

**PROJET
D'ETABLISSEMENT
2018 – 2022**

« ETRE ECORESPONSABLES ENSEMBLE »

SOMMAIRE

⇒ Projet de management.....	4
⇒ Projet de prise en charge médicale et soignante.....	20
⇒ Projet de soins.....	68
⇒ Projet de la Commission des Usagers et projet des Usagers.....	96
⇒ Projet qualité et gestion des risques	112
⇒ Projet développement durable.....	148
⇒ Projet social.....	156
⇒ Projet « fonctions matérielles, logistiques et techniques ».....	180
⇒ Projet schéma directeur informatique	218
⇒ Politique de communication	226

Un projet de coresponsabilité sociétale

Le bilan des quatre dernières années est un bilan positif et le contexte est favorable pour notre hôpital.

Nous comptons de nombreuses victoires à notre actif :

- la mise en place de l'I.R.M., qui est un progrès pour l'hôpital et pour tout le territoire (90 % des patients externes),
- le début des travaux du Site Unique avec comme première étape, le déménagement des Urgences,
- la création du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest qui porte déjà des fruits en Imagerie et en Obstétrique.

Nous avons donc gagné le droit de nous réjouir ensemble.

Nous avons aussi à nous projeter en intégrant mieux la « responsabilité sociétale » de l'hôpital.

Concrètement, il s'agit de repérer toutes les parties prenantes, d'analyser leurs attentes pour y répondre le mieux possible. Toutes les instances internes à l'hôpital (Conseil de Surveillance, CTE, CHS&CT, CME, Commission des Usagers, Commission de surveillance des soins) seront utilisées pour faire remonter ces attentes, ainsi que les instances auxquelles le CHCP participe sur son territoire (l'Association Santé Territoire Comminges Barousse Val d'Aran, le Comité de pilotage du Contrat local de santé, la commission Ville-Hôpital, la commission Maison Médicale de Garde, etc...)

Etre responsable : c'est difficile. On prend des coups, on doit intégrer des contraintes, on assume des décisions parfois désagréables.

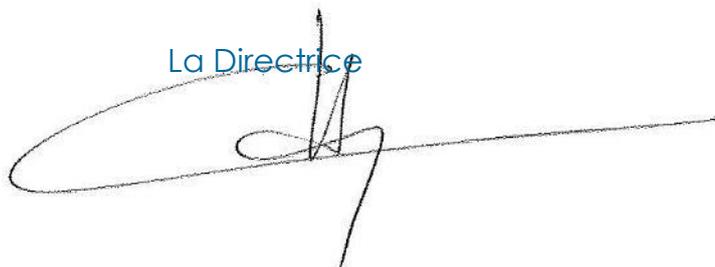
Etre coresponsable : c'est une démarche collective qui exige que chacun, quel que soit sa fonction à l'hôpital, participe au même projet.

La responsabilité sociétale englobe le développement durable, mais elle est plus ambitieuse.

L'hôpital se reconnaît comme acteur majeur de son territoire ; à la fois employeur, acheteur, pollueur, gros utilisateur des deniers publics, mais aussi créateur de santé, donc de richesses. Il s'engage à assumer sa responsabilité sociale, économique et environnementale vis-à-vis de ses partenaires internes (malades, résidents, professionnels) mais aussi externes (état, collectivités locales, professionnels libéraux médicaux et paramédicaux, fournisseurs, concurrents).

Il doit répondre à la fois devant les habitants actuels de son territoire et les générations futures.

La Directrice



PROJET DE MANAGEMENT (2018 – 2022)

Nos engagements responsables prioritaires

Manager, c'est l'art (et le métier) de diriger les Hommes et les Femmes, d'animer les équipes.

Le projet de Management fixe une ambition : renforcer notre collectif, progresser ensemble, avec la contribution des 913 professionnels de l'Etablissement.

Ce projet est une brique du Projet d'Etablissement.

Il engage la Direction.

Il est une référence pour tous les managers et les professionnels du C.H.C.P, qui ont la responsabilité de le faire vivre au quotidien.

Il est une garantie pour les patients et les résidents qui nous font confiance.

La Directrice

Christine GIRIER DIEBOLT

Nos engagements responsables prioritaires

Suite au Séminaire des Directoires de Mai 2017 : Nos engagements Responsables prioritaires :

- **Approfondir la connaissance des Parties prenantes/attentes, interactions, ...**
- **Approche globale à privilégier (sans silo)**
- **Travailler le nouveau Projet d'Établissement en partant de la RS**
- **Mettre en œuvre une vision Eco-responsable de l'Établissement**
- **Assurer une écoute des valeurs (enquête) et proposer des échanges entre les métiers**
- **Réflexion sur les thématiques RS à développer et Application de la RS au quotidien**
- **Connexion entre la Gestion de projets et les parties prenantes à travailler ou à valoriser**

Les éléments de méthode :

- Engagement devant venir de la Direction (du Directoire), avec une construction de départ donnant les grandes lignes et les orientations
- Prendre de la hauteur à travers la démarche RS
- Modalités de mise en œuvre de la démarche/méthode à définir
- Développer une culture commune et d'appropriation des objectifs au niveau des équipes
- Donner du sens et un cap (partir du terrain)
- Faire « quelque chose » à une petite échelle, ça concerne tout le monde, faire travailler les agents sur des sujets (et faire remonter les idées pour globaliser) : campagne « ce que je ne fais pas chez moi, je ne le fais pas à l'hôpital »
- Etapes intermédiaires à envisager : commencer au niveau du cœur de métier et fédérer
-
- Volonté d'intégration dans des sujets pragmatiques : déchets, hôtellerie, ... (à travailler avec les autres, projet de management, établissement, ...)

Les valeurs du projet de management

Le Projet de Management véhicule trois valeurs essentielles :

- Le respect des personnes

Le respect des personnes est impératif, tant pour les patients et les résidents que pour les professionnels.

Chaque Manager est le garant de cette valeur au quotidien.

La Direction prend toutes les mesures nécessaires pour garantir le respect dû à chacun.

Chaque Manager doit mettre en valeur le savoir-être des membres de son équipe et aussi montrer l'exemple au quotidien par sa propre pratique managériale.

- La recherche de l'intérêt général

Le C. H. C. P. remplit des missions de Service Public au bénéfice de tous les usagers (patients et résidents), 24 heures sur 24 et avec un souci constant d'adapter le service rendu aux besoins et attentes de la population du Comminges.

Il est au service de son territoire : le COMMINGES.

Les décisions prises dans l'Établissement répondent à la recherche de l'intérêt général.

Les intérêts de l'Institution passent avant les intérêts particuliers.

- Le professionnalisme

Travailler collectivement nécessite de s'appuyer sur les métiers de chacun.

Le travail pluridisciplinaire est favorisé.

Chaque métier est noble, chaque professionnel a sa place dans l'équipe.

Les missions de chacun sont définies et respectées.

Chaque professionnel a des objectifs fixés.

Les fonctions confiées tiennent compte des compétences des professionnels.

La formation continue est favorisée car elle permet de développer et d'adapter les compétences des professionnels.

Les formations collectives sont privilégiées car elles participent à la dynamique institutionnelle et renforcent la cohésion des équipes.

Les principes d'action

-

La culture du résultat

L'Établissement se fixe des objectifs à atteindre. Ils figurent dans le projet d'établissement.

Le Projet de Management est le moteur de notre performance collective, avec la meilleure gestion des moyens dont dispose l'Établissement.

Nous avons à consolider nos savoir-faire, mais aussi mieux faire savoir qui nous sommes et ce que nous savons faire au bénéfice de la population.

- La cohésion

L'Hôpital n'est pas seulement la juxtaposition d'une trentaine d'équipes de travail.

Il est impératif de fortifier notre culture d'établissement pour mieux répondre à nos missions.

