à 15 médecins, du médecin DIM et de représentants de la direction.

Le groupe a été décliné en sous-groupes pour une lecture critique des projets, présentés lors des réunions par un rapporteur. Plusieurs séances de travail ont été dédiées à la présentation de ces synthèses à l'ensemble du groupe, et certaines séances ont permis l'audition des promoteurs lorsqu'elles étaient nécessaires pour la compréhension du projet ou apporter des compléments d'information.

A l'issue de ce travail préparatoire, les grandes orientations retenues au sein d'un avant-projet médical ont été présentées lors de la CME du 19 mai 2015. Le projet médical dans sa rédaction aboutie a été exposé aux membres du Directoire le 8 juin 2015 et à la séance de la CME du 16 juin 2015.

2 >

Parallèlement aux travaux d'élaboration du projet médical, la direction générale de l'établissement a souhaité la mobilisation de toutes les directions fonctionnelles pour la rédaction des différents volets constituant le Projet d'Établissement, animée par les directeurs adjoints concernés.

La déclinaison de ces volets a été actée lors du Comité de Direction du 12 février 2015, et a été présentée aux membres du Directoire en sa séance du 23 mars 2015 :

- Politique d'amélioration de la qualité
- Projet du système d'information
- Politique des achats et de l'hôtellerie
- Politique de valorisation du patrimoine
- Politique financière et projets opérationnels
- Projet de soins
- Projet social
- Projet de vie des résidences
- Stratégies managériales

D'une façon générale, les projets des directions fonctionnelles s'appuient sur un diagnostic réalisé à partir du bilan du précédent projet d'établissement et des volets qui le composaient, ainsi que sur les éléments de contexte au niveau national et territorial. Ils prennent en compte bien évidemment les grandes orientations du projet médical 2016-2020.

Plusieurs projets ont été animés et construits au sein d'une démarche participative pluri-professionnelle et transversale, tels que le projet social, le projet de soins et le projet de vie des résidences.

Ainsi, l'élaboration du projet social a fait l'objet d'une phase de concertation réunissant les professionnels de la direction des ressources humaines, les partenaires sociaux et des représentants de l'encadrement au sein de trois groupes de travail thématiques, chacun dédié à un des axes stratégiques du projet social.

Le projet de soins a également été élaboré en mode participatif avec les cadres supérieurs de santé, la cadre de santé en hygiène hospitalière, le directeur des soins de l'IFSI et de l'IFAS et les directeurs de soins de l'établissement. Les réunions de travail ont permis de déterminer les axes du projet et de recenser les actions à mener, à partir d'une analyse commune et d'un consensus.

Le projet qualité et sa déclinaison pratique « Programme Pluriannuel Qualité et Risques (PPQRE 2016) a été élaboré en lien avec les référents des sous-commissions de la CME dont les orientations ont été validées à la séance de la CME du 22 janvier 2015.

3 >

La dernière phase de réalisation du projet d'établissement 2016-2020 a été menée par la direction générale afin de réunir l'ensemble des volets dans un souci d'harmonie et de synthèse.

Le projet d'établissement présenté aux instances en septembre 2015 synthétise ainsi l'ensemble des projets, disponibles dans leur version intégrale auprès des directions fonctionnelles concernées. Le projet de l'IFSI-IFAS n'est pas repris mais est également consultable auprès de la direction de l'école.

Le projet d'établissement 2016-2020 est construit autour de plusieurs idées forces :

- Poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients : objectif transversal.
- Favoriser une coopération active avec les autres acteurs de santé du territoire.
- Maitriser les contraintes médico-économiques et environnementales.
- Garantir l'adaptation des ressources humaines aux évolutions en cours.
- S'appuyer sur un système d'information performant, cohérent et fiable : outil primordial.

Il est décliné en trois chapitres :

● LE PATIENT AU COEUR DES PRISES EN CHARGE CHAPITRE 1

Le projet médical : il est essentiellement centré sur la notion de parcours patient, fil conducteur des évolutions et innovations proposées par la communauté médicale. La logique adoptée est celle d'une organisation transversale des prises en charge, dans tous les secteurs d'activité, dans le cadre du rôle de proximité de l'établissement mais aussi dans son rôle de recours.

Le projet de soins : comportant des actions transversales et des actions spécifiques à chaque pôle, il se situe au carrefour du projet médical et du projet social. Il intègre donc logiquement l'amélioration des parcours de soins et l'optimisation de la qualité, de la gestion des risques liés aux soins tout en favorisant le pilotage des compétences managériales et soignantes.

Le projet de vie des résidences : il est pour la première fois intégré in extenso au sein du projet d'établissement. S'appuyant sur une démarche d'amélioration continue de la qualité déjà initiée depuis plusieurs années, le projet de vie des deux résidences s'inscrit dans les réflexions nationales relatives à la prise en charge du grand âge et de la dépendance.

La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques : ce projet poursuit les travaux déjà engagés dans la période précédente, s'attachant ainsi à pérenniser la politique de gestion des risques, à poursuivre la démarche d'implication des usagers, et à fédérer les équipes autour des projets d'amélioration des parcours de prise en charge des patients.

● LA GESTION DYNAMIQUE DES RESSOURCES AU SERVICE DE LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT CHAPITRE 2

Le projet social : afin de faire face aux évolutions permanentes des organisations, il constitue un soutien de l'ensemble des professionnels de santé concourant à la mise en œuvre du projet d'établissement, en prenant en compte le plus possible les attentes et aspirations des personnels.

La politique financière et projets opérationnels : dans un contexte très différent et très contraint, la nouvelle politique financière s'appuie sur les projets déjà engagés (certification des comptes, facturation individuelle, ...) pour préserver l'équilibre budgétaire et financier, en intégrant la nécessité de renforcer le dialogue de gestion et les objectifs d'amélioration de la trajectoire du patient.

Le projet du DIM : il s'appuie sur la nouvelle organisation de l'équipe médicale et administrative, pour développer certains axes de travail en lien avec le contexte actuel : renforcement des partenariats inter-services, implication majeure dans le développement du futur GHT, renforcement des ressources humaines pour faire face à l'accroissement de l'activité.

Le projet du système d'information : le développement du nouveau projet du système d'information s'inscrit lui aussi dans un cadre budgétaire contraint, requérant un pilotage affiné. Il comprend l'aboutissement des projets déjà initiés (dossier patient, téléphonie), le renforcement de la sécurité du SI, ainsi qu'une thématique importante relative à l'adaptation nécessaire de ce secteur d'activité lors de la création du futur GHT.

● L'OPTIMISATION DES FONCTIONS LOGISTIQUE ET TECHNIQUE POUR UNE MEILLEURE PERFORMANCE ECONOMIQUE

CHAPITRE 3

La politique achats, hôtellerie, logistique : elle a été élaborée en continuité de l'application du programme PHARE et au regard des objectifs chiffrés fixés au centre hospitalier. Elle s'appuie sur une recherche globale d'efficacité et d'efficience dans un souci constant de satisfaction des clients internes et de développement d'un management par la qualité.

La politique de valorisation du patrimoine et de la maintenance : l'objectif principal est de conduire une politique active de valorisation du patrimoine de l'établissement en tant que levier d'efficience. Ce patrimoine doit faire face aux évolutions de la prise en charge, aux impératifs de la démarche qualité, à la nécessité d'améliorer les conditions de travail. Le projet décline notamment la maîtrise des opérations d'investissement, l'efficience de la politique de maintenance.

La politique de développement durable : conscient des enjeux environnementaux, le centre hospitalier intègre pour la première fois dans son projet d'établissement un axe spécifique traduisant les engagements en matière de développement durable.

STRATÉGIES MANAGÉRIALES

1 >

La gestion interne des projets et la dynamique contractuelle

Lors de la mise au point du précédent projet d'établissement, les changements législatifs et réglementaires qui venaient de se produire (Loi HPST : transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, disparition du conseil exécutif au profit du Directoire, changements d'attribution de la CME, ...) créaient une incertitude quant à la gestion de la gouvernance de l'établissement.

Aujourd'hui, le dispositif est stabilisé et assure un fonctionnement basé sur l'information, la transparence, le souci de la pédagogie et la concertation dans le cadre des marges d'autonomie de l'établissement.

La CME, les deux sous-commissions et les différents groupes de travail qui les composent, produisent régulièrement des plans d'actions orientés vers la qualité, la gestion des risques liés aux soins et la sécurité des patients : cela en lien étroit avec la DGRQC et l'ensemble des directions fonctionnelles concernées.

Le bureau médical de la CME créé lors de l'adoption du règlement intérieur de cette instance contribue à la réflexion collective en apportant au directoire certains thèmes de travail ou de réflexion ayant trait à la vie de l'établissement ou à l'actualité réglementaire.

Le directoire est l'organe de réflexion majeur dans la définition des choix stratégiques de l'établissement.

Son animation repose avant tout sur un management partagé et consensuel entre le directeur et le président

de la CME : au cours de la période quinquennale écoulée, 2 changements de Présidence liés à des circonstances fortuites n'ont pas altéré cet axiome. La liaison permanente entre les deux fonctions est assurée par un rendez-vous de travail hebdomadaire et la participation commune à de nombreuses réunions.

La cohésion de ce tandem s'appuie bien entendu sur une relation permanente avec les différents chefs de pôle, dont le rôle s'est affirmé au fil du temps.

Ainsi, tous les projets importants faisant l'objet d'une démarche-projet organisée selon les principes du guide interne adopté en 2013 associent étroitement les chefs de pôle et les chefs de service concernés.

Le directoire se réunit 4 fois par an dans une composition dite « élargie » qui accueille tous les chefs de pôle et cadres de pôle ainsi que l'ensemble des directeurs : ce temps fort trimestriel permet d'offrir une vision synoptique et stratégique globale aux responsables de pôle, il favorise aussi les échanges voire les interpellations à l'adresse des membres du directoire.

La contractualisation avec les pôles va s'enrichir de thèmes et d'indicateurs nouveaux lors du renouvellement des contrats prévus au 4ème trimestre 2015. On peut citer les indicateurs retenus dans le cadre du Plan triennal et de la feuille de route de l'établissement, notamment concernant la réorganisation du circuit du patient chirurgical (ex : taux d'occupation, taux d'ambulatoire, ...).

Par ailleurs, dans le cadre du présent projet d'établissement, tous les projets de service qui ont été présentés en contribution initiale au projet médical vont être synthétisés dans une fiche projet qui sera intégrée dans les contrats de pôle après concertation et validation avec les responsables de pôle. Le suivi de ces fiches sera complémentaire avec la démarche globale de suivi du projet d'établissement.

Cette dernière est une modalité collective de mise en œuvre et de validation pratique des projets inscrits dans le document qui est symbolique de la volonté de l'établissement de faire vivre son projet en associant un large panel de professionnels.

Déjà effective depuis 10 ans (pour les deux projets d'établissement précédents), elle sera poursuivie selon des modalités réactualisées au 1er trimestre 2016.

Cette volonté d'implication collective des acteurs de tous les secteurs dans la démarche stratégique de l'établissement se retrouve également dans la politique de certification ISO inscrite depuis longtemps dans le fonctionnement de l'établissement et qui est une de ses spécificités remarquables.

Fort de son expérience dans ce domaine, le centre hospitalier a choisi de regrouper l'accompagnement des 12 services certifiés avec un pilotage global de la démarche au niveau institutionnel.

Plusieurs services sont actuellement volontaires pour s'engager également dans la démarche dès 2016.

La direction, la présidence de la CME et le directoire valorisent ce travail volontaire par une manifestation annuelle de reconnaissance à ces équipes à laquelle la presse est conviée.

La politique de développement durable (cf. page 144) est un sujet relativement neuf pour beaucoup d'acteurs et requiert un effort de mobilisation collective dans de nombreux domaines.

La direction est consciente des marges de progrès importantes qui demeurent en ce domaine et compte promouvoir ses différents axes de développement par un management participatif s'appuyant sur l'encadrement technique concerné.

L'objectif de la direction et de la présidence de la CME pour la période à venir est donc de conserver, voire d'amplifier, cette dynamique interne qui est une richesse de l'établissement pour porter les projets stratégiques du centre hospitalier.

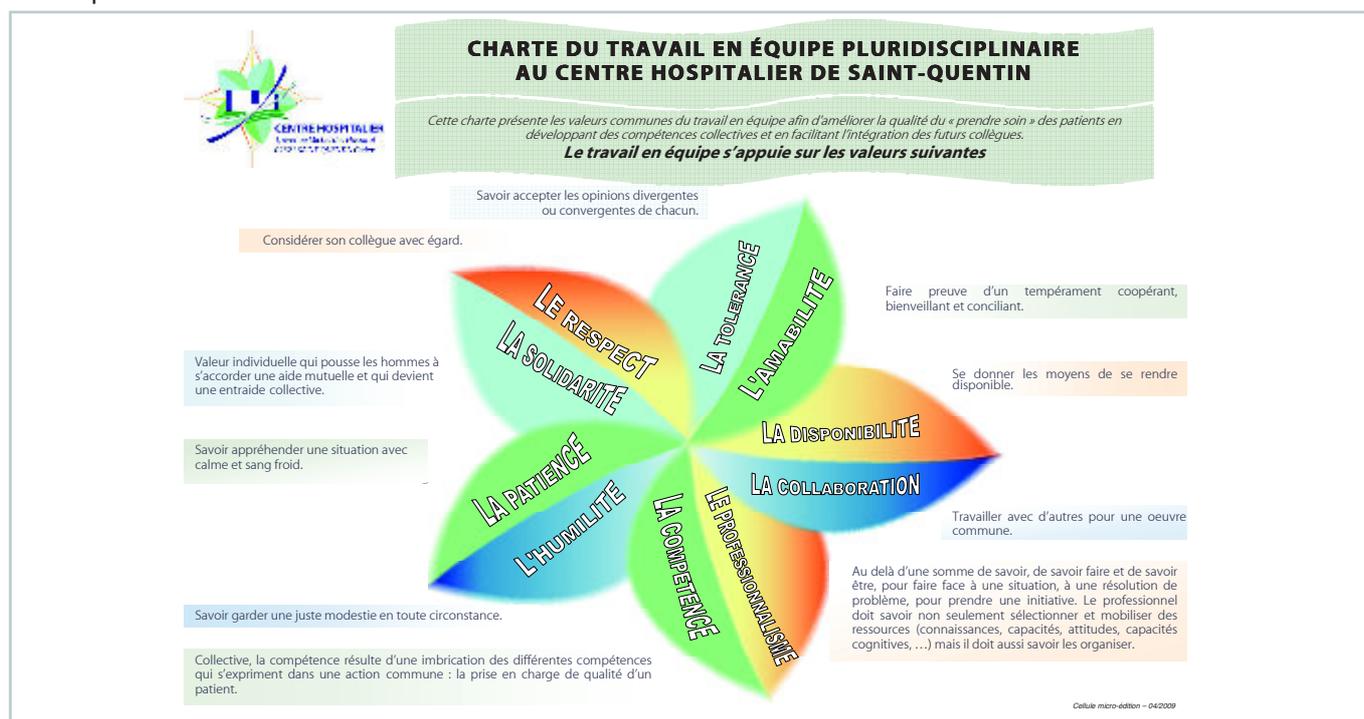
2 La Politique de territoire, l'animation d'une stratégie de groupe des établissements

La mutation la plus importante intervenue depuis 5 ans dans la fonction de chef d'établissement réside dans le fait que le travail de management des projets implique pour nombre d'entre eux une dimension territoriale.

De ce fait, la direction d'un établissement pivot de territoire comme le centre hospitalier de ST-QUENTIN doit animer et faire vivre une stratégie de groupe en associant des directions d'établissement et des communautés médicales soucieuses de préserver leur autonomie tout en étant conscientes de leur nécessaire intégration cohérente dans un ensemble plus vaste.

Aussi, la CHT s'appuie sur un dispositif juridique que l'ensemble des acteurs ont souhaité souple, tout en bénéficiant d'une légitimité pour les actions à mener sur le territoire de santé.

Ont ainsi été créées deux instances : le *comité médical*, composé des représentants des CME des établissements partenaires, dont la déclinaison du programme de travail est proposée par la *commission de la communauté* (directeurs et présidents de CME des établissements partenaires).



L'enjeu pour le centre hospitalier de SAINT-QUENTIN, établissement siège de la CHT, a été de construire et maintenir une dynamique de travail au sein de cette communauté. Cela s'est traduit par l'identification d'une cellule médico-administrative de coordination de la CHT. L'existence de cette cellule, au sein de laquelle sont affectés un médecin hospitalier (0.30 ETP) et un cadre administratif (0.50 ETP, et du temps de secrétariat), a été reconnue par l'ARS de Picardie.

Cette coordination est essentielle pour donner vie aux engagements pris par les établissements de santé lors de la constitution de la CHT.

Ainsi, sur la base d'une logique de décloisonnement, le comité médical et la cellule de coordination ont entrepris de décliner les parcours patient au sein du territoire : identification des différentes étapes du parcours du patient, organisation de la coordination entre les acteurs, mise en place d'outils communs et propositions d'amélioration (ex : création de postes partagés entre les établissements partenaires, création de cellule de coordination, ...).

L'ensemble de ce travail conséquent, qui est marqué par un degré d'investissement fort des médecins des établissements de la CHT, est retracé au sein d'un projet médical de communauté, réactualisé et enrichi depuis 4 ans, et régulièrement validé par les représentants de l'ARS de Picardie.

L'action du centre hospitalier de ST-QUENTIN dans ce dispositif est déterminante pour former un collectif centré sur les besoins du patient, pour pallier aux difficultés actuelles (démographie médicale par exemple).

L'établissement pivot de la CHT s'efforce d'être dans une écoute constante de ses partenaires, et des professionnels médicaux. Il favorise la transparence des échanges sur les stratégies individuelles afin de mener à bien une stratégie de groupe.

Le pilotage de la CHT nécessite également de dépasser le clivage « petites structures » face « au plus gros » ; ce qui implique de maintenir des liens avec les représentants de ces structures (rencontres régulières entre les directeurs).

Dès la constitution de la CHT, un effort de pédagogie a été déployé auprès des médecins hospitaliers mais aussi des médecins généralistes pour leur expliquer la notion de parcours patients au sein du territoire et les associer à ces filières intégrées.

Désormais, la CHT Aisne Nord – Haute Somme implique de plus en plus dans ses groupes de travail les représentants du secteur médico-social (personnes âgées, handicap,...), les représentants du réseau Ville-Hôpital (MAIA), les représentants du secteur privé, ...

En conclusion, la pratique managériale du chef d'établissement et du Président de la CME ne peut se concentrer uniquement sur les composantes internes de l'établissement. Elle doit être fortement impliquée dans la dimension territoriale des projets.

Ceci nécessite, tant au niveau administratif que médical, de savoir transmettre cette vision dynamique aux équipes médicales et aux directions fonctionnelles de l'établissement.

Ce travail est déjà largement effectué : il prendra une autre ampleur très prochainement avec la création des GHT en substitution des CHT.



1

Le patient au cœur des prises en charge



PROJET MEDICAL



Axe 1 - Des projets institutionnels structurants

Axe 2 - Des projets d'organisation centrés sur le patient

Axe 3 - Des projets innovants dans toutes les disciplines

Axe 4 - Des projets en réponse aux besoins du territoire de santé

INTRODUCTION : CONTEXTE ET ENJEUX

Le présent projet médical a été élaboré dans un moment où l'établissement doit relever plusieurs défis au plan local, territorial et régional et dans un contexte national particulièrement exigeant dans ses objectifs économique, de qualité et d'efficience.

Sur le plangénéral, après une période de croissance forte d'activité (qui était l'objectif n° 1 du projet d'établissement 2011/2015 dans la continuité de l'ouverture du nouveau plateau technique en 2009) et d'expansion territoriale (constitution de la CHT en 2011, mise en place d'un premier projet médical de territoire en 2012), le centre hospitalier de ST-QUENTIN a dû composer avec un ralentissement de cette croissance, une évolution tarifaire moins favorable et des exigences réglementaires toujours plus fortes.

Sur le plan médical, le centre hospitalier doit assumer les lourdes responsabilités d'un établissement pivot de territoire en matière de permanence des soins et de réponse à l'urgence.

Il se doit également d'organiser, en étroite coopération avec les établissements voisins, les conditions d'une prise en charge de qualité des patients passant par des parcours de soins organisés.

Ces missions impliquent une interrogation permanente sur ses modes d'organisation interne.

De plus, le contexte national de maîtrise des dépenses de santé y oblige également en mettant l'accent sur les évolutions structurelles attendues pour tous les centres hospitaliers.

Ainsi, la notion de parcours du patient, de sa consultation ou son entrée par les urgences jusqu'à sa sortie, doit être le fil conducteur des organisations.

« C'est une évolution profonde de l'organisation des soins qui est nécessaire pour répondre à l'augmentation des besoins de santé et aux attentes de la population, aux évolutions technologiques et thérapeutiques : diminution de la durée des séjours hospitaliers, développement de la chirurgie ambulatoire et de la médecine ambulatoire, de l'HAD et de la télémédecine »¹.

C'est pourquoi, les différents projets de services et de pôles médicaux qui sont présentés ont été synthétisés dans une logique d'organisation transversale et de parcours de soins centrés sur le patient :

- la réorganisation globale du circuit des consultations externes,
- le circuit du patient chirurgical de sa consultation jusqu'à sa sortie du centre hospitalier avec le développement continu de la chirurgie ambulatoire,
- la création de nouvelles modalités de prise en charge en médecine

sont des exemples de cette évolution dans l'organisation des soins qui va être effective dans tous les secteurs d'activité.

Parallèlement, la volonté de promouvoir l'innovation dans les techniques et d'ouvrir de nouvelles activités demeure :

- le plan de développement de l'activité de cardiologie,
 - les nouveaux développements dans le champ d'actions de la radiothérapie,
 - la création d'un centre des maladies du sein,
 - l'évolution du pôle de gériatrie avec une offre de soins spécialisés de plus en plus étendue,
 - la création d'une unité de soins palliatifs,
- sont des exemples de cette volonté réaffirmée.

Enfin, la création récente du Conseil de la Recherche Clinique consacre la place de l'établissement dans ce domaine où il se situe au 2ème rang de la région Picardie derrière le C.H.U. d'AMIENS.

Le projet médical 2016-2020 n'a pas pour ambition de reprendre l'ensemble des activités du centre hospitalier ; il présente donc les priorités d'action retenues pour la période 2016-2020.

Ces dernières découlent de l'analyse des projets de service ainsi que celle des cinq problématiques transversales représentant un enjeu stratégique pour l'établissement.

Elles répondent aux objectifs suivants :

- Conforter l'offre de soins existante et mettre en place de nouvelles activités médicales participant au développement stratégique de l'établissement,
- Favoriser une organisation centrée sur le patient afin qu'il bénéficie d'un parcours de soins clair et innovant,
- Maintenir et renforcer la place du centre hospitalier comme hôpital de référence dans le cadre de la prise en charge de pathologies spécifiques,
- Afficher une politique volontariste de partenariats médicaux dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, et s'inscrire dans la démarche de création du futur groupement hospitalier de territoire.

Ainsi, les orientations stratégiques du projet médical se déclinent de la façon suivante :

AXE n°1 : Des projets institutionnels structurants

AXE n°2 : Des projets d'organisation centrés sur le patient

AXE n°3 : Des projets innovants dans toutes les disciplines

AXE n°4 : Des projets en réponses aux besoins du territoire

¹ Présentation du plan triennal de l'efficience et de performance du système de soins – ARS Picardie – Mai 2015

“ Des projets institutionnels structurants ”

Axe n°1

1 >

L'organisation globale des consultations externes

Le sujet de l'organisation des consultations externes du centre hospitalier de ST-QUENTIN n'est pas nouveau.

En effet, l'action « Assurer un fonctionnement optimal des consultations externes dans les nouveaux locaux permettant de répondre aux usagers » était déjà inscrite dans le projet d'établissement 2005-2010. Le projet d'établissement 2011-2015, quant à lui, plaçait au cœur de ses objectifs la nécessité d'avoir « une organisation extrêmement efficiente et rigoureuse concernant l'admission et le circuit du patient... ».

Une réflexion sur la réorganisation des secrétariats médicaux au sein des pôles et l'utilisation d'outils techniques en appui de cette démarche (dictée numérique) devait également être conduite.

De ce fait, une action prioritaire a été inscrite dans la démarche de suivi du projet d'établissement 2011-2015 « Assurer la réorganisation de l'ensemble des consultations externes du centre hospitalier de ST-QUENTIN ».

Un état des lieux a donc été réalisé en 2013 par le sous-groupe P.E. en charge de cette action, piloté par M. le docteur BRIHAYE, chef du service de médecine interne et polyvalente et Mme CUVELIER, cadre de santé, autour de 4 axes :

- Circuit du patient.
- Circuit de l'information médicale.
- Organisation du travail des soignants.
- Pilotage global.

Cette première étape a été prolongée par la création d'un groupe de travail stratégique chargé de poursuivre la démarche durant l'année 2014, piloté par Mmes CAILLÉ-CAYZAC et VERMONT. Ce groupe s'est attaché à structurer la démarche, à partir de l'état des lieux extrêmement riche et documenté, selon 3 axes :

- communication et téléphonie,
- organisation spatiale et
- organisation et conditions de travail.

Les objectifs retenus sont sous-tendus par la nécessité absolue de fluidifier et de simplifier le parcours du patient. Ils se déclinent de la façon suivante :

1.1 La mise en place d'une organisation efficiente :

a. Création d'un service unique des consultations externes piloté par un trinôme, cellule de coordination. Ce nouveau service compte tenu de sa vocation de service prestataire des services de soins est rattaché à la direction des soins (pôle 9) :

- Nomination d'un cadre de santé rattaché à la direction des soins
- Désignation d'un médecin référent
- Désignation d'une secrétaire médicale référente
- Délimitation du champ de compétence et de gestion de la cellule de coordination
- Création d'un conseil des consultations externes

b. Détermination des missions de la cellule de coordination chargée de la gestion des plages de consultations externes :

- Elaboration d'une charte des consultations externes définissant entre autres le rôle de la cellule, les missions de chacun.
- Production des règles de création, de localisation et d'attribution des plages de consultations à répartir sur l'ensemble des lieux de consultation gérés par la cellule de coordination.

c. Développement de la mutualisation des fonctions d'accueil (médical et administratif) et de secrétariat :

- Délocaliser l'accueil administratif pour simplifier le circuit du patient et évaluer l'impact sur l'organisation du guichet unique du B3 (préparer la dématérialisation).
- Organiser la formation des agents pour réaliser cet accueil (paiement par carte bancaire).

d. Instauration d'un pilotage médico-économique de cette activité :

- Production de bilan permettant d'évaluer l'impact économique et publication d'un rapport d'activité annuel.
- Elaboration des scénarios d'organisation au regard des coûts estimés afin d'aboutir à un équilibre économique.

1.2 Le regroupement spatial des consultations externes :

a. Respect du principe de la suppression des consultations externes dans les services de soins.

b. Respect du principe de la mutualisation des locaux de consultations.

c. Elaboration du programme fonctionnel du futur plateau du E7 en concertation avec les services concernés :

- Intégrer les problématiques de délais d'attente, de fluidité et visibilité du circuit du patient et de qualité de l'accueil, confort, confidentialité, accessibilité. Les principes retenus seront également applicables pour les lieux de consultation déjà existants.

- Concevoir des zones permettant le regroupement des fonctions d'accueil physique, téléphonique et frappe des comptes rendus.

1.3 Le renforcement du système d'information :

a. Mutualiser l'accueil téléphonique et la prise de rendez-vous grâce au déploiement du nouveau système de téléphonie KIAMO en lien avec ULTRAGENDA.

b. Solliciter une demande de rendez-vous sur le site web.

c. Evaluation régulière.

1.4 Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication interne et externe :

(Travaux à réaliser postérieurement au reste du programme)

a. Formation des personnels concernés.

b. Sensibilisation de toute la communauté hospitalière.

c. Refonte de tous les supports à destination des usagers.

d. Information des partenaires extérieurs.



2

Le développement de l'activité de cardiologie : une stratégie médicale dynamique

Le projet du service de cardiologie et soins intensifs de cardiologie s'inscrit complètement dans la ligne du projet médical précédent.

S'appuyant sur les activités existantes, l'objectif de ce projet est de mettre en place une stratégie médicale dynamique pour renforcer et conforter le positionnement majeur de ce service dans l'établissement et dans le territoire.

Il se décline de la façon suivante :

2.1 L'activité de consultations :

Cette activité a constamment augmenté depuis plusieurs années, et la poursuite de son développement est vitale pour le renforcement des activités invasives. Les consultations constituent en effet le socle du recrutement des patients pour la coronarographie et la rythmologie.

Le projet prévoit ainsi la création d'une consultation de la syncope, d'une consultation de dépistage des familles des patients récupérés de mort subite et l'augmentation des consultations de suivi des patients implantés d'un défibrillateur cardiaque.

La création d'un laboratoire d'échocardiographie est également envisagée afin de renforcer et identifier les activités d'ETT, d'ETO et les échographies de stress.

Les modalités d'organisation et d'adaptation des moyens utilisés et nécessaires pour faire face à l'augmentation des consultations de cardiologie sont exposées dans le paragraphe qui traite de l'organisation globale des consultations externes dans l'établissement (axe 1, page 22).

2.2 L'activité de coronarographie :

Conformément aux axes du précédent projet médical, la prise en charge des urgences coronaires 24h/24 est effective, grâce au recrutement de cardiologues formés dans des centres d'angioplasties à haut volume.

Le maintien de l'attractivité de l'établissement tant pour les patients que pour les professionnels de santé implique de poursuivre les activités qualifiantes déjà mises en place : imagerie endocoronaire par échographie (IVUS) et tomographie par cohérence optique (OCT), athérectomie rotationnelle (Rotablator) et mesures des débits intracoronaires (FFR).

L'activité d'angioplastie, est amenée à progresser compte tenu de l'expertise reconnue de ce service, de la modification des flux de patients sur le secteur saint-quentinois et du renforcement des liens de coopération avec les établissements de proximité du territoire de santé.

Afin de s'adapter à ce nouveau contexte, le projet du service de cardiologie et soins intensifs de cardiologie précise qu'il est nécessaire de **disposer d'une seconde salle de coronarographie** pour assurer l'activité programmée, dont les procédures complexes, et l'activité d'urgence.

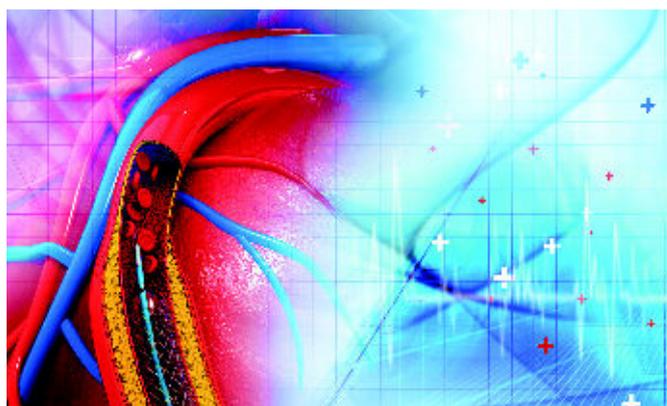
Cependant, l'activité coronaire ne permettra pas d'utiliser pleinement les capacités de cette seconde salle. Aussi, l'apport combiné des activités de rythmologie et de TAVI (nouvelles activités en projet) générera l'utilisation à temps plein d'une **salle hybride**.

2.3 La création de deux nouvelles activités :

TAVI (implantation percutanée de valve aortique) : il s'agit d'une activité novatrice de remplacement de la valve aortique par voie percutanée. La mise en place de cette activité dans l'établissement nécessite la formation de deux praticiens en lien avec le CHRU de LILLE.

Activité de cardiologie interventionnelle de type 1 niveau 1 : cette activité nécessite une autorisation qui ne peut être délivrée actuellement au regard des dispositions du SROS-PRS. La mise en œuvre de la rythmologie type 1 niveau 1 est donc en partie conditionnée par l'éventuelle révision du volet cardiologie du SROS-PRS ; la question évoquée avec le directeur général de l'ARS a retenu son attention.

L'augmentation d'activité induite par ce projet ambitieux et dynamique permet de réfléchir à la déclinaison d'un projet d'hospitalisation de semaine (cf. axe 2, page 32).



3

La création d'une unité de soins palliatifs : une réponse aux situations complexes de fin de vie

coordination territoriale des soins palliatifs, formalisation d'un partenariat avec les équipes mobiles de soins palliatifs du territoire, ...

En conclusion, la création de l'unité de soins palliatifs répond aux besoins de la population du territoire, en améliorant le parcours de soins et assurant une bonne orientation des patients en fin de vie, notamment pour la gestion des situations complexes (compétence et technicité spécifiques, recours au plateau technique).

La mise en œuvre concrète de ce projet nécessite une coordination des équipes médicales et paramédicales, et des directions concernées.

La création d'une unité de soins palliatifs de 12 lits au centre hospitalier de ST-QUENTIN est un projet affiché depuis plusieurs années (projet médical précédent, CPOM, SROS, ...).

Face aux contraintes actuelles, le centre hospitalier de ST-QUENTIN s'est doté d'outils permettant de valider et d'objectiver toute demande de création d'activité nouvelle ou d'extension d'activité. C'est ainsi que le projet de création de cette unité a été soumis à une étude de besoins et une étude médico-économique, qui ont conclu à la viabilité du projet.