Nous avons un Projet d'Établissement qui engage chacun des 913 professionnels, quel que soit son métier, son statut ou son lieu d'exercice.

L'Encadrement et la Direction doivent montrer l'exemple de la cohésion nécessaire :

- pour réussir les projets collectifs qui reposent sur l'implication de chacun,
- pour résoudre les difficultés quotidiennes de fonctionnement de manière solidaire et loyale.

- La transparence

Informé tous les professionnels est nécessaire, en veillant à une communication adaptée aux personnes et aux situations.

La Direction facilite les échanges professionnels dans l'Établissement, avec tous les outils appropriés.

La transparence est recherchée dans la définition des objectifs et dans le suivi des actions (partage des informations, lisibilité des actions).

Les comportements attendus

Inspiré du livre « Le fil de l'épée », Charles de GAULLE

« **L'action** se sont des hommes au milieu des circonstances »

« C'est sur les contingences qu'il faut bâtir l'action »

« Le succès ne pouvant naître que de circonstances favorables, il faut donc d'abord les **provoquer** »

« **Une doctrine** construite dans l'abstrait rendrait aveugles et passifs des chefs, qui, en d'autres temps, avaient largement fait preuve d'expérience et d'audace »

« L'aptitude et l'habitude d'agir par soi-même n'a jamais été plus utile »

« Que chacun, à son échelon, veuille agir par lui-même, d'après les faits plutôt que d'après les textes, s'efforcer de réaliser avant que de plaire, ne jamais cacher sa pensée quand il faut la dire et quoi qu'il doive en coûter, que du haut en bas l'on s'en remette au **caractère** »

« En dernier ressort la décision est **d'ordre moral** »

L'organisation du management

FICHE MÉTIER MANAGER

Définition du manager au CHCP : *Le manager est une personne, quel que soit son statut (Cadre ou non) ou son métier de base, qui assure la responsabilité, au plan hiérarchique ou fonctionnel, d'une équipe, d'un secteur d'activité ou d'un projet, en cohérence avec les orientations de l'établissement.*

Selon sa situation, le manager assure des responsabilités de management d'équipe et/ou d'expertise technique.

Il utilise les ressources et les outils de management qui sont mis à sa disposition par l'établissement.

Il adopte des comportements professionnels adaptés. Il fait preuve d'enthousiasme ; il prend en compte les difficultés ; il a le souci de faire progresser collectivement l'équipe.

Il participe activement au renforcement de la culture d'établissement.

Il valorise l'image de l'établissement à l'intérieur et à l'extérieur du Centre Hospitalier.

Il rend compte régulièrement de ses activités et de celles de son secteur à sa hiérarchie.

Vis-à-vis de son équipe, le manager organise des échanges d'informations réguliers en diffusant les informations en provenance de la Direction et en faisant remonter les informations du terrain.

Pour ce faire, le manager utilise, notamment, les réunions d'équipes, les réunions de pôle, des tableaux de bord et le rapport annuel d'activité.

Les activités attendues de tout manager correspondent à 5 missions principales :

1. Management d'équipe ou d'organisation

- S'assurer de la prise en compte des besoins des clients (patients, usagers, autres services ...)
- Faire partager le but, la stratégie : partager le projet du service, développer des projets collectifs
- Elaborer des objectifs collectifs et individuels
- Définir l'organisation de l'unité ou du secteur d'activité et la faire mettre en œuvre
- Elaborer et actualiser régulièrement les fiches de fonction
- Organiser, répartir et évaluer le travail ; utiliser des outils de suivi de l'activité individuelle et collective (tableaux de bord, procédures, protocoles, rapports d'activité...)
- Contribuer activement à l'amélioration de la qualité des prestations ; repérer, signaler, analyser les dysfonctionnements et mettre en œuvre des actions correctrices
- S'assurer de la continuité du service rendu (plannings, congés, remplacements...)
- Assurer l'interface avec les autres services de l'établissement et les partenaires extérieurs à l'établissement (notamment, par le partage d'expériences)
- Communiquer : tenir des réunions et des entretiens individuels
- Prévenir et gérer les conflits
- Consulter, faire participer, impliquer les personnes, déléguer, contrôler
- Motiver les équipes
- Participer au recrutement, à la mobilité du personnel
- Proposer, organiser et animer les actions de changement
- Organiser le recueil et la circulation des informations (ascendante, descendante, transversale) et favoriser les échanges, notamment avec les autres cadres du CHCP

2. Mission Gestion de ressources

- Utiliser au mieux les moyens matériels, organisationnels, techniques à sa disposition
- Gérer les ressources matérielles et leur maintenance (définition des besoins, participation aux choix, commandes, suivi des consommations, ...)
- Effectuer un bilan annuel concernant la gestion des ressources (rapport d'activité)

3. Management de projet ou mission transversale

- A partir du Projet d'Etablissement, participer activement à la conception des projets de l'équipe placée sous sa responsabilité ainsi qu'à la construction du projet de son pôle
- Exercer une mission de conduite de projet, d'organisation ou de démarche qualité... de façon transversale
- Faire vivre les projets (conception, conduite, évaluation, réajustement)

4. Mission d'expertise

- Apporter son expertise dans un ou plusieurs domaines
- Contribuer à la vie de l'établissement en participant aux études, audits, groupes de travail, instances, représentations extérieures
- Assurer une fonction de coaching auprès des professionnels du CHCP en préparation de concours

5. Mission de formation

- Participer au recueil des besoins individuels et collectifs de formation
- Coordonner et participer à la formation continue des professionnels
- Développer les compétences individuelles et collectives de l'équipe en évaluant individuellement le personnel et en proposant des formations adaptées
- S'assurer de la transmission et de l'acquisition des nouveaux savoirs professionnels notamment lors de l'accueil des nouveaux personnels et des stagiaires
- Assurer des fonctions de tutorat
- Encadrer les stagiaires
- Exercer comme formateur en centre de formation
- Se tenir informé sur les évolutions professionnelles ou techniques et veiller à leur transmission ; assurer une veille professionnelle

DÉCISION N° 2017-10-09 ORGANISATION DE LA DIRECTION à compter du 1^{er} septembre 2017

La décision n° 2017-03-03 du 1^{er} juin 2017 est annulée.

VU le Code de la Santé Publique, notamment les Articles L. 6 143.7 et D. 6 143.33 ;

VU le Décret du 06 Août 1992 sur la délégation de signature des Directeurs des Établissements Publics de Santé ;

VU l'arrêté de nomination de Christine GIRIER DIEBOLT en qualité de Directrice du Centre Hospitalier COMMINGES PYRENEES à SAINT-GAUDENS et du Centre Hospitalier de LUCHON, du 10 Janvier 2013 par le Centre National de Gestion ;

L'organisation de la Direction est fixée de la manière suivante :

• Articles 1, 2, 3, 4, 5 et 6 : cf. tableau

• Article 7 : Organigramme de Direction

Les Cadres de Direction disposent d'une délégation de compétence et de signature.
Toutes les décisions antérieures de délégations sont abrogées.
Aucun des délégataires n'est autorisé à subdéléguer sa signature.
La présente décision prend effet à compter du 1^{er} septembre 2017.

Fait à SAINT-GAUDENS, le 1^{er} septembre 2017

La Directrice



Christine GIRIER DIEBOLT

Organisation de la Direction à compter du 01/09/2017

En italique : délégation permanente

Article	Objet de l'article	CH COMMINGES PYRENEES				HÔPITAUX de LUCHON				
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	
1	Suppléance de la Direction	J-C Thieule	K. Aguasca	B. Mugnier	M-F Huet	F. Richer	J-C Thieule	K. Aguasca		
2	Continuité de fonctionnement - Astreinte de Direction	C. Giller-Diebolt	J-C Thieule, K. Aguasca, Ph. Place, M-F Huet			C. Giller-Diebolt	F. Richer, Ph. Place, Ph. Relia, J-C Thieule, K. Aguasca			
3	Ordonnateur	Signature mandats (hors dépenses de personnel)	B. Mugnier	J-C Thieule	K. Aguasca	C. Giller-Diebolt	B. Mugnier	J-C Thieule	K. Aguasca	
		Signature mandats dépenses de personnel	J-C Thieule	B. Mugnier	K. Aguasca	C. Giller-Diebolt	J-C Thieule	B. Mugnier	Ph. Relia	
4	Comptable Marées	Comptable marées	C. Cascarre			Ph. Place	F. Richer	C. Desplan		
		Signature bons de commande	C. Cascarre			Ph. Place	F. Richer	C. Desplan		
		Signature bons de commande des investissements, des prestations de maintenance et de service	B. Mugnier			Ph. Place	F. Richer	C. Desplan		
		Signature bons de commande Laboratoire	V. Peirasso							
		Signature bons de commande Pharmacie	J. Bonnef, C. Caries, C. Aïran				Ph. Place	E. Anselm	C. Desplan	
		Signature bons de commande jusqu'à 300 Euros hors ceux passés dans le cadre d'un marché	I. Esquerre, C. Desplan, V. Saboulerard				Ph. Place	S. Goupil, P. Puente, S. Vilches, E. Medan	C. Desplan	
5	Marchés publics, contrats et gestion financière	Pouvoir adjudicataire : signature des Marchés Publics de travaux, fournitures et services	B. Mugnier			C. Giller-Diebolt	B. Mugnier			
		Signature des contrats de maintenance et de service	B. Mugnier		P. Place	C. Giller-Diebolt	Ph. Place	F. Richer		
		Gestion financière recettes et dépenses	B. Mugnier			C. Giller-Diebolt	B. Mugnier			
		Contrats emprunts ou ligne de trésorerie	B. Mugnier			C. Giller-Diebolt	B. Mugnier			
		Gestion quotidiennement ligne de trésorerie	B. Mugnier		C. Foissac	C. Desplan	C. Giller-Diebolt	B. Mugnier	C. Foissac	C. Desplan
		RH gestion courante	J-C Thieule	N. Arribas		M-F Huet	C. Giller-Diebolt	J-C Thieule	P. Relia	F. Richer
6	Actes de gestion	RH recrutement	J-C Thieule	K. Aguasca		C. Giller-Diebolt	J-C Thieule	F. Richer	Ph. Relia	
		RH signature bons de commande Formation	J-C Thieule	N. Arribas			C. Giller-Diebolt	J-C Thieule	P. Relia	
		Présence CHSCT, CTE	J-C Thieule				C. Giller-Diebolt	F. Richer	J-C Thieule	
		Présence CDU	K. Aguasca				C. Giller-Diebolt	F. Richer		
		Actes relatifs à l'état civil et à la gestion administrative des parents	R-M Ferreira, I. Soum		M-F Huet		C. Giller-Diebolt	Y. Duclos		
		Signature Registre d'état civil	M-F Huet							
	Chambre Mortuaire	Signature Permissions de soit être base prestataire on média calej	Cadres de Santé			C. Giller-Diebolt	Cadres de Santé			
		Chambre Mortuaire	Ph. Place	B. Mugnier						
		Autorisation transport de corps	Cadres de Santé	R-M Ferreira, I. Soum			C. Giller-Diebolt	Cadres de Santé	Y. Duclos	
		Actes administratifs EHPAD	E. Sorine	M-F Huet			C. Giller-Diebolt	Y. Duclos		
		Actes administratifs USID	M-F Huet	E. Sorine			C. Giller-Diebolt	Y. Duclos		
		Actes administratifs SSR	I. Soum				C. Giller-Diebolt	Y. Duclos		

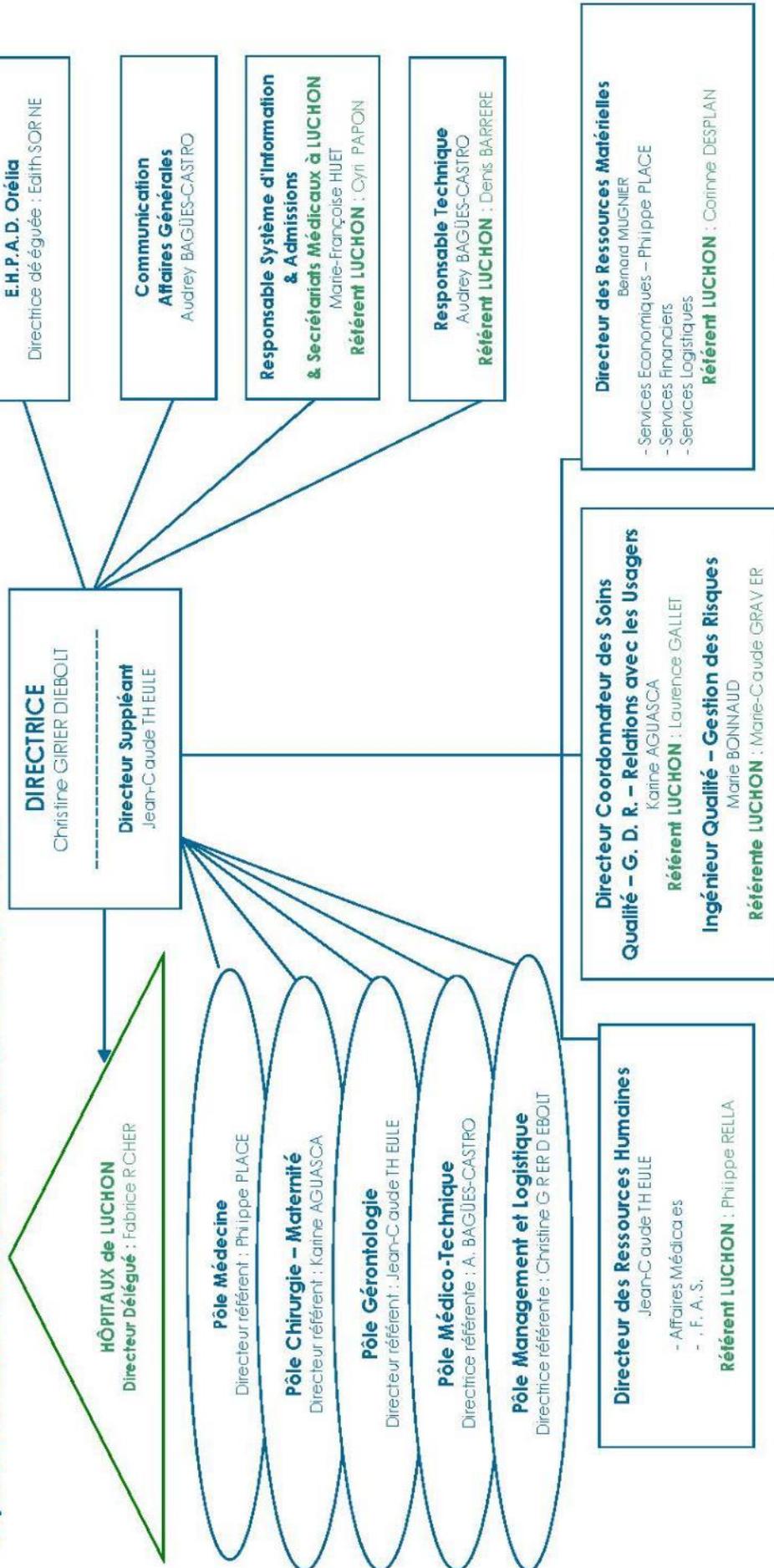


CENTRE HOSPITALIER
HÔPITAUX DE LUCHON

NOTE DE SERVICE

Nos réf. : CGD/HD – 17/10/093

Objet : ORGANISATION DE LA DIRECTION COMMUNE A COMPTER AU 28 AOÛT 2017



Fait à Saint-Gaudens le 28 Août 2017
La Directrice
Christine GIRIER DIEBOLT



ORGANIGRAMME DU CHCP (07 Mars 2018)