La création de l'unité de soins palliatifs (USP) va permettre au centre hospitalier de ST-QUENTIN de compléter l'offre de soins existante en matière de prise en charge des soins palliatifs : les lits identifiés et l'équipe mobile de soins palliatifs, et de disposer ainsi de l'ensemble de la filière graduée.

L'USP est une structure spécialisée qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale et lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques.

Elle assure une triple mission :

- Mission de soins et d'accompagnements complexes et de recours: prise en charge des situations complexes qui ne peuvent plus être suivies à domicile ou en établissement.
- Mission de formation
- Mission de recherche et de ressources

Le projet décrit les critères de fonctionnement de cette unité ainsi que la composition des équipes qui seront affectées à cette unité.

L'unité doit accueillir exclusivement des patients requérant des soins palliatifs, dont les conditions d'accueil et d'hébergement devront privilégier particulièrement le confort des patients et des familles. L'un des critères majeurs concerne la mise à disposition des patients de chambres individuelles.

Le projet doit également s'inscrire dans le contexte territorial : étroite coopération avec l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier de LA FERRE, adhésion à la



4

Une démarche novatrice pour assurer des prestations médico-cliniques adaptées aux évolutions de l'offre de soins : l'exemple du laboratoire et de la pharmacie

L'objectif de ce projet est de s'adapter aux nouveaux enjeux du parcours patient, dans le contexte de déploiement du DPI dans l'établissement. La démarche repose sur plusieurs piliers : *la démarche qualité, la continuité des soins, les référentiels d'actes, les modalités des prescriptions, l'expertise et la sécurisation des prises en charge.*

4.1 Le laboratoire de biologie médicale :

A. Les actions existantes :

✓ **La démarche qualité** : L'ensemble des activités constituant le pilotage de la qualité est décrit dans le manuel qualité. La satisfaction des clients, objectif principal du laboratoire, passe par l'identification des besoins : identification des exigences implicites et réglementaires, recueil des besoins formulés, réalisation d'enquête de satisfaction, traitement des réclamations, ...

✓ **Les référentiels d'actes** : Le centre hospitalier de ST-QUENTIN dispose d'un *manuel de prélèvement* à disposition du personnel soignant comportant l'ensemble des examens réalisables au laboratoire et l'ensemble des instructions nécessaires (mode de prélèvement, identification et acheminement). Le but de ces informations est de permettre la maîtrise de la phase pré-analytique selon les nouvelles exigences réglementaires mais aussi de diminuer les risques d'erreur de cette phase, en grande partie réalisée à l'extérieur du laboratoire.

B. Les actions nouvelles :

• **La continuité des soins** : Astreinte d'un biologiste à partir de 18 heures et présence permanente d'un technicien. Compte tenu de la nécessité d'une validation des résultats par un biologiste avant communication,

une organisation spécifique peut être proposée pour la période de la garde. Ainsi, dans le cadre de leur démarche d'accréditation, *le laboratoire doit valider avec les cliniciens une liste d'examens et de natures de résultats qui pourront faire l'objet d'une libération des résultats provisoires, en période de permanence des soins ou de garde, sans validation biologique.*

• **La prescription connectée** : L'automatisation de la prescription des cliniciens concourt à une sécurisation de l'ensemble du processus, notamment en termes d'identitovigilance (édition, étiquetage sans recopie, éléments horodatés, ...).

Le paramétrage de l'outil à partir des diverses obligations réglementaires nécessite l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche pluridisciplinaire.

Les nouveaux outils informatiques (CorLAB et ORBIS) vont également permettre une informatisation de la transmission des résultats. Les impressions subsisteront pour les analyses dont les résultats ne peuvent être communiqués sur ORBIS pour des raisons de confidentialité et pour les patients externes.

• **L'expertise clinico-biologique** : Dans le cadre de sa démarche d'accréditation, le laboratoire doit établir *des contrats clinico-biologiques* qui incluent les exigences suivantes : la phase pré-analytique, le transport des échantillons, la phase analytique ainsi que la phase post analytique.

Les échanges entre cliniciens et biologistes permettraient de réfléchir sur *des bilans standards pour répondre aux exigences de juste prescription par spécialités médicales* (ex : bilan d'entrée aux urgences, bilan thrombose, bilan de douleur thoracique...).

De même, il s'agit de définir les renseignements cliniques à fournir au laboratoire afin de permettre une prestation de conseil dans le rendu de résultat.

• **La sécurité** : L'ensemble des dispositifs précédents permet une meilleure sécurisation de la prise en charge.

4.2 La pharmacie :

A. Les actions existantes :

• **Une démarche qualité** : Le centre hospitalier de ST-QUENTIN s'est doté d'un *manuel qualité du circuit du médicament* qui comporte les exigences réglementaires pour chaque étape du circuit du médicament : la prescription, la dispensation, l'administration, gestion de la qualité et pilotage du circuit du médicament.

Par ailleurs, *le manuel qualité de la pharmacie* permet la description de l'organisation interne de la pharmacie, les règles et les procédures mises en place pour assurer la qualité des prestations faites par le service de pharmacie de l'hôpital.

• **La continuité des soins** : permanence pharmaceutique (pharmacien et préparateur) sous la forme d'une astreinte.

• **Les référentiels d'actes** : Véritable dictionnaire des

médicaments de l'hôpital, le *livret thérapeutique* permet aux prescripteurs d'accéder aux médicaments prescriptibles à l'hôpital, par leur libellé, nom de spécialité, DCI et classe pharmaceutique.

B. Les actions nouvelles :

- **La continuité des soins** : Une nouvelle organisation interne doit être mise en place en vue de la *structuration des commandes de médicaments* (besoin courant et besoin exceptionnel) par panel de demande de médicaments, stupéfiants, antiseptiques, solutés massifs. Cette étape doit permettre la poursuite de la réorganisation interne de la pharmacie, dans l'attente de l'automatisation.

- **La prescription connectée** : Avec le DPI, le comité médical et les pharmaciens proposeront des *protocoles d'aide à la prescription* en vue d'une validation par la COMEDIMS et la CME.

- **La sécurité** : La gestion du traitement personnel du patient constitue un chantier commun aux cliniciens et pharmaciens afin d'aboutir à une harmonisation et une sécurisation des pratiques, conformément à la réglementation.

L'aspect sécuritaire de la prescription est amélioré grâce à la circulation de l'information sur le médicament, entre le médecin et le pharmacien, le médecin et le soignant, et entre le soignant, le pharmacien et le préparateur référent.



4.3 Les actions communes pour le laboratoire et la pharmacie :

- **Le dossier patient informatisé** : Le *partage d'informations entre professionnels* constitue un axe important de la collaboration : le biologiste doit accéder via ORBIS aux traitements du patient, aux éléments cliniques et aux transmissions ciblées afin de réaliser au mieux sa mission. De même, le pharmacien doit accéder aux résultats des bilans du patient et aux transmissions ciblées.

- **L'expertise en pharmacie clinique et clinico-biologique** : Des *temps d'échange* entre les cliniciens, les pharmaciens et les biologistes doivent se renforcer selon des modalités à définir entre eux et/ou par spécialités : commission de biologie (à créer), COMEDIMS, visite de service, participation aux staffs, participation aux RCP, staff infectieux avec les pharmaciens et les cliniciens par exemple.

De même, les échanges d'information entre les cliniciens et les pharmaciens, aux différentes étapes de la prise en charge du patient, devraient être facilités par le pharmacien référent de pôles ou le biologiste référent par familles d'analyses.

Ces échanges peuvent intervenir via le système d'information avec des échanges de commentaires sur les prescriptions mais aussi de manière directe.

La collaboration cliniciens-biologistes-pharmaciens concourt donc à permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge et de réduire la durée moyenne de séjour du patient guéri.



“ Des projets
d’organisation
centrés sur le
patient ”

Axe n°2

1 >

L’organisation de l’Unité d’Hospitalisation de Courte Durée et la relation avec les services d’hospitalisation

Le service d’accueil des urgences a revu son fonctionnement suite à l’audit du CNEH réalisé début du 1er semestre 2011. L’objectif était d’organiser l’articulation des relations entre le service des urgences et les services d’hospitalisation.

Quatre axes de travail ont été déployés :

- *Sécuriser la gouvernance et le fonctionnement du SAU,*
- *Améliorer la qualité de prise en charge du malade et de sa famille,*
- *Mettre en place le dispositif de gestion de l’information fiable et sécurisée,*
- *Promouvoir et structurer l’ouverture du SAU aux autres services et vers l’extérieur.*

Dans l’axe 2, il est à noter l’ouverture d’une UHCD de 10 lits au 1er novembre 2011 qui reçoit les malades pour une durée de 48h00 maximum selon les critères d’inclusion suivants :

- Surveillance particulière avant sortie,
- En attente d’examens complémentaires pour confirmation d’un diagnostic,
- En attente d’un lit d’hospitalisation.

Il était acté que les praticiens spécialistes devaient s’impliquer dans la prise en charge des patients relevant de leur spécialité, présents en UHCD faute de place dans leur service.

En outre, une réorganisation du circuit du patient entrant a été mise en place à compter du 1er avril 2014.

Dans le cadre du projet d’établissement 2016-2020, des axes d’amélioration sont à mettre en place à partir du bilan des axes du CNEH et de l’évaluation de la mise en place de la nouvelle organisation. Il ressort de ce bilan notamment les points suivants :

- Séjours > à 48h en UHCD
- Non-respect des critères d’inclusion en UHCD :
 - Majoration du nombre de patients en attente d’hospitalisation
 - Minoration des patients pour bilan complémentaire avec retour à domicile
 - Utilisation faible des alternatives à l’hospitalisation

Le projet prévoit donc plusieurs axes d’amélioration, pour lesquels une déclinaison pratique est proposée tant pour les admissions en interne que pour le retour à domicile.

1.1 Les axes d'amélioration retenus dans le projet :

a. Rétablir la vocation première de l'UHCD :

L'hospitalisation étant prévue pour une durée de 24 à 48 heures maximum, l'UHCD doit travailler sur les modalités opérationnelles de sortie de ce service (hors centre hospitalier ou dans les services d'hospitalisation du centre hospitalier) afin de respecter sa mission.

Actuellement, l'appel par les IDE du médecin référent du service la nuit est obligatoire dans de nombreux cas. Ainsi, le rôle du médecin coordonnateur a été dévoyé au fil du temps puisqu'il est peu sollicité.

L'expérience sur plusieurs années de la mise en place d'un médecin coordonnateur n'a pas permis de régler les problèmes et ceux-ci se sont même accrus.

L'orientation décidée après la prise en charge et l'examen clinique par le médecin urgentiste est donc retenue, soit :

- Par consensus avec l'équipe médicale du service préconisé (donc phase de concertation obligatoire),
- Ou, à défaut, avec la confirmation de cette orientation par l'administrateur de garde (étant entendu que la nuit l'appel se fait directement à cet administrateur de garde).

Afin d'assurer la pertinence des orientations et de construire une démarche commune cohérente, une revue mensuelle de pertinence sera mise en place. Elle sera ouverte à l'ensemble des praticiens de l'établissement.

Les Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) établies par les services d'hospitalisation jugeant non pertinentes les orientations ainsi imposées seront donc systématiquement examinées dans le cadre de cette revue.

b. Concevoir la nouvelle organisation médicale de l'UHCD :

La création d'un poste de cadre « bed-manager » à compter de juillet 2015 viendra en journée en appui du praticien en charge de l'UHCD.

Plusieurs praticiens médecins non-urgentistes assurent la prise en charge de l'unité tous les matins 7 jours/7 ; la prise en charge de l'après-midi étant assurée par les médecins urgentistes.

Cette organisation présente quelques faiblesses pour plusieurs raisons :

- Rotation rapide des médecins affectant la continuité des soins
- Difficultés récurrentes à remplir les plannings
- Autorité médicale non identifiée face à des services d'hospitalisation dont la gouvernance est structurée et reconnue

Ceci entraîne des conséquences péjoratives sur la question de la prise en charge des patients à l'UHCD et ne favorise donc pas leurs conditions de sortie et d'orientation vers les services d'hospitalisation.

En conséquence, l'objectif médical visé dans le projet est d'affecter à cette unité 1 ETP de PH dédié à cette activité en journée.

Au-delà de la prise en charge médicale de l'UHCD, le médecin référent examinera chaque semaine la tenue et la cotation des séjours avec le DIM en vue d'une meilleure cotation de ceux-ci.

c. Optimiser ainsi le parcours du patient en UHCD vers les autres services d'hospitalisation :

Les mesures arrêtées ci-dessus permettront d'optimiser ainsi le parcours du patient en UHCD vers les autres services.

Elles sont complétées des modalités pratiques suivantes :

1.2 Les modalités pratiques permettant les admissions dans les services :

Afin d'améliorer la fluidité de l'information et de la communication pour les admissions en interne, plusieurs outils seront créés.

- Admission directe dans le service pertinent :
Une fiche d'admission spécifique sera mise en place.
- Admission « par défaut » dans un service de chirurgie ou autre service de médecine en attente de l'admission dans le service pertinent :

Une procédure sera établie à destination du médecin du service assurant l'accueil provisoire.

1.3 Les modalités pratiques facilitant le retour à domicile :

Afin de faciliter le retour à domicile des patients, il est nécessaire de développer les articulations avec les services partenaires de l'UHCD.

- a. Articulation avec le service social :
Les praticiens de l'UHCD établissent l'ordre de priorité des dossiers à examiner lors du passage bi-quotidien de l'assistante sociale.

b. Articulation avec l'Equipe Mobile de Gériatrie : L'EMG a un rôle spécifique dans le cadre de ses interventions à l'UHCD :

- Intervention auprès des patients de plus de 75 ans dont la sortie est décidée par le médecin, mais pour lesquels une fragilité est suspectée. L'objectif est de les orienter pour une prise en charge dans la filière gériatrique, afin d'éviter les réadmissions précoces et de favoriser les sorties précoces de l'UHCD.
- Suivi des patients en intra-hospitalier par signalement.
- Renforcement des liens avec les EHPAD pour prioriser les hospitalisations directes en lien avec le numéro de téléphone unique et éviter le passage aux urgences.
- Extension des interventions de l'EMG aux autres secteurs du SAU, à la demande, dans l'objectif d'une évaluation gériatrique et d'une prévention de la fragilité avec des outils diagnostiques aidants pour le service qui accueillera le patient.

2

Le circuit du patient chirurgical, de la consultation jusqu'à sa sortie du centre hospitalier

Le projet global de réorganisation du pôle de chirurgie présenté aux instances en décembre 2013 visait à réduire la dispersion des patients de chirurgie, à mutualiser les ressources en personnel du pôle, à valider un projet architectural et organisationnel visant à une qualité hôtelière supérieure à l'offre actuelle et une augmentation significative de la proportion des chambres à 1 lit. Sa réalisation concrète devait se dérouler sur la période 2017/2019.

Au regard du contexte actuel (plan triennal 2015-2017 et feuille de route de l'établissement fixée par l'ARS), il a été nécessaire de réactualiser ce projet.

Cette nécessité s'imposait également par les constats faits en interne d'une sous-occupation des lits d'hospitalisation complète et de semaine, d'un taux de rotation insuffisant de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire alors même que l'activité du bloc est très forte et continue de progresser.

L'ARS rappelle que « *les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût* ».

Ainsi, l'optimisation du parcours patient a pour objectif de limiter chaque séjour au strict temps utile et nécessaire à sa prise en charge. La chirurgie ambulatoire est devenue un enjeu majeur de structuration de l'offre de soins :

- Développement de la chirurgie ambulatoire.
- Adaptation capacitaire en lits à l'activité.
- Contexte économique très contraint.

La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de semaine obligent à organiser le flux patient dans un temps fermé (0 nuit pour l'un et 4 nuits pour l'autre). L'impact attendu de cette organisation optimisée est de redimensionner la capacité des services d'hospitalisation complète aux prises en charge supérieures à 4 nuits et à celles de type UHS qui n'auraient pu être admises suffisamment tôt dans la semaine (ce dernier aspect conduira l'établissement à revoir la distribution des vacances).

2.1 Les objectifs généraux fixés pour l'offre chirurgicale :

- a. Définir la trajectoire du patient chirurgical au centre hospitalier de ST-QUENTIN.
- b. Formaliser le parcours du patient :
 - « *Le bon patient au bon endroit et au bon moment* »
 - *Anticiper au plus tôt la sortie du patient*
- c. Développer la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de semaine.
- d. Restructurer le pôle de chirurgie au regard de ce contexte en préservant les objectifs qualitatifs du projet de 2013 concernant la qualité de l'offre hôtelière.

2.2 La trajectoire et le parcours du patient :

Il s'agit d'assurer la prise en charge du patient dès la consultation jusqu'à la sortie en définissant chaque étape du parcours.

Cela implique de planifier dès la consultation le bon mode d'hospitalisation (HC, HS, ambulatoire, soins environnementaux).

Les moyens humains et matériels pour optimiser et fluidifier le parcours du patient sont les suivants :

- a. Création de 2 postes de médecins généralistes temps plein affectés au pôle de chirurgie pour :
 - Optimiser la qualité de la prise en charge globale des patients (conciliation thérapeutique, bilan médical pour le préopératoire non-programmé, prise en charge médicale des patients dans la phase post-opératoire).
 - Organiser la sortie et assurer le lien avec le médecin généraliste de ville et les services d'aval pour la convalescence.

- Assurer la qualité du dossier médical et le codage du dossier incluant les comorbidités.

b. Mise en place d'une IDE de coordination 5 jours/7 (hors week-end et jours fériés) pour optimiser la gestion des lits au sein du pôle de chirurgie avec l'objectif du « bon patient, au bon endroit et au bon moment ».

c. Informatisation du dossier patient :

- Développement du logiciel de programmation du bloc WEBPCP.
- Informatisation de la prescription médicamenteuse.
- Déploiement du DPI

2.3 Les principes opérationnels à mettre en œuvre :

a. La programmation du bloc opératoire doit être coordonnée instantanément et en permanence avec la gestion prévisionnelle des lits.

b. Les objectifs pour 2016, inscrits dans la feuille de route fixée par l'ARS, sont d'atteindre un taux de rotation de 1,3 patient par place à l'UCA et un taux d'occupation de 70 % (90 % en 2017) pour l'unité d'hospitalisation de semaine.

c. Ces objectifs sont réalistes et ont un impact direct sur les capacités en lits d'hospitalisation nécessaires. La restructuration du pôle de chirurgie en est donc la conséquence logique.

2.4 La restructuration du pôle de chirurgie :

Après une étude des capacités en lits nécessaires en HC (au regard des taux d'occupation, nombre de séjours, des potentiels en UCA et UHS), le scénario suivant est retenu :

- Une unité de chirurgie septique de 20 lits.
- Deux unités d'hospitalisation complète toute chirurgie de 25 lits chacune.
- Une unité d'hospitalisation de semaine de 28 lits.
- Une unité de chirurgie ambulatoire de 30 places.

L'ensemble de cette organisation sera à suivre notamment en termes d'occupation, d'entrée et de sortie patient, et des pratiques d'hébergement.

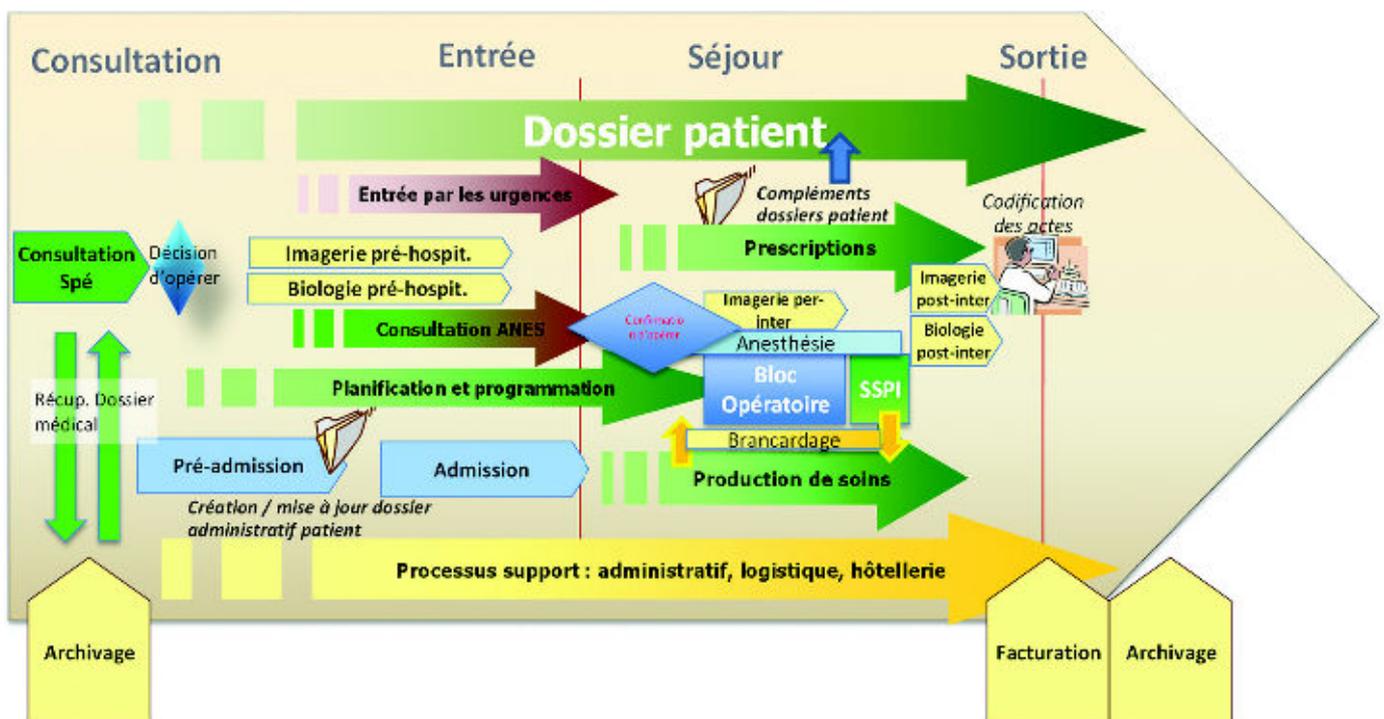
Il conviendra de formaliser le fonctionnement de ces unités sous forme de charte ou de règlement notamment pour l'unité « septique » ; ceci dès le 4ème trimestre 2015 en vue d'une réorganisation concrète dès le 1er trimestre 2016.

En conclusion, cette restructuration :

- Devra optimiser l'Unité de Chirurgie Ambulatoire destinée à toutes les spécialités (amplitude horaire à revoir pour favoriser l'accès de certaines spécialités à ce mode d'hospitalisation, renfort en personnel d'entretien, liaison brancardage à étudier...).
- Devra optimiser l'Unité d'Hospitalisation de Semaine destinée à toutes les spécialités.
- Devra optimiser la prise en charge des patients septiques dans une même unité qui sera régie par une charte de fonctionnement.

De plus, elle augmentera de façon significative le pourcentage de chambres seules (77 % contre 40 % actuellement).

Cette restructuration, qui met en avant le parcours du patient avec son mode d'hospitalisation (Cf. schéma ci-après), répond à l'obligation logique et cohérente de réduire les capacités dès 2016.



3

L'hospitalisation de semaine, un nouveau profil de l'activité de médecine

Dans la continuité du précédent projet médical, le centre hospitalier de ST-QUENTIN a été amené à réfléchir à de nouvelles modalités de prise en charge des patients de médecine. Ces réflexions sur l'évolution du parcours de soins du patient de médecine sont issues de la nécessité d'anticiper les pratiques de soins pour s'adapter aux attentes des patients, associée aux objectifs nationaux visant à diminuer la durée des séjours hospitaliers.

Ainsi, le centre hospitalier de ST-QUENTIN envisage la création d'une unité d'hospitalisation de semaine de médecine, destinée à accueillir dans le cadre d'une activité programmée, les patients relevant d'une pathologie médicale, nécessitant des examens complémentaires et/ou une adaptation thérapeutique.

Cette unité serait créée par transformation de l'offre de soins existante et adaptation capacitaire des lits de médecine. Elle compléterait alors la filière de soins en médecine actuelle en s'ajoutant à l'hospitalisation complète et à l'unité de médecine ambulatoire.

Plusieurs projets de service mentionnent la nécessité de recourir à l'hospitalisation de semaine :

3.1 L'hospitalisation de semaine en cardiologie :

Impactant le projet global de cardiologie, le recours à cette modalité permettrait de répondre aux enjeux suivants :

- Mieux organiser le plateau technique, notamment avec le projet de création d'une 2nde salle de coronarographie.
- Assurer une meilleure gestion des urgences et améliorer ainsi le parcours du patient.
- Réorienter l'offre de lits compte tenu de l'augmentation d'activité attendue : l'activité programmée serait alors privilégiée en hôpital de semaine permettant de rendre au service d'hospitalisation complète sa vocation d'accueil des urgences.

Dans un premier temps, le volume de lits nécessaire pour cette activité peut être estimé à 12 lits. Par la suite, (création des activités de rythmologie et de TAVI - Cf. chapitre 1, page 24) 15 à 16 lits seraient nécessaires.

3.2 La prise en charge de la douleur en hôpital de semaine :

Afin de compléter l'offre de soins existante, le projet « Douleur » envisage l'instauration de nouveaux traitements pour les douleurs neuropathiques rebelles qui nécessiteraient une hospitalisation de semaine. Le besoin est estimé à 2 lits.

3.3 Filière de prise en charge pour les vertébroplasties :

Ce projet est présenté par le service de médecine interne et médecine polyvalente. Cette activité programmée serait réalisée avec l'aide du CHU d'AMIENS, notamment M. le Pr DERAMOND, avec l'IRM du rachis, la consultation et l'hospitalisation à ST-QUENTIN.

3.4 Développement de l'endoscopie lourde en pneumologie nécessitant une hospitalisation de semaine :

Ce projet d'hospitalisation de semaine va ainsi permettre d'inscrire le temps de l'hospitalisation en médecine dans un parcours cohérent et coordonné. Il devra bien entendu se décliner selon un modèle médico-économique viable.

4

La création d'un centre des maladies du sein

Un centre des maladies du sein est dédié aux personnes atteintes d'un problème mammaire qu'il soit bénin ou malin. L'objectif est d'assurer une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire des pathologies mammaires, en apportant une réponse adaptée et de proximité.

La création du centre des maladies du sein doit permettre de décliner le parcours du patient selon toutes les étapes de la prise en charge, de la 1^{ère} consultation jusqu'à l'après cancer :

- Dépistage et traitement des maladies du sein
- Prélèvement et analyse du sein
- Consultation chirurgicale et suivi du cancer du sein
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Consultation et suivi psychologique

Le projet prévoit également la mise en place d'une équipe soignante dédiée à la prise en charge de la pathologie mammaire permettant de coordonner l'ensemble du parcours des patients, et d'effectuer la liaison avec tous les acteurs participant à cette prise en charge, le médecin traitant et les infirmières libérales.

Plusieurs objectifs sont associés à la création de ce centre :

- Développer l'activité physique adaptée, proposée à toutes les patientes,
- Renforcer la prise en charge nutritionnelle des femmes atteintes d'un cancer du sein,
- Evaluer systématiquement la douleur post-opératoire en chirurgie mammaire,
- Etendre les techniques d'anesthésie et d'analgésie innovantes pour la prise en charge des cancers du sein,
- Développer la formation des praticiens au sein de l'équipe.

Compte tenu des orientations nationales et de l'accroissement de l'activité de sénologie, le projet s'inscrit dans la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire pour cette activité.

Il est également à noter la nécessaire collaboration avec les chirurgiens plasticiens pour l'oncoplastie et les reconstructions mammaires.

5 >

L'optimisation du parcours patient en court séjour gériatrique

L'Unité de Court Séjour Gériatrique constitue un maillon indispensable de la filière gériatrique intra-hospitalière notamment pour les personnes âgées fragiles en provenance du domicile, d'une institution, en admission directe ou ayant eu recours aux urgences.

Elle accueille les personnes âgées de plus de 75 ans présentant une pathologie aiguë ou chronique pouvant être compliquée de pathologies associées, de dépendance, de troubles cognitifs, de problèmes sociaux, d'un maintien à domicile difficile suite à la perte d'autonomie.

L'optimisation du parcours du patient au sein de cette unité, et plus globalement dans l'ensemble du pôle de gériatrie, doit permettre de répondre aux objectifs suivants :

- Favoriser les admissions directes pour éviter le passage aux urgences,
- Eviter certaines hospitalisations inadéquates,
- Prévenir la perte d'autonomie, retarder l'entrée dans la dépendance,
- Diminuer la durée de séjour et les complications liées à certaines hospitalisations,
- Favoriser le maintien à domicile.

Compte tenu de l'évolution du vieillissement et du développement des pathologies dégénératives, la prise en charge aiguë en court séjour gériatrique doit être renforcée. Il est ainsi envisagé une augmentation du capacitaire actuel du service de 10 lits.

Cette augmentation, qui devra être validée par une étude médico-économique, s'accompagne d'une réflexion sur la qualité de la prise en charge.

Ainsi s'appuyant sur la dynamique amorcée par l'audit réalisé en 2014 par le cabinet Ernst and Young, le projet prévoit un engagement en 2017 dans une démarche de certification afin que le service de court séjour gériatrique puisse obtenir le label qualité selon les critères de la certification ISO 9001.

De la même façon, le pôle de gériatrie souhaite une labellisation de la filière gériatrique, laquelle s'inscrit dans

une démarche de proximité et d'adaptation aux besoins d'une population ciblée. Ainsi, chaque personne âgée doit pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, permettant le nécessaire recours à un plateau technique.

6 >

L'accompagnement intra et extra-hospitalier du patient psychiatrique

Afin de faire face aux nouveaux enjeux et nouvelles prises en charge, les secteurs de psychiatrie doivent se réorganiser pour maintenir une offre de soins optimale et efficiente.

Les notions de parcours patient, d'optimisation de la DMS, de coopérations amont - aval se retrouvent désormais au cœur des projets d'organisation des soins.

Le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de ST-QUENTIN travaille depuis plusieurs années sur l'accompagnement du patient en intra et extra-hospitalier afin de répondre aux nouvelles problématiques :

- Augmentation de la prévalence des pathologies psychiatriques.
- Réforme de l'hospitalisation sans consentement.
- Manque de structures d'aval sociales et médico-sociales (personnes psychiatriques vieillissantes).
- Accroissement des inadéquations hospitalières.

Cette nouvelle organisation des soins, qui place le patient au cœur du dispositif, se décline de la façon suivante :

6.1 Assurer la continuité des soins au sein d'un parcours identifié :

Le circuit du patient psychiatrique doit être identifié dès l'entrée du patient. Ainsi, la mise en œuvre d'un projet personnalisé permet d'assurer un accompagnement adéquat à la prise en charge de la pathologie, tout en réfléchissant dès son arrivée dans le service à son devenir en extra-hospitalier : le projet de sortie.

Les équipes médicales et paramédicales s'appuient aussi sur l'accompagnement au domicile du patient ; ce qui nécessite de privilégier les partenariats avec les acteurs libéraux.

Par ailleurs, la mise en place de consultations rapides en intra-hospitalier dans un délai de 48h à une semaine suivant la sortie de l'hospitalisation temps plein conforte le parcours patient et la meilleure fluidité de son accompagnement.

Les hospitalisations programmées sont un moyen de gérer les lits de psychiatrie : gestion du turn-over dans le service et prévention des patients les plus fragiles.

Dans la continuité des travaux menés avec le service d'accueil des urgences (précédent projet médical), l'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins s'accompagne d'une amélioration de la prise en charge somatique et de l'accessibilité aux soins somatiques. Il s'agit alors de développer la médecine de liaison en psychiatrie afin de renforcer la synergie des compétences entre psychiatres et somaticiens, pour optimiser la prise en charge globale des patients.

L'ensemble de ces projets impactera fortement et positivement la DMS du service, permettant ainsi de répondre aux besoins de plus en plus croissants.

6.2 Développer les alternatives à l'hospitalisation complète :

Le pôle de psychiatrie développe depuis de nombreuses années les alternatives à l'hospitalisation complète. Ainsi, en complément de l'hospitalisation traditionnelle, d'autres modes de prise en charge sont proposés : hospitalisation de jour, prises en charge spécifiques à temps partiel, à temps complet.

L'hôpital de jour de psychiatrie, lieu d'un travail sur la réhabilitation sociale et d'aide à la réinsertion professionnelle, connaît une forte augmentation de son taux de rotation (taux atteignant parfois 200 %). Il s'agit de la meilleure alternative à l'hospitalisation mais elle n'est pas suffisante.

Le développement de l'activité des CMP est également envisagé, permettant ainsi d'améliorer la réponse de proximité, d'augmenter les consultations et visites à domicile, et de mettre en place un créneau dédié aux consultations non prévues.

La réhabilitation psychosociale et la réinsertion sont aussi possibles au sein de la maison inter-associative, et des placements en famille d'accueil.

Le projet du pôle de psychiatrie du centre hospitalier comporte la création et mise en place de nouveaux outils de prise en charge : atelier de remédiation cognitive, atelier psychoéducatif pour patients bipolaires et leurs familles.

6.3 Favoriser le travail en réseau et s'inscrire dans les filières de soins :

Le développement des alternatives à l'hospitalisation impacte les familles dans l'accompagnement et la prise en charge de leurs proches, qui doivent alors bénéficier d'un soutien constant des équipes. Ces dernières s'inscrivent alors dans un partenariat avec l'entourage des patients. Le projet prévoit ainsi la consolidation et le développement d'un réseau avec les associations d'usagers, la création d'une Commission de réflexion sur la constitution de « groupes familles », la reprise des soirées scientifiques du jeudi, ...