PÔLE MANAGEMENT & LOGISTIQUE

DIRECTION GENERALE
Directrice : Christine GIRERD-EBOLT

Système d'information / Admissions - Facturation : Marie-Françoise HUET
Communauté Affiliés Géométriques : Audrey BAGÜES-CASTRO
Responsable Techniques Sécurité : Audrey BAGÜES-CASTRO
* Sites Techniques Espaces Verts Standard : Pierre TRIGO
* Bénévoles : Jean-Franck CAZENAVE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
D.R.H. : Jean-Claude THIEULE

Nathalie ARRIBAS
Pierrette MARTIN
Véronique MAUROY
D.P.C. : Florence CHAMAYOU
F.E.A.S. : Christophe LINEL

DIRECTION DES RESSOURCES MATERIELLES
D.R.M. : Bernard MUGNIER

Services Economiques Magasin-Vaquemestre : Philippe PLACE
Bibliothèque : Jean-Franck CAZENAVE
Restauration : Frédéric MARTIN

PÔLE MEDECINE

Responsable Médical : Dr Nathalie ROSENFELD – Cadre de Pôle : Stéphane BAUX – Directeur référent : Philippe PLACE

MEDECINE POLYVALENTE

Dr Sylvie SEITZ
Cadres : Mairone SOULE de LAFONT & Vanessa SCHLECHT

CARDIOLOGIE /
PNEUMOLOGIE

Dr Jean-Philippe BONNET
Cadre : Benjamin CALLOT

H.A.D.

Dr Serge HUET
Cadre : Fanny DUBARRY

HOPITAL DE JOUR
DE MEDECINE

Dr Laurent VIVES
Cadre : Vanessa SCHLECHT

EXPLORATIONS
FONCTIONNELLES /
CICATRISATION

Dr Caroline FAIVRE-CARRERE
Cadre : Mairone SOULE de LAFONT

CONSULTATIONS
EXTERNES

Dr Nathalie ROSENFELD

PÔLE GERONTOLOGIE

Responsable Médical : Dr Philippe MONASTIER – Cadre de Pôle : Stéphane BAUX – Directeur référent : Jean-Claude THIEULE

EVALUATION
ICS MÉMOIRE + EMGI

Cadre : Karine LA MONICA

S.S.R.

Dr Catherine MECHAN
Cadre : Patricia CHAPRON

U.S.L.D.

Dr Corinne QUINTANA
Cadre : Karine LA MONICA

EHPAD

Dr Nicole SAMOUILLAN
Cadre : Catherine BARNAY

COURT SEJOUR
GERIATRIQUE

Dr Gérald HENNER
Cadre : Fanny DUBARRY

HOPITAL DE JOUR
GERIATRIQUE

Dr Bénédicte COAT GAYON
Cadre : Fanny DUBARRY

PÔLE CHIRURGIE - MATERNITE

Responsable Médical : Dr Jean-Pascal GUINARD – Cadre de Pôle : Nathalie THIEULE – Directeur référent : Karine AGUASCA

CHIRURGIE GENERALE,
VISCERALE & SPECIALITES
CHIRURGICALES

Dr Josette ARCAÏCHE
Cadre : Carole BOSQUE

CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE &
TRAUMATOLOGIE

Dr Alexandre CHIRICA
Cadre : Christine LINON

ACTIVITES AMBULATOIRES

Dr Patrick LAUZU
Cadre : Christine LINON

BLOC OPERATOIRE

Dr Patrick LAUZU
Cadre : Nadine GAUTIER-LABAT

GYNECOLOGIE-
OBSTETRIQUE

Cadre : Christine LINON

CONSULTATIONS
CHIRURGIE & ANESTHESIE

Dr Brigitte SICRE
Cadre : Christine LINON

PÔLE MEDICO-TECHNIQUE

URGENCES – UHCD – SMUR

Dr Stéphane MARY-CHALON
URGENCES : Dr Patrick DRAI
SMUR : Dr Laurent TEILLOL
UHCD : Dr Eric DEWEERT
Cadre : Nancy PUJOL

IMAGERIE

Dr Nadine NASR
Cadre : Valérie PEIRASSO

LABORATOIRE /
HYGIENE /
BANQUE DU SANG

Dr Marie DELPECH
Hygiène : Dr Véronique VALLS-LABONNE
Banque du sang : Dr Bénédicte NOUËL
Cadre : Valérie PEIRASSO

PHARMACIE /
STERILISATION

Dr Julie BONNET
Cadre : Murielle EXPOSITO

REANIMATION /
SURVEILLANCE CONTINUE

Dr Marie-Cécile BARTHET
Cadre : Chantal BAQUE

FONCTIONS TRANSVERSALES

Qualité-Gestion des risques : Marie BONNAUD, Dr Marie-Cécile BARTHET
Secrétariat Médical - Activités : Nathalie BIGOT
Entretien des locaux : Valérie PEIRASSO
Biologie : Nancy PUJOL

DIRECTION DES SOINS
Directeur Coordinateur des soins
Karine AGUASCA

D.I.M.
Dr Béatrice CHABALLIER
Cadre : Nathalie BIGOT

VIGILANCES

Réactologie : Dr Marie DELPECH
Inféctiologie : Dr Véronique VALLS-LABONNE
Matériovigilance : Dr Isabelle CAILLEUX
Biovigilance : Dr Charles GALLY
Pharmacovigilance : Dr Julie BONNET
Hémodialyse : Dr Valérie CHRISTOPHE
Sécurité anesthésie : Dr Brigitte SICRE
Identivigilance : Dr Béatrice CHABALLIER
Radioprotection : Danièle BERGÉY

COMMISSION D.P.C.
Instances Décisionnaires et Conseil scientifique :
Christine GIRERD-EBOLT
Dr Nicolas LONGEAUX
Jean-Claude THIEULE
Karine AGUASCA
Marie BONNAUD
Dr Caroline FAIVRE-CARRERE | Coordinateur DPC Médical
Florence CHAMAYOU | Responsable Formation et DPCI

Les processus de décision clés

1°) Elaboration et mise en œuvre de la stratégie et des projets

Le Projet d'Établissement fixe pour 5 ans la stratégie de l'établissement (2018-2022). Il est préparé par le Directoire et voté par le Conseil de Surveillance, après avis des instances consultatives (CTE, CME).

Le Projet d'Établissement est composé du projet médical, du projet de soins, du projet social, du projet de management, du programme qualité / gestion des risques, du programme d'investissement, du plan de retour à l'équilibre budgétaire, du schéma directeur du système d'information, du projet logistique et du plan de communication.

L'ensemble des Cadres participent à l'élaboration du Projet d'Établissement.

A partir du Projet d'Établissement, le Cadre prépare les projets qui concernent son unité de travail.

Ces projets d'unité sont hiérarchisés et mis en forme à l'échelon du pôle dans le projet de pôle.

Ce projet de pôle est soumis au Directoire. Après validation, il figure dans le Contrat de Pôle.

Les projets de pôle sont mis en œuvre par les Cadres de chaque pôle, sous l'égide du trio de pôle (Médecin Responsable de Pôle, Cadre de Pôle, Directeur Référent).

2°) Fonctionnement quotidien de l'unité de travail

Le Cadre est le responsable de la gestion de son unité, avec les moyens humains et matériels qui lui sont confiés.

Le Cadre doit prendre toutes les mesures qui assurent le fonctionnement de son unité au bénéfice des usagers et du personnel.

Il est le garant de la dynamique qualité dans son service.

Il alerte sans délai le Cadre de Pôle quand un dysfonctionnement touche à la sécurité des usagers et du personnel.

Il doit aussi prendre toutes les décisions qui améliorent le fonctionnement.

Dans le cas où ces décisions engageraient les finances du C. H. C. P., il propose toutes les mesures qu'il juge utiles, au Cadre de Pôle qui en réfèrera à la Direction pour décision.

3°) Processus de décision Ressources Humaines

➤ Recrutement

Le D. R. H. organise et réalise les recrutements du personnel, en lien étroit avec les managers concernés.

➤ Accueil et intégration des professionnels

Le Cadre est responsable de l'accueil et de l'intégration de chaque nouveau membre de son équipe.

En cas de difficulté d'intégration, il informe sans délai le Cadre de Pôle.

➤ Parcours professionnel / Mobilité interne

Le Cadre accompagne chaque professionnel de son équipe, à la fois au quotidien, mais aussi dans ses souhaits de mobilité et dans la construction de son parcours professionnel.

➤ Formation

Le Cadre participe activement à la définition du Plan de Formation, tant au titre des formations individuelles qu'au titre des formations collectives de son unité.

Il s'assure que les formations sont utilisées pour faire progresser l'équipe dans sa pratique quotidienne.

➤ Évaluation des professionnels

Le Cadre réalise l'évaluation annuelle de chaque professionnel de son unité.

4°) Programmes annuels

Le Cadre évalue pour son unité les besoins annuels relatifs aux formations, équipements et travaux, en cohérence avec la mission et le projet de son unité.

Les programmes annuels sont établis par pôle, puis soumis à l'arbitrage de la Direction à l'occasion d'une rencontre annuelle de programmation.

5°) Evaluation des activités

Le Cadre évalue annuellement le fonctionnement de son unité à l'aide d'indicateurs préalablement définis.

Il participe aussi à des évaluations au niveau de son pôle, ainsi qu'au niveau de l'Établissement.

Chaque pôle rédige un rapport annuel d'activité à partir d'une trame commune au C. H. C. P.

Chaque Cadre participe à sa rédaction.

✓ **Fonctionnement des instances et structures de travail**

Le Directeur organise la rencontre de l'Encadrement tous les deux mois pour l'ensemble des Cadres.

Cette rencontre fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu.

Le Directeur réunit, au moins une fois par mois, le Bureau du Pôle Management et Logistique.

Dans chaque pôle médical et médico-technique, le trio de pôle organise les rencontres des instances en lien avec le Directoire.

La Directrice des Soins réunit mensuellement l'ensemble des cadres de santé.

Le Directeur des Ressources Humaines et la Directrice des Soins animent une rencontre bimensuelle (Copol) avec les Cadres de Pôle médicaux et médico-technique portant sur les effectifs soignants.

✓ **Communication interne à l'Encadrement**

Chaque Cadre peut alimenter l'ordre du jour de la rencontre de l'encadrement.

Un Séminaire annuel de management est organisé pour l'ensemble des Cadres.

L'accueil des nouveaux Cadres est effectué (rencontre avec la Direction, tutorat par un autre Cadre de l'Établissement).

Un moment convivial est organisé par la Direction pour honorer les Cadres qui quittent leurs fonctions dans l'Établissement.

Une liste de diffusion OUTLOOK regroupant l'ensemble des adresses électroniques des Cadres est en place.

✓ Continuité de fonctionnement de l'encadrement

Elle est organisée à 2 niveaux :

- **au niveau de l'Établissement**, avec une astreinte de Direction et une garde/astreinte de Cadre de Santé ;
- **au niveau du pôle management et logistique**, le remplacement des responsables est organisé par la Direction;
- **au niveau de chaque pôle médical et médico-technique** : le Cadre de pôle organise pour chaque unité, le remplacement du Cadre par un collègue identifié parmi les autres Cadres du pôle, ou à défaut par un professionnel de l'équipe.
- en son absence, le Directeur est remplacé par le Directeur suppléant ; la Directrice des Soins par un Cadre de pôle ; les Directeurs fonctionnels par leur adjoint.

✓ Parcours professionnel des Cadres

Les parcours professionnels sont construits à partir de la prise en compte des projets individuels et des projets de l'Établissement.

La prise de responsabilité est encouragée.

Une préparation aux concours de Cadres est organisée, après appel à candidatures et sélection des candidats par la Direction.

Une formation adaptée aux responsabilités est réalisée.

Les formations diplômantes sont privilégiées.

La formation régulière des Cadres au management est assurée.
Elle combine des formations collectives proposées à l'ensemble des Cadres de l'Établissement et des formations individuelles adaptées au parcours professionnel de chacun.

Les mobilités au sein de l'Établissement sont souhaitées et accompagnées.

**PROJET
PRISE EN CHARGE MEDICALE
ET SOIGNANTE
(2018 – 2022)**

PROJET MEDICAL

BILAN DU PROJET MEDICAL 2013-2023 A FIN 2017:

Suite à leurs réalisations et grâce au suivi des indicateurs, les fiches suivantes ont été supprimées :

Priorités transversales :

Affirmer le rôle du CHCP comme établissement de 2ème recours sur le territoire
Promouvoir la performance du plateau médico-technique à l'usage de la population

Pôle Médecine :

Conforter et pérenniser la filière AVC
Mettre en place une activité de coroscanner au CHCP
Développer l'offre de consultations médicales spécialisées (hors gastroentérologie, dans l'attente du Site Unique) dans un lieu unique.

Pôle Gériatrie

Mettre en place une structure de PASA

Pôle Médico-Technique

Améliorer l'activité de scannographie
Implanter une IRM
Mettre en place une coopération en biologie médicale entre les établissements de Saint Gaudens – Tarbes – Lourdes – Auch
Elaborer un projet commun d'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière avec les Hôpitaux de Luchon
Ecrire le programme fonctionnel de la restructuration des secteurs Urgences UHCD SMUR

BILAN AU 31/12/2017 DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL : SUIVI DES INDICATEURS

Tableau de synthèse des objectifs et indicateurs du projet médical fin : décembre 2 017

Dernière colonne Réalisé vs Cible: A pour Atteint, NA pour Non Atteint.

Projet médical 2013-2017

Pôle : Chirurgie-Maternité

N°	Objectif	Indicateurs	Unité Période	2015			2016			2017								
				Cible 2 015	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2 016	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2 017	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA			
1	Renforcer le suivi périnatal	Nombre de consultations de sage femmes	nb M		4 317				4 885	13,2%				5 063	3,6%			
2	Créer une unité d'orthogénie	Nombre de grossesse chez les mineures	nb M-1		4				4	0,0%				4	0,0%			
3	Développer les PEC des pathologies pelvi-périnéales	Nombre de consultations CPP	nb M-1		736				621	-15,6%				530	-14,7%			
		Nombre de séjours CPP	nb M-1		85				148	74,1%				56	-62,2%			
5	Développer la chirurgie viscérale et digestive	Nombre d'actes chirurgie carcinologique	nb M-1		50				50	NA				47	46,9%			NA
		Nombre de RSS chirurgie digestive	nb M-1			599				702	17,2%				660	-6,0%		
		Poids moyen RUM chirurgie digestive	€ M-1			2 470				2 773	12,3%				2 769	-0,1%		
6	Développer l'activité d'orthopédie	Nombre de RSS chirurgie orthopédique	nb M-1		1 513				1 490	-1,5%				1 436	-3,6%			
		Taux part de marché orthopédie	% Année			44,25												
7	Restructurer le secteur ambulatoire	Taux chirurgie ambulatoire sur séjours Chirurgicaux	% M-1		50				55	NA				60	NA			NA
					45,3				47,6	5,1%				46,6	-2,1%			

Tableau de synthèse des objectifs et indicateurs du projet médical fin : décembre 2 017

Dernière colonne Réalisé vs Cible : A pour Atteint, NA pour Non Atteint.