De la même façon, plusieurs partenariats sont à envisager pour renforcer la fluidité du parcours patient, notamment pour la prise en charge de personnes en situation particulière. Le pôle de psychiatrie s'inscrit dans les travaux internes et territoriaux, au sein des filières de soins suivantes :

- Réseau pour la prise en charge des patients psychotiques vieillissants.
- Implication dans la prise en charge des personnes âgées : travail avec l'Equipe Mobile de Gériatrie.
- Action spécifique avec le service de pédiatrie : adolescents et anorexie.



“ Des projets innovants dans toutes les disciplines ”

Axe n°3

Pôle 1

Service de gynécologie-obstétrique

- Développement d'une consultation d'acupuncture et d'ostéopathie.
- Mise en place d'une consultation de la fertilité.
- Mise en place la choriocentèse.

Service de médecine néonatale et soins intensifs du nouveau-né

- Mise en place d'une consultation de suivi des enfants vulnérables, en collaboration avec le Réseau Périnatal de Picardie.

Service de pédiatrie

- Mise en place des pompes à insuline.
- Création d'une consultation spécialisée post-urgences pédiatriques.

Création d'une consultation spécialisée des troubles du langage et des apprentissages scolaires :

Les troubles du langage et les difficultés des apprentissages scolaires représentent pour le service de pédiatrie un motif de consultation en constante augmentation.

La mise en place des mesures rééducatives et d'adaptation scolaire nécessite la réalisation de bilans neuropsychologiques et orthophoniques complexes.

Au regard de l'absence de réponse adéquate sur le territoire, le projet de création d'une consultation labellisée par le Centre de référence régional permettrait une première évaluation des patients avant orientation des cas complexes.

Pôle 2

Service de neurologie

- Développement de l'installation des pompes à apomorphine, consultations externes et suivi des patients (renforcement des moyens humains avec l'arrivée d'un assistant partagé avec le CHU d'AMIENS).
- Développement de l'activité d'épileptologie et création d'une consultation spécialisée.

Service de réanimation médico-chirurgicale

- Développement de l'échographie pulmonaire.

Pôle 3

Service de chirurgie viscérale

- Développement de la prise en charge des cancers digestifs avec l'objectif de devenir un centre de recours territorial des cancers digestifs non métastasés.

Service d'ophtalmologie

- Acquisition de nouveaux équipements pour renforcer l'activité du service : dépistage systématique des glaucomes, prise en charge de la DMLA, de la cataracte et de la rétinopathie diabétique.

Service de chirurgie orthopédique – membres inférieurs

- Développement de la technique de chirurgie mini-invasive en adoptant le concept de récupération rapide après chirurgie (RRAC).
- Amélioration de la spécialisation des consultations d'orthopédie pédiatrique avec l'aide du CHU d'AMIENS : pathologies du rachis, tumeurs osseuses, neuro-orthopédie, malformations des membres, ...

Service de chirurgie orthopédique – membres supérieurs – SOS Mains

- Développement de la chirurgie arthroscopique poignet/coude/épaule.
- Développement des techniques de réparation ligamentaire sous arthroscopie.

Service de chirurgie vasculaire - Angéiologie

- Développement de la prise en charge endothermique des varices, de la prise en charge de l'anévrisme de l'aorte et de la pathologie artérielle constructive.
- Développement des angioplasties des thromboses des troncs veineux.
- Structuration du réseau hospitalier de prise en charge des thrombophilies.
- Transformation du secteur « doppler » en laboratoire d'explorations vasculaires.

Service de chirurgie urologique

- Mise en œuvre de techniques nouvelles de cœlioscopie (3D, mini-invasive, single port cœlioscopie)

Service d'ORL

- Développement de la consultation des vertiges

Développement de la chirurgie maxillo-faciale :

Le pôle de chirurgie a créé une activité de chirurgie maxillo-faciale grâce à l'arrivée d'un chirurgien spécialisé qui assure des consultations et une activité opératoire, une journée par semaine. Le service d'ORL assure les suites de la prise en charge des patients de chirurgie maxillo-faciale.

L'objectif est de pouvoir développer cette activité dans l'établissement en lien avec les professionnels libéraux (dentistes, orthodontistes, dermatologues, ...) concernant :

- l'activité d'extraction des dents de sagesse
- l'activité de chirurgie orthognatique
- l'activité de cancérologie cutanée et cervicofaciale

Un partenariat avec les chirurgiens plasticiens pourrait aussi être étudié.

Pôle 4

Service de pneumologie

- Développement de l'activité d'endoscopie : bronchoscopie et pose de prothèse endobronchique, diagnostic d'opacités distales.
- Développement des échographies thoraciques : exploration des nodules pulmonaires.

Service d'oncologie-hématologie

- Mise en place de chambres d'isolement à pression positive (ISO 7) permettant la prise en charge des patients autogreffés et des inductions de leucémies aigües.

Laboratoire d'anatomo-pathologie

- Développement de l'hybridation in situ pour la mise en place de la technique CISH pour l'évaluation de Her-2
- Réalisation du typage HPV

Service de radiothérapie

Mise en place de la stéréotaxie extra-crânienne :

Le service de radiothérapie souhaite développer la stéréotaxie extra-crânienne, qui permet pour des indications particulières une alternative à la chirurgie. Cette avancée thérapeutique majeure constitue une prise en charge non invasive avec moins d'effets secondaires, et réduit de façon significative le nombre de séances.

Les indications actuelles concernent les tumeurs pulmonaires, les tumeurs du rachis, les tumeurs hépatiques primitives, ...

Pôle 5

Service d'hépto-gastro-entérologie

- Développement d'une nouvelle technique d'hémostase pour les hémorragies digestives.
- Développement de nouvelles techniques en relation avec le service d'imagerie médicale (drainage biliaire, ...)

Service de néphrologie - hémodialyse

- Mise en place d'une nouvelle activité : la plasmaphérèse.
- Développement de l'HTA : fluidifier et organiser un parcours patient (de la consultation simple à la dilatation de l'artère rénale), afin de créer une unité - centre d'excellence.

Service de médecine interne et médecine polyvalente

- Mise en place de filières de soins : plaies et cicatrisation, médecine vasculaire, ostéoporose, vertébroplastie, ... en lien avec les différents services de l'établissement.

Développement d'une activité de dermatologie :

Le service de médecine interne et polyvalente accueille déjà une activité de dermatologie, par le biais notamment des consultations réalisées par un praticien libéral.

L'objectif du projet est de développer une activité de dermatologie hospitalière, permettant d'assurer la prise en charge de certaines pathologies : cancérologie dermatologique, biothérapies, pathologies dermatologiques lourdes, ...

La mise en place de ce projet s'appuie sur le recrutement en cours et à venir de praticiens hospitaliers spécialisés en dermatologie, en lien également avec la présence d'assistant partagé avec le CHU d'AMIENS.

Pôle 6

Service d'imagerie médicale

- Développement de nouvelles techniques liées à la performance du scanner : coloscopie virtuelle, imagerie oncologique.
- Mise en place de l'entéroscanner par entérolyse pour le diagnostic des pathologies de l'intestin grêle.

Laboratoire de biologie médicale

Acquisition d'un spectromètre de masse :

Le laboratoire de biologie médicale a pour projet l'acquisition d'un spectromètre de masse pour l'identification bactérienne et mycologique, et la mise en évidence des phénotypes de résistance des BMR.

Ce nouvel équipement permet de minorer l'utilisation des consommables et du temps de technicien, ainsi que le temps d'obtention des résultats.

L'amélioration des performances permet de cibler les stratégies thérapeutiques et de conforter ou modifier l'antibiothérapie dans des délais beaucoup plus réduits.

Compte tenu du coût de cet équipement, une étude médico-économique devra être menée ainsi qu'une analyse des hypothèses de partenariat avec les établissements du territoire.

Pôle 7

Service de court séjour gériatrique

- Mesure de l'index de pression systolique par utilisation du doppler de poche
- Pose de KTC sous échographe



Pôle 8

Psychiatrie

Mise en place d'un atelier de remédiation cognitive :

Les performances cognitives des patients souffrant de troubles psychotiques chroniques sont très souvent altérées, impliquant la nécessité de conduire des évaluations neuropsychologique systématiques (schizophrénie ; troubles bipolaires).

La remédiation cognitive est destinée à pallier les conséquences des troubles cognitifs grâce à l'utilisation de méthodes rééducatives, en complétant ainsi l'action des médicaments et de la psychothérapie.

La mise en œuvre d'un programme de remédiation cognitive s'inscrit dans le cadre d'un projet de soins individualisé, associé à d'autres outils afin de favoriser la réinsertion sociale et/ou professionnelle du patient.

L'une des priorités du service de psychiatrie (secteur B) est de développer un atelier adapté, en hôpital de jour, après formation des personnels.



“ Des projets
en réponse
aux besoins du
territoire de
santé ”

Axe n°4

1

Le projet médical commun de la C.H.T : un document fondateur

La convention constitutive de la CHT Aisne Nord – Haute Somme cadre la mission de la communauté autour de l'élaboration d'un projet médical commun permettant une structuration efficiente de l'offre de soins publique.

Le comité médical de la CHT s'est en effet vu confier la mission d'impulser auprès des praticiens concernés une dynamique pour l'élaboration et la mise en place des filières de soins.

Il est à noter que la philosophie et la méthodologie adoptées par le comité médical permettent d'assurer à chaque patient, à chaque usager, une réponse adaptée, connue et reconnue, qu'elle soit géographique, par le maintien d'une offre de soins de proximité, ou qu'elle soit technique, par l'appui d'un centre pivot territorial identifié, à ses besoins de santé.



Les travaux du comité médical ont été déclinés par des groupes médicaux composés des praticiens des différents établissements concernés.

Leur participation a été particulièrement active, permettant ainsi en trois années de disposer d'un projet médical de communauté solide et fondateur.

Le tableau, ci-après (page 40), illustre la richesse des travaux déjà menés et du nombre de filières de soins définies et mises en place.

Le projet médical de la communauté fait l'objet d'une nouvelle actualisation, au sein d'un avenant n° 2, qui prend en compte les travaux de la CHT du 1er semestre 2015.

En dehors d'une adaptation toujours nécessaire des filières de soins existantes, le travail a porté sur l'intégration de 3 nouvelles thématiques :

- **La prise en charge des plaies et cicatrisations :**

L'objectif global est de permettre une harmonisation des pratiques professionnelles, à travers l'élaboration de protocoles communs. Le recours à l'expertise doit également être précisé et connu ; le développement de la télémédecine est envisagé (transfert de photos, ...).

- **La filière « Réanimation » :**

Il est acté la nécessité de mettre en place des procédures de réadressage entre les établissements, ainsi que d'élaborer une procédure de prise en charge au sein du service de réanimation du centre pivot.

- **La filière « Vieillesse de la personne psychiatrique et de la personne handicapée » :**

L'objectif est de décrire le parcours des situations devenant complexes au regard du vieillissement des

personnes psychiatriques ou handicapées, soit lors du maintien à domicile, soit en cas de besoin d'une institutionnalisation. Au-delà de la description de l'offre de soins, cette filière doit prendre en compte les liens à créer ou renforcer entre la psychiatrie, la gériatrie et le secteur social, médico-social.

Outil de proximité, le projet médical de la CHT Aisne

Nord – Haute Somme a placé le patient au cœur du dispositif et des prises en charge. La description de ces filières de soins prend donc bien en compte le parcours du patient dans son intégralité.

Désormais, le défi à relever concerne l'intégration de toutes les spécialités ainsi que les fonctions support tel que le nouveau dispositif national le prévoit.

Nombre de filières de soins définies et mises en place.

Filières de soins	Amélioration de l'accès aux soins	Projets partagés pour les disciplines transversales
Filière de prise en charge des AVC en amont et en aval de l'INV	Fluidité des parcours patient entre les services de soins aigus et les SSR	La mise en œuvre du projet de téléradiologie
Filière de prise en charge en cardiologie	La prise en charge de l'addictologie	La création d'un partenariat territorial pour la prise en charge des soins palliatifs
Filière de prise en charge des personnes âgées et filière de prise en charge des troubles cognitifs	La prise en charge en éducation thérapeutique du patient	La prise en charge nutritionnelle
Filière de prise en charge en hépato gastro-entérologie		La prise en charge de la douleur
Filière de prise en charge chirurgicale de l'obésité		La déclinaison d'un projet territorial pour la rhumatologie
Filière de prise en charge en néphrologie - hémodialyse		La création d'un réseau de santé pour la prise en charge des traumatisés crâniens
Filière Femme, mère, enfant		
L'organisation de la prise en charge en cancérologie		

2

Vers un projet médical partagé au sein du Groupement Hospitalier de Territoire

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical du centre hospitalier de ST-QUENTIN, les différents projets de service mentionnent les objectifs et actions à développer en termes de complémentarité médicale.

Plusieurs points phares, qui constituent une nouvelle avancée dans le partage d'une stratégie médicale territoriale commune, peuvent être retenus :

2.1 La poursuite et l'intensification du développement de la télémédecine :

Cet axe de travail fondamental au regard de la géographie du territoire de santé Aisne Nord – Haute Somme a trouvé un premier développement dans la période 2011/2015. Il s'agit désormais d'intensifier ce développement afin que l'ensemble des hôpitaux concernés puissent notamment bénéficier du recours au plateau technique saint-quentinois.

Les nouveaux projets concernent la finalisation de la mise en place de la téléradiologie, avec le centre hospitalier de CHAUNY (pour la permanence des soins dans un premier temps).

Depuis quelques semaines, le dispositif de télé-AVC est fonctionnel entre le centre hospitalier de ST-QUENTIN et le centre hospitalier de PERONNE. L'objectif du service de neurologie du centre hospitalier de ST-QUENTIN est de raccorder les services d'urgences du territoire disposant d'un scanner ou d'une IRM à une consultation

de télémédecine afin de faciliter l'admission des patients en UNV.

L'intensification du recours à la visioconférence est également envisagée, pour que les praticiens des établissements de proximité puissent plus facilement accéder aux RCP par exemple.

De la même façon, plusieurs projets de service émettent l'idée de favoriser les télé-réunions (gain de temps, économie de déplacements, ...).

2.2 Un projet territorial gradué pour la dialyse :

La filière de prise en charge de la dialyse doit être complétée au regard des besoins de santé de plus en plus croissants de la population. Le centre de recours saint-quentinois, associé aux alternatives à l'hospitalisation déjà présentes à ST-QUENTIN, arrive à une capacité d'accueil saturée.

Au regard de l'origine géographique des patients, deux projets sont en cours de réflexion, avec un degré de maturité différent :

• L'installation d'une U.D.M. à GUISE :

L'autorisation est délivrée à SANTELYS mais le démarrage de cette activité nécessite l'appui de l'équipe médicale du centre hospitalier de ST-QUENTIN ; un projet de télémédecine pour réaliser des télé-consultations complètera ce dispositif pour répondre aux obligations réglementaires de présence médicale.

• La création d'une antenne de centre lourd à CHAUNY :

Une UDM est déjà existante sur CHAUNY. Toutefois, un nombre important de patients chaunois est pris en charge au sein du centre lourd de ST-QUENTIN. L'objectif est d'assurer une réponse de proximité pour ces patients ; sachant que cette nouvelle offre de soins permettrait au centre lourd de ST-QUENTIN de faire face aux nouvelles prises en charge aigües attendues (cf. indicateurs de santé en évolution).

2.3 Le développement du pôle d'évaluation gériatrique et des activités transversales territoriales :

• Développement des consultations externes et avancées sur le territoire :

Le développement des consultations externes offertes par le pôle d'évaluation gériatrique doit permettre d'apporter une offre de soins de proximité mais également territoriale.

Le réseau mémoire en place doit être renforcé en lien avec le réseau régional CMRR de manière à couvrir

les besoins du territoire : augmentation des plages de consultations et renforcement du temps médical et de neuropsychologue.

Les consultations spécialisées suivantes vont augmenter progressivement : nutrition, prévention des chutes, plaies et escarres, psychogériatrie, ostéoporose, consultations gériatriques et oncogériatrie.

La restructuration architecturale envisagée permettra d'offrir un plateau de consultations dédié à la gériatrie.

• Développement de l'EMG :

Des vacations de psychiatre vont être mises en place au sein de l'Equipe Mobile de Gériatrie :

• La prise en charge des troubles du comportement du sujet âgé, le vieillissement de la personne âgée psychiatrique nécessitent de plus en plus d'avis gériatrique : le développement d'une activité psychogériatrique au sein de l'EMG permettrait de répondre aux besoins.

• Il serait nécessaire de renforcer l'EMG de 0,20 ETP de psychiatre et 0,20 ETP I.D.E. psychiatrique.

Le travail avec les médecins coordonnateurs au sein des EHPAD doit être renforcé pour permettre de réaliser au sein de structures des évaluations gériatriques standardisées mais aussi de la formation et de la coordination auprès des référents soignants.

• Réseau gérontologique Ville / Hôpital :

La prise en charge gériatrique nécessite un partenariat étroit déjà bien installé entre les professionnels libéraux et le pôle de gériatrie.

La prise en charge gérontologique nécessite un lien avec les structures suivantes :

- HAD
- MAIA
- SSIAD
- *Partenaires libéraux : kinésithérapeutes, médecins, pharmaciens.*

L'effort de communication avec ces différents acteurs doit être renforcé afin de faire connaître les prises en charge existantes et les alternatives à l'hospitalisation.

De même, une collaboration en termes d'informations « grand public » va se mettre en place avec le *Pôle Info Senior* de la ville de ST-QUENTIN sur la prévention de la fragilité.

PROJET DE SOINS



Axe 1 - Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

Axe 2 - Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins

Axe 3 - Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche

Axe 4 - Contribuer à l'enseignement et à la formation

Axe 5 - Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

INTRODUCTION :

Le projet de soins définit les orientations et met en œuvre le projet de soins personnalisé du patient.

Il donne du sens à l'action collective des professionnels paramédicaux et s'inscrit dans une démarche volontaire d'amélioration continue de la qualité.

Le projet de soins définit les orientations stratégiques de la politique de soins au centre hospitalier de ST-QUENTIN dans le but :

- d'améliorer les pratiques soignantes au bénéfice de la personne soignée,
- d'optimiser l'organisation des soins,
- d'accompagner l'évolution des professionnels par la formation continue et le développement des compétences,
- de renforcer le management des équipes soignantes.

Partie intégrante du projet d'établissement, le projet de soins concourt au renforcement de la performance de l'établissement par la prise en compte des contraintes socio-économiques tant sur le plan local, en tant qu'hôpital pivot, qu'au sein de la Communauté Hospitalière de Territoire Aisne Nord – Haute Somme.

En articulation étroite avec le projet social, le projet de soins accompagne la mise en œuvre du projet médical et met en évidence les actions spécifiques aux soins.

Les projets plus spécifiques aux pôles d'activités cliniques et médico-techniques s'intègrent aux axes stratégiques du projet de soins.

Enfin, le projet de soins propose un axe spécifique qui s'articule avec le projet des instituts de formation IFSI et IFAS.

CADRE DE REFERENCE, VALEURS COMMUNES

Le projet de soins est porteur de valeurs professionnelles qui permettent de fédérer l'action des soignants au service des patients. Ces valeurs donnent du sens à leur engagement et structurent leur identité professionnelle qui s'affirme à travers :

- Les valeurs de service public qui assurent à toute personne la permanence et la continuité des soins.
- Les valeurs professionnelles éthiques et déontologiques.
- La responsabilité professionnelle et les devoirs de confidentialité (secret professionnel, discrétion professionnelle et devoir de réserve...)

Le projet de soins s'appuie aussi sur 4 chartes :

La conception de soins : présente les engagements des différents professionnels de l'établissement. Elle renforce la notion de travail en équipe de façon pluridisciplinaire.

La charte de Bienveillance : définit les comportements et attitudes des professionnels déclinés autour de huit valeurs : la communication, le prendre soin, la reconnaissance, l'empathie, le respect de la dignité, la tolérance, la sollicitude, la bienfaisance.

La charte du travail en équipe : a pour objectif de fédérer les équipes autour de 10 valeurs : l'humilité, le respect, le professionnalisme, la disponibilité, la tolérance, la patience, la collaboration, la solidarité, l'amabilité et la compétence.

La charte du management : engage l'encadrement autour de 5 valeurs : reconnaissance, écoute, équité, responsabilité, détermination.

Ces chartes regroupent les valeurs communes à l'ensemble des professionnels.

Elles sont les points de mire de tous les professionnels, en leur permettant de développer leurs compétences collectives, de faciliter l'intégration des futurs collègues et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de leurs familles.

Elles constituent une référence dans les pratiques quotidiennes guidées par une éthique professionnelle.

Ces chartes suivent l'évolution de la législation.



“ Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient ”

Axe n°1

1 > Actions transversales

- 1.1 Développement de la coordination en cancérologie pour les soins de support
- 1.2 Création d'un centre initiateur de pompe à insuline sous-cutanée ambulatoire en pédiatrie
- 1.3 Déclinaison de l'utilisation de l'Hypnose dans les soins
- 1.4 Création d'une équipe mobile de psycho-gériatrie
- 1.5 Coordination de la fonction transport des patients
- 1.6 Favorisation du parcours en SSR par le déploiement du logiciel TRAJECTOIRE sur l'ensemble du centre hospitalier de ST-QUENTIN
- 1.7 Amélioration de la prise en charge des soins douloureux par la mise en place et l'utilisation du MEOPA

2 Actions institutionnelles

2.1 Informatisation du dossier patient (DPI) :

en liaison avec les 2 cadres de santé référents paramédicaux, la direction des soins contribue au déploiement du DPI notamment sur la formalisation des parcours patient et dans le cadre de l'élaboration de protocoles de soins.

2.2 Organisation des consultations externes : action transversale du projet d'établissement.

2.3 Organisation de l'UHCD et la relation avec les services d'hospitalisation : action transversale du projet d'établissement.

2.4 Développement du parcours patient en chirurgie :

dans le contexte du développement de la chirurgie ambulatoire, une réorganisation architecturale des services est prévue, elle induit une révision et un ajustement des effectifs paramédicaux.

2.5 Rédaction d'une charte de fonctionnement des services (ambulatoire, hospitalisation de semaine, hospitalisation complète, hospitalisation en secteur septique).

2.6 Organisation du bloc opératoire :

- Réorganisation du management
- Poursuite du travail sur les créneaux ambulatoires
- Adaptation de l'organisation des vacations opératoires au regard des nouvelles techniques proposées (ex : prothèses orthopédiques avec une DMS plus courte, à programmer en début de semaine et le matin)

3 Actions des pôles

3.1 Pôle 1 :

- a. Accompagnement des patientes dans le parcours en sénologie dans le cadre du plan cancer et de la réorganisation de la chirurgie ambulatoire
- b. Amélioration de la prise en charge des adolescents
- c. Préservation de la proximité Mère-Enfant en service de maternité
- d. Continuité du dispositif « PRADO » : Suivi des dames et des enfants à la sortie de la maternité
- e. Poursuite de la démarche IHAB

3.2 Pôle 2 :

- a. Transfert de l'unité de Neuro-vasculaire au B7
- b. Augmentation de la capacité d'accueil de l'UNV (de 8 à 10 lits)
- c. Regroupement des activités d'explorations fonctionnelles de Neurologie
- d. Structuration de la filière d'aval pour les malades victimes d'accident vasculaire cérébral
- e. Création d'une 2^{ème} salle d'angioplastie coronaire « *salle hybride* »
- f. Mise en conformité des effectifs du SSIC
- g. Adaptation de la réponse paramédicale à la mise en place des techniques innovantes et au développement des secteurs d'activités en cardiologie
- h. Développement et structuration de l'hospitalisation de semaine en cardiologie
- i. Mise en place l'hypno-Anesthésie
- j. Réactualisation de l'informatisation du dossier d'anesthésie
- k. Structuration du circuit-patient pour concourir au développement de la chirurgie ambulatoire
- l. Suivi du taux d'escarres en réanimation et unité de soins continus

3.3 Pôle 3 :

- a. Mise en place le projet PRADO orthopédique.
- b. Mise en place des réunions d'information pluridisciplinaires préopératoires pour les prothèses de hanche et de genou.

3.4 Pôle 4 :

- a. Accompagner les professionnels dans la prise en charge du parcours patient en autogreffe.

3.5 Pôle 5 :

- a. Développement de la prise en charge du patient hospitalisé au sein du service de Néphrologie-Diabétologie autour de l'alliance thérapeutique
- b. Création d'une activité de Plasmaphérèse
- c. Réorganisation du travail ASH pour optimiser la fluidité des Entrées - Sorties des patients
- d. Développement de la coordination en médecine ambulatoire
- e. Dématérialisation du dossier de Dialyse

3.6 Pôle 6 :

- a. Ouverture du deuxième scanner activité non programmée
- b. Installation d'une deuxième IRM ou élargissement des plages d'activité de l'IRM actuelle

3.7 Pôle 7 :

- a. Majoration de la capacité en lits de médecine gériatrique
- b. Création d'un lit HJ douleur en unité de médecine ambulatoire
- c. Transformation de 4 lits de SSR MPR en 4 lits de SSR HJ
- d. Création d'un poste de cadre de santé pour assurer l'encadrement des SSR3
- e. Restructuration des unités du bâtiment L niveaux 3, 4 et 5
- f. Organisation de l'aménagement du lieu de vie des patients hospitalisés pour faciliter le retour au domicile
- g. Création de 3 lits supplémentaires d'HJ de médecine gériatrique en UMA
- h. Création d'un pôle d'évaluation gériatrique
- i. Organisation de la création de l'USP de 12 lits

3.8 Pôle 8 :

- a. Mise en place d'un atelier de psychoéducation des troubles bipolaires
- b. Mise en place un atelier de remédiation cognitive
- c. Mise en place du programme PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter)
- d. Développement d'un partenariat avec les autres acteurs de l'addictologie : le CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et la communauté d'agglomération de ST-QUENTIN
- e. Ouverture 24h/24 de l'unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) : prise en charge de la crise en dehors d'une hospitalisation complète ou diminution de la durée
- f. Renforcement de la collaboration avec l'équipe du SAU et les prises en charges communes, notamment autour de la chambre d'isolement
- g. Conduite d'actions de prévention en addictologie
- h. Développement de l'activité en addictologie du réseau de périnatalité locale et régionale

“ Optimiser la
qualité, et la
gestion des
risques liés aux
soins ”

Axe n°2

1 > Actions transversales

- 1.1 Etablissement d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi de la direction des soins
- 1.2 Développement de la cellule de Radioprotection
- 1.3 Poursuite de la démarche de certification globalisée ISO 9001 sous le pilotage de la DGRQC
- 1.4 Constitution d'une cellule « Plaies et cicatrisations »
- 1.5 Dématérialisation de la traçabilité des dispositifs à usage unique ou réutilisables aux blocs opératoires
- 1.6 Développement de la prévention des infections associées aux soins en y impliquant les professionnels et les patients
- 1.7 Réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins
- 1.8 Amélioration des prestations du service d'entretien des locaux ECXEL
- 1.9 Développement d'une culture Qualité et Gestion des Risques en lien avec la DGRQC
- 1.10 Amélioration de la prise en charge et la prévention des risques liés à l'environnement

2 > Actions des pôles

2.1 Pôle 2 et Pôle 3 :

- a. Assurance du redéploiement de WEBPCP.
- b. Formalisation des REX et des développer en CREX en liaison avec la DGRQC.

2.2 Pôle 4 :

- a. Organisation de la mise à jour de la base documentaire en service d'anatomopathologie
- b. Mise en place des actions liées au document unique en service d'Anatomopathologie.
- c. Mise en place des bonnes pratiques en matière d'hygiène pour les chambres d'aplasie profonde.

2.3 Pôle 6 :

- a. Engager le service Hygiène dans un système de management par la qualité par une certification ISO 9001 version 2015 sous le pilotage de la DGRQC.

2.4 Pôle 7 :

- a. Engagement dans une démarche de Certification du court séjour gériatrique
- b. Engagement dans une labellisation de la filière gériatrique
- c. Réponse aux recommandations de l'évaluation externe sur le secteur EHPAD
- d. Obtention de la labellisation « *Humanitude* » dans les résidences Saint-Laurent et Victor Hugo.
- e. Engagement dans une démarche de certification ISO ou QUALICERT du secteur hébergement, sous le pilotage de la DGRQC.

2.5 Pôle 8 :

- a. Finaliser la mise en place d'un outil informatique de gestion de la procédure de soins sans consentement

3 > Actions institutionnelles

3.1 Participer à l'amélioration du circuit du médicament : action du projet d'établissement

3.2 Prévenir le risque infectieux en cohérence avec le programme national, régional et les objectifs du CLIN.

3.3 Participer à l'obtention de l'accréditation du laboratoire (Pôle 6).

“ Développer
l'évaluation des
pratiques
professionnelles
et favoriser la
recherche ”

Axe n°3

1 > Actions transversales

- 1.1 Informatisation des transmissions ciblées (DPI) en adaptant le modèle au logiciel.
- 1.2 Poursuite de la rédaction des plans de soins types.
- 1.3 Utilisation des produits d'incontinence.
- 1.4 Check-list Entrée - Sortie.

2 > Actions des pôles

2.1 Pôle 1

- a. EPP : Diabète gestationnel

2.2 Pôle 2 :

- a. EPP : Prise en charge de l'AVC ischémique dans sa phase aigüe, depuis l'arrivée au SAU jusqu'à l'entrée en UNV.
- b. EPP : Entretien et utilisation du chariot d'urgence
- c. EPP : Passage rapide en SSPI
- d. EPP : Auto extubation en réanimation

2.3 Pôle 6 :

- a. EPP : Préparation des patients en vue d'une prothèse hanche/genou.
- b. EPP : La prise en charge des urgences ophtalmiques.
- c. EPP : Le chemin clinique de la cure de hernie de l'aine en chirurgie ambulatoire

2.4 Pôle 4 :

- a. EPP : Manipulation des cathéters centraux implantables

2.5 Pôle 5 :

- a. EPP : Préparation colique
- b. EPP : Utilisation des cathéters centraux fémoraux
- c. EPP : Parcours du patient pour la pose d'une GPE

2.6 Pôle 6 :

- a. EPP : Pose d'un cathéter veineux périphérique en services de soins et médico-techniques.
- b. EPP : Préparation cutanée de l'opéré en services de soins et au bloc opératoire.
- c. EPP : Pose d'une sonde vésicale en services de soins et en Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- d. EPP : Tenue vestimentaire au bloc opératoire.

2.7 Pôle 7 :

- a. EPP : Parcours Personnalisé de Soins.
- b. EPP : Le « *Manger mains* ».

2.8 Pôle 8 :

- a. EPP : Mise en chambre d'isolement
- b. EPP : Prise en charge de la douleur en psychiatrie
- c. EPP : Prise en charge du risque suicidaire
- d. EPP : Equilibre nutritionnel
- e. EPP : Prise en charge des urgences vitales en psychiatrie
- f. EPP : Prise en charge en CMP



“ Contribuer à
l’enseignement
et à
la formation ”

Axe n°4

1 > Actions transversales

1.1 Définition d’une politique de stage.

1.2 Organisation et mise en place de la politique de formation des professionnels de santé et dégagement des axes prioritaires.

2 > Actions des pôles

2.1 Pôle 8 :

a. Développement du tutorat des nouveaux professionnels en psychiatrie.



“ Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes”

Axe n°5

1 > Actions transversales

- 1.1 Développement de l'appropriation par les professionnels de la charte de bientraitance au bénéfice des patients
- 1.2 Formalisation des démarches d'accès à la promotion professionnelle des paramédicaux
- 1.3 Formalisation des réunions à thème pour les paramédicaux
- 1.4 Développement du tutorat des nouveaux arrivants
- 1.5 Formalisation du fonctionnement en binôme des cadres soignants

2 > Actions des pôles

2.1 Pôle 2

- a. Développement de la complémentarité inter-équipes.
- b. Formalisation de la formation du nouvel arrivant en réanimation.

2.2 Pôle 3 :

- a. Réorganisation du management du pôle de chirurgie

b. Développement des compétences du personnel soignant

2.3 Pôle 4 :

a. Développement des actions de formation pour la prise en charge des hémopathies malignes

2.4 Pôle 6 :

a. Optimisation de la collaboration en hygiène sur le territoire de santé

2.5 Pôle 7 :

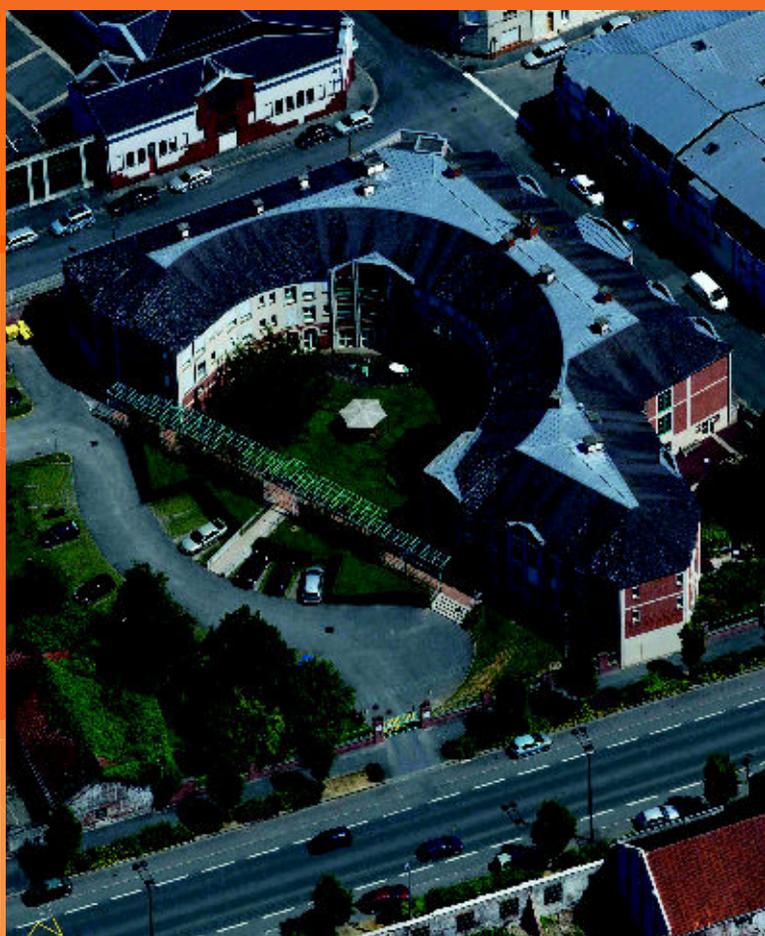
a. Développement du partenariat Ville-Hôpital pour répondre à la pénurie de kinésithérapeutes

2.6 Pôle 8 :

a. Etude de la possibilité d'intégration de nouveaux professionnels (autres métiers : éducateurs, AMP...)