Pôle : Gériatrie

N°	Objectif	Indicateurs	Unité Période	2015			2016			2017				
				Cible 2015	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2016	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2017	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %
1	Structurer et développer un hôpital de jour gériatrique	Nombre de patients HJ Gériatrie	nb M-1	120	50	NA	78	74	48,0%	NA	120	77	4,1%	NA
2	Structurer et développer le pôle d'évaluation en renforçant l'activité de consultation	Nombre de consultations externe gériatrie	nb M-1	600	347	NA	600	369	6,3%	NA		408	10,6%	
5	Augmenter la capacité d'accueil des services à orientation gériatrique et maintenir le SSR polyopathologique gériatrique	Nombre de séjour en CSG	nb M-1	800	935	A	910	874	-6,5%	NA	950	994	13,7%	A

Dernière colonne Réalisé vs Cible: A pour Atteint, NA pour Non Atteint.

Pôle : Médecine

N°	Objectif	Unité Période	Indicateurs	2015				2016				2017				
				Cible 2015	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2016	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2017	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	
1	Pérenniser l'offre de chimiothérapie anti-cancéreuse sur le CHCP	nb M	File active de patients Chimiothérapie		218				232	6,4%			238	2,6%		
		nb M	Nombre d'entrées chimiothérapie (héb)	1 800	1 779	NA	NA	1 800	1 756	-1,3%	NA	NA	1 550	-11,7%		
2	Développer suivi médico-social coordonné et actions de prévention et d'éducation à la santé aux publics précaires	nb Année	Nombre de patients PASS	100	143	A	A	100	205	43,4%	A	A	142	-30,7%		A
3	Conforter et pérenniser l'offre d'hospitalisation à domicile dans le Comminges	€ Année	Marge sur couts directs HAD		-107 885				-46 457	-56,9%			48 614	#####		
		% M	Taux d'occupation HAD (héb)	100	89,72	NA	NA	100	102,67	14,4%	A	A	101,11	-1,5%		A
4	Conforter et pérenniser la filière AVC	nb M-1	Nombre d'AVC (GA G049)		231				216	-6,5%			241	11,6%		
		nb M	Nombre de consultations Neurologie		547				621	13,5%			555	-10,6%		
		nb M-1	Nombre de Thrombolyse		14				30	114,3%			10	-66,7%		
5	Mettre en place une activité de coroscanner au CHCP	nb M	Nombre d'actes coroscanner	48	74	A	A	192	322	335,1%	A	A	355	10,2%		
6	Développer la démarche d'Education Thérapeutique au sein du CHCP pour toutes les disciplines	nb Année	File active Education thérapeutique	50	50	A	A	50	50	0,0%	A	A	52	4,0%		A
7	Développer l'offre de consultations médicales spécialisées dans un lieu unique	nb M	Nombre de dossiers externes de médecine de spécialité		8 648				11 419	32,0%			12 763	11,8%		

Tableau de synthèse des objectifs et indicateurs du projet médical fin : décembre 2 017

Dernière colonne Réalisé vs Cible: A pour Atteint, NA pour Non Atteint.

Pôle : Médico-technique

N°	Objectif	Indicateurs	Unité Période	2015			2016			2017					
				Cible 2 015	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2 016	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2 017	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA
6	Améliorer l'activité de scanographie	Nombre de scanners externes	nb M	14 500	13 380		NA	15 000	15 507	15,9%	A	15 000	15 279	-1,5%	A
8	Sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles	Taux de remboursement Médicaments CBUM	% Année	100	100		A	100	100	0,0%	A	100	100	0,0%	A
11	Améliorer les prises en charge de kinésithérapie	Nombre AMK	nb M		134 331				138 836	3,4%			149 646	7,8%	
12	Conforter la réanimation et surveillance continue	Taux d'occupation corrigé REA	% M-1	90	66		NA	90	73	10,6%	NA	90	90	23,3%	A
13	Conforter l'activité de réanimation et augmenter l'activité de SMC	Taux d'occupation corrigé SSC	% M-1		56				56	0,0%			58	3,6%	

Tableau de synthèse des objectifs et indicateurs du projet médical fin : décembre 2 017

Dernière colonne Réalisé vs Cible: A pour Atteint, NA pour Non Atteint.

Pôle : Transversales

N°	Objectif	Indicateurs	Unité Période	2015				2016				2017					
				Cible 2015	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2016	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA	Cible 2017	Réalisé fin: déce	Evol. N-1 en %	A NA		
1	Conforter les démarches Qualités et Gestion des risques	Nombre de RMM chirurgie	nb Année		1												
2	Renforcer les prises en charge de la douleur et des soins palliatifs.	Nombre de consultations douleurs	nb M	2 500	3 094		A	3 000	3 712	20,0%	A	3 500	3 848	3,7%	A		
4	Affirmer le rôle du C. H. C. P. comme 2ème recours en développant les filières externes: en amont (médecins généralistes) et en aval (C. H. U. de TOULOUSE, Hôpitaux de LANNEMEZAN, SAINT-GIRONS,	Nombre d'entrées transfert MCO	nb M-1		330				553	67,6%			617	11,6%			
5	Développer une offre pédiatrique (médicale, chirurgicale, prise en charge de la douleur)	Nombre de consultations Pédiatrie	nb M-1	5 000	4 908		NA	5 000	4 437	-9,6%	NA	5 000	4 149	-6,5%	NA		
6	Développer l'ambulatoire	Nombre d'entrées Hospital de Jour (héb hors chimio) Nombre de RUM en chirurgie ambulatoire	nb M nb M-1		321 4 091				328 3 007	2,2% -26,5%			231 2 900	-29,6% -3,6%			

PRIORITES DU PROJET MEDICAL 2018-2022 :

Priorités transversales

PT0 - Maintenir l'offre de soins grâce au nombre et à la qualité des professionnels

PT1 - Conforter les démarches Qualité - Gestion des Risques

PT2 - Renforcer les prises en charge de la douleur et des soins palliatifs

PT3 - Développer les filières internes –

PT4 - Améliorer la prise en charge des enfants et des mineurs

PT5 - Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

PT6 - Accompagner les démarches de formation, d'innovation et de recherche

PT7 - Assumer une réflexion et une démarche éthique

PT8 - Anticiper et prendre en charge les variations d'activité

PT9 – Assumer une réflexion et une démarche éthique

Pôle Médecine

M1. Pérenniser l'offre de chimiothérapie anti-cancéreuse sur le C. H. C. P.

M2. Développer, à l'attention des publics précaires, fragilisés, isolés, pour diminuer le recours à l'hospitalisation pour ces publics :

- un suivi médico-social coordonné
- des actions de prévention et d'éducation à la santé

M3. Conforter et pérenniser l'offre d'hospitalisation à domicile dans le Comminges

M4. Conforter la démarche d'éducation thérapeutique au sein du C. H. C. P.

Pôle Chirurgie - Maternité

A. - Chirurgie viscérale, digestive, pelvienne et gynécologique

CM1. Restructurer et développer l'activité médico-chirurgicale viscérale et digestive

CM2. Organiser et développer la prise en charge des pathologies pelvi-périnéales

CM3. Développer la chirurgie viscérale sus-meso-colique

CM4. Organiser au sein du GHT la chirurgie gynécologique bénigne et maligne, du pelvis et du sein

B. - Chirurgie Orthopédique

CM5. Maintenir l'activité et développer certains secteurs d'hyper-spécialité

C. - Gynécologie-Obstétrique

CM6. Améliorer l'activité d'orthogénie sur le territoire

CM7. Renforcer le suivi périnatal avec l'aide du GHT

D. - Thèmes transversaux (application chirurgicale au sein de thèmes qui ont une vocation transversale : Oncologie, Ambulatoire, Pédiatrie)

CM8. Restructurer le secteur ambulatoire pour développer son activité

CM9. Développer l'offre de soins en Oncologie chirurgicale digestive et les consultations en chirurgie gynécologique .