PROJET DE VIE DES RÉSIDENCES SAINT-LAURENT ET VICTOR HUGO



Axe 1 - Projet médical, projet de soins

Axe 2 - Projet social (intégré au projet social du centre hospitalier)

Axe 3 - Projet d'investissement

INTRODUCTION :

Les résidences St-Laurent et Victor Hugo sont des structures médico-sociales rattachées juridiquement au centre hospitalier de ST-QUENTIN, hôpital pivot du territoire de santé Aisne Nord – Haute Somme.

Dans le contexte démographique actuel, les résidences St-Laurent et Victor Hugo contribuent à l'accueil des personnes âgées en proposant 60 lits d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée), 179 lits d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes) dont 14 en UHR (Unité d'Hébergement Renforcé). Un accueil de jour de 12 places vient compléter ce dispositif.

Ces résidences ont réalisé leur évaluation interne en décembre 2013. Leur évaluation externe a été réalisée par un auditeur extérieur indépendant en mai 2014 qui a souligné la qualité de la prise en soins globale des résidents.

Le présent projet des résidences s'inscrit dans la continuité des 3 projets de vie précédents et s'appuie sur les axes d'amélioration identifiés dans les évaluations interne et externe. Il a été élaboré selon une démarche participative associant le personnel médical, paramédical et administratif.

Il est structuré autour de 3 axes :

- Projet médical, projet de soins
- Projet social (intégré au projet social du centre hospitalier)
- Projet d'investissement



“ Projet Médical, Projet de Soins ”

Axe n°1

Comme il est spécifié dans les orientations gouvernementales de 2011, « *Le grand débat national sur la dépendance - qui s'est déroulé pendant le premier semestre 2011, a permis de mieux cerner les enjeux de la prise en charge du grand âge* »⁵, quatre réflexions nationales ont pu être menées et sont déclinées dans les orientations du projet d'établissement du secteur hébergement

Groupe n°1 : Société et vieillissement

Groupe n°2 : Perspectives démographiques et financières de la dépendance

Groupe n°3 : Accueil et accompagnement des personnes âgées

Groupe n°4 : Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Dans l'attente de nouvelles dispositions réglementaires, la démarche engagée a pu s'appuyer sur la réflexion nationale menée sur la dépendance.

Le projet d'établissement du secteur hébergement 2016/2020 pérennise la démarche d'amélioration continue de la qualité initiée depuis 1999 et l'élaboration du premier Projet de Vie des Résidences.

Cette démarche participative et itérative permet de rassembler l'ensemble des partenaires de la qualité du prendre soin des résidents, tout en associant en permanence leur famille et/ou leurs proches.

Les résidences ont satisfait aux recommandations de l'ANESM et la société STRATELYS a réalisée en mai 2014 l'évaluation externe. Les conclusions de cette évaluation ont dégagé 3 recommandations qui ont permis d'initier et de structurer ce nouveau projet d'établissement.

Une réflexion commune Projet Médical / Projet de soins est une initiative innovante pour cette 4^{ème} étape du projet spécifique au secteur hébergement.

Fort du déploiement de la formation Humanitude[®], démarche spécifique à l'amélioration de la qualité de la prise en soins de la personne âgée, les équipes médicales, paramédicales et d'encadrement des résidences Saint-Laurent et Victor Hugo ont axé leurs propositions d'amélioration en intégrant ce concept dans l'ensemble de la démarche.

Plusieurs axes essentiels à ce projet participatif ont donc été mis en exergue, avec en permanence le souci d'associer l'ensemble des partenaires de la qualité du prendre soin de l'adulte âgé dépendant.

Cette démarche inclue aussi une priorité à la valorisation des équipes paramédicales qui seront associées à l'animation des différents groupes de travail issus de ce projet.

Autour de cette ambition collective, la collaboration entre la direction déléguée, l'équipe médicale, d'encadrement et paramédicale centrée sur un objectif identique permet de promouvoir la qualité de la prise en soins au sein du secteur hébergement du centre hospitalier de ST-QUENTIN.

1

Améliorer la qualité de prise en soins des résidents

1.1 Finaliser les actions du projet de vie III et pérenniser les actions transversales.

1.2 Structurer la mise en place de la démarche qualité :

a. Rendre opérationnel les missions des référents :

- Chutes
- Bien-être, *Humanitude*®
- Incontinence
- Douleur
- Soins palliatifs Escarres
- Nutrition
- Hygiène

b. S'engager dans la démarche de labellisation *Humanitude*® des deux résidences (LACOURT.H) 2018

c. Structurer, initier et s'engager dans une certification des EHPAD

d. Favoriser l'appropriation des recommandations de l'ANESM

e. Améliorer la qualité de l'organisation des transports liés aux besoins des résidents

La notion de territorialité dans les politiques de santé doit aussi être une priorité dans la démarche initiée au sein des résidences Saint-Laurent et Victor Hugo.



Ce projet nécessite aussi d'intégrer les orientations nationales qui permettent de structurer l'offre de soins dans le secteur médico-social et ainsi répondre aux besoins de la population.

2

Répondre aux recommandations du Plan Alzheimer

La création d'un PASA (Pôle de soins adaptés) viendra compléter l'offre de prise en charge notamment pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

3

Optimiser la communication interne et externe



En s'appuyant sur une des recommandations de l'évaluation externe, le 3ème axe significatif s'oriente sur une réflexion importante concernant la communication spécifique du secteur hébergement, autour d'une notion de valorisation des actions qui ont pu et qui seront entreprises dans le continuum de la démarche projet.

3.1 Pérenniser la diffusion du journal interne

3.2 Intégrer une présentation des résidences sur le canal interne

3.3 Organiser des journées portes ouvertes

3.4 Organiser la diffusion de plaquettes de présentation dans les organismes du parcours des PAERPA

3.5 Réactualiser la page de présentation du secteur hébergement sur le site internet du centre hospitalier.

3.6 Développer la communication dans les médias des activités mises en place au sein des résidences

3.7 Organiser la journée annuelle des voisins

3.8 Mettre en place un « Cyber café » pour faciliter les échanges des résidents avec leur famille

3.9 Inciter l'implication des familles au sein des activités de la résidence

4

Développer l'intégration des résidences au sein de la filière gériatrique

Le secteur d'hébergement du centre hospitalier de ST-QUENTIN est déjà intégré dans la Fédération Médicale Interhospitalière de Gériatrie depuis de nombreuses années. Le Collège Médical et le Collège de Cadres de la Fédération ont permis de pouvoir structurer et être force de proposition d'actions significatives pour le secteur.

L'opportunité d'une direction partagée entre ST-QUENTIN / GUISE et BOHAIN assure aux différents établissements la possibilité de pouvoir initier des projets communs fédérateurs dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ces propositions innovantes pourront permettre de disposer de compétences partagées au bénéfice des résidents.

Tout en initiant des actions fédératrices, le projet d'établissement du secteur intègre aussi des priorités importantes qui concernent la prise en charge du patient âgé psychiatrique. Cette orientation est une réelle nécessité pour apporter et adapter l'accueil de ce type de résidents.

- 4.1** Favoriser l'amélioration de la qualité des prises en soins par la création de postes partagés (Socio esthéticienne, arthérapeute, ...).
- 4.2** Adapter la filière d'accueil et de prise en charge du patient âgé psychiatrique.
- 4.3** Répondre aux besoins de la population locale et du territoire



5

Renforcer la coordination médico soignante

Ce 5^{ème} axe marque une disposition particulièrement importante dans cette démarche participative et associe chaque partenaire de la qualité de la prise en soins des résidents en intégrant une écoute attentive des proches et ou de la famille.

Au centre du dispositif de la qualité de prise en soins, la coordination médico soignante contribue à une connaissance de l'histoire de vie et du parcours de santé du résident accueilli au sein des résidences au bénéfice de la qualité de son projet de vie.

- 5.1** Rendre opérationnel les procédures et protocoles de prise en charge médicale en lien avec le logiciel NetSoins.
- 5.2** Optimiser l'utilisation du logiciel par le partage d'informations médico-soignantes et médico-techniques.
- 5.3** Faciliter le recours aux spécialités médicales.
- 5.4** Apporter une information spécifique aux internes sur le fonctionnement du secteur médico-social pendant la garde.
- 5.5** Formaliser une check-list d'entrée du résident pour les personnels soignants.
- 5.6** Réorganiser le staff médico soignant hebdomadaire par unité.
- 5.7** Mettre en place des réunions thématiques mensuelles par unité.

6 > Renforcer le projet d'animation

L'animation marque à elle seule une action prioritaire de ce projet d'établissement du secteur hébergement. La qualité de l'accueil des adultes âgés dépendants est conditionnée par la place réservée au sein des résidences du projet d'animation, maillon essentiel du projet de vie du résident.

Les activités proposées doivent être le reflet d'une réponse adaptée aux besoins des résidents et contribuent à préserver l'autonomie mais aussi le rôle et le lien social nécessaire pour maintenir la citoyenneté des aînés.

La qualité de l'animation a une incidence sur la qualité de la vie des résidents ce qui nécessite une implication pluridisciplinaire de l'ensemble du personnel :

6.1 Favoriser le lien social en développant les partenariats extérieurs.

6.2 Mettre en place un projet Handi chien.

6.3 Améliorer l'aménagement du jardin thérapeutique à la Résidence St-Laurent.

6.4 Implanter un jardin thérapeutique à la résidence Victor Hugo.

6.5 Structurer un projet d'équithérapie.

6.6 Structurer le projet d'animation du PASA.

6.7 Organiser une délégation de gestion concernant l'animation.

6.8 Organiser une « *Brocante gratuite* » annuelle.

6.9 Organiser une journée « *Baraque à Frites* » annuelle.

7 > Construire des projets innovants

Le projet d'établissement du secteur hébergement c'est aussi la capacité de promouvoir des idées innovantes dans une dimension qui intègre une réflexion de réponse aux besoins de la population, des résidents mais aussi des personnels.

Autour de certaines propositions pluridisciplinaires qui intègrent notamment la démarche d'une direction commune entre les EHPAD de ST-QUENTIN / GUISE / BOHAIN, cet axe aborde des orientations de stratégie d'établissement qui contribuent à promouvoir des initiatives novatrices.

7.1 Créer un accueil de nuit au sein de la résidence Victor Hugo (Action pour aboutissement en 2017).

7.2 Créer une crèche intergénérationnelle permettant d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels.

7.3 Organiser un séjour hors structure avec un groupe de résidents.

7.4 Aménagement d'espaces multisensoriels au sein des maisonsnées.

7.5 Mener une réflexion sur un « *Dentibus* ».

7.6 Développer les coopérations inter EHPAD en direction commune (ST-QUENTIN / BOHAIN / GUISE).

Intégré au Projet social du Centre Hospitalier de Saint-Quentin (Voir page 74).

“ Projet Social ”

Axe n°2



“Projet d'investissement”

Axe n°3

Le projet d'établissement du secteur hébergement se doit de prioriser un volet spécifique qui assure une approche pragmatique de la recherche d'efficacité dans un tel secteur.

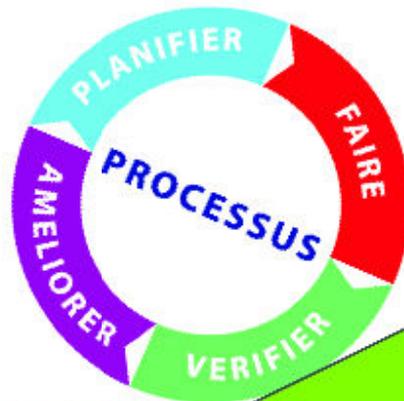
Chaque réflexion menée au sein de cette démarche intègre les notions d'économie de la santé sur son axe dépendance.

Structurer un projet architectural et d'investissement qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie et de l'environnement des résidents

1 >

- 1.1 Restructurer la salle d'animation à la Résidence St-Laurent.
- 1.2 Aménager un SAS de déchargement à la Résidence St-Laurent.
- 1.3 Réaménager le secrétariat de la Résidence St-Laurent.
- 1.4 Créer des zones de détente et de convivialité.
- 1.5 Création d'un PASA.
- 1.6 Création de zones de détente extérieures dans les patios de la résidence St-Laurent.
- 1.7 Sécuriser la zone d'accueil et le secrétariat de la résidence Victor Hugo.
- 1.8 Mener une réflexion pour disposer d'un espace protégé pour organiser des manifestations extérieures.
- 1.9 Réaménagement du système d'appel dans le cadre de la refonte de la téléphonie du centre hospitalier.
- 1.10 Remplacement du matériel Home cinéma (lecteur DVD avec barre de son) de la résidence St-Laurent.

POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE LA GESTION DES RISQUES



Référentiels

La Voix
de la Qualité



Centre Hospitalier
de Saint-Quentin

Axe 1 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients

Axe 2 - Poursuivre la démarche d'implication des usagers au sein de l'établissement

Axe 3 - Garantir la sécurité

Axe 4 - Pérenniser la politique de gestion des risques

Axe 5 - La démarche d'amélioration continue : certification et labellisation

“ Améliorer la qualité de la prise en charge des patients ”

Axe n°1

1 > La pertinence des soins et des séjours

Le projet médical 2016-2020 du centre hospitalier de ST-QUENTIN insiste sur le fait que les marges d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de la prise en charge reposent sur l'adéquation entre les besoins du patient et le soin adapté à sa pathologie.

Cela renvoie aux préoccupations quotidiennes des professionnels du centre hospitalier de ST-QUENTIN et aux projets mis en œuvre concernant :

- l'efficacité globale de la prise en charge et des patients et de l'organisation interne du centre hospitalier (la fluidité du parcours patient aux urgences, en chirurgie, en ambulatoire...),
- la promotion de la bientraitance,
- la qualité de l'information liée à la prise en charge des patients,
- la pertinence des actes avec les travaux menés dans le cadre des comités internes de l'établissement,
- l'optimisation des services médico-cliniques (pharmacie, laboratoire).

En effet, la pertinence des soins et des séjours renvoie à celle de la qualité des soins. Ainsi la qualité d'un soin est déjà de s'assurer que le choix des soins est adapté aux besoins du patient. Il s'agit à la fois d'une question d'éthique, de qualité de prise en charge du patient mais également d'efficacité du système de santé.

2 > La qualité de la prise en charge spécifique et des soins de supports

Les « *soins de support* » désignent l'ensemble des soins qui prennent en charge les conséquences, pour le patient, d'une pathologie et de ses traitements. Ces soins sont déterminants en terme de qualité de vie pour la personne malade.

Les soins de support regroupent notamment :

- la prise en charge et le traitement de la douleur, conséquence des traitements ou de la progression de la maladie elle-même,
- la prise en charge des problèmes diététiques liés à la maladie et/ou aux traitements,
- le soutien psychologique,

- l'accompagnement social
- les soins palliatifs.

Depuis plusieurs années, le CH de ST-QUENTIN travaille sur la structuration de ces soins et les travaux sont suivis notamment dans le cadre des sous-commissions de la CME. Il s'agit d'un axe stratégique essentiel de la « *politique qualité et gestion des risques* ».

3 > La fluidité du parcours du patient en intra et extrahospitalier

La démarche de structuration des différentes filières de soins entre l'établissement et les membres de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) se poursuit. Elle vise à coordonner le parcours de soins du patient entre plusieurs praticiens. Cette dynamique impactera d'autres projets transversaux tels le Dossier Patient Informatisé.

L'établissement va poursuivre le déploiement du « *patient traceur* » pour fédérer les équipes autour de projets d'amélioration des parcours de prise en charge. La participation directe des usagers facilite l'identification d'axes de travail. Elle permet également d'améliorer la communication entre les équipes et les patients autour du déroulement de son séjour mais aussi des étapes de suivi (éducation thérapeutique, prise en charge médicamenteuse, retour à domicile...).



4 > La qualité de la prise en charge médicamenteuse

Le service de la pharmacie doit répondre aux exigences du contrat de bon usage et de la certification avec, comme objectif principal, la sécurisation du circuit du médicament de la prescription à l'administration. Cette sécurisation permet de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse et de diminuer l'apparition d'erreurs médicamenteuses parfois graves. Elle doit également permettre l'optimisation de la thérapeutique médicamenteuse au travers du respect de l'application des référentiels de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux (HAS, INCA, OMEDIT).

Le pharmacien doit pouvoir exercer pleinement ses fonctions dans le circuit du médicament par l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation et la dispensation des doses à administrer accompagnée de toutes les informations nécessaires au bon usage du médicament. L'informatisation du circuit du médicament constitue une priorité pour l'établissement comme l'atteste la place occupée dans le projet de déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) choisi en 2014. Le déploiement est prévu entre 2015 et 2016 et le module de prescription médicamenteuse est le premier mis en place avec le dossier patient et le dossier de soins.

Par la suite, la dispensation robotisée, validée en 2014, permettra la mise en place de la dispensation nominative à l'échelle de l'établissement et contribuera à réduire au maximum le pourcentage d'erreur médicamenteuse. La sécurisation du circuit du médicament implique aussi l'augmentation de la présence des pharmaciens dans les services de soins en tant que pharmacien référent de pôle pour développer la pharmacie clinique. Cette organisation est inscrite dans le nouvel organigramme de la pharmacie.

5 > L'amélioration de l'accessibilité des différents secteurs du centre hospitalier

La question de l'accessibilité des locaux publics revêt une importance particulière pour le centre hospitalier de ST-QUENTIN au regard de ces missions de dispensation de soins de proximité et d'urgences. La mise en conformité progressive des locaux se réalisera en lien avec les différents projets de travaux et d'aménagement envisagés au cours des prochaines années.

Un calendrier détaillé indique également les priorités afin d'augmenter le niveau d'accessibilité par type de handicap dans chaque bâtiment concerné.

“ Poursuivre la démarche d'implication des usagers au sein de l'établissement ”

Axe n°2

1 > L'information du patient, co-acteur de sa prise en charge

Cet axe de travail implique de renforcer le partenariat soignant – soigné en favorisant l'expression du patient comme aide à sa prise en charge.

Cette démarche implique :

- un renforcement de la diffusion des supports d'information médicales et soignantes à destination des patients sous diverses formes (internet, livret d'accueil, brochures...),
- Définir des règles de bonnes pratiques de rédaction des fiches d'information à destination des patients, en lien avec la CRUQPC.

2 > Un renforcement de la participation des usagers à la vie de l'établissement

Le Programme Pluriannuel Qualité Risques Evaluation (PPQE) prend en compte les besoins et attentes des usagers exprimée au travers des supports et instances permettant leur expression et implication notamment la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN a également organisé cette représentation en accord avec les prescriptions réglementaires notamment. De plus, ce partenariat devra être poursuivi car il est à la fois un gage de l'expression et de l'implication des représentants des usagers au cœur de l'institution. Les priorités relatives au respect des droits notamment avec l'optimisation de la gestion des plaintes et l'accès au dossier médical ont largement été diffusées et ont permis d'obtenir des résultats significatifs.

Il convient également de :

- poursuivre un plan d'actions en réponse aux plaintes en lien avec l'évaluation de satisfaction et la gestion des événements indésirables.
- développer les liens avec les associations d'usagers et articuler les actions avec les représentants de la CRUQPC ; « *une maison des usagers* » devrait être prochainement installée au niveau du hall d'accueil (projet d'établissement 2011-2015).

3 > Un renforcement de l'écoute des usagers

Les techniques et la participation aux enquêtes de satisfaction du patient ont également été développées. L'établissement souhaite cependant, pour les années à venir faire évoluer ses actions notamment auprès des professionnels et promouvoir l'implication directe des patients dans l'identification de leurs besoins et mettre en place une « écoute des usagers » :

- Formaliser un plan d'écoute de l'utilisateur afin de recueillir son avis au cours de sa prise en charge et en assurer la communication auprès des secteurs d'activité et des usagers.
- Développer le recueil des besoins des patients et plus globalement des usagers : politique hôtelière, accueil, fin de vie et recueil des directives anticipées...
- Promouvoir les bonnes pratiques en matière de respect des droits notamment la sensibilisation du personnel.

De nouveaux supports d'enquêtes seront étudiés pour les secteurs des urgences et les services de prise en charge au long court tels que la radiothérapie, l'HDJ oncologie, la radiothérapie...).



“ Garantir la sécurité ”

Axe n°3

1 > Sécurité du patient

L'engagement du centre hospitalier de ST-QUENTIN pour la sécurité des patients s'inscrit dans une politique de gestion des risques et une organisation qui permettent de coordonner tous les acteurs sur cet objectif prioritaire. Les axes de cette politique portent sur la gestion des événements indésirables et la sécurisation des secteurs et des pratiques à risques. Ces priorités sont détaillées dans le PPQRE.

2 > Sécurité des biens, des personnes, installations et des équipements

A l'instar de l'attention portée à la sécurisation des prises en charges médicales et soignantes de patients, une vigilance toute particulière est également accordée à la sécurité des personnes, des biens et des installations. Cette mission est portée par la direction des services techniques et du patrimoine et en première attention par le processus dédié à la sécurité incendie et à la sûreté anti-malveillance.

La période 2016-2020 conduira à renforcer ce processus. Sans être exhaustif, plusieurs actions attestent de cette préoccupation :

- la poursuite de travaux de mises aux normes de sécurité incendie
- la conduite d'un programme de travaux de mises aux normes en matière d'accessibilité.

Par ailleurs, ce souci de sécurité est également présent dans la gestion des installations et des équipements à travers des actions de maintenance, non pas seulement correctrices mais également préventives mises en œuvre par les services techniques et le service biomédical.



3

La mise en place d'une cellule de radioprotection

Afin de donner une impulsion nouvelle aux engagements internes en matière de radioprotection travailleurs et patients, l'établissement va se doter d'une cellule interne de radioprotection associant l'ensemble des parties prenantes du dispositif : personnes compétentes en radioprotection, radiophysicien, médecin du travail, direction de la qualité. Cette cellule fonctionnera, à terme, comme une sous-commission de la CME.

4

La qualité de la prise en charge spécifique et des soins de supports

Le plan blanc est un plan spécifique aux établissements de santé, destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à organiser l'accueil hospitalier d'un grand nombre de victimes. Il est complété de différents volets répondants à des risques particuliers identifiés (annexes NRBCE, plan bleu, plan canicule, gestion des alertes...)

La gestion de crise et des alertes est organisée en mode projet, depuis 2014, sous la responsabilité de la DGRQC. Un plan d'actions - revu annuellement et intégrant les objectifs de formation, de communication et d'exercices - va définir les priorités d'organisation et d'actualisation de ces dispositifs. Il associe les professionnels impliqués sous la coordination de la DGRQC.

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN doit poursuivre la structuration opérationnelle des plans d'urgence et de gestion de crise pour répondre notamment aux exigences réglementaires et opérationnelles. Dans le cadre de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), la dimension territoriale des plans de secours sera renforcée. Un plan « hôpital en tension » sera également formalisé.

The infographic displays three emergency plans for the Centre Hospitalier de Saint-Quentin, each represented by a colored cloud shape containing images related to the plan. Each plan includes a version number and a date.

- Plans Blanc & NRBCE** (Blue cloud): Version n°15 - Janvier 2015. Images show a yellow tent and people in a control room.
- Plan Bleu** (Blue cloud): Version n° 10 - Juin 2015. Images show a hospital building, a glass of water, and a yellow caution tape.
- Plan Canicule** (Yellow cloud): Version n° 3 - Juin 2015. Images show a hospital building, a sun, and a yellow caution tape.

“ Pérenniser la politique de gestion des risques ”

Axe n°4

1 > La gestion des risques patients / usagers

L'engagement du centre hospitalier de ST-QUENTIN pour la sécurité des patients s'inscrit dans la politique qualité et de gestion des risques et une organisation qui permettent de coordonner tous les acteurs sur cet objectif prioritaire. Les axes de cette politique portent sur la gestion des événements indésirables, les vigilances sanitaires associées à la sécurité des soins et la sécurisation des secteurs et des pratiques à risques. Ces priorités sont détaillées dans le PPQRE et les actions suivies par la COVIRIS. (voir couverture page 70)

2 > La gestion des événements indésirables

La gestion des événements indésirables est un des éléments fondamentaux de la politique globale de gestion des risques (PPQRE). Ces retours d'information représentent une des sources de connaissance pour mettre en place un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et améliorer le niveau de culture de sécurité des professionnels de santé. Le dispositif est organisé par la DGRQC et la cellule de gestion des risques associés aux soins ; Il est piloté par la Commission des vigilances et des risques (COVIRIS). Il associe les experts risques et les référents des vigilances. Un nouveau logiciel de déclaration a été déployé au 1^{er} janvier 2015.

L'enjeu majeur pour 2016-2020 réside dans le développement de cette coordination notamment pour la cohérence des actions mises en œuvre et passe par la structuration du retour d'expérience. Le niveau de maturité des organisations en pôles doit également constituer un atout pour le développement de la gestion en proximité des risques. Le tableau de bord qualité des pôles constituera l'un des supports de cette action.

Par ailleurs, la culture de gestion des risques doit être confortée par l'implication des patients et l'amélioration des conditions d'annonces en cas de dommage lié aux soins. De même, les professionnels de santé sont communément désignés comme les deuxièmes victimes lorsqu'ils sont impliqués dans la survenue d'un dommage ; les conditions de leur accompagnement devront être améliorées par des actions de formation spécifiques.



3

La sécurisation des secteurs et des activités à risque et le développement des analyses de risques a priori

La sécurisation des secteurs et des pratiques à risque se traduit par la mise en œuvre d'une démarche structurée de gestion des risques. Cette démarche s'appuie sur les méthodes et outils définis et validés par l'établissement.

Les « pratiques » ou prises en charge à risque concernent notamment : la prise en charge médicamenteuse, l'identification des patients, la sécurité transfusionnelle, la gestion du risque infectieux, la prise en charge des urgences vitales.

Les secteurs identifiés à risques sont les suivants : le bloc opératoire, l'endoscopie (ORL, pneumologie et gastroentérologie), la salle de naissance, la radiothérapie, la coronarographie et les secteurs pratiquant une petite activité de greffe (ophtalmologie).

Pour l'ensemble de ces thématiques, l'établissement s'engage à répondre au référentiel HAS, et notamment à :

- Réaliser des analyses de risques a priori sur les processus les plus à risques et privilégier une gestion a priori des risques,
- Formaliser et suivre les plans d'actions définis, notamment via la mesure d'indicateurs de sécurité des soins.
- Poursuivre le déploiement des cartographies de risque à l'ensemble des secteurs et des parcours de prise en charge.



L'ensemble des objectifs est détaillé, par vigilances dans le PPQRE de l'établissement pour la période 2016-2020.

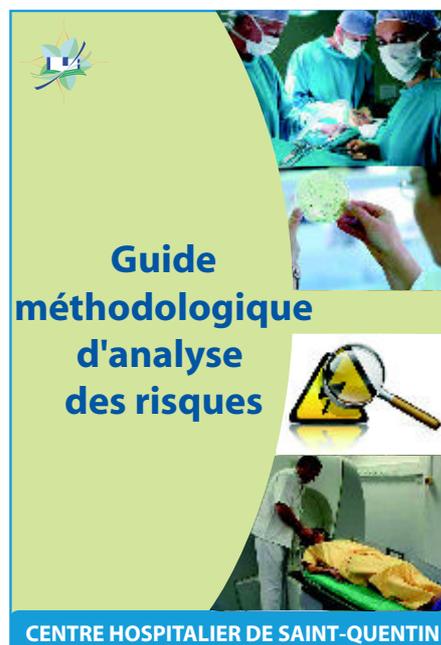
4

Le laboratoire de compétences

L'établissement dispose d'un laboratoire de compétence. Cet équipement constitue un véritable atout en matière de formation à la gestion des risques liés aux soins. En effet, la simulation en santé permet à la fois :

- de former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations,
- d'acquérir et 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.

Dans le cadre du projet de soins 2016-2020, le partenariat entre l'établissement et l'IFSI sera renforcé pour l'accès au laboratoire de compétences. Par ailleurs, l'établissement envisage un développement de la recherche en sécurité du patient. Cette démarche peut être renforcée tant pour la recherche médicale que pour la recherche paramédicale qui est cours de renforcement sous l'impulsion de l'IFSI (en lien avec la commission de recherche clinique).



“ Poursuivre
la démarche
d'amélioration
continue :
Certification et
labellisation ”

Axe n°5

1 > La certification ISO 9001

La certification ISO est une démarche volontaire qui permet de maintenir une dynamique interne et un haut niveau de qualité de la prise en charge des patients. L'établissement compte aujourd'hui 12 services certifiés. Le périmètre s'élargit chaque année avec de nouveaux services mais l'engagement date de plus de 10 ans dans certaines activités (fonction textile en 2001, biomédical en 2003 ou restauration en 2006).

Fort de son expérience dans le domaine, le centre hospitalier de ST-QUENTIN a fait le choix de regrouper dans le temps et la méthode, l'accompagnement des 12 services certifiés et avec un pilotage global de la démarche au niveau institutionnel. Ce pilotage est assuré par la DGRQC et implique des réunions et des supports communs à toutes les activités. Cette spécificité de l'établissement nécessite une approche pluridisciplinaire et partagée des processus. En effet, les activités sont également : unités de soins, secteurs techniques et médicotechniques.

Les revues de direction sont communes et permettent de définir des objectifs partagés et de suivre les indicateurs de suivi de la démarche. La démarche de certification globale a permis de renforcer la solidarité et la complémentarité entre les différents services et le personnel.

La démarche étant volontaire, la mobilisation des équipes est spécifique. Plusieurs services ont fait part de leur volonté d'intégrer la démarche : le service Hygiène, le SSR, la radiothérapie, la réanimation, le laboratoire anatomopathologie.



2 > L'accréditation ISO 15189

La DGRQC assure l'accompagnement du laboratoire dans le cadre de son accréditation à la norme ISO 15189. Elle prend part aux réunions de la cellule qualité et coordonne les revues de direction. Des bilans d'étapes réguliers sont présentés en conseil de pôle, COPIL

QRE et le Directoire. Le secteur dispose d'un manuel qualité, comportant l'engagement de la direction et de la présidence de la CME en tenant compte des objectifs institutionnels déclinés dans le programme qualité.

Des démarches volontaires en vue de l'obtention de labels connaissent également un essor important et constitue l'engagement d'un collectif dans un projet porteur de qualité et de sécurité des soins (*Humanitude*®, Hôpital Ami des Bébé...).

3 > Les évaluations externes, les labels

La DGRQC assure le pilotage de ces démarches d'évaluation externe en soutien aux groupes de travail des services concernés. Tant l'évaluation interne qu'externe font l'objet d'un suivi dans le tableau de bord du secteur. Des bilans d'étape sont présentés en conseil de pôle, COPIL QRE et au Directoire.



La gestion dynamique des ressources au service de la stratégie de l'établissement

2



A VOS AGENDAS

Les Jeudi du Projet social

de 14h à 15h30
(sur votre temps de travail)

Salle de réunion
de la Stérilisation



INTRODUCTION :

Etablissement pivot de son territoire, le centre hospitalier de ST-QUENTIN est aussi le premier employeur de la ville. Chaque jour, près de 2.600 agents concourent à l'activité hospitalière formant ainsi une véritable communauté hospitalière d'hommes et de femmes au service des usagers du service public de santé.

Travailler pour l'hôpital a longtemps été une fierté personnelle relayée par un engagement institutionnel fort. A l'heure où les établissements publics de santé sont de plus en plus confrontés à des efforts d'efficience, la capacité des organisations à entretenir et à enrichir une politique sociale volontariste est devenue un véritable défi.

Mais le contexte mouvant, incertain et concurrentiel obligeant l'établissement à faire évoluer en permanence et de manière réactive ses organisations, ne doit pas empêcher de prendre en considération le plus possible les attentes et aspirations des personnels, comme autant de leviers contribuant à donner du sens aux missions du quotidien et de manière générale, à l'engagement professionnel.

Le projet social du centre hospitalier de ST-QUENTIN repose ainsi sur un socle de valeurs communes tels que celle de service public, celle de la compétence (et de la responsabilité), celles du respect et de la reconnaissance, celles d'équité et de solidarité.

C'est par ailleurs justement parce que les contraintes organisationnelles deviennent de plus en plus fortes qu'il faut mobiliser l'ensemble des ressources humaines au service de projets dans le cadre d'une politique porteuse de sens poursuivant les objectifs d'excellence, d'attractivité et de performance.

Le projet social doit aussi être en soutien de l'ensemble des professionnels de santé concourant à la mise en œuvre du projet d'établissement, lui-même décliné en projet de soins et en projet médical. C'est par cette approche globale et structurée que l'ensemble des acteurs convergera de façon cohérente vers une gestion éclairée, elle-même vecteur d'une culture d'établissement partagée.

LA PHILOSOPHIE D'ACTION

Le projet social s'inscrit dans la perspective des actions déployées dans le cadre du précédent projet social. Il a pour ambition d'être un outil prospectif permettant de conforter les actions entreprises et de développer de nouveaux projets à travers la définition d'un cadre d'actions prioritaires à la fois sécurisant et souple.

Il poursuit l'objectif de mettre en place des actions concrètes et pragmatiques, visibles par chacun.

L'enjeu prioritaire est de valoriser les ressources humaines en créant les conditions favorables à leur

engagement professionnel, au développement de leurs compétences ; à l'amélioration de leurs conditions de travail tout en favorisant la qualité de vie au travail.

Cette ambition partagée se décline en 3 axes stratégiques :

- GPMC : recruter, fidéliser, développer et capitaliser les compétences
- PAPRI Pact : préserver la santé et améliorer les conditions de travail
- QVT : améliorer la qualité de vie au travail.



“ GPMC : recruter, fidéliser, développer et capitaliser les compétences ”

Axe n°1

Le socle commun de la gestion des ressources humaines étant la gestion des carrières, il est important d'optimiser les processus de gestion pour développer une véritable gestion prospective des métiers et des compétences afin d'assurer l'adéquation entre besoins institutionnels et aspirations individuelles.

La Gestion Prévisionnelles des Métiers et des Compétences (GPMC) est une démarche entreprise au sein de l'établissement depuis 2012 avec la réalisation de la cartographie des métiers faisant émerger une centaine de métiers. Cette démarche s'est poursuivie par l'identification des compétences en réalisant progressivement les fiches de poste à partir du Répertoire National des Métiers ainsi que l'entretien d'évaluation des compétences pour des personnels de catégorie A.

Cette GPMC doit permettre d'anticiper l'évolution quantitative et qualitative des emplois à moyen terme, et en conséquence, d'orienter la politique de formation, de recrutement, de mobilité et de reconversion / reclassement.

La performance étant une préoccupation majeure de l'établissement, il faut poursuivre une réflexion stratégique des ressources, en particulier sur les métiers et les compétences.

Les départs à la retraite, les difficultés en matière de recrutement sur des métiers spécifiques et de fidélisation de certains personnels, les exigences en matière de sécurité et de soins, les attentes des agents quant à une gestion plus individualisée et personnalisée de leur carrière conduisent à développer de nouveaux outils de gestion.

Dans cette perspective, des échanges aux décours de deux réunions avec une équipe pluridisciplinaire et les représentants du personnel ont permis d'identifier 3 axes majeurs pour la GPMC qui se déclineront en actions à planifier de 2016 à 2020 :

1

Développer une gestion des ressources humaines par les compétences

1.1 Finaliser l'ensemble des fiches de poste et prévoir leur mise à jour.

1.2 Mettre en place une évaluation par compétence.

“ PAPERIPACT : Préserver la santé et améliorer les conditions de travail ”

Axe n°2

La santé au travail n'est pas seulement une dynamique individuelle, elle se construit aussi dans une relation aux autres et à son environnement de travail. Un ensemble de variables à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles liées à l'activité professionnelle sont à l'origine des principaux risques professionnels. Ces risques sont à l'origine d'un coût social et financier important justifiant la mise en place d'actions de prévention et d'accompagnement des professionnels concernés.

La mise en place d'un Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (*PAPERIPACT*) est une obligation de l'employeur. Ce programme cible la prévention des grandes familles de risques professionnels dans les établissements publics de santé tout en renforçant la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans le management et l'organisation du travail.

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN a élaboré son nouveau *PAPERIPACT* dans le respect des principes généraux de prévention. Le présent document a pour objectif de conforter les actions entreprises et développer de nouvelles thématiques comme celle de l'accompagnement de la restriction d'aptitude. En effet, le vieillissement de la population, l'allongement des carrières et la pénibilité de certains métiers conduisent l'établissement à anticiper les impacts sur la santé de son personnel. Ainsi, la question des conditions de travail prend une place de plus en plus importante dans la gestion des ressources humaines. L'objectif est de mobiliser chacun des acteurs pour favoriser une intégration ou une réintégration réussie.

Il est donc souhaitable, tout en prenant en compte la diversité des métiers existants et l'évolution des techniques, de poursuivre la démarche de prévention des risques professionnels, et ainsi proposer des actions permettant à chacun de mieux vivre et travailler ensemble dans de meilleures conditions matérielles, de relations, d'organisation, de fonctionnement.

Dans cette perspective, une réflexion en concertation avec les représentants du personnel a été menée durant trois réunions de travail afin de dégager les grandes thématiques qui alimenteront ce *PAPERIPACT* durant les 4 années à venir. Pour enrichir les débats, un état des lieux, préparé à l'aide du document unique, a servi de base de travail.

Ce *PAPERIPACT* s'accompagnera d'un calendrier spécifique à chaque action bénéficiant d'une coordination institutionnelle et d'une série d'indicateurs d'évaluation permettant d'assurer un suivi régulier.

Les cinq thèmes prioritaires ainsi retenus pour les années 2016-2020 sont :

1

Favoriser le maintien dans l'emploi

- 1.1** Développer l'accompagnement des retours.
- 1.2** Mettre en place un suivi des agents sur postes adaptés et/ou reclassés.
- 1.3** Généraliser les études de poste et les fiches d'exposition réglementaires en vue d'identifier les postes à risques.
- 1.4** Développer les possibilités d'évolution professionnelle (bourse à l'emploi / demande de changement de service / aide à la prise de fonction).

2

Prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles : volets préventif et curatif

- 2.1** Renforcer le dispositif de formation.
- 2.2** Mettre en place un réseau PRAP sur la base du volontariat qui permettrait de transmettre les savoir-faire sur gestes et postures.
- 2.3** Poursuivre l'élaboration des fiches de poste sur les secteurs non couverts via ergonome / médecine du travail.
- 2.4** Améliorer les actions de communication et de sensibilisation sur cette thématique.

3

Prévenir les risques psychosociaux

- 3.1** Créer un groupe de travail pluridisciplinaire de prévention des RPS en vue d'actualiser l'état des lieux RPS - Définition d'un tableau de bord : recherche d'indicateurs de risques psychosociaux.
- 3.2** Développer les formations pour prévenir des RPS : former l'encadrement à la détection RPS, former les membres du CHSCT, développer une culture des RPS avec des outils de communication sur le sujet et créer des groupes de parole.
- 3.3** Détecter et prévenir les risques afférents à des comportements addictifs sur le lieu de travail : Action de sensibilisation auprès des cadres et information sur les conduites à tenir. Prévenir les addictions, informer sur les dangers et soutiens possibles au sein de l'établissement.
- 3.4** Prévenir la violence à l'encontre des professionnels.

4

Favoriser l'insertion des personnels en situation spécifique

- 4.1** Mettre en œuvre des mesures d'accompagnement individuel pour les agents en situation de reclassement.

- 4.2** Personnels en situation de handicap :
- *Mettre en œuvre des mesures d'accompagnement dans le champ du handicap.*
 - *Développer une campagne de sensibilisation à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.*

5 > Améliorer l'environnement au travail (ambiances, lieux, postes, équipements et machines)

- 5.1** Développer la communication concernant les calendriers de maintenance des équipements (lien à établir entre secteurs techniques et services concernés).
- 5.2** Identifier les nuisances sonores pour lesquelles des actions correctives peuvent être mises en place.
- 5.3** Créer un espace extérieur dédié à la convivialité du personnel (installation de bancs). Emplacement à définir.

Ces grandes thématiques seront déclinées en sous actions dont l'état d'avancement fera l'objet d'un bilan annuel à partir d'indicateurs prédéfinis ou de documents de preuve.



“ QVT : Améliorer la qualité de vie au travail ”

Axe n°3

L'évolution culturelle du rapport au travail et la précarité du contexte socio-économique renforce chez les professionnels, à la fois un besoin de sécurité et de repères mais aussi, une attente aiguë d'être pris en compte en tant que personne, ceci, quel que soit le métier et/ou le secteur d'activité.

Les conditions d'exercice des agents publics hospitaliers, leurs missions, leurs métiers et l'organisation des services ont beaucoup évolué ces dernières années. Ces changements, qui découlent du développement de nouvelles technologies, des évolutions des attentes des usagers, de contraintes croissantes (juridiques, budgétaires,...) ont pu conduire à des pertes de repères et à un sentiment d'éloignement des valeurs fondamentales du service public.

Dans ce contexte, les conditions quotidiennes de travail des agents peuvent parfois apparaître plus difficiles. Elles se caractérisent notamment par une individualisation croissante du travail, voire un isolement au détriment d'un fonctionnement reposant sur la confiance dans l'expertise des agents et sur la dimension collective du travail au sein des services.

Au centre hospitalier de ST-QUENTIN, la qualité de vie au travail a toujours représenté un fil conducteur important, mais sans jamais être identifiée comme un axe à part entière du projet d'établissement.

C'est un message fort de la part de l'institution, en ces temps difficiles et contraignants en terme de budget, que d'inscrire ce thème dans le projet social.

Favoriser la qualité de vie au travail, c'est avant tout reconnaître que le métier d'agent hospitalier, quel que soit son champs de compétence (soignant, technique, administratif), peut être perçu comme une source d'épanouissement s'il est pratiqué dans un contexte favorable. C'est cet objectif que l'institution souhaite atteindre par le biais de ces actions.

Il s'agit également de dépasser une approche par les risques centrée sur la souffrance au travail pour s'intéresser aux conditions propices à une qualité de vie au travail. Le bien-être au travail émerge aujourd'hui comme une notion distincte des conditions de travail, c'est-à-dire des préoccupations purement réglementaires encadrées notamment par le code du travail concernant la santé et la sécurité.

Il s'agit pour l'essentiel de trouver un équilibre cohérent et appréciable entre la vie personnelle et la vie professionnelle, équilibre souvent ébranlé et source de tensions.

C'est dans cet esprit que le groupe de travail « Qualité de vie au travail » a fait émerger cinq grandes actions au cours des deux réunions d'échanges :

1 >

Favoriser l'expression du personnel

- 1.1 Réaliser un baromètre social.
- 1.2 Développer le dispositif METAPLAN.
- 1.3 Permettre l'accessibilité des informations institutionnelles au personnel.
- 1.4 Faciliter le travail et la compréhension entre les générations.
- 1.5 Informer sur les droits et des devoirs des agents détenteurs d'un mandat syndical.

2 >

Prévenir l'absentéisme et favoriser le retour au travail

- 2.1 Mettre en place des tables rondes pour les agents en reclassement (réseau pour éviter l'isolement).
- 2.2 Former les équipes et l'encadrement à l'accueil des personnes en reclassement ou en situation de poste adapté.
- 2.3 Favoriser la dimension collective sur les lieux de travail.
- 2.4 Dresser une cartographie des arrêts maladie (catégories professionnelles, secteurs d'activités, âge...) en vue de mettre en place des actions de prévention.

3 >

Développer les actions d'entraide et de solidarité aux personnels

- 3.1 Mobiliser les partenaires associatifs (Amicale).
- 3.2 Mettre en place un système de covoiturage (intranet, annonces vestiaires).
- 3.3 Créer une bourse « bon coin du centre hospitalier ».
- 3.4 Revoir les modalités de participation du centre hospitalier pour le Noël des enfants du personnel.
- 3.5 Créer un temps d'assistante sociale destiné au personnel par redéploiement interne.
- 3.6 Mettre en place un partenariat entre le centre hospitalier de ST-QUENTIN et l'IFSI en matière de baby-sitting.
- 3.7 Favoriser des partenariats en lien avec des services d'aide à la personne.

4 >

Améliorer la reconnaissance des professionnels

- 4.1 Mettre en place des articles Synapses destinés à la présentation d'un agent.
- 4.2 Organiser des journées de présentation « talents cachés » à destination des agents.

4.3 Réaliser des journées d'immersion dans un autre service / métier en vue de découvrir les métiers de l'hôpital.

5 > Poursuivre la réflexion sur la fonction « cadres »

5.1 Créer un accompagnement spécifique lors de la prise de fonction des cadres ou des Faisant Fonction.

5.2 Revoir les conditions d'exercice du Faisant Fonction.

5.3 Revoir les modalités des gardes des cadres soignants.

5.4 Engager une action spécifique relative au recrutement des cadres.

6 > Qualité de vie des médecins au travail

Concernant le volet « *personnel médical* », un chapitre sur la qualité de vie des médecins au travail a été décliné afin de prendre en compte l'évolution logique de l'appréhension des médecins hospitaliers vis-à-vis de leur exercice.

Il se découpe en plusieurs actions :

6.1 Organiser le suivi de la gestion du temps de travail médical.

6.2 Mettre en place un dispositif d'accueil des praticiens hospitaliers.

6.3 Insérer dans le livret d'accueil un volet « prévention et médecine du travail ».

6.4 Mettre en place des mesures d'attractivité pour les médecins nouveaux arrivants.

6.5 Répondre aux préoccupations liées à la féminisation de la profession de médecin.

6.6 Favoriser le covoiturage par la création d'un espace Intranet.

6.7 Améliorer les conditions d'accueil des internes.



POLITIQUE FINANCIÈRE ET PROJETS OPÉRATIONNELS



Axe 1 - Poursuivre les engagements en cours

Axe 2 - Préserver l'équilibre budgétaire et financier

Axe 3 - Renforcer le dialogue de gestion et la contractualisation

Axe 4 - Améliorer la trajectoire du parcours patient

INTRODUCTION :

Le projet de gestion financière 2016-2020 s'inscrit dans un contexte externe et interne très différent de celui du projet 2011-2015, mais il en reprend les constats et priorités.

En 2011, l'établissement prenait acte d'un déficit qui traduisait l'importance des travaux entrepris par rapport aux recettes d'activité médicale.

Il se proposait de remédier à celui-ci par le développement des alternatives à l'hospitalisation

complète, le retour à l'équilibre, la redéfinition de la dynamique d'investissement, l'amélioration de la qualité de la facturation et l'accompagnement et le contrôle des dépenses.

Cinq ans plus tard, ces propositions ont été partiellement mises en œuvre. Celles qui n'ont pas pu être achevées restent pertinentes, mais doivent être réactualisées au regard des impératifs économiques actuels de l'établissement et de son nouveau projet.

LE CONTEXTE D'ELABORATION DU PROJET DE GESTION FINANCIERE 2016-2020

1• Le plan triennal 2015-2017 :

Le plan triennal a pour vocation de concilier efficacité économique et prise en charge adéquate et de qualité.

Concernant les établissements publics, il doit se traduire par une transformation de l'offre de soins nécessaire pour répondre à l'évolution des besoins de santé et aux attentes de la population, aux évolutions technologiques et thérapeutiques, tout en prévoyant des mesures d'efficacité et d'organisation interne.

Malgré les indicateurs de performance satisfaisants au niveau des blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire, l'établissement entend s'adapter aux meilleurs standards d'efficacité en matière de capacités d'hospitalisation.

Le nouveau projet médical de l'établissement s'inscrit dans l'objectif d'anticipation des pratiques de soins et de nouvelles organisations, en développant plusieurs sujets tant sur la trajectoire du patient que sur les capacités en lits. Ces projets sont retenus par l'ARS de Picardie dans la feuille de route 2015/2017 de l'établissement :

- réorganisation du pôle de chirurgie,
- réorganisation des règles de fonctionnement des blocs et de programmation du patient,
- actualisation des capacités officielles du pôle « Femme, Mère, Enfant »,
- accompagnement du patient psychiatrique,
- identification du parcours patient pour le séjour gériatrique,
- développement de la médecine ambulatoire.

2• La certification des comptes :

La loi « *Hôpital, Patients, Santé, Territoire - HPST* » du 21 juillet 2009 fait obligation aux établissements publics de santé de procéder à la certification des comptes en 2014 au plus tard ; c'est-à-dire prouver la régularité et la sincérité des comptes pour donner une image fidèle et justifier de l'emploi des fonds publics.

C'est dans ce contexte réglementaire que le centre hospitalier de ST-QUENTIN s'inscrit dans cette démarche et fait partie des 31 établissements certifiables de la vague 1 sur les comptes 2014.

Cette démarche de certification s'est traduite également par la nomination d'un commissaire aux comptes par le conseil de surveillance du 25 juin 2014 pour une durée de six exercices.

Les comptes de l'exercice 2014 ont été certifiés avec deux réserves : l'une porte sur les immobilisations et l'autre sur les durées d'amortissement. Il conviendra de poursuivre les actions entreprises afin de lever ces réserves et obtenir une certification sans réserve.

Cette démarche a permis de faciliter le déploiement du contrôle interne à travers la mise en place d'un comité de pilotage et d'une cellule de contrôle interne, qui repose sur trois grands leviers : la formalisation, la traçabilité et la documentation. Ces leviers sont à renforcer afin de rendre le contrôle interne robuste et pérenne.

“ Poursuivre les engagements en cours ”

Axe n°1

1 > La certification des comptes

1.1 Faire le rapprochement d'inventaire physique et comptable des immobilisations corporelles :

- a. Détermination de la stratégie d'approche (par lots ou par composant)
- b. Recensement de l'ensemble des biens
- c. Formalisation de la procédure des inventaires physiques

1.2 Harmoniser les durées d'amortissement des immobilisations :

- a. Analyse de l'impact du changement des durées pour les bâtiments
- b. Correction d'écriture comptable

1.3 Déterminer une méthode de comptabilisation des créances irrécouvrables :

- a. Identification et séparation par type de débiteurs
- b. Description de la méthode

1.4 Développer et renforcer le contrôle interne :

- a. Finalisation de l'ensemble des procédures
- b. Amélioration des outils du contrôle interne (cartographies, organigramme fonctionnel, plans d'action...).
- c. Création d'une base documentaire pour les pièces à fournir et le suivi des plans d'action
- d. Transfert des compétences auprès de chaque référent de cycle
- e. Renforcement de la matrice d'habilitation et formalisation d'une procédure de gestion des changements au niveau des applications du système d'information



2

La facturation individuelle des actes et consultations externes

Elle correspond à la facturation au fil de l'eau (*FIDES*), au contrôle de chaque titre par l'Assurance Maladie avant paiement et au rejet de toutes factures non conformes.

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN est passé à la facturation au fil de l'eau des actes de consultations externes le 1^{er} avril 2015. Il a fait l'objet d'un accompagnement par l'équipe du Pôle Etablissements de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme.

2.1 Renforcer la FIDES des actes de consultations :

- a. Amélioration et fiabilisation de la gestion administrative et médicalisée des patients afin d'optimiser la facturation.
- b. Finalisation du paramétrage au regard des différents rejets réceptionnés
- c. Mise en place d'une procédure sur la gestion des dossiers externes (saisie des actes, parcours de soins)
- d. Suivi des rejets, analyse et corrections nécessaires

2.2 Anticiper et préparer la FIDES séjours :

- a. Collaboration étroite avec le DIM, la DSIO et la DSI
- b. Efficacité et fiabilité du système d'information
- c. Formation des agents

2.3 Développer le projet ROC : Dématérialisation de la facturation des organismes complémentaires :

- a. Ecriture d'une convention tiers-payant propre au centre hospitalier de ST-QUENTIN
- b. Préparation de la phase test et du passage en production

3

Convention partenariat ordonnateur comptable

La convention a été signée en mai 2015 entre le centre hospitalier de ST-QUENTIN, la Direction Départementale des Finances Publiques et le Centre des Finances Publiques pour la période 2015-2017. Les actions prioritaires à suivre sont les suivantes :

3.1 Amplifier les échanges entre l'ordonnateur et comptable :

- a. Dématérialisation des mandats et bordereaux, adhésion au PESV2

3.2 Optimiser la chaîne des recettes :

- a. Exécution rapide et adaptée des poursuites
- b. Encaissement en ligne via le portail TIPI

3.3 Optimiser la chaîne des dépenses :

- a. Mise en place du contrôle allégé en partenariat d'une chaîne de dépense



“Préserver l'équilibre budgétaire et financier”

Axe n°2

1

Avec la maîtrise des dépenses d'exploitation et l'optimisation des recettes

1.1 Atteindre les objectifs fixés par le Plan triennal et consolidés par le dialogue de gestion du 20 mai 2015 :

- a. Une maîtrise de l'évolution des dépenses de titre 1 pour assurer une cohérence entre l'activité et les moyens nécessaires
- b. Une optimisation des achats avec le programme PHARE
- c. Une amélioration de la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix

1.2 Harmoniser les durées d'amortissement des immobilisations :

- a. Optimiser les charges liées aux emprunts
- b. Définir les méthodes de comptabilisation des provisions

1.3 Déterminer une méthode de comptabilisation des créances irrécouvrables :

L'amélioration de la recette d'exploitation est étroitement corrélée à la mise en œuvre du projet médical d'établissement, mais également à la mise en œuvre du projet médical du territoire qui contribue au développement et au rééquilibrage de l'offre de soins.

- a. Suivi de l'évolution de l'activité par la fixation d'objectifs et la tenue des tableaux de bords.
- b. Amélioration et renforcement de la chaîne de facturation
- c. Maîtrise de l'exhaustivité des recettes
- d. Amélioration du codage des activités en lien avec le DIM
- e. Renforcement de l'identito-vigilance
- f. Prévisions et suivi des recettes diverses

2

Une redéfinition de la dynamique d'investissement

Pour la période 2011-2015, un travail important a été fait sur le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).

Aujourd'hui, le centre hospitalier de ST-QUENTIN se fixe un volume d'investissement à 12 millions d'€ par an contrairement à 20 millions d'€ les années précédentes. Le PPI se structure autour des opérations stratégiques qui comprennent le projet médical et des opérations courantes qui comprennent l'amélioration des conditions de travail, l'application des normes règlementaires, les renouvellements...

Le travail réalisé doit se consolider au travers des actions suivantes :

2.1 Améliorer les outils de pilotage du PPI :

- a. Tableaux de bord
- b. Fiches opérations
- c. Mode opératoire
- d. Calendrier

2.2 Mettre en place une étude médico-économique pour mesurer l'impact et la rentabilité de l'opération à engager afin de mieux accompagner la mise en œuvre des investissements du projet médical :

- a. Dégager des gains de productivités reconductibles.

3

Un meilleur pilotage de la dette et de la trésorerie

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN est soumis au décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Les indicateurs financiers soumis à ce décret sont les suivants :

- Ratio d'indépendance financière < 50 % : le centre hospitalier de ST-QUENTIN se situe à 65,75 %
- La durée apparente de la dette < 10 ans : le centre hospitalier de ST-QUENTIN se situe à 10,61 ans
- L'encours de la dette < à 30 % : le centre hospitalier de ST-QUENTIN est à 62,07 %.

La dette a été optimisée en 2014 suite à un réaménagement de l'emprunt à risque que possédait l'établissement.

3.1 Poursuivre la politique de désendettement pour atteindre le seuil recommandé par le décret de 2011 :

- a. Maîtrise des équilibres financiers et économiques
- b. Réalisation des marges permettant de réaliser le Programme Pluriannuel d'investissement
- c. Calibrage du programme d'investissement

3.2 Assurer une gestion optimisée de la trésorerie :

- a. Modération du recours à la ligne de trésorerie
 - b. Maîtrise des délais de paiement des fournisseurs
 - c. Garantie de l'efficacité des procédures de recouvrement (facturation rapide, qualité des informations, limitations des admissions en non-valeur).
- La convention de partenariat avec la trésorerie devrait favoriser la conduite de ces actions.



“ Renforcer le dialogue de gestion et la contractualisation ”

Axe n°3

1

Un partage de l'information stratégique

1.1 Optimiser la communication des tableaux de bord et de la comptabilité analytique

1.2 Intégrer la notion d'efficacité

1.3 Consolider la comptabilité analytique :

- a. Participation au groupe de travail national de la « Base d'Angers »
- b. Poursuite de l'optimisation de la fiabilisation des informations contenues dans les outils de la comptabilité analytique

1.4 Renforcer l'expertise des études médico-économiques :

- a. Formalisation de la méthodologie et de la gestion des demandes
- b. Optimisation de la fiabilisation des informations

1.5 Renforcer les contrats de pôle :

- a. Participation à l'évolution des contrats de pôle au regard du nouveau projet médical
- b. Poursuite du dialogue de gestion intra et extra pôles



“ Améliorer la trajectoire du parcours patient ”

Axe n°4

1

Réorganisation des consultations externes et évolution du guichet unique

1.1 Optimiser les encaissements en régie :

- a. Mise en place d'une régie avec possibilité de paiement par la carte bancaire

1.2 Renforcer les dossiers de consultations

- a. A l'image des pré-admissions pour les hospitalisations, mise en place de dossiers de pré-consultations.
- b. Mise en place de bornes interactives pour la saisie des dossiers des consultants.

1.3 Développer le guichet unique

- a. Décentralisation d'une partie de l'accueil administratif au niveau des plateaux de consultations.
- b. Travail en partenariat avec le groupe « *parcours patient* ».

2

Améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité

2.1 Identifier clairement la PASS au sein du centre hospitalier de ST-QUENTIN :

- a. Création d'une affiche informative sur la PASS, création des dépliants à mettre à disposition des patients dans les services clés (urgences, maternité, admissions)

2.2 Organiser l'intervention du service social au plus tôt dans la prise en charge du patient afin d'optimiser le parcours patient :

a. Le SAU est un moyen de repérage des personnes en difficulté sociale : il s'agira donc pour le service social de réinvestir les urgences et plus particulièrement l'UHCD.

2.3 S'inscrire dans une dynamique de réseau gérontologique :

a. En collaboration avec la MAIA et la filière gérontologique hospitalière, mutualiser les compétences pour travailler plus en amont et éviter des hospitalisations via le SAU

2.4 Renforcer la commission d'admission de l'EHPAD :

a. Participation du service social aux commissions EHPAD afin d'analyser et prévoir les prises en charges au titre de l'aide sociale et ainsi prévenir les risques de contentieux alimentaire.



PROJET DU D.I.M



Axe 1 - Développement de la coopération entre le DIM et ses partenaires

Axe 2 - Mise en œuvre et suivi des outils métiers

Axe 3 - Déploiement d'une interaction entre les partenaires du GHT

Axe 4 - Renforcement des ressources humaines du DIM

INTRODUCTION :

Carrefour médico-administratif, le DIM a pour mission de recueillir et de valoriser au mieux l'activité réalisée par l'établissement.

Pour ce faire, l'équipe du DIM s'est considérablement étoffée avec le recrutement de trois Techniciennes d'Information Médicale et d'un médecin DIM.

En parallèle, le DIM a pu bénéficier de l'acquisition de logiciels métiers spécifiques d'analyse et de pilotage médico-économique qui ont enrichi le dialogue avec les différents acteurs institutionnels (Direction, chefs de pôle, chefs de service, contrôle de gestion...) et amélioré les contrôles qualité des données médico-administratives.

Ce renforcement humain et technique a ainsi permis d'élargir le potentiel d'actions en termes d'organisation du circuit de l'information médicale et d'optimisation de la qualité des données.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la certification des comptes a permis de remettre en perspective l'organisation du DIM, aboutissant à une réorganisation de l'équipe et des tâches attribuées à chacun, ainsi que les interactions entre le DIM et les partenaires incontournables de l'établissement (bureau des entrées, contrôle de gestion, pharmacie, services cliniques...).

De même, la démarche de changement de DPI, impactant l'ensemble de la chaîne de l'information médicale, permet une remise à plat et une amélioration des circuits de l'information, dédiée ou non au PMSI.

Pour autant, dans un contexte d'activité croissante, de modification de la réglementation, en particulier pour le SSR, et de coopération territoriale à maximiser, certains axes doivent être renforcés et font l'objet d'un développement ci-après.



“ Développement de la coopération entre le DIM et ses partenaires ”

Axe n°1

1 >

Renforcement de la coopération TIM / Services cliniques

Depuis le 1er décembre 2014, une technicienne de l'Information Médicale référente par pôle ou service a été mise en place.

Cette nouvelle organisation permet aux TIM d'apporter une réelle expertise sur leur secteur et d'entretenir un dialogue avec les acteurs des services cliniques (secrétaires, médecins, internes...) que ce soit pour l'exhaustivité, les conseils de codage, les requêtes diverses, l'aide ponctuelle qui peut leur être apportée en cas de difficulté de saisie.

2 >

Pérennisation de la coopération DIM / Bureau des Entrées

Les exigences des tutelles s'accroissant, il est nécessaire de maintenir une coopération avec le bureau des entrées pour optimiser la qualité des données administratives (identité, mouvements, actes) et la gestion des périmètres « externe » / « hospitalisation » qui s'entrecroisent de plus en plus.

Cette démarche sera d'autant plus accentuée lors de la mise en place de la FIDES séjours (1er mars 2018).

3 >

Renforcement de la coopération DIM / Contrôle de gestion

A l'instar du dialogue de gestion déjà bien établi entre les pôles et le contrôle de gestion, la coopération DIM/contrôle de gestion pourra apporter un éclairage supplémentaire aux pôles.

4

Mise en place d'une collaboration DIM / Pharmacie

Dans le cadre de la certification des comptes et des miniorations applicables depuis le 1er mars 2015 ([Arrêté du 12 février 2015 fixant le montant forfaitaire et la liste des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale](#)), il apparaît nécessaire de mettre en place une véritable collaboration DIM/pharmacie pour le suivi de la valorisation des Molécules ONéreuses (MON) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) pour les secteurs MCO et SSR.

5

Participation à la vie institutionnelle

Par ses fonctionnalités transversales, la participation du DIM aux groupes de travail d'identitovigilance pourrait permettre des actions d'amélioration dans ce domaine.



“ Mise en oeuvre et suivi des Outils Métiers ”

Axe n°2

1 > Déploiement du volet PMSI du DPI Orbis

Dans le cadre du déploiement du DPI Orbis, l'outil PMSI sera amené à évoluer (*Clinicom vs SIM*) ; ce changement nécessitera une préparation et un paramétrage maximal avant mise en application afin d'éviter les ruptures et pertes de données.

Ce déploiement implique un investissement important de l'équipe du DIM pour sa mise en application et son contrôle, ainsi que l'adhésion maximale des services cliniques.

2 > Développement de l'analyse des données médico-économiques du secteur SSR

Avec la réforme du modèle de financement du secteur SSR prévue en mars 2016, l'utilisation de *DimReport* sur ce champ PMSI sera un atout pour la valorisation de cette activité.



“ Déploiement d'une interaction entre les partenaires du GHT ”

Axe n°3

1 >

Harmonisation des pratiques de codage : mise en place d'ateliers ou de groupes de travail des DIM et TIM de la CHT

Dans le cadre du futur GHT, et sans préjuger des nouvelles organisations de la gestion de l'information médicale qui en découleront, il apparaît opportun de constituer d'ores et déjà une coopération entre les DIM du Territoire de Santé Aisne Nord-Haute Somme en privilégiant certains axes de travail transversaux (exemples : prestations inter-établissements, filières de soins intra-territoire en fonction de certaines pathologies).

Par ailleurs, la certification des comptes impliquant une traçabilité et une procédurisation des contrôles de qualité réalisés par le DIM, les procédures de l'établissement pivot pourraient être déclinées dans les établissements du GHT.

Les moyens techniques de travail à distance pourront également être une solution pour une utilisation efficiente des ressources.

2 >

Renforcement de l'analyse des parts de marché du Centre Hospitalier de ST-QUENTIN dans son territoire et au-delà

L'outil *DimReport Benchmarking* permet une analyse et des hypothèses prospectives pour les activités existantes et à venir. Ces analyses peuvent apporter des éléments d'orientation pour le développement de nouvelles activités, au sein du territoire de santé et en interaction avec les établissements le composant.

“ Renforcement des ressources humaines du DIM ”

Axe n°4

La réalisation du programme de travail du DIM et les nouvelles organisations à mettre en place dans le cadre du GHT impactent la configuration de l'équipe du DIM.

Il est nécessaire de renforcer cette équipe médicale et administrative :

1 > Recrutement d'un 2^{ème} médecin DIM

Dans le cadre de la cessation d'activité de M. le Docteur WATTRAIN au 1^{er} janvier 2016 et dans le cadre de la réforme du modèle de financement du secteur SSR prévue en mars 2016, il apparaît nécessaire de procéder au recrutement d'un 2^{ème} médecin DIM temps plein, lequel, outre le SSR et la psychiatrie, aura en charge une partie du secteur MCO afin d'assurer une continuité de service. Un ancien interne de santé publique serait un profil idéal.

2 > Recrutement d'une 5^{ème} TIM référente en MCO

Actuellement, les effectifs des TIM sont répartis comme suit :

- 1 TIM affecté aux pôles 1 et 6 (UHCD)
- 1 TIM affecté aux pôles 2 et 5 (hors gastro-entérologie et hémodialyse)
- 1 TIM affecté au pôle 3, à l'activité de gastro-entérologie et d'hémodialyse et au pôle 7
- 1 TIM affecté au pôle 4

Le recrutement d'une 5^{ème} TIM pour les secteurs MCO affectée aux pôles 5 et 7 permettrait de :

- Maintenir une TIM par pôle (pôle non éclaté)
- Alléger la charge de l'équipe en place
- Constituer des binômes fonctionnels en cas de congés

3 > Recrutement d'une 2^{ème} TIM référente en SSR et psychiatrie

Au regard de la réforme du secteur SSR prévue en mars 2016, il apparaît nécessaire de procéder au recrutement d'une 2^{ème} TIM temps plein.