Pôle Gériatrie

- G1. Structurer et développer un hôpital de jour gériatrique
- G2. Structurer et développer le pôle évaluation en renforçant l'activité de consultation
- G3. Faire vivre le projet d'animation au sein des structures EHPAD et USLD
- G4. Maintenir la capacité d'accueil des services à orientation gériatrique (S. S. R. et Court Séjour Gériatrique)
- G5. Structurer la prise en charge palliative en USLD

Pôle Médico-Technique

- MT1. Maintenir une offre d'imagerie sur le site d'Encore jusqu'à sa fermeture
- MT2. Maintenir l'offre d'imagerie sur le site de Saint-Plancard
- MT3. Améliorer les prises en charge de rééducation
- MT4. Poursuivre la démarche d'accréditation COFRAC du Laboratoire
- MT5. Participer à la Fédération de biologie médicale du GHT
- MT6. Augmenter l'activité de Réanimation et augmenter l'activité de Surveillance Médicale Continue
- MT7. Sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- MT8. Réorganiser les locaux de la PUI

FICHES ACTION PROJET MEDICAL 2018 - 2023

Fiche action PT1

Conforter les démarches Qualité Gestion des Risques

- **Objectifs opérationnels**

- Appréhender et valoriser la « Qualité-Gestion des Risques-Sécurité des Soins » (QRS) comme un moyen d'améliorer la prise en charge des patients
- Avoir une démarche intégrative et centralisée de QRS afin d'éviter les redondances
- Faciliter le travail des soignants et des acteurs de terrain dans les méthodes QRS en mettant à leur disposition des outils adaptés
- Favoriser le retour des démarches QRS vers les soignants et les acteurs de terrain pour permettre la mise en œuvre d'actions pertinentes

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Elaborer et mettre en œuvre une politique Qualité - Gestion des Risques : T4 2013
- Créer et mettre en œuvre
 - la cellule de pilotage QRS
 - l'équipe opérationnelle QRS
- Passer la visite de certification 2014
- Etablir et suivre un PACQS unique : Plan d'Amélioration Continue de la Qualité des Soins

- **Conditions de réussite**

- Compétences
 - Equipe opérationnelle QRS : médecin ou cadre gestionnaire des risques à former
 - secrétariat
- Equipements
- Outils informatiques

- **Indicateurs retenus**

- Taux d'Indicateurs IPAQSS dont résultat > 80%
- Nombre d'EPP et de RMM
- Résultats visite certification (indicateur CPOM)
- Indicateurs ICALIN (indicateur CPOM)
- % de services ayant à disposition les coordonnées du point focal unique de réception de l'RAS (signalement (indicateur CPOM)

Fiche action PT2(a)

Renforcer les prises en charge de la douleur.

• **Objectifs opérationnels**

- Intégrer une démarche institutionnelle d'amélioration continue de la prise en charge de la douleur
- Optimiser une prise en charge de la douleur de qualité intra et extra hospitalière
- Former les équipes soignantes et les médecins en stage dans notre établissement
- Renforcer et consolider le partenariat CHCP et Hôpitaux de Luchon sur la prise en charge de la douleur
- Pérenniser la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique dans le Comminges.

• **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Plan d'action du CLUD annuel (4 réunions/an)
- Réunions de formations : staffs équipes soignantes, staffs médecins, FMC...)
- Equipe mobile formation douleur : 2 fois/mois (premier jeudi du mois et dernier mardi du mois)
- Enseignements IDE et AS référents douleurs (5 fois/an)
- Apports techniques non médicamenteux au sein de la consultation d'évaluation et traitement de la douleur chronique. Réunion Télémédecine avec les autres centres d'évaluation et traitement de la douleur chronique de Midi Pyrénées (4 fois/an)
- Améliorer la prise en charge de la douleur aux âges extrêmes de la vie
- EPP : diagramme douleur 2014 - 2015 et TENS (2013)
- DPC programme douleur 2014 - 2015
- Participation à l'organisation du congrès douleur novembre 2014 à TOULOUSE.
- Organisation journée mondiale de la douleur octobre 2014
- Développer les PCA au sein de l'Établissement (2013 - 2015) et les formations des équipes soignantes.

• **Conditions de réussite**

- Consultation d'évaluation et traitement de la douleur : labellisation en 2013, pérennisation de la MIGAC en 2014, renforcer le temps médical et paramédical et leurs compétences. Création d'un lieu unique de consultation (projet de consultations 2014 - 2015) RDC des USN, Site de Saint Plancard
- Professionnaliser les équipes via les formations des IDE et AS référentes.
- Nécessité de former les IDE de l'équipe mobile douleur (DIU Douleur dans les 2 ans à venir)
- Améliorer la communication intra et extra hospitalière.

• **Indicateurs retenus**

- Nombre de consultations douleur
- Nombre d'actions de formation de l'équipe mobile « formation douleur »

Fiche action PT2(b)

Renforcer les prises en charge des soins palliatifs.

- **Objectifs opérationnels**
- Intégrer une volonté institutionnelle de développement et de structuration de la prise en charge des soins palliatifs sur le territoire en positionnant le CHCP comme établissement de référence
- Développer l'expertise et les qualifications pluridisciplinaires existantes (médecine interne et HAD)
- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Clarifier le parcours patient au sein du CHCP : 2013
- Création d'une cellule de coordination et d'expertise
- Création et diffusion d'un logigramme « circuit d'admission »
- Renforcer l'offre de prise en charge en soins palliatifs au sein du service de médecine interne : 2014
- Établir projet de soin individualisé du patient
- Formation continue et échange de pratiques
- Structurer l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), pluridisciplinaire, destinée à intervenir dans un premier temps au sein du CHCP, puis dans un second temps au sein du territoire, notamment auprès des EHPAD
- Mettre en place une réunion de concertation pluridisciplinaire en soins palliatifs (RCP Supportive Care).
- Formaliser les modalités de fonctionnement entre le CHCP et les réseaux de soins palliatifs pour assurer une réponse d'expertise dans le territoire conformément aux dispositions du SROS
- **Conditions de réussite**
- 0.5 ETP IDE en médecine 1
- Salle des familles en médecine 1
- 0.5 ETP IDE pour EMSP
- Rédaction de conventions avec les réseaux de soins palliatifs
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de RSS « soins palliatifs ».
- Nombre d'intervention de l'EMSP
- En interne
- En externe
- Nombre de RCP « Soins Palliatifs »
- Conventions avec les réseaux de soins palliatifs

Fiche action PT3

Développer les filières internes

- **Objectifs opérationnels**

- Améliorer la coordination médicale et soignante autour des parcours patients
- Mettre le patient au cœur des prises en charge
- Développer les contacts et les avis médicaux entre services et entre les 2 sites du CHCP

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Réflexion sur organisation et gouvernance des pôles
- Elaborer et mettre en œuvre une procédure HET
- Favoriser les démarches d'EPP et de RMM au sein des pôles et entre différents pôles
- Créer et faire vivre le « café des Docteurs » : rencontre mensuelle des médecins en alternance sur chaque site.