4 >

Formation des Internes de Santé Publique

Le service a été agréé comme terrain de stage au 1^{er} novembre 2014 ; cet agrément permettra d'apporter une plus-value au service et d'envisager des recrutements éventuels.



PROJET DU SYSTÈME D'INFORMATION



Axe 1 - Organisation de la direction

Axe 2 - Sécurité SI

Axe 3 - Evolutions Infrastructure

Axe 4 - Développement dossier patient informatisé

Axe 5 - Développement télémedecine

Axe 6 - Gestion économique et financière

Axe 7 - Pilotage

Axe 8 - Mobilité et communications unifiées

Axe 9 - Projets inter-directions

Axe 10 - Groupement Hospitalier de Territoire et Système d'Information

Axe 11 - Dispositif de suivi du projet du système d'information

“ Organisation de la Direction ”

Axe n°1

Le bilan du précédent schéma directeur informatique porte sur 3 points :

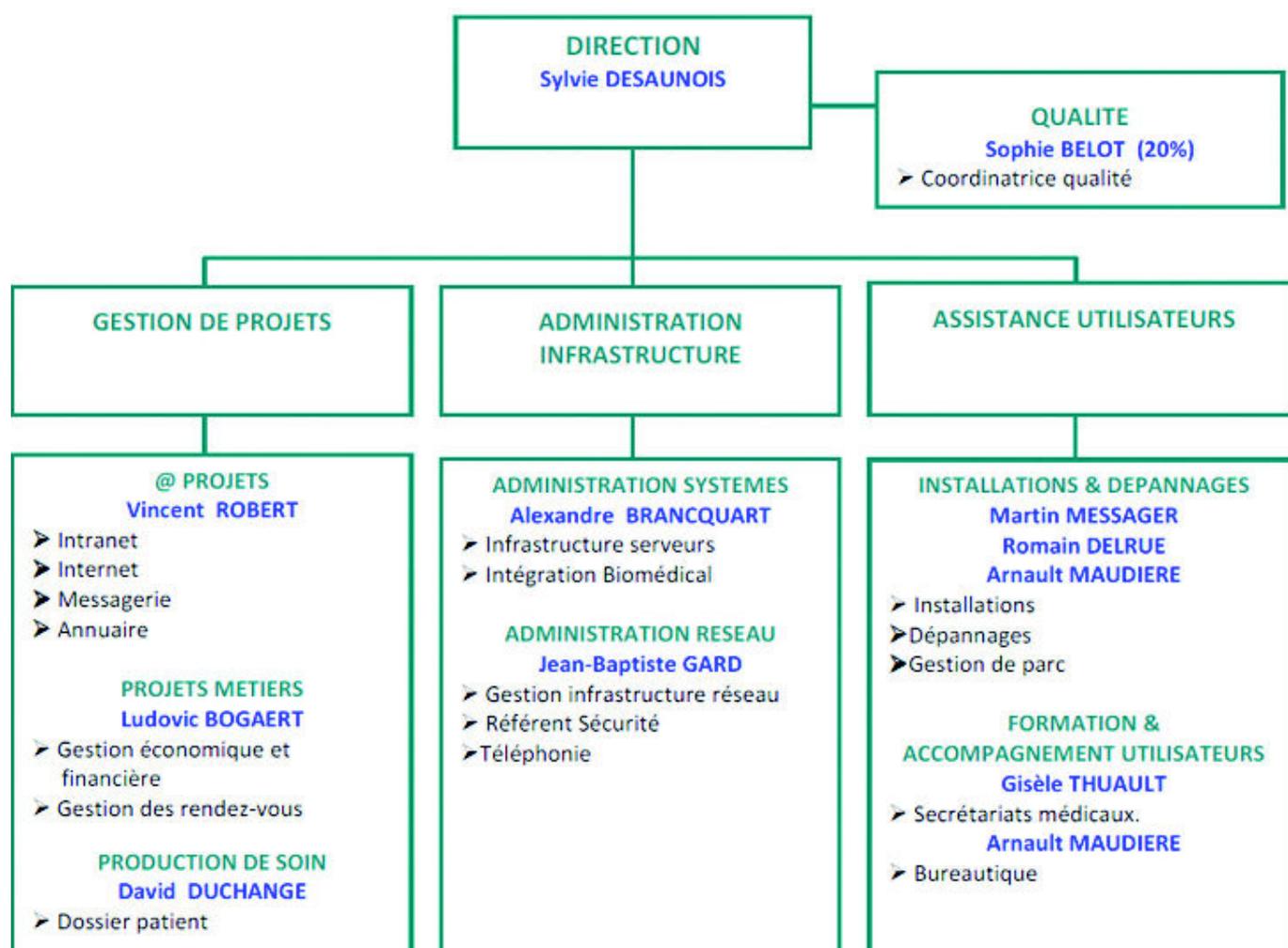
- L'organisation de la direction des systèmes d'information et d'organisation : En 2014 la Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation s'est substituée au service informatique afin d'accompagner plus efficacement la transformation des échanges vers le tout numérique. La gestion de projets « *fonctionnels* » prend le pas en terme de visibilité sur les projets techniques informatiques et pourtant ceux-ci sont essentiels et demandent des compétences pointues.

L'organisation de la direction reflète cet objectif, les missions respectives des différents collaborateurs continuent d'évoluer pour accompagner ce changement et apporter une réponse structurée et conforme aux demandes des utilisateurs et aux exigences en matière de sécurité.

PÔLE 11 : STRATÉGIE, POLITIQUE DE TERRITOIRE

Chef de Pôle
François GAUTHIEZ

DIRECTION DES SYSTEMES D'INFORMATION ET D'ORGANISATION



Afin d'optimiser le fonctionnement du groupe projet en charge du déploiement opérationnel du dossier patient informatisé, 2 cadres et deux secrétaires ont été rattachées à mi-temps à la DSIO pour une durée de 2 ans (09/2014-09/2015)

- **Les Projets** : La plupart des projets inscrits au schéma directeur 2010-2015 (ou initiés lors du précédent projet) ont été instruits (**annexe 1**).

- **Le Financement** : Le montant de l'investissement 2011-2014 est de 1 900 000 euros et le montant de l'exploitation (maintenance et prestations) est de 3 500 000 euros. (Année 2015 non incluse).

Le projet 2016-2020, ayant pour socle le projet médical 2016-2020, s'inscrit dans la continuité du SDSI 2010-2015.

Il verra l'aboutissement de projets initiés lors du précédent projet d'établissement : par exemple, le dossier patient et la refonte de la téléphonie.

Les démarches institutionnelles telles la gestion des

risques et la sécurité sous l'angle SI, maintenant bien assimilées en tant que partie intégrante du système, vont se renforcer.

La création des GHT, les regroupements régionaux le placent définitivement sous le signe de la mobilité, de la mutualisation du partage d'information et de la sécurisation.

Son développement s'opèrera dans un cadre budgétaire contraint requérant un pilotage au plus près sachant que la plupart des organisations et des projets mis en œuvre institutionnellement ou dans un cadre plus large ont une incidence sur le système d'information, la capacité à investir au plus juste sera un des éléments de leur succès. Ainsi, le plan pluriannuel d'investissement 2015-2018 est le suivant :

	Montant Euros TTC	2014	2015	2016	2017	2018
Total Opérations stratégiques	3 780 260	513 799	2 211 391	720 000	180 000	180 000
Total Opérations courantes	1 270 330	599 330	376 648	100 000	100 000	100 000
Total général	5 050 590	1 113 129	2 588 039	820 000	280 000	280 000

L'organisation de la direction se verra très certainement modifiée lors de la constitution du GHT.

Il sera nécessaire d'établir une gouvernance claire du système d'information au sein du GHT Les impacts pour ce qui est des ressources humaines (gestion des compétences, réévaluation des missions, mobilité...) seront inévitables.

L'évaluation de l'apport des référents DPI en fin de premier trimestre 2016 sera l'occasion de déterminer la nécessité de la pérennisation de cette fonction.



“ Sécurité SI ”

Axe n°2

L'informatisation de la prise en charge du patient rend celle-ci vulnérable à tout incident impactant le système d'information. Ce n'est pas l'utilisation des systèmes d'information au sein des établissements de santé qui est en cause, mais les liens possibles entre un incident informatique et son impact sur la sécurité du patient et la qualité de sa prise en charge.

L'enjeu de la politique de sécurité est donc de créer un espace de confiance entre les professionnels et les patients et elle est un levier essentiel de l'amélioration de la qualité des soins.

Le volet sécurité du SI doit être une constante des schémas directeurs du système d'information.

Les objectifs pour la période 2016-2020 :

- Renforcer les mesures déjà mises en œuvre (Procédures dégradées métiers, déclinaison des politiques spécifiques).
- Initier une démarche institutionnelle de formation des utilisateurs.
- Se mettre en capacité de mutualiser des pans du SI avec les acteurs du GHT.

1 > Formations sensibilisation

La formation et l'information sont des leviers essentiels. Communiquer auprès des utilisateurs est une priorité, car les usages qu'ils font du système d'information sont à l'origine de la majorité des incidents de sécurité : *oublier un document sur une imprimante, installer des applications informatiques sans prévenir le responsable des Systèmes d'Information, identifier des erreurs sans faire remonter l'information, considérer que se préparer à faire face à un arrêt temporaire de l'informatique est une perte de temps, utiliser une messagerie non sécurisée pour transmettre (hors de l'établissement) des informations médicales sur un patient.*

Tous ces exemples sont autant de comportements risqués qui peuvent être évités par une action adaptée et régulière d'information.

2 > Renforcer les actions en cours

- Renouveler la certification ISO 9001
- Poursuivre la déclinaison des politiques de sécurité spécifiques
- Faire évoluer le PRA
- Implémenter le PCA
- Mettre en œuvre les tests de déclenchement de PRA
- Etoffer la gestion documentaire

3 > Hébergeur de données de santé

La réglementation en matière de sécurité prévoit que :
« Les établissements de santé tiennent à jour un dossier hospitalier pour chaque patient pris en charge. Ces dossiers sont conservés pendant 20 ans à compter du dernier séjour du patient dans l'établissement. Ils peuvent être conservés au sein de l'établissement de santé ou confiés à un hébergeur agréé. Si l'établissement héberge lui-même les dossiers hospitaliers, il n'a pas besoin d'obtenir un agrément. En revanche, si l'établissement met son système d'hébergement au service

d'autres établissements de santé, il est soumis à la procédure d'agrément. Il en est de même pour les établissements de coopération sanitaire (Groupements de coopération sanitaire, Communautés hospitalières ...) qui mettent à disposition de leurs membres leur système d'hébergement : ils sont soumis à la procédure d'agrément. »

La déclinaison du parcours patient et de la mutualisation des plateaux techniques au sein du GHT conduira concernant le SI à une mise en commun d'applications qui requerront cet agrément.

Celui-ci demandera des évolutions d'infrastructures techniques non négligeables avec en particulier la mise en œuvre d'un miroir applicatif permettant de rendre transparent pour l'utilisateur une indisponibilité de tout ou partie du SI.



“ Évolution infrastructure ”

Axe n°3

1 > Sauvegarde

La refonte régulière du système de sauvegarde est un incontournable pour assurer la sécurité du SI. L'objectif de la sauvegarde est de garantir la pérennité des données en rendant possible la récupération des informations indispensables au fonctionnement opérationnel des SI à la suite d'un incident ou d'un sinistre et de répondre aux demandes de restauration de données.

C'est une fonction essentielle et prioritaire au sein de la DSIO, elle est très fortement impactée et régulièrement remise en question par les évolutions techniques, par les évolutions en matière de qualité de données à sauvegarder, par l'évolution exponentielle des données numériques produites, et par des exigences en matière de délai de remise à disposition de l'information.

Ce projet sera conduit au premier trimestre 2016.

2 > PCA

Il s'agit ici de renforcer les méthodes et techniques permettant d'assurer la continuité de service du système d'information.

Le principe est de disposer d'un système informatique équivalent à celui pour lequel l'indisponibilité doit être limitée. Une des solutions consiste à créer et maintenir un site de secours, contenant un système en ordre de marche capable de prendre le relais du système défaillant.

Les choix technologiques d'implémentation dépendent bien entendu des objectifs institutionnels en matière de gestion des risques des exigences en termes de performance et des contingences financières.

3 > Virtualisation postes de travail

Les technologies de « *Virtual Desktop Initiative* » (VDI), permettent de déployer des architectures de services « *Bureau à distance* » qui offrent aux employés la possibilité de travailler depuis pratiquement n'importe quel PC de l'entreprise et de s'affranchir de la notion de personnalisation du poste de travail physique, tout en conservant un environnement d'applications identiques.

VDI optimise l'utilisation du matériel en permettant d'accéder à plusieurs environnements Windows (développement- test, entreprise-personnel) à partir d'un même appareil client. Il permet également d'inscrire leurs personnels à des « *programmes Bring Your Own Device* », dans lesquels ces derniers utilisent des équipements personnels pour leurs activités personnelles et professionnelles.

Cette évolution dans la conception du poste de travail permettra de répondre efficacement aux besoins de mobilité internes et externes.

Ce changement technique fondamental impactera fortement les modalités internes de maintenance et d'administration des postes de travail et des applications pour la DSIO. Il va de pair avec un renforcement de la capacité de stockage et d'un point de vue de la sécurité est intimement lié aux projets d'évolution de sauvegarde et de PCA.



“Développement dossier patient informatisé”

Axe n°4

Le choix du dossier patient était l'un des axes majeurs du PE précédent, le projet actuel verra sa mise en œuvre dans l'établissement.

Ce dossier stratégique dispose d'une gouvernance institutionnelle spécifique. Le suivi des chantiers et les décisions d'arbitrage font l'objet d'étude en COSUI et en COPIL, l'exécution du marché d'un point de vue juridique et financier est fait en étroite collaboration avec la cellule des marchés qui a en particulier la charge d'émettre les ordres de service.

1 > Déploiement

Le calendrier en [annexe 2](#) reprend la mise en service d'ORBIS au sein du service pilote (MIP) des différents modules composant le dossier patient d'établissement, il est complété par le planning de déploiement de ces mêmes composants appliqué à l'ensemble de l'établissement.

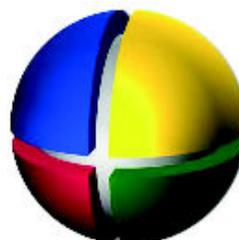
La projection du planning de déploiement au niveau de l'établissement laisse envisager une échéance à fin 2017 (Dossier de soins, dossier médical et prescription multimodale).

Le défi pour ce dossier réside essentiellement dans la capacité à déployer de nouveaux services, en assurer le suivi et la formation tout en paramétrant et implémentant de nouvelles fonctionnalités.

Le dossier patient, point d'articulation de la communication interne et externe des données patients, est un outil en perpétuelle évolution et nécessitera un accompagnement constant après la phase de déploiement. Il s'agit d'un socle commun, d'une boîte à outils qui doit permettre de modéliser coté SI l'ensemble des processus métiers.

2 > Modules complémentaires

Avant l'échéance du marché, il faut se prononcer sur le déploiement de modules complémentaires qui n'ont pas été affermis initialement ; en particulier, l'ensemble Anesthésie/ blocs opératoires.



3 > Archivage

L'archivage électronique du dossier patient, à partir de la numérisation des dossiers papier, est en cours.

L'informatisation du dossier patient bouleverse intégralement la production des données et de ce fait impacte la politique d'archivage de l'établissement.

Il devient maintenant nécessaire de reconfigurer des objectifs précis : les documents à archiver doivent être soit sur supports papier numérisés, soit nativement électroniques générés par des applications informatiques DMP compatibles.

Il faut revoir la politique d'archivage, sa place dans le Système d'information hospitalier et ses liens avec d'autres dispositifs comme la politique de sécurité du système d'information (PSSI).

La refonte de la politique d'archivage sera un thème du projet d'établissement compte tenu de la multiplicité des enjeux de ce processus (Légaux et réglementaires, Stratégiques, Organisationnels et financiers, Techniques, Scientifiques et historiques, Immobiliers).

4 > Imagerie

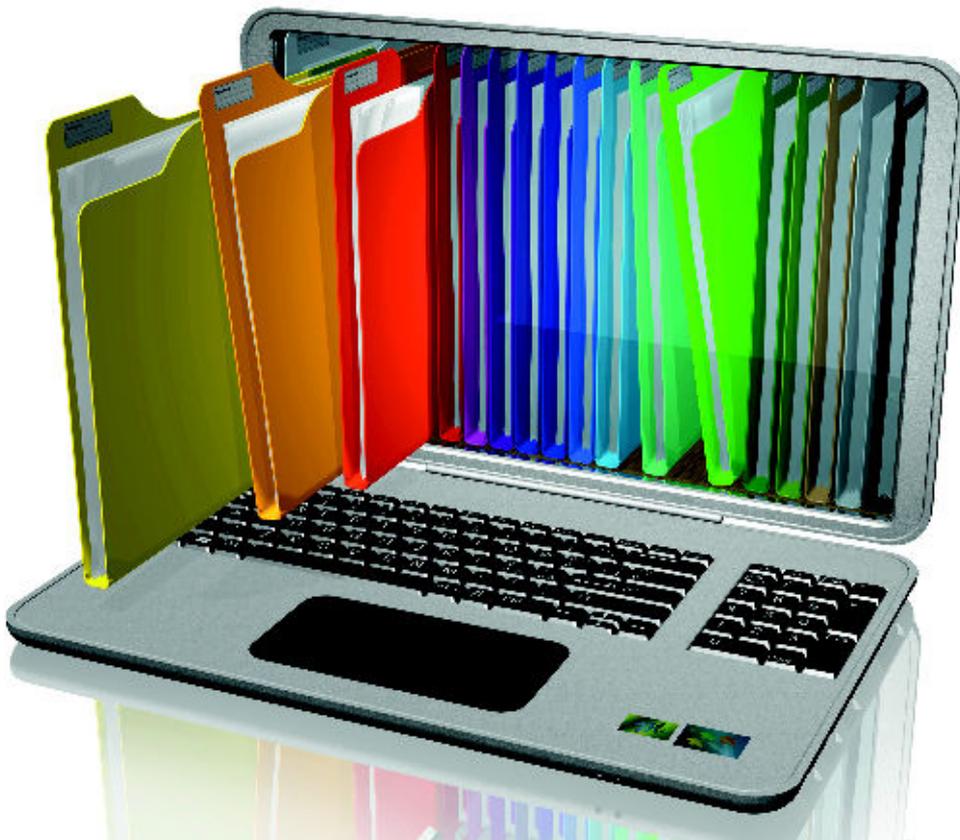
Un des points d'amélioration pour la prise en charge des patients qui a été soulevé de nombreuses fois lors de l'examen des projets médicaux de service est l'accessibilité aux images réalisées dans d'autres centres (en particulier les images issues de la polyclinique et du CHU).

Il conviendra d'initier un groupe de travail médical définissant les besoins et les déclinaisons pratiques de mise en œuvre.

5 > Développer l'usage du PACS en interne

Le PACS est maintenant un outil indispensable pour l'ensemble des praticiens de l'établissement. Il est important de poursuivre l'intégration de nouvelles modalités (à l'instar de ce qui a été fait pour le doppler).

Il sera opportun d'envisager également le déploiement ciblé de stations d'interprétation dans les services (ex : Chirurgie vasculaire).



“Développement télémédecine”

Axe n°5

Le développement des activités de télémédecine a été réalisé sous l'impulsion de l'ARS qui a mandaté le GCS E-santé afin qu'il package des solutions à proposer aux adhérents.

C'est l'axe téléradiologie qui a été développé ces dernières années au sein du territoire de santé. Le centre hospitalier est positionné en tant que centre effecteur dans le cadre de la PDS (convention CH PERONNE, projet en cours avec le CH de CHAUNY) ou de la radiologie conventionnelle (GUISE, ST-GOBAIN). Une solution de télé AVC avec le CH PERONNE a également été implémentée. La mise en œuvre et le suivi de ces projets demande un renforcement de la gouvernance. En effet, il manque des indicateurs de pilotage systématiques permettant aux Directions des établissements de réagir en cas de fluctuation de l'activité, d'évolution du contexte des prises en charge,...

De même que la visioconférence, les transferts d'imagerie, la mise en œuvre de services de télémédecine complémentaires sont des axes du projet médical. Il est possible de citer :

- **Télé dialyse :**

La télé dialyse consiste à la mise en œuvre de systèmes communicants entre un centre « référent » où se trouve l'équipe de médecins néphrologues et une unité satellite où sont localisés les patients et l'équipe paramédicale.

Sur le plan technique, le système de télé dialyse est composé de trois briques qui, utilisées simultanément permettent :

- *la surveillance à distance par visualisation et stockage des paramètres de la séance de dialyse issus des générateurs,*
- *la communication audiovisuelle entre l'équipe de néphrologues, l'équipe soignante et les patients de l'unité télésurveillée,*
- *l'utilisation des applications support nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance : dossier informatisé du patient, télé prescription.*

- **Suivi des plaies et escarres :**

Il s'agit d'une déclinaison personnalisée des activités de Télémédecine (Télé-expertise et Téléconsultation), mettant en relation un professionnel de santé auprès d'un patient atteint de plaies complexes (ne souhaitant pas ou ne pouvant pas se déplacer aisément) et un professionnel de santé expert en suivi des plaies complexes.

Le service permet d'éviter les déplacements de patients souffrant de plaies chroniques en leur donnant la possibilité de bénéficier de télé expertises/ téléconsultations depuis leur lieu de vie (domicile, structure médico-sociale,...), d'assurer le suivi de l'évolution des plaies dans des délais optimisés, ceci grâce à l'utilisation par le personnel soignant d'une tablette tactile auprès du patient (tablette équipée d'un module spécifique simplifié et déporté de l'application) dans le respect du décret de télémédecine.

- **Téléconsultations :**

La téléconsultation pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Le

décret stipule que des psychologues peuvent, eux aussi assister le patient.

Des demandes concrètes commencent à voir le jour par exemple dans le cadre du suivi des traumatisés crâniens, ou dans le cadre de suivi des patients diabétiques.



“Gestion économique et financière”

Axe n°6

Il s'agira pour l'établissement de déployer le logiciel E-MAGH2 en remplacement du logiciel GEFI utilisé depuis 1996. Il doit entrer en production au 1^{er} janvier 2016.

Au travers de ce changement, l'objectif est double :

- Implémenter de nouvelles fonctionnalités (PESV2)
- Permettre aux métiers de se réapproprier l'informatisation de ces domaines fonctionnels, c'est un enjeu primordial notamment pour arriver à se doter d'outils fiables en matière de pilotage de l'activité

E-magh2 couvre les besoins en gestion économique et financière des services suivants : services économiques, magasins, pharmacie, services financiers, services techniques, unités de soins par le biais du module "demande des services".

Le module Collecteur Global d'Activité donne une vision partagée aux différents acteurs de l'hôpital. Il propose une analyse des indicateurs au travers de graphes et tableaux croisés dynamiques permettant une approche selon différents axes (Structure, gestionnaires, débiteurs, comptes,...). Il doit permettre au travers de l'analyse d'indicateurs choisis et d'alertes associées de prendre des décisions en temps réel et d'améliorer les processus Achat (commandes, marchés, liquidations, mandats, stocks, consommations)

1 > Gestion des stocks

1.1 Pharmacie :

Le logiciel COPILOTE a été implémenté en même temps que la solution d'informatisation du circuit du médicament. Dans une première phase, le travail s'est effectué à iso fonctionnalités, c'est-à-dire que COPILOTE s'est substitué au logiciel de pilotage automatique des stockeurs existants et a été intégré dans ces conditions à l'éco système existant (GEFI, ORBIS Image Pharma).

Cette situation est transitoire. COPILOTE pour la pharmacie est amené à évoluer en parallèle du déploiement de E-MAGH2 avec une redéfinition du périmètre fonctionnel, et de la disparition d'image pharma.

A court terme (2016), il a vocation à gérer les DMI, les DMS, les Stupéfiants et la rétrocession et les commandes des services de soins.

A moyen terme, ce logiciel sera le socle permettant le pilotage et la communication avec les automates de dispensation nominative.

1.2 Autres :

La spécificité de COPILOTE est son aptitude à gérer l'ensemble du magasin général ; il remplacera GEFI dans cette fonction.

A l'instar de E-MAGH2, il permettra aux acteurs de se réappropriier la partie SI de leur secteur et ainsi de pouvoir en assurer un pilotage efficace.



Source : « Dématérialisation de la chaîne de la dépense et de la recette » juin 2014 www.sante.gouv.fr

Le nouveau protocole d'échange standard (PES V2) vise la dématérialisation de bout en bout des échanges entre l'ordonnateur – l'hôpital – et son comptable sur l'ensemble des budgets : cela, qu'il s'agisse d'opérations en dépense ou en recette et quelle que soit la nature de l'activité hospitalière concernée (activité de soin, achat, paye...).

Il comporte 2 dispositifs : le protocole « aller » permettant de gérer les pièces justificatives dématérialisées de l'hôpital vers son comptable et un protocole « retour » permettant d'informer l'hôpital des actions menées par son comptable, notamment en matière de recouvrement (actions précontentieuses et contentieuses, avancement des échéanciers).

Concrètement, la généralisation du PES V2 vise :

- à l'enrichissement des données comptables,
- à la dématérialisation des pièces comptables – titres de recette, mandats de dépense et bordereaux journaliers qui les récapitulent – transmises par l'hôpital à son comptable public,
- Un transport des pièces justificatives dématérialisées : factures, marchés publics, états de paie, ...
- Un transport de la signature électronique des bordereaux de dépense et de recette (la signature électronique des flux PES V2 emporte la dématérialisation des bordereaux de titres et de mandats),

Le protocole permettra :

- de générer des gains d'efficacité (simplification et accélération des processus, diminution des coûts de gestion),
- de faciliter les échanges d'information entre l'hôpital et le comptable public par le biais d'un vecteur unique,
- une meilleure qualité comptable, une auditabilité et une traçabilité renforcées (enrichissement des données échangées entre l'hôpital et le comptable public, réduction des risques de rejet, garantie d'exhaustivité des données échangées via le PES, ...)
- de répondre aux problématiques actuelles de développement durable avec l'objectif fort « zéro papier ».

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN a pour obligation réglementaire de rentrer en production PES V2 au 1er janvier 2016. Ce projet est corrélé à la bonne exécution du projet e-magh2.

Parmi les autres projets en cours et à venir dans le domaine de la dématérialisation de la chaîne de recette et de dépense :

- La dématérialisation des factures fournisseurs
- Les titres payables par internet (TIPI)
- L'offre d'archivage électronique des pièces comptables et justificatives ATLAS
- Le dispositif d'édition des Avis de sommes à payer (ASAP)
- L'espace numérique sécurisé unifié (ENSU).



“Mobilité et Communications unifiées”

Axe n°8

1 > Téléphonie

La transformation du système de téléphonie a débuté en 2015. Les évolutions techniques ont été implémentées (transformation de l'autocommutateur analogique en autocommutateur numérique, sécurisation des locaux téléphonie, révision des lignes France Télécom, refonte de la couverture DECT, changement des terminaux DECT).

Les objectifs pour les années à venir sont de travailler sur les usages et de moderniser, faciliter, les échanges avec les partenaires et les patients. Quelques chantiers :

- Fédération des annuaires avec les partenaires
- Téléphonie intégrée au poste de travail (ordinateur) individuel.
- Service sur les DECT (brancardiers, sécurité...)
- Usages des smartphones

Le projet de mise en œuvre d'un centre de contacts débutera en même temps que la gestion des consultations externes telle que prévue dans le projet médical. L'objectif est de faciliter l'accès des patients à la prise de rendez-vous, de permettre aux secrétaires de gérer les appels pour permettre une meilleure organisation. (Voir schéma page 118).

2 > Visio

Hors du champ particulier de la télémedecine, la **visioconférence** fait partie intégrante de la vie de l'hôpital, la communication à distance devient une solution de plus en plus adoptée dans un souci de rapidité et d'économie.

Il s'agit de permettre aux utilisateurs d'organiser des réunions de travail, des conférences, formations ou autres réunions à distance.

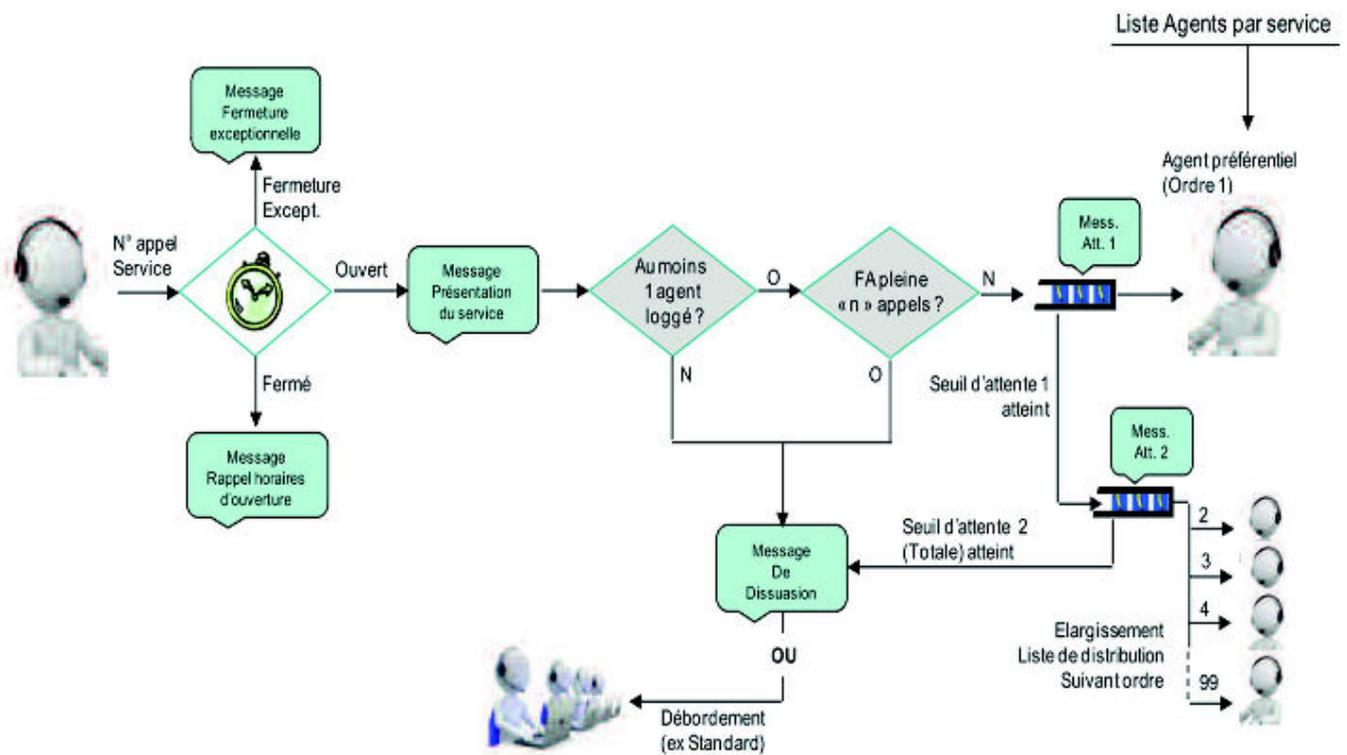
Dans le cadre du projet de refonte de la téléphonie, l'outil « Skype for business » va permettre de développer une politique d'équipement visio des salles de réunions et également d'initier une visio depuis n'importe quel poste de travail ou smartphone.

Il s'agit là comme pour le versant téléphonie de travailler sur les usages professionnels.

3 > Mobilité

Depuis quelques années, ce sont les outils de mobilité des consommateurs qui font bouger les lignes de la mobilité d'entreprise.

L'enjeu actuel est de déployer les technologies mobiles auprès de tous les acteurs. L'appropriation des outils de mobilité par tous doit permettre, *in fine*, une meilleure maîtrise des coûts, l'optimisation des processus métier, une meilleure agilité.



“ Projets inter directions ”

Axe n°9

1 > Formations E-learning

La formation est l'une des clés de la qualité dans l'appropriation des outils informatiques.

Il faut initier des partenariats de proposition de services aux utilisateurs en lien avec la DRH afin de démultiplier les moyens et de faire en sorte que l'informatisation exponentielle des processus se fasse en accompagnement.

En parallèle des moyens traditionnels, des scénarios de e-learning seront testés dans un premier temps sur les outils bureautiques. L'objectif est que l'établissement maîtrise à terme la production de ces supports numériques et étende leur utilisation à un maximum de logiciels.

2 > Annuaire

D'un point de vue très généraliste, l'accès aux données et la gestion des utilisateurs se font au travers d'un annuaire qui permet de représenter et de stocker les éléments constitutifs du réseau (les ressources informatiques (applications, fichiers) mais également les utilisateurs) sous formes d'objets. Les objets sont organisés hiérarchiquement selon un schéma définissant les attributs et l'organisation des objets (parmi ces attributs le nom de l'utilisateur, le service, la fonction...).

Le service d'annuaire permet de mettre ces informations à disposition des utilisateurs, des administrateurs et des applications selon les droits d'accès qui leur sont accordés.

Cet annuaire est la porte d'entrée vers le SI, il est nécessaire qu'il soit le reflet le plus proche de la réalité quant aux attributs des objets et ce en temps réel.

Deux axes de travail principaux se dégagent :

- Faire en sorte que les mutations de service, les changements de statut et d'affectation soient gérés au plus près, quelle que soit la catégorie de personnel : 1^{er} trimestre 2016, constitution d'un groupe de travail : DRH, BAM, DSI, DSIO
- Faire en sorte que la structure définie pour l'établissement facilite l'informatisation des processus : constitution d'un groupe de travail DAHL, DAFIC, DSIO, DRH

3

Biomédical

Les dispositifs biomédicaux sont présents dans une majorité des processus de prise en charge patient. L'arrivée sur le marché des « objets connectés », la nécessité

de mettre à disposition des professionnels les résultats des examens, en résumé la convergence nécessaire des données numérisées vers le dossier patient obligent à accélérer le mouvement de transformation des relations de collaboration. Pour ce faire, il faut mieux organiser :

- la gestion d'interventions frontières,
- la politique d'achats et d'investissement,
- la politique de maintenance,
- la conduite de projet,
- le tronc commun de formation,
- la convergence des outils informatiques et des DM.



“ Groupement Hospitalier de Territoire et Système d'Information ”

Axe n°10

Le projet de loi de modernisation du système de santé prévoit des dispositions qui impacteront fortement voire bouleverseront les Systèmes d'Information des établissements. La création des GHT, en particulier, va demander de repenser la politique territoriale en matière de gestion de SI :

Extrait du rapport intermédiaire de Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU- Mai 2015 à Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, dans le cadre de la mission qu'elle leur a confiée sur la mise en place de groupements hospitaliers de territoire :

« La gestion d'un système d'information constitue un levier central de réussite du GHT en appui à sa stratégie médicale. ... Dans la perspective de la constitution de GHT assis sur un projet médical partagé, la gestion d'un système d'information convergent permettra d'améliorer l'accès aux informations par les professionnels, la sécurité des soins et la mutualisation d'activités. Il paraît en effet illusoire de croire que le projet médical partagé pourra être mis en œuvre si l'on ne dote pas les professionnels de santé d'outils de travail homogènes. ... Il n'est pas possible, ni souhaitable dans le contexte de contrainte budgétaire, de remplacer l'ensemble du parc logiciel immédiatement. Il s'agira plutôt d'avoir une cible convergente de l'ensemble des établissements du GHT pour pouvoir, à terme, travailler sur les mêmes outils, quel que soit le lieu d'exercice dans le GHT... Le terme de système d'information convergent a été substitué au terme de système d'information unique dans la loi, afin de mieux correspondre à la démarche progressive d'homogénéisation des systèmes ...

1 > Coopérations

Alors que les GHT ne sont pas encore une réalité, les projets de coopération utilisateurs du SI se multiplient. Pour le territoire Aisne Nord - Haute Somme, ils sont d'ores et déjà initiés pour les secteurs de la biologie et la gestion des chimiothérapies.

A défaut d'avoir un cadre de gestion règlementaire, il conviendra de répondre avec les outils techniques et juridiques existants, mais en gardant à l'esprit l'objectif GHT.

La construction du projet médical initiateur de coopérations territoriales est très liée à l'organisation de l'offre de santé locale ; les situations étant très diverses, il paraît difficile d'imaginer une modélisation pouvant servir de référence.

Trois grandes typologies de coopération peuvent être distinguées : la mise en place d'une structure dédiée (GCS ...) qui assurera l'activité au profit de tous les membres de la coopération, le partage d'une activité entre plusieurs partenaires, chacun conservant une partie de l'activité au profit des autres partenaires (activité répartie sans création d'une entité juridique dédiée), la concentration d'une activité chez un seul des partenaires au profit de l'ensemble.

Structure dédiée	Partage de l'activité	Concentration de l'activité
Création d'un SI de gestion propre à la structure nouvelle	Pas de création de SI de gestion	Pas de création de SI de gestion
1 SI de production	2 (ou plus) SI de production	1 SI de production
1 interface technique imposée par la structure dédiée	2 (ou plus) interfaces techniques qui peuvent différer	1 interface technique imposée par le partenaire assurant l'activité
Relation 1 à n : ▶ 1 SI de production ▶ n SI de membres	Relation n à n : ▶ 2 (ou plus) SI de production ▶ n SI de partenaires	Relation 1 à n : ▶ 1 SI de production ▶ n SI de partenaires

La mise en place d'une coopération est l'occasion de s'interroger sur les pratiques ou les organisations pour les optimiser. A ce titre, le SI, support des organisations, est un des volets de la coopération à aborder de façon complète, dès que les objectifs opérationnels de la coopération sont validés.

Traiter le volet SI à la fin du projet de définition de la coopération, ou le sous-estimer, fait peser des risques majeurs sur l'efficacité de la coopération, la prise en charge des patients et la satisfaction des professionnels, voire sur la capacité de conduire la coopération dans le délai convenu.

La mise en œuvre d'un SI de coopération suppose que les processus transversaux, prérequis d'Hôpital numérique fassent l'objet d'une analyse : la gestion des identités et de mouvements des patients (analyse des risques dans le cadre de l'identito-vigilance), la gestion de la confidentialité, la gestion de la fiabilité et de la disponibilité du SI.

Toute thématique de coopération concernant la prise en charge de patients nécessite une étude approfondie des deux premiers items. La coopération faisant intervenir des acteurs différents, elle introduit des risques potentiels de ruptures dans le transfert de l'information. La définition d'une organisation prenant en charge la gestion des risques avec les procédures associées doit être établie.

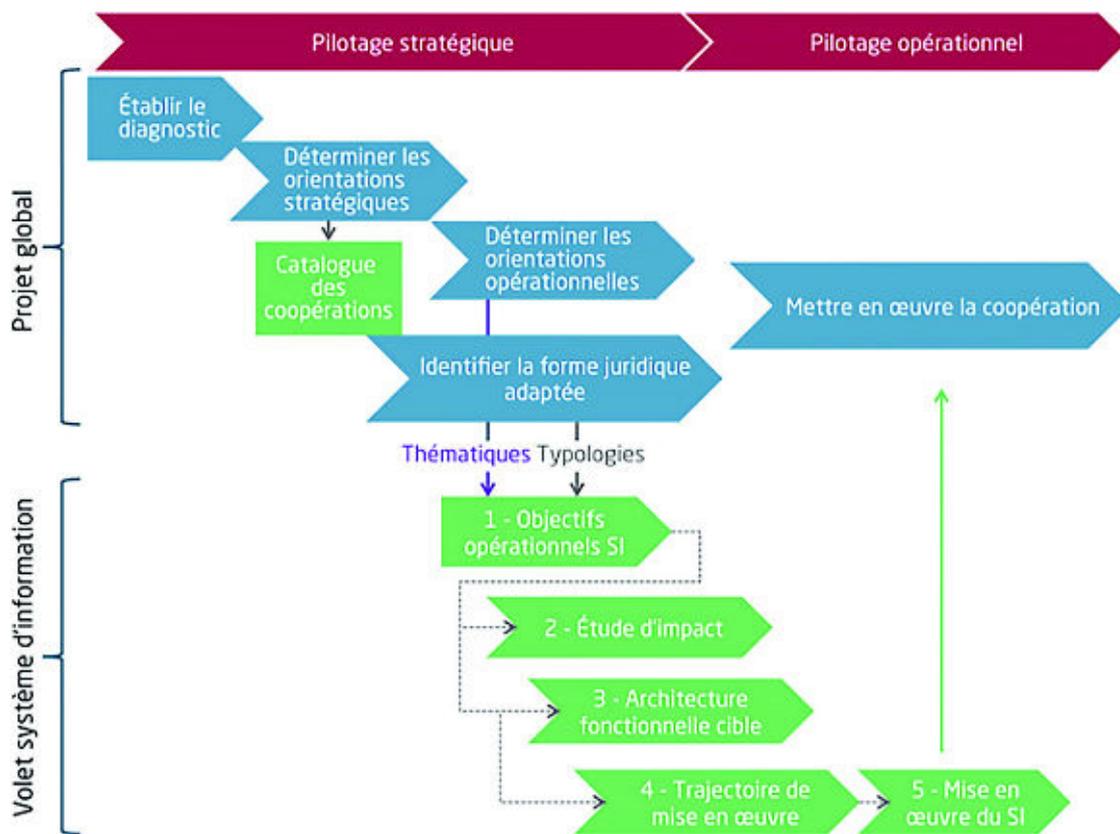
Le SI de la coopération introduisant de facto la communication vers l'extérieur de la structure nécessite de respecter les contingences réglementaires et en particulier le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information défini par l'ASIP Santé.

Ce cadre spécifie les standards et les conditions d'implémentation de ces standards dans les situations de partage ou d'échange d'informations de santé. La politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) exprime des exigences générales de sécurité et des principes de mise en œuvre. Elle fixe des objectifs globaux pérennes, précise la nécessité d'être en conformité avec le décret hôte pour les données de santé à caractère personnel lorsque cela est nécessaire.

Ce cadre suppose en particulier la mise en place de procédures communes de gestion de la sécurité et la mise en place des moyens techniques associés, la mise en place de plans de reprise d'activité (PRA) et de continuité d'activité (PCA) entre les membres de la coopération, la définition et les tests de procédures dégradées en cas d'arrêt du SI.

Il ne faut pas oublier, dans les contingences organisationnelles, la capacité de chacun des services informatiques des structures en place et les mutualisations de ressources qui peuvent se dégager dans la mise en œuvre du SI de la coopération.

Articulation du projet SI vis-à-vis du projet global de coopération territoriale



2 > GHT

Un SIH comprend 5 grands domaines fonctionnels, plus d'une vingtaine de briques fonctionnelles et plus d'une centaine de fonctions et des milliers de fonctionnalités. La mise en œuvre d'un SIH unique sera donc progressive et un accompagnement (méthodologique, humain et financier) est à prévoir.

A partir de l'adhésion à un GHT, deux étapes peuvent être imaginées avec une évaluation de la trajectoire d'efficacité à un horizon de temps de 5 ans :

Planning prévisionnel de mise en œuvre :

- Les établissements doivent signer leur GHT au 31/12/2015.
- Deux ans pour définir et valider un Schéma Directeur du Système d'Information unique (31/12/2017).
- Trois ans pour le mettre en œuvre (31/12/2020).

Trois activités seront obligatoirement transférées au G.H.T. (établissement support désigné) :

- La gestion d'un système d'information hospitalier commun et unique et d'un département de l'information médicale unique,
- La politique d'achats,
- La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

Les SIH sont considérés comme une fonction transverse obligatoire et constituent une des premières briques du groupement. Ils sont un levier central de réussite d'un G.H.T. en appui à sa stratégie médicale.

- **Etape 1** : structurer une « DSIO commune » : cette étape consiste à organiser un partage des moyens et des ressources, définir un Schéma Directeur des Systèmes d'Information commun (SDSI) à partir de la stratégie médicale commune, le décliner en plan d'actions et initier des premiers projets opérationnels.

- **Etape 2** : mettre en place un système d'information unique.

Deux grands axes de mise en œuvre sont identifiés en fonction de ces deux étapes :

Axe 1 : Partage des moyens et des ressources par la mise en place d'une DSIO commune, acquisition et maintenance commune (partage d'infrastructures, négociation via l'achat commun...), fonctions et compétences partagées (ex: AMOA, gestion de projet, RSSI, ...), amélioration de la qualité de service (élargissement de la gamme de service et /ou des horaires) et évolution des fonctions et compétences

Axe 2 : Mutualisation des SIH.



“ Dispositif de Suivi du projet du système d'information ”

Axe n°11

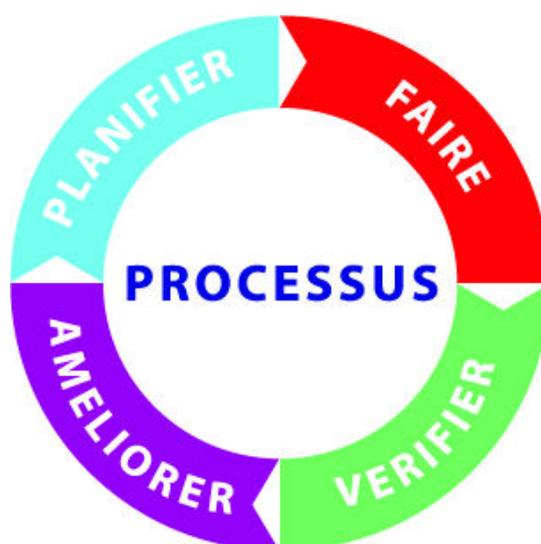
La commission de suivi de SDSI présidée par le directeur général du centre hospitalier de ST-QUENTIN doit être réactivée et sa composition renouvelée pour tenir compte des évolutions.

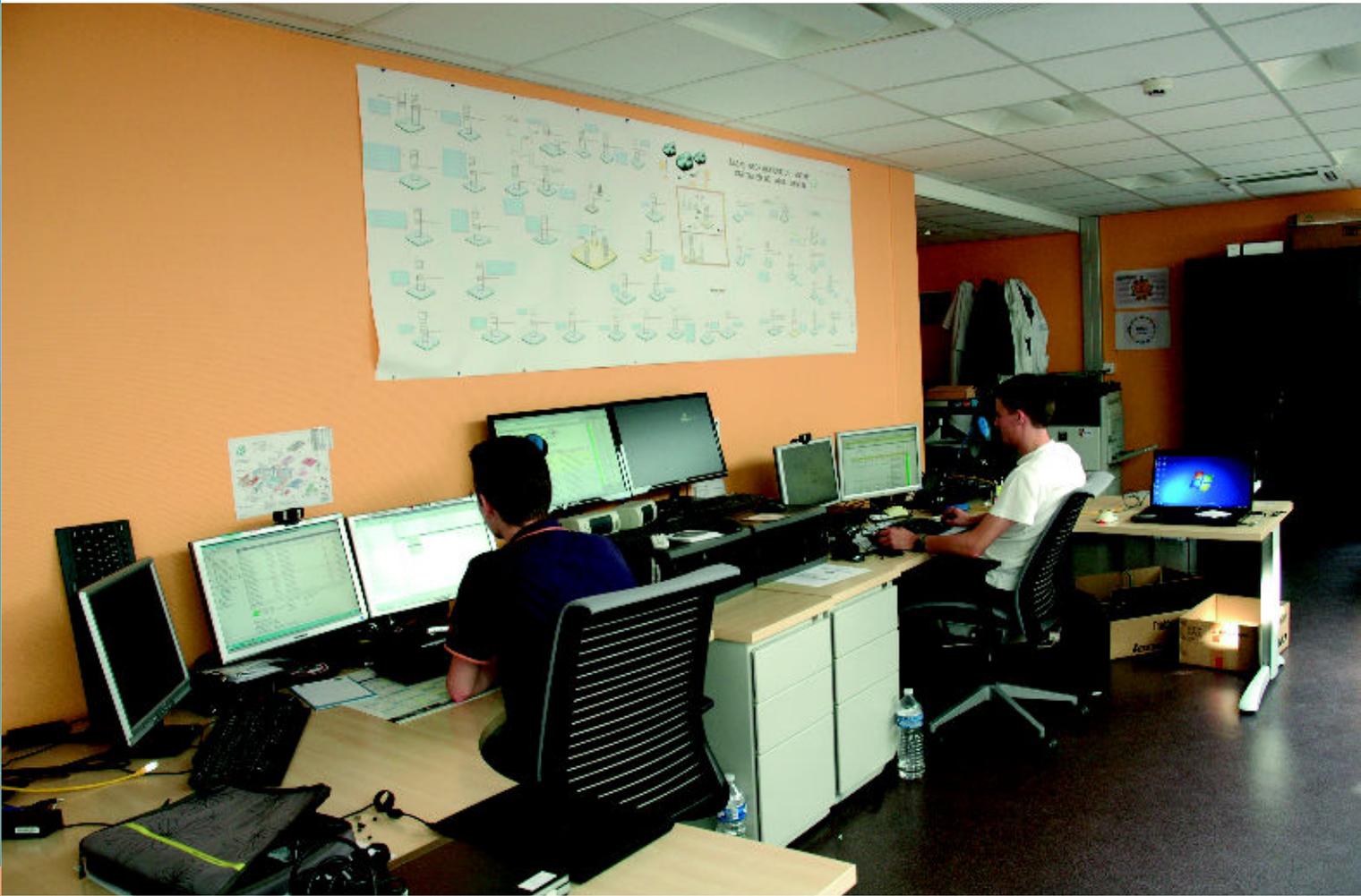
La composition de cette instance est arrêtée comme suit :

- 5 représentants de la CME (dont le médecin DIM)
- représentants de la Commission des Soins Infirmiers
- représentants du CTE

La commission se réunit 2 fois par an pour émettre un avis consultatif sur les évolutions du SIH, avis qui sera transmis au directoire.

Cette commission accueille lors de ses réunions des experts sur invitation du Directeur.





L'optimisation des fonctions logistique et technique pour une meilleure performance économique

3



POLITIQUE ACHATS, HÔTELLERIE, LOGISTIQUE



Axe 1 - Un pilotage budgétaire rigoureux mené en concertation avec tous les partenaires

Axe 2 - L'adaptation permanente et proactive des organisations pour anticiper et accompagner les mutations en cours, dans un contexte budgétaire très contraint

Axe 3 - Le développement d'un management par la qualité

INTRODUCTION :

S'agissant des achats, de l'hôtellerie et de la logistique, la période comprise entre 2011 et 2015 a été notablement marquée par :

- l'adhésion au GCS Uni HA en 2011.
- la participation volontaire, dès 2012, au programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables) engagé par le ministère de la Santé, pour réaliser des gains substantiels sur les achats hospitaliers, qu'il s'agisse des dépenses médicales du titre 2 et des dépenses hôtelières et logistiques du titre 3.
- l'engagement en 2011 du secteur approvisionnement dans la démarche ISO 9001.
- et l'engagement dans la certification des comptes en 2013.

En effet, ces projets majeurs ont eu de nombreux impacts sur l'évolution de ce secteur, que ce soit :

- sur l'évolution des dépenses permettant une meilleure maîtrise budgétaire.
- sur les pratiques professionnelles s'agissant de la professionnalisation des équipes et de leur acclimatation à travailler collectivement en démarche projet.

Les enjeux actuels sont liés à la politique nationale de réduction des dépenses hospitalières – moins 10 milliards d'euros pour l'assurance-maladie, dont 1, 2 milliard au titre des achats hospitaliers, dans le cadre du plan triennal 2015-2017 – qui a placé au deuxième rang les achats comme source importante d'économies.

Cette action s'inscrit dans la continuité de l'application du programme PHARE, et même l'amplifie, puisque dorénavant les gains réalisés sont des gains budgétaires, dûment soustraits des budgets.

Des objectifs chiffrés ont donc été fixés au centre hospitalier de ST-QUENTIN par l'ARS pour les trois années à venir :

- Moins 1, 114 M€ en 2015,
- Moins 1, 277 M€ en 2016,
- Moins 1, 430 M€ en 2017.

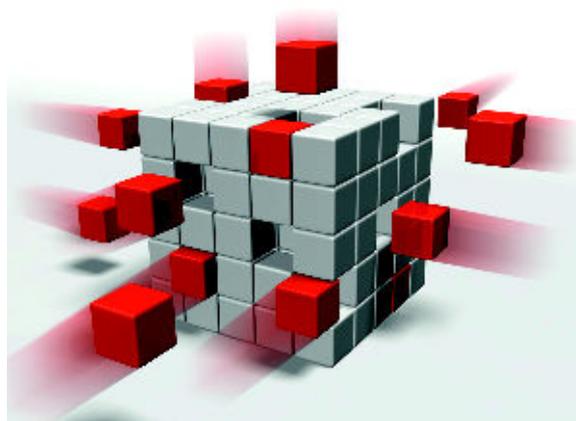
C'est dans ce contexte très contraint qu'a été élaborée la politique « achats-hôtellerie-logistique » pour les cinq années à venir, selon les principes suivants.

Une politique des achats et de la logistique a pour objectif de combiner :

- la satisfaction des clients internes,
- la sécurité juridique,
- et le juste prix.

Pour y parvenir, il est indispensable d'y associer des valeurs qui ont vocation à faire consensus et à encadrer l'activité des différents acteurs, en fil conducteur :

- **Efficienc**e : Les achats et les approvisionnements sont optimisés grâce à la professionnalisation des équipes, la mutualisation des besoins qui présentent des résultats concrets et mesurables.
- **Participation** : Le centre hospitalier encourage l'association des professionnels aux décisions avec le souci permanent de l'efficacité et de la réactivité.
- **Responsabilité** : Le centre hospitalier met en œuvre une politique d'achats attentive aux PME et aux acteurs locaux, et prend en compte le Développement Durable (y compris les critères sociaux).
- **Transparenc**e : Les acheteurs veillent à la traçabilité des actions et à l'objectivation des choix dans la concertation et le dialogue.



“ Un pilotage budgétaire rigoureux mené en concertation avec tous les partenaires ”

Axe n°1

1 > Au sein de la DAHL / Pôle ILT

1.1 Réaliser des dépenses selon des évaluations rigoureuses et modulées en fonction de l'activité des services :

- a. Développement des outils de travail avec le contrôle de gestion de la DAFIC pour pouvoir corrélérer le niveau des dépenses avec l'activité ; élaboration et diffusion de tableaux de bord de suivi des consommations par UF.
- b. Détermination des enveloppes budgétaires au plus près du démarrage de l'exercice concerné.
- c. Développement d'une fonction « *contrôle de gestion* » assurée par le service achats pour un suivi au plus près des dépenses.

1.2 Optimiser les outils de production des fonctions supports :

- a. Réévaluation régulière des coûts de production, définition des unités d'œuvres.
- b. Développement des structures actuelles avec l'optimisation des dépenses et de la recherche de recettes :
 - traitement du linge pour d'autres établissements du futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ou autres organismes.
 - Intégration d'une prise en charge des repas d'un EHPAD.

1.3 Poursuivre les actions PHARE :

- a. Analyse et exploitation de la cartographie des achats (identification des familles de produits pour harmoniser et standardiser les dépenses des titres II et III).
- b. Mise en place d'ateliers de travail selon les pistes définies par la cartographie.
- c. Mise à jour et suivi du Plan d'Action Achats (PAA).

1.4 Renforcer la coordination avec les autres services investisseurs du pôle ILT :

- a. Projet AGISSE (Achats Groupes Intelligents au Service des Soins et de l'Établissement) : le regroupement des secteurs acheteurs (achats + biomédical + techniques + pharmacie + informatique) avec différents objectifs :
 - Développer la transversalité de l'établissement sur les familles d'achats.
 - Accroître la synergie entre les acheteurs.
 - Garantir la satisfaction des clients internes.
 - Raisonner en coût complet.

b. Réflexion sur le développement au sein du centre hospitalier d'un service acheteur centralisé associé à un réseau d'experts (interne et externe).

2 Avec tous ses services clients

2.1 Renforcer le dialogue permanent avec les services :

- a. Lors des périodes de préparation budgétaire (exploitation et investissement).
 - b. Lors des Rapports Infra-Annuels (RIA).
 - c. En amont lors des renouvellements de marché (bilan, évaluation et prospective...).
 - d. Lors des nouvelles demandes d'achats (évaluation financière et harmonisation des références, substitution, juste besoin, etc...).
 - e. Amélioration des cahiers des charges :
- Élaboration avec les services d'une trame détaillant le coût complet lors du lancement du marché ;
 - Promotion des variantes.

2.2 Poursuivre le travail de la délégation de gestion :

- a. Négociation d'enveloppes fermées.
- b. Extension de la délégation de gestion à d'autres catégories de fournitures (exemples : CD + consommables spécifiques pour certains matériels : papier ECG...).

3 Au sein de son territoire (Groupement Hospitalier de Territoire) et de son environnement (réseaux hospitaliers) :

3.1 Promouvoir la mutualisation des organisations et des achats au sein du futur Groupement Hospitalier de Territoire :

- a. Étude sur l'opportunité d'un GCS blanchisserie.
- b. Politique d'achats des immobilisations en commun (aménagement de la chambre du malade selon la discipline, mobilier type pour la chirurgie ambulatoire, mobilier type pour hémodialyse, etc...).
- c. Harmonisation des produits entre les différents établissements.
- d. Mise en place d'outils de calcul de la performance des achats.

3.2 Participer à des groupes de travail (Uni HA, Resah Ile de France, associations nationales, ...) :

- a. Structuration d'un réseau d'expertise pour les achats et la logistique.
- b. Développement de l'analyse des coûts analytiques par lignes de produits en restauration et blanchisserie.
- c. Développement de l'analyse des coûts par circuit logistique, par planning de transport en intégrant la volumétrie.



“ L'adaptation permanente et proactive des organisations pour anticiper et accompagner les mutations en cours, dans un contexte budgétaire très contraint ”

Axe n°2

1 > S'appuyer sur un système d'information performant

1.1 Développer le système d'information permettant :

- a. Un engagement sur des résultats et l'évaluation du service rendu.
- b. Un appui sur des approches managériales facilitant les synergies (lean management, benchmark...).
- c. Le développement des compétences des agents grâce au nouveau logiciel de Gestion Économique et Financière (utilisation et structuration d'outils d'aide à la décision, développement de bases de données, dématérialisation,
- d. Le développement et la diffusion de tableaux de bord de pilotage du secteur Approvisionnement.

1.2 Utiliser les Technologies de l'Information et de la Communication :

- a. Carte achats.
- b. Développement de la gestion informatisée pour la maintenance préventive et d'entretien de l'ensemble du parc de véhicules.
- c. Acquisition d'un logiciel de gestion de production assistée par ordinateur aux nombreuses fonctionnalités qui permettent d'accroître l'efficacité des Achats - Productions - Livraisons du secteur restauration.
- d. Développement du système d'information par la mise en place d'un logiciel de gestion de magasin (COPILOTE).

2 > Conduire les réorganisations des différents services supports :

2.1 Réorganiser le secteur de l'imprimerie :

- a. Rendre autonomes les services clients pour les éditions

“ Le développement d'un management par la qualité ”

Axe n°3

1 > S'appuyer sur la gestion des risques

1.1 Renforcer la sécurité juridique des marchés publics :

- a. Consolidation de l'expression du besoin et simplification des marchés pour une meilleure compréhension.
- b. Validation du choix de la procédure en adéquation avec les besoins exprimés.
- c. Structuration de la négociation avec les fournisseurs.

1.2 Promouvoir le retour d'expérience.

1.3 Développer le contrôle interne dans le cadre de la certification des comptes.

2 > Promouvoir les démarches qualité

2.1 Mettre en place des groupes d'experts avec pour missions :

- a. L'amélioration de la qualité de l'achat.
- b. L'échange avec les utilisateurs.
- c. Le développement des services testeurs.
- d. L'harmonisation et réduction du nombre de références.
- e. La recherche et la promotion de produits et/ou démarches innovantes.

2.2 Promouvoir la gestion hôtelière par les fonctions supports dans une démarche de bon usage avec les services :

- a. création d'une commission logistique chargée de développer la relation client, la communication et la coordination des prestations hôtelières et logistiques.

2.3 Promouvoir les achats intelligents et éco-responsables :

a. Introduction des clauses environnementales dans les critères de pondération. Dialogue et rencontre avec les services utilisateurs pour réaliser des achats « intelligents » et éco-responsables :

- engagement pour un développement durable.
- mesure de l'impact écologique (rejet d'effluents en liquides, les rejets gazeux et les déchets solides), économique et sanitaire des achats.
- respect du référentiel de la responsabilité sociale : ISO 26000 (achat durable).
- Importance de la traçabilité des produits.
- Appui sur les labels.
- Respect de l'environnement.

2.4 Manager la relation fournisseurs (en faire un levier de performance et d'innovation)

2.5 Optimiser la qualité et la gestion avec pour objectifs de réduire la pénibilité des tâches et optimiser les processus à non-valeur ajoutée :

- a. des textiles en formes (vêtements professionnels) par le développement de la technologie.
- b. Prise en charge de l'entretien de l'ensemble des contenants avec automatisation du nettoyage dans un objectif de développement durable.

2.6 Mettre en place la Certification ISO 9001 pour les secteurs : gestion des flux, transport et achats.

3 > Accompagner les équipes

3.1 Politique de formation des équipes :

- a. Anticiper la dématérialisation pour faire évoluer les métiers et les compétences des agents.
- b. La professionnalisation des personnels : plan de formation visant à l'accompagnement des profils de poste logistiques, formation des professionnels des services de soins aux enjeux de la gestion des stocks et des approvisionnements.
- c. Définition d'un programme de limitation du gaspillage des denrées alimentaires.
- d. Développement d'un projet de collaboration avec le service diététique pour une évolution de la prestation restauration.

3.2 Développement de la communication interne pour favoriser la synergie au sein du pôle ILT :

- a. Réunion d'échanges des équipes encadrantes autour de sujets institutionnels avec pour objectif : fédérer les équipes du Pôle ILT sur des objectifs communs.
- b. Organisation des tables rondes ponctuelles sur des thématiques précises (exemples : présentation de la sécurité alimentaire, présentation de fournisseurs sur un article précis, ...).
- c. Contribution à la qualité de vie au travail.



POLITIQUE DE VALORISATION DU PATRIMOINE ET DE LA MAINTENANCE



Axe 1 - L'amélioration de la connaissance du patrimoine immobilier

Axe 2 - La maîtrise des opérations d'investissement

Axe 3 - la performance de l'exploitation et la maintenance du patrimoine

Axe 4 - Le partenariat inter-établissements

INTRODUCTION :

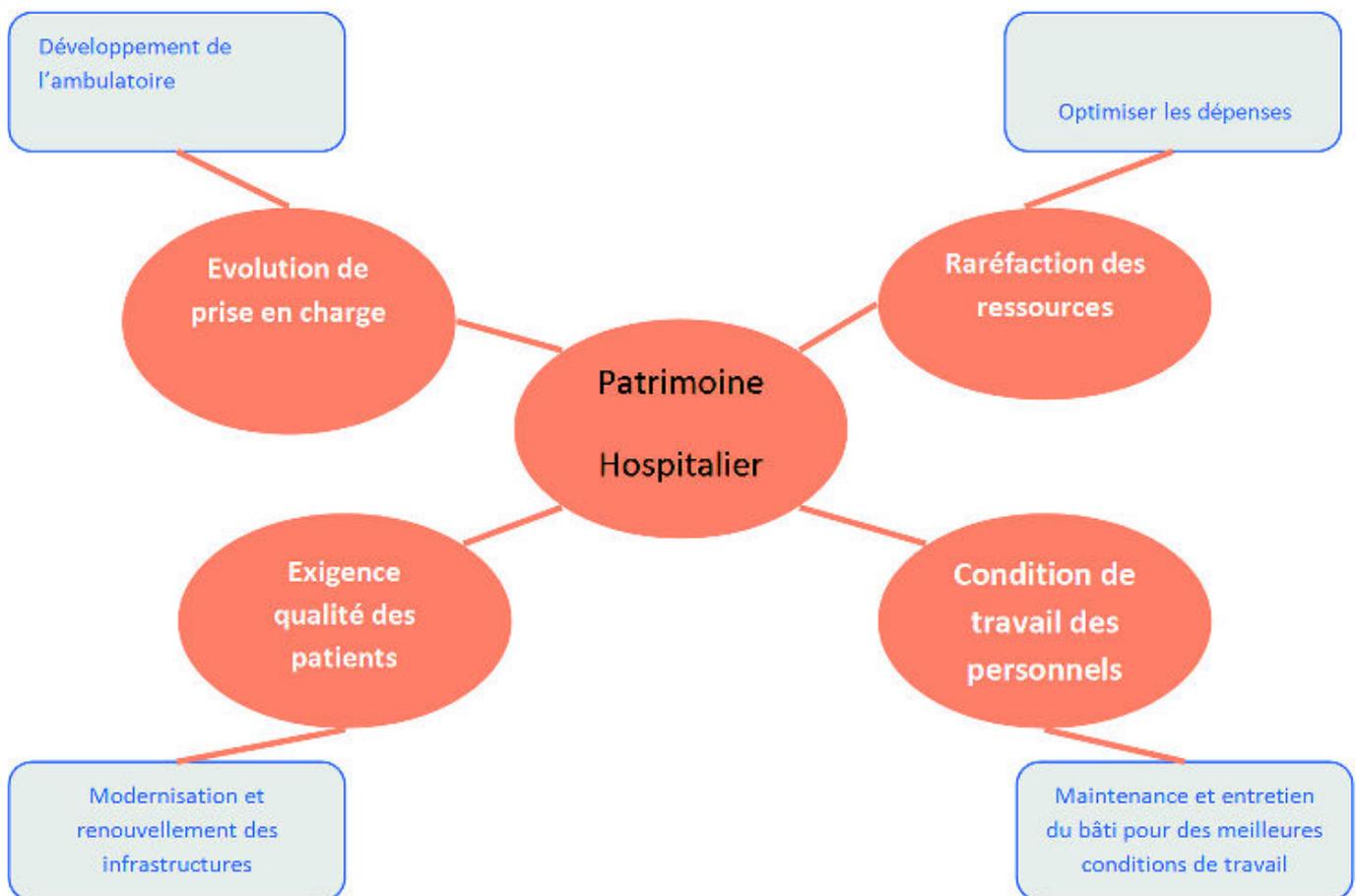
Les établissements doivent en particulier conduire une politique active de valorisation de leurs biens afin de se procurer des recettes nouvelles (par cessions ou amélioration du rendement locatif) ou d'éviter de supporter les charges d'entretien de bâtiments dont ils n'ont plus besoin. La mise en place d'une politique de gestion patrimoniale constitue un levier d'efficience pour le centre hospitalier et une amélioration des conditions de travail pour les professionnels de santé avec une meilleure prise en charge des patients.

Le patrimoine immobilier des hôpitaux a fait l'objet d'une analyse spécifique de la Cour des comptes qui l'estime à 60 millions de m² avec un coût d'exploitation d'environ 100 euros par m², par an. Le rapport conclut à un audit nécessaire en préconisant la valorisation de ces biens qui permettrait de procurer des recettes nouvelles ou

d'éviter de supporter les charges d'entretien de bâtiments désaffectés : « dans le contexte dégradé des finances hospitalières, alors que le déficit cumulé des hôpitaux a atteint près de 500 Millions d'€ et que leur endettement a dépassé 24 Milliards d'€ en 2010, l'optimisation de la gestion de ce patrimoine est indispensable ».

Pour le centre hospitalier de ST-QUENTIN, les coûts de maintenance des bâtiments et des installations techniques représentent un montant annuel de l'ordre de 1,4 millions d'euros auquel il convient d'ajouter les charges de chauffage, d'électricité et d'eau pour un montant annuel de 2,9 millions d'euros.

Le patrimoine du centre hospitalier de ST-QUENTIN est confronté de plus en plus à des contraintes liées à l'écosystème d'un établissement de santé :



Une meilleure gestion du patrimoine doit donc s'appuyer sur plusieurs axes :

“ L'amélioration de la connaissance du patrimoine immobilier ”

Axe n°1

1 > Un pilotage national

En collaboration avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a développé un outil d'inventaire dénommé « OPHELIE » (pour observatoire du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé législation - indicateur - environnement). Cet inventaire comporte 60 indicateurs de la performance à niveau de remplissage, selon que l'on s'intéresse à l'établissement dans son ensemble, à ses sites ou à ses bâtiments. Les indicateurs se répartissent en 5 domaines :

- la maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques
- la maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine
- l'adéquation des locaux aux activités qu'ils accueillent
- la performance environnementale
- le management de la fonction immobilière.

L'inventaire du patrimoine hospitalier a pour but de permettre aux hôpitaux de se comparer, de conduire des démarches de benchmarking et d'alimenter leurs démarches de gestion en lien avec la comptabilité analytique.

La démarche du projet est présentée sur le site du ministère, elle permet d'accompagner les établissements de santé afin de :

- Promouvoir les métiers concourant à la gestion du patrimoine immobilier et garantir la qualité d'usage.
- Maîtriser les coûts d'entretien et de maintenance, optimiser l'occupation du domaine.
- Exploiter le patrimoine et affecter les actifs des locaux en termes d'accueil des usagers et de conditions de travail des agents.
- Investir et articuler les nouveaux projets d'investissement avec d'anciens projets.

2 > La valorisation du patrimoine

Un travail de valorisation est mené en lien avec le notaire avec un double objectif :

- Définir les origines des propriétés du centre hospitalier
- Valoriser ce patrimoine

Cette valorisation aura pour conséquence de définir la politique patrimoniale de l'établissement.

Ce travail servira également pour la démarche de certification des comptes pour laquelle la connaissance du patrimoine hospitalier est importante.

“ La maîtrise des opérations d'investissement ”

Axe n°2

L'importance des opérations d'investissement tant sur le plan stratégique que sur le plan financier nécessite de mettre en place des outils afin de maîtriser la conception architecturale et technique de l'établissement.

Cet objectif a été initié grâce à la certification ISO 9001 du service technique depuis mai 2014. En effet le suivi des opérations de travaux, de la faisabilité à la réception, a été entièrement intégré au processus travaux dans ce cadre.

Afin de compléter cette maîtrise, un outil d'aide à la conception (module du logiciel de dessin assisté par ordinateur existant) permettra d'optimiser les surfaces et les installations des futures réalisations tout en réduisant le temps nécessaire aux études. Ce module permettra en effet de modéliser les opérations en tenant compte de la spécificité et la diversité des contraintes de l'établissement (accessibilité, sécurité, continuité...).

Concernant les équipements biomédicaux, l'ingénieur biomédical apporte une aide à la décision notamment parce que les innovations techniques ont des impacts organisationnels, économiques et architecturaux qu'il faut pouvoir mesurer suffisamment en amont.



“ La performance de l'exploitation et la maintenance du patrimoine ”

Axe n°3

1 >

L'efficacité de la politique de maintenance

La politique de maintenance a pour objectif de maintenir la qualité et la sécurité des bâtiments, des installations techniques et des équipements biomédicaux contribuant ainsi à la qualité de la prise en charge des patients et des résidents du centre hospitalier. Afin de préserver cette qualité, il est indispensable de définir une politique de maintenance qui tiendra compte de :

- L'évolution technologique des installations techniques et des équipements biomédicaux ainsi que de l'évolution et architecturale des sites en fonction des besoins de l'institution.
- L'évolution de la législation et du système normatif.
- La maîtrise de l'évolution des dépenses des titres 2 et 3.

Cette politique devra s'articuler avec un plan pluriannuel de gros entretien qui devra être élaboré dès 2016.

Elle se basera sur le développement de l'utilisation du logiciel de maintenance assistée par ordinateur qui devra être interfacé avec le futur logiciel de gestion économique et financière.

L'efficacité de la maintenance intégrera également l'indispensable maîtrise des consommations d'énergie dans le prolongement des actions menées à la suite de l'audit énergétique de 2012 et qui se traduira notamment par :

- Une meilleure connaissance des consommations par bâtiment afin de connaître leur évolution.
- L'amélioration de la supervision au niveau de la chaufferie
- La valorisation des certificats d'économie d'énergie

Cet engagement se traduira par la démarche de certification ISO 50001 qui concerne le management de l'énergie qui devrait conduire à la certification du service technique en 2016.

2 >

L'adaptation du service aux nouveaux enjeux

En assurant la maintenance des bâtiments du centre hospitalier, les services techniques participent à la qualité des prestations de soins servies aux patients. En contribuant à la sécurité des installations avec des prestations techniques au meilleur rapport qualité coût, ils garantissent au personnel de bonnes conditions de travail ainsi qu'aux patients et leurs familles des conditions d'accueil optimales.

L'implication du service est totale dans la gestion du patrimoine et se décline dans la « vie » des installations suivant les étapes suivantes ;

- Pré-dimensionnement (opportunité, faisabilité, missions de conseils et d'aide à la décision)
- Programme : dimensionnement, évaluation financière, expression des données, besoins, exigences et contraintes (ergonomie, standards de confort, normes et réglementations, ...)
- Etudes
- Travaux
- Exploitation et maintenance

La prédominance des exigences techniques au sein de l'institution conduit à répondre et anticiper sur l'ensemble des corps d'états, en instaurant un suivi professionnel et proactif des besoins.

Les axes d'évolution et de changement :

Les services techniques doivent sans cesse anticiper et s'adapter aux différents changements et évolutions de la réglementation, des installations techniques et structures, des exigences économiques et de l'ensemble des besoins du centre hospitalier. Ces thèmes représentent des axes de changement et de progrès de la DPST et peuvent être décrits ainsi :

- **Réaliser l'autodiagnostic de maintenance :**
 - Connaître la méthodologie et son organisation
 - Appréhender l'analyse FMDS (Fiabilité, Maintenabilité, Disponibilité, Sécurité) des équipements
 - Analyser les coûts et vérifier la base de données
 - Elaborer et piloter le plan d'actions
- **Mettre en œuvre les méthodes et outils de maintenance :**
 - Exprimer les besoins actuels et futurs
 - Choisir les méthodes de maintenance appropriées à l'organisation
 - Déployer et/ou développer les outils d'amélioration continue de la qualité

- Définir et exploiter les indicateurs de performance

- **Planifier la maintenance :**
 - Intégrer la planification de la maintenance aux processus définis
 - Développer les méthodes PERT et GANTT
 - Développer la GMAO MAINTA
 - Gérer les travaux et maîtriser la documentation technique
- **Externaliser ou non les prestations de maintenance :**
 - Identifier les enjeux de l'externalisation
 - Maintenir ou faire maintenir ?
 - Optimiser la sous-traitance

3 La montée en compétence des acteurs

L'importance de la gestion du patrimoine hospitalier et du parc d'équipements biomédicaux nécessite que les acteurs de la direction du patrimoine et des services techniques aient les compétences nécessaires. Ceci nécessite de mettre en place une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences afin de répondre aux enjeux

Ceci se traduira notamment par des actions de formation des techniciens et par la réactualisation des fiches de postes de l'ensemble des agents de la DPST en lien avec l'évolution de l'organisation globale de la direction et en lien avec la GPMC mise en place au sein de l'institution.



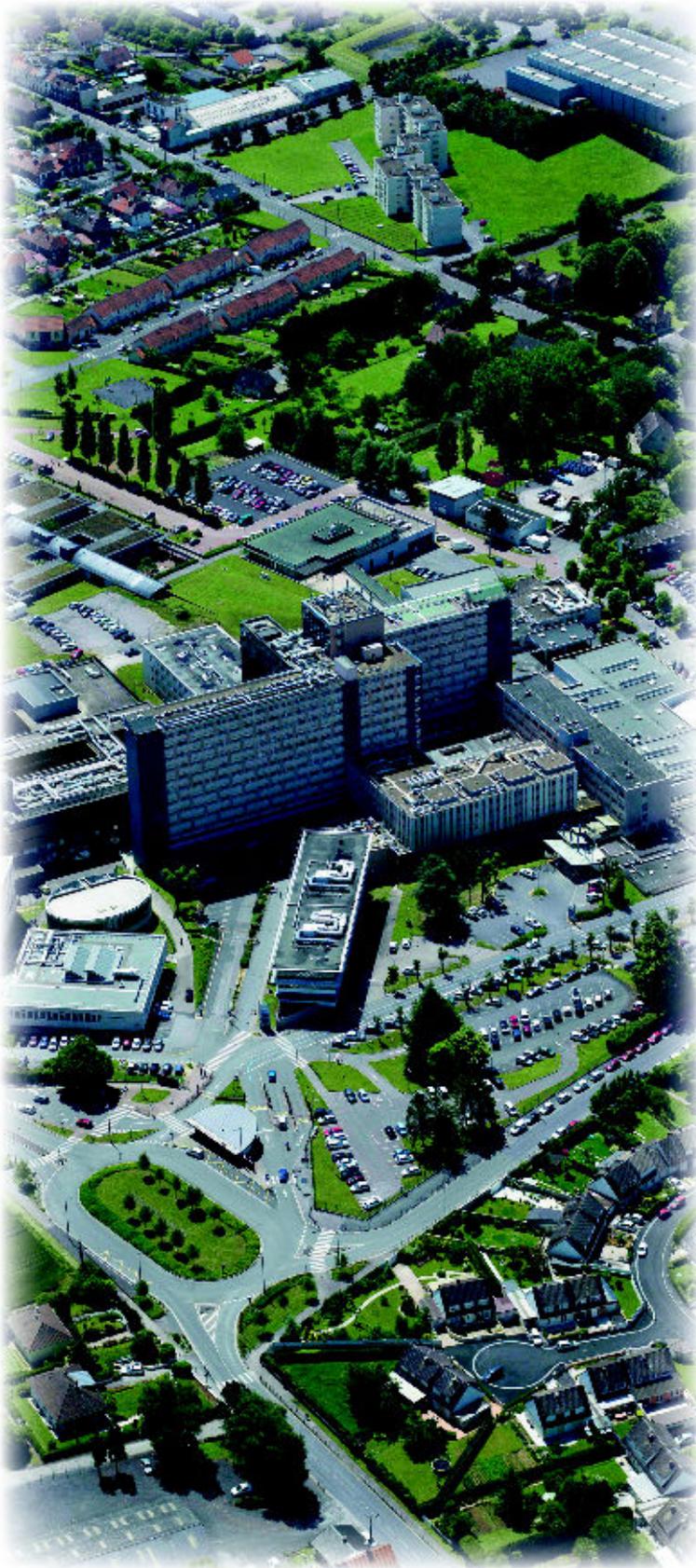
Dans le cadre de la mise en place du futur groupement hospitalier de territoire, l'établissement souhaite développer les coopérations techniques et biomédicales avec les autres établissements du GHT et plus particulièrement avec le centre hospitalier de Guise et la maison de santé de BOHAIN dans le cadre de la direction commune qui sera effective au 1er janvier 2016.

“ Le partenariat inter-établissement ”



Axe n°4





POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE



Axe 1 - Les actions déjà conduites
Axe 2 - Plan d'actions prioritaires

INTRODUCTION :

La France s'est engagée à Rio, lors de la conférence sur l'environnement et le développement à mettre en œuvre l'**Agenda 21** de Rio, programme d'actions pour le 21^{ème} siècle orienté vers le développement durable.

La Déclaration de Rio met en avant, dans son article 28, le rôle essentiel qui revient aux territoires et aux collectivités locales en matière de développement durable. C'est ainsi qu'à chaque niveau de collectivité, revient la responsabilité d'élaborer, pour son territoire, et de mettre en œuvre, un programme d'actions répondant aux principes de l'Agenda 21.

Tout établissement de santé a une empreinte environnementale importante, un poids économique majeur, et un très fort potentiel éducationnel en direction des femmes et des hommes qui y travaillent et des patients et familles qu'il accueille. Il doit à ce titre s'illustrer par son efficacité et la garantie d'un management environnemental vertueux et pérenne.

La Circulaire du 3 décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics enjoint notamment aux organisations publiques de :

- **Réduire leurs consommations (eau, énergie et papier)**
- **Améliorer la gestion du bâti et du non bâti**
- **Mettre en place une politique d'achat favorisant les produits à moindre impact sur l'environnement.**

En lien avec la dynamique territoriale ainsi engagée par l'agenda 21, le centre hospitalier de ST-QUENTIN conscient des enjeux environnementaux, s'est engagé dès 2010 dans une démarche de développement durable.

Cela se traduit par la mise en place d'une stratégie à l'échelle de l'établissement qui s'inscrit dans le cadre des missions de soins, de prévention et d'éducation pour une démarche environnementale de progrès permanent, volontariste et si possible exemplaire.

Le centre hospitalier de ST-QUENTIN a souhaité traduire ses engagements en matière de développement durable, démarche de progrès à long terme, par l'inscription d'un axe spécifique au projet d'établissement, axe conforme et complémentaire avec les axes managériaux décrits dans le projet d'établissement dont le fil conducteur est l'alignement stratégique sur la démarche qualité.

La démarche repose sur une démarche d'amélioration continue de la qualité classique, afin de privilégier une approche pragmatique et concrète.

La première étape a consisté à réaliser un état des lieux construit à partir notamment :

- De l'auto évaluation réalisée dans le cadre de la V2010 de la démarche de certification,
- De l'établissement de l'indicateur en développement durable en Santé (IDD)
- D'audits ciblés relatifs à la performance énergétique,...

Des actions ont été identifiées :

- mieux prendre en compte les normes environnementales dans les constructions,
- réduire la production de déchets,
- acheter responsable
- améliorer le tri sélectif des déchets
- économiser l'eau, l'énergie
- mettre en œuvre le plan de déplacement d'établissement
- améliorer les qualités de vie au travail
- conforter le CH en tant qu'employeur citoyen
- informer et sensibiliser au développement durable les parties prenantes.

“ Les actions déjà conduites ”

Axe n°1

1 > Promotion des achats écoresponsables

1.1 Achats ciblés (Ex. : produits éco-label) :

- a. Marché spécifique aux produits dits « verts »,
- b. Sensibilisation des acheteurs aux possibilités d'achat de produits éco-responsables.

1.2 Cahiers des charges et critères :

- a. Intégration de critères de développement durable dans les cahiers des charges de produits ou de services achetés : nettoyage, fournitures de bureau, chaufferie, alimentation, pharmacie, utilisation de lessive sans phosphate.

2 > Maîtrise des dépenses d'énergie

2.1 Gestion de l'eau :

- a. Rationalisation des procédures de lavages et changement de matériel permettant une diminution de la consommation d'eau (changement d'un tunnel de lavage en blanchisserie, campagne de détection de fuites sur les réseaux d'eau...)

2.2 Diagnostic de performance énergétique :

- a. Constat des points de perte énergétique,
- b. Réalisation d'un audit énergétique et d'un bilan de gaz à effet de serre
- c. Mise en œuvre de nouvelles habitudes de consommation, rationalisation de la consommation (lumière allumée en permanence, couloir éclairé,...),
- d. Renouvellement de matériels moins consommateurs.

2.3 Réduction du nombre de véhicules et développement de véhicules propres :

- a. Diminution du nombre de véhicules dans le parc automobile du centre hospitalier de ST-QUENTIN, contribuant ainsi à la diminution de la production de CO₂,
- b. Remplacement de véhicules par des véhicules plus modernes dans une démarche de diminution des rejets de gaz à effets de serre,
- c. Diminution de la consommation de carburant.
- d. Co-voiturage, limitation des déplacements y compris des fournisseurs
- e. Installation de salles de visio-conférence...

2.4 Révision circuit livraison :

- a. Les circuits de livraisons ont été revus afin d'optimiser les déplacements, prenant en compte la disposition des nouveaux locaux, leur agrandissement ainsi que les changements des emplacements de certains services.

2.5 Mise en place de suivi et de réduction de consommation :

- a. Suivi des consommations grâce aux factures reçues, permet une comparaison n/n-1, et la mise en œuvre de mesures correctives (identification des augmentations, recherche des causes, réponse adaptée à la cause de l'augmentation).

3 > Consommation papier

3.1 Dématérialisation :

- a. Réduction de la consommation de papier par la dématérialisation des documents,
- b. Utilisation privilégiée de scanners, diminution des photocopies pour privilégier une transmission électronique des données,
- c. Archivage simplifié et centralisé, une archive papier et une archive électronique (image du dossier) disponible à tous sur serveur,
- d. Utilisation des boîtes de messagerie au profit des envois papiers/courriers lorsque possible.

3.2 Audit utilisation des imprimantes et photocopieurs :

- a. Réalisation d'un audit permettant d'étudier les consommations sur imprimantes et photocopieurs,
- b. Installation d'un logiciel d'optimisation de l'utilisation de ces matériels en fonction de l'impression demandée,
- c. Objectifs à court terme de diminution des cartouches et donc des déchets liés à leur utilisation.

4 > Réduction des déchets

4.1 Réduction :

- a. Abandon sur certains segments de l'usage unique,
- b. Travail avec les fournisseurs sur les palettisations, le conditionnement des produits,
- c. Réutilisation en interne du papier utilisé sur une face en brouillon.

4.2 Tri :

- a. Personnel formé au tri des déchets, plateforme déchets.
- b. Au-delà du tri réglementaire (déchets à risque, DASRI) tri des déchets effectué en interne : papier, ordures ménagères, plastique, aluminium.
- c. Compression en pack des papiers et cartons afin de permettre leur recyclage.
- d. Valorisation des déchets.
- e. Diminution des emballages.

Le centre hospitalier a la volonté de mettre en œuvre une stratégie de développement durable pour des raisons économiques et environnementales mais aussi pour améliorer la cohésion au travail ainsi que le bien-être des malades et des salariés. Conscient de cette responsabilité, le centre hospitalier a confirmé son souhait de faire du **développement durable un des axes stratégiques de sa politique.**

Dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020, est proposée la déclinaison en plan d'actions de 6 objectifs dits « *prioritaires* ».

“ Plan d'actions prioritaires ”

Axe n°2

1 >

Réaliser un diagnostic développement durable et assurer la promotion d'une politique institutionnelle

... favorisant le développement durable. Informer, sensibiliser, mobiliser les professionnels, les usagers du centre hospitalier, à la réalisation d'éco-gestes (audits, affiches, containers et procédures de tri-sélectif...).

2 >

Lutter contre le changement climatique et favoriser les économies

... possibles en améliorant la protection de l'atmosphère. Agir sur les consommations d'énergies concernant les bâtiments existant et à construire. En 2015, se poursuivra le plan d'action de maîtrise des consommations d'énergie avec principalement l'installation d'une chaufferie pour le centre de psychothérapie et le centre Cordier pour octobre 2015

3 >

S'engager dans la démarche de certification ISO 50001 relatif au système de management de l'énergie

... afin d'améliorer la performance énergétique et ainsi réduire les coûts. Dans le cadre du suivi énergétique du site, la DPST souhaite formaliser l'ensemble de la démarche par la mise en place de la certification ISO 50001.

A ce jour, les actions d'amélioration des performances énergétiques comportent trois objectifs :

- la réalisation d'économies financières
- le respect de la réglementation (qui a évolué plus rapidement ces dernières années : Grenelle, ...),
- la réduction de l'impact effet de serre de l'entreprise (plan d'actions GEF)

Ces trois objectifs visent donc la durabilité du centre hospitalier, de ses bénéficiaires et de ses impacts positifs sur la société.

Les démarches entreprises en la matière peuvent faire l'objet d'une certification ISO : l'ISO 50001 qui reprend les éléments de la norme européenne EN 16000 d'un an son aînée. La structure de cette norme ISO 50001 est très proche de celle relative à la maîtrise des impacts environnementaux, l'ISO 14001.

La mise en place de la norme permettra également de **bonifier** les certificats d'économie d'énergie.

4

Agir sur la production de déchets

Réduire les DASRI, réduire le tonnage de déchets produits par an (conformément aux engagements pris dans le cadre du PAA)

5

Promouvoir l'efficacité de l'établissement au travers de sa performance sociale

5.1

Associer les nouveaux arrivants et l'ensemble du personnel à la politique de développement durable (journées d'accueil des nouveaux arrivants)

5.2

Gérer activement les carrières, favoriser le renouvellement générationnel dans le cadre de la politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC) et de Formation Professionnelle Continue

5.3

Poursuivre le suivi de la politique d'amélioration continue des conditions de travail et de vie des agents (ex. gestion de stress, lutte contre les infections nosocomiales, conseils nutritionnels, favoriser les producteurs locaux...).

5.4

Encourager le co-voiturage

6

Intégrer les problématiques environnementales au patrimoine / Valorisation et politique de maintenance

Mettre en place une véritable stratégie de gestion patrimoniale constitue un levier d'efficacité majeur.

L'enjeu énergétique est un défi majeur et immédiat, notamment dans le cadre du développement durable et de la maintenance du bâti ancien. Ces facteurs doivent conduire à optimiser la gestion du patrimoine hospitalier.

L'exploitation et la gestion patrimoniale impliquent la gestion des différentes composantes de la sécurité à l'hôpital, le suivi des évolutions technologiques et réglementaires sur les équipements et le bâti et la déclinaison du schéma directeur de sécurité incendie.



LISTE DES ABBREVIATIONS

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent des Services Hospitaliers

BAM : Bureau des Affaires Médicales

CFP : Congés de Formation Professionnelle

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNEH : Conseil National de l'Expertise Hospitalière

COMEDIMS : Comité du MEDicaments et des DIspositifs Médicaux Stériles

COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CRUQPC : Comité des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge

DAFIC : Direction des Affaires Financières et de la Clientèle

DAHL : Direction des Achats, de l'Hôtellerie et de la Logistique

DCI : Dénomination Commune Internationale

DGRQC : Direction de la Gestion des Risques, de la Qualité et de la Communication

DIF : Droit Individuel de Formation

DIM : Département de l'Information Médicale

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSI : Direction des Soins Infirmiers

DSIO : Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation

ECG : Electro-enCéphaloGramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité en Santé
HC : Hospitalisation Complète
HJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI – IFAS : Institut de Formation en Soins Infirmiers – Institut de Formation d'Aide-Soignant
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISO : International Organization for Standardization = Organisation Internationale de Normalisation
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NRBCE : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique, Chimique et Explosive

PACS : Picture Archiving and Communication System
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCA : Pompe d'Analgésie Auto-contrôlée
PE : Projet d'Etablissement
PGFP : Programme Global de Financement Pluriannuel
PH : Praticien Hospitalier
PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables
Pôle ILT : Investissement, Logistique et Technique
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
PPQRE : Programme Pluriannuel Qualité Risques Evaluation
PRA : Plan de Reprise d'Activité
PRADO : Programme d'Accompagnement au retour à Domicile
PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

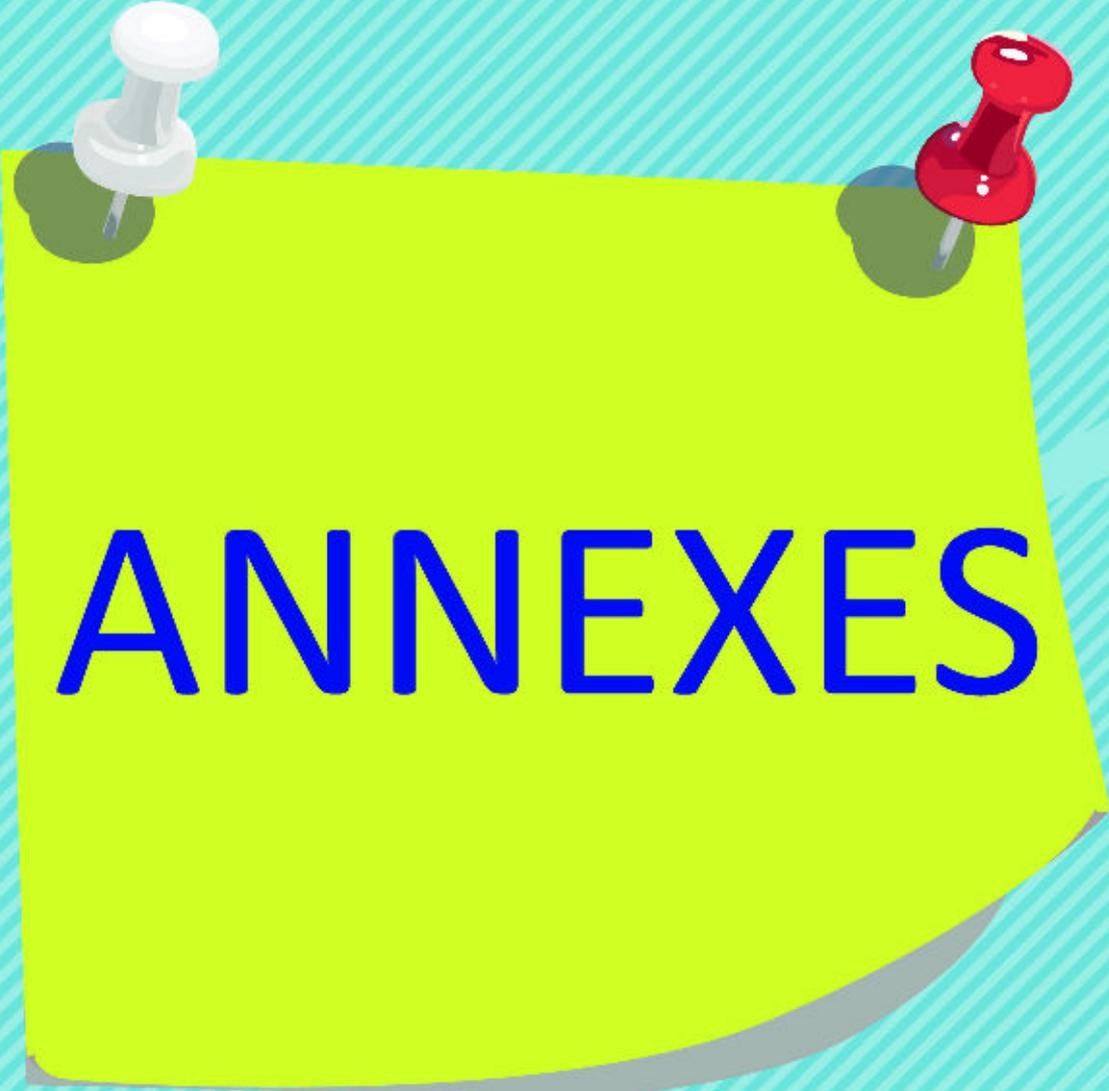
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDSI : Schéma Directeur du Système d'Information
SI : Système d'Information
SIH : Système d'Information Hospitalier
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS-PRS : Schéma Régional d'Organisation de l'offre de Soins du Plan Régional de Santé
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSIC : Service de Soins Intensifs de Cardiologie
SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TIM : Technicienne d'Information Médicale

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
UDM : Unité de Dialyse Médicalisée
UF : Unité Fonctionnelle
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHS : Unité d'Hospitalisation de Semaine
UMA : Unité de Médecine Ambulatoire
UNV : Unité Neuro-Vasculaire
USP : Unité de Soins Palliatifs

ANNEXES



ANNEXES

ANNEXE 1 : Etat des lieux de réalisation du schéma directeur informatique 2010-2015

Gestion des rendez-vous	Réalisé
Plannings informatisés	Réalisé
Informatisation blocs opératoires	Réalisé
Consultation anesthésie	Réalisé
Dossier de soin EHPAD	Réalisé
Sauvegarde	Réalisé
Changement nom de domaine	Réalisé
Déploiement WIFI	Réalisé
Nouvelle salle serveur	Réalisé
Evolution de l'intranet	Réalisé
Consolidation bureautique Clinicom	Réalisé
Service de dialyse	Projet mis en œuvre non prévu au SDSI
Téléradiologie	Projet mis en œuvre non prévu au SDSI
Gestion du temps médical	Projet mis en œuvre non prévu au SDSI
Certification ISO9001	Projet mis en œuvre non prévu au SDSI
Changer le logiciel des Urgences	Réalisé
DMP	Réalisé
Dictée numérique	Réalisé
Audit sécurité ciblés	Réalisé
Portail sécurisé de gestion des accès extérieurs	Réalisé
Création d'un rack mobile	Réalisé
Visio conférence	Réalisé
Plan de reprise d'activité	Réalisé
Analyse de risques et d'impacts	Réalisé
Choix de la stratégie de sécurisation	Réalisé
Laboratoire central	Projet initié – déploiement en cours
Mise en œuvre du Dossier de soins infirmier	Projet initié – déploiement en cours
Changer le logiciel de prescription.	Projet initié– déploiement en cours
Gestion économique et financière	Projet initié– déploiement en cours
Refonte téléphonie Convergence voix données	Projet initié– déploiement en cours
Terminaux au pied du lit des patients	Projet abandonné
Numérisation des fiches de consultations	Projet reporté au SDSI suivant
Mise à disposition des dossiers archives numérisés	Projet reporté au SDSI suivant
Mesure de la performance au travers de la création de tableaux de bord consolidés.	Projet reporté au SDSI suivant
@learning	Projet reporté au SDSI suivant

ANNEXE 2 : Calendrier du règlement du dossier patient

	année 2015																						année 2016									
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10										
Phase 2: Complétude du DPI avec Dossier de Soins/ RDV /Retour des résultats et Prescriptions LAB&M&RADIO																																
Dossier de Soins: module KURY(peintrante)	F 11	6			LIV	MOM				VA			VSR																			
Dossier de Soins: module PBOOK(documentations de soins)	F 11bis	6			LIV	MOM				VA			VSR																			
Dossier de Soins: module PPRO(prescription et actions de soins)	F 11ter	6			LIV	MOM				VA			VSR																			
Outil ORBIS: module CASS ad hoc: Dossier de Soins	F 12	1,5			L/M	VA							VSR																			
Agenda Patient et gestion des rendez-vous: module TVER(pré-requis pour toutes gestion des rdv dan TC2	F 14	4			LIV	MOM				VA			VSR																			
Interface RDV SIU/ORBIS->UG	F 15	6			LIV	MOM				VA			VSR																			
Gestion des demandes d'examen et des résultats au sein d'ORBIS: module LSTM	F 16	4			LIV	MOM							VA																			
Gestion des demandes d'examen et des résultats avec les applications tiers: module CPOEJSST	F 17	4			LIV	MOM							VA																			
Interface DRU intégration CR PDF du RIS Xplore dans Crbis	F 18	1,5			L/M	VA							VSR																			
Interface DRU: transmission des demandes d'examen&de Orbis->Xplore	F 18bis	6			LIV	MOM							VA																			
Appel des images du PACS à partir d'Orbis	F 18ter	1,5			L/M	VA							VSR																			
Gestion des résultats de biologie: module LABVIEW et interfaces ad hoc	F 19	4			LIV	MOM							VA																			
Prescription des analyses de biologie médicale module LABORDEER et interface ad hoc	F 20	4			LIV	MOM							VA																			
Production de documents formatés et mise à disposition de IEAI pour la messagerie et DMP	F 21	2			L/M	VA							VSR																			
Module DMS ORBIS	F 22	4								LIV	MOM									VA		VSR										
Phase 3: Complétude du DPI Dossiers de spécialités/intégration de CR																																
Gestion des Urgences module EMS	F 23	5											LIV	MOM						VA		VSR										
Dossier de périmétrie module PNAI	F 24	4											LIV	MOM						VA		VSR										
Intégration CR PDF ORU Asclepios->ORBIS	F 25	1,5											L/M	VA						VA		VSR										
Intégration CR PDF ORU Aptix->ORBIS	F 26	1,5											L/M	VA						VSR												
Intégration CR PDF ORU de TraiCare->ORBIS	F 27	1,5											L/M	VA						VSR												
Intégration CR PDF ORU Cardioreport->ORBIS	F 28	1,5											L/M	VA						VSR												
Intégration dans ORBIS de Emov via une appel contextuel	F 29	1,5											L/M	VA						VSR												
Interface ADT: gestion des mouvements dans ORBIS	F 30	8												LIV	MOH					VA												



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN

1 avenue Michel de l'Hospital - BP 608 - 02321 SAINT-QUENTIN

Tel : 03.23.06.71.71

www.ch-stquentin.fr



**Centre Hospitalier
de Saint-Quentin**

1 avenue Michel de l'Hospital
BP 608 – 02321 SAINT-QUENTIN

Tel : 03.23.06.71.71

www.ch-stquentin.fr