- **Argumentaire**

- Le cloisonnement de l'Hôpital est un frein aux prises en charge coordonnées
- Le double site représente une difficulté pour la coordination médicale
- La multiplicité des statuts médicaux et le recours important à l'intérim ne favorisent pas la coordination médicale

- **Conditions de réussite**

- Equipements
- Outils de partage d'informations : dossier informatisé, messagerie sécurisée, joignabilité téléphonique
- Traçabilité nécessaire des avis médicaux

- **Indicateurs retenus**

- Nombre d'avis spécialisés donnés hors du service de rattachement
- Part des séjours de médecine et de chirurgie pour lesquels les patients sont arrivés par le service des urgences (indicateur CPOM)
- Nombre de démarches EPP et RMM interservices et interpôles
- Nombre et fréquentation des rencontres « le café des Docteurs ».

Fiche action PT4

Améliorer la prise en charge des enfants et mineurs (médicale, chirurgicale, prise en charge de la douleur)

- **Objectifs opérationnels**
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en Pédiatrie
- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Etre capable d'accueillir les urgences pédiatriques, à tout âge et pour tout niveau de gravité
- Définir et développer les prises en charge chirurgicales en Pédiatrie (de 3 à 15 ans)
- chirurgie herniaire
- chirurgie périnée (OGE)
- ORL
- Orthopédie et traumatologie
- Urgence viscérale
- Définir et développer les prises en charge médicales en Pédiatrie
- Organiser les filières de prise en charge vers le 3^{ème} recours en Pédiatrie
- **Argumentaire**
- Le CHCP est le seul établissement MCO de son territoire
- Il n'y pas d'offre de soins en Pédiatrie au sein du territoire en dehors du CHCP
- Le Service des Urgences accueille chaque année 3 500 patients de moins de 15 ans
- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Personnel formé en puériculture
- Anesthésie de l'enfant
- Techniques de réanimation néo-natale (pédiatres)
- Compétences multidisciplinaires (orthophonistes, psychomotriciens...)
- Equipements
- 2 chambres dédiées à l'UHCD
- Matériel d'anesthésie adapté enfant
- Chambre d'ambulatoire dédiée
- Locaux de consultation de pédiatrie médicale
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de consultations Pédiatrie
- Nombre de passage des moins de 15 ans aux Urgences
- Nombre d'interventions chirurgicales pour moins de 15 ans
- Nombre d'hospitalisations des moins de 15 ans
- A l'UHCD
- En chirurgie

Fiche action PT5

Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

- **Objectifs opérationnels**

- Favoriser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète
- Hôpital de jour
- Hospitalisation à Domicile
- Chirurgie ambulatoire

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Chirurgie ambulatoire : comité de pilotage
- Offre de soins en Hôpital de Jour gériatrique : début T4 2013
- Augmenter taux d'occupation HAD

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de séjours hôpital de jour
- Nombre de séjours HAD
- Nombre de séjours chirurgie ambulatoire
- Proportion d'activité de chirurgie ambulatoire

Fiche action PT6

Accompagner les démarches de formation, d'innovation et de recherche

- **Objectifs opérationnels**

- Assumer les obligations de formation du CHCP en accueillant des étudiants (élèves AS, IDE, internes)
- Augmenter l'attractivité du CHCP dans un contexte de démographie médicale et soignante précaire
- Favoriser le lien avec le CHU dans le cadre du G.H.T.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Accueillir et former
- Elèves AS
- Elèves IDE
- Internes

- Améliorer l'accès aux ressources bibliographiques documentaires
- Permettre l'accès à une bibliothèque virtuelle
- Intégrer l'accès aux ressources documentaires du G.H.T.

- Faciliter les obligations individuelles de DPC
- Organiser la mise en œuvre de la réforme DPC
- Créer et mettre en œuvre un comité de pilotage DPC
- Intégrer les plans de formation médical et soignant

- Favoriser et valoriser les travaux de publication au sein du CHCP
- Travaux de thèse
- Travaux de publication
- Présentations au « café des Docteurs »

- **Indicateurs retenus**

- Taux de remplissage des postes d'internes proposés
- Nombre de publications et thèses
- Nombre d'élèves accueillis (AS, IDE, sage-femme...)
- Nombre d'actions de DPC médicales et soignantes

Fiche action PT7

Assumer une réflexion et une démarche éthique.

- **Objectifs opérationnels**

- Réunir les professionnels des différents métiers de l'hôpital, des représentants des usagers, des personnalités ressources extérieures dans le but de promouvoir la réflexion et la formation des professionnels de santé à l'éthique, les bénévoles des associations intervenantes.
- Soutenir les cafés éthique en développant la communication pour les faire connaître.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Formulation d'avis ou propositions aux professionnels dans le cadre de leur exercice, de leur formation ou d'aide à la décision.
- Proposition de temps de réflexions thématiques tous les 2 mois ayant pour cadre les cafés éthiques et ayant pour objets : la loi Léonetti, éthique et laïcité, recherche et éthique, le respect entre les différents professionnels.
- Contribution à l'expression, à la diffusion et à la reconnaissance des différents métiers les uns par rapport aux autres en déclinant largement les échanges entre services et catégories du type « **Vis ma vie** ».
- Contribuer à la réflexion et à une amélioration de leurs droits pour les usagers en particulier, le choix d'une personne de confiance et l'élaboration et le respect des directives anticipées.

- **Argumentaire**

Parler d'éthique dans l'univers hospitalier, c'est parler du quotidien de l'acte soignant. L'éthique permet de mieux vivre en société en nous respectant et en respectant les autres.

L'éthique dans les soins procède par raisonnement, afin de déterminer nos choix de conduite devant une difficulté ou une décision aux implications morales. Les principes éthiques nous guident dans nos décisions concernant le patient et orientent nos comportements professionnels. Ils influencent et balisent nos relations professionnelles et interprofessionnelles. « L'éthique concerne le conflit entre les règles admises et les situations nouvelles ou encore entre les règles communes et les règles propres. » Alain Gérard (philosophe)

Les principes éthiques auxquels nous nous rattachons s'inscrivent dans notre pratique de la bienveillance et peuvent se définir comme suit :

- Principe du respect de la dignité de la personne : obligation morale de considérer la personne comme sujet et non comme objet de recherche ou de soins et de la respecter en raison de son appartenance à la famille humaine. S'applique quelque soient la race, la culture, l'âge, le sexe ou le quotient intellectuel de la personne.
- Principe d'unicité : nous oblige à respecter le caractère particulier de la personne en tenant compte de ce qu'elle vit, ressent et reconnaît comme lui étant propre.
- Principe du respect du droit à l'altérité : c'est respecter la manière de penser et d'être de la personne.
- Principe du respect de l'intégrité et de l'invulnérabilité de la personne :
- Principe du respect de l'intimité : obligation de respecter sa vie privée, son espace personnel et ses sentiments profonds.

-

- **Conditions de réussite**

- Compétences : Les professionnels formés à la réflexion éthique sont identifiés et animent les réflexions éthiques en cours (Dr Sylvie Seitz, Mme Claudine Natali, Mme Karine AGUASCA)
- Equipements : L'hôpital met à disposition des salles de réunions et l'accès aux ressources documentaires. Celles-ci seront à développer en partenariat avec des ressources régionales.
- Autres : liens avec l'espace de réflexion éthique de la région Occitanie (ERE OCCITANIE) dans le but de participer à un observatoire des pratiques de l'éthique en établissements de santé

- **Indicateurs retenus**

- Nombre et fréquentation des réunions d'éthique
- Nombre de sujets abordés

Fiche action PT8

Anticiper et prendre en charge les variations d'activité saisonnière.

- **Objectifs opérationnels**

- Améliorer la prise en charge des patients hospitalisés, pendant les périodes de tension en disponibilité en lits hospitaliers (principalement en court séjour de Médecine et Gériatrie)
- Améliorer la fluidité des parcours des patients (amont, urgences, hospitalisation, aval du court séjour)
- Diminuer le temps de passage aux urgences, facteur de comorbidité

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Participer à la réflexion PDSA avec les médecins généralistes du territoire
- Participer aux réunions des Directeurs d'EHPAD du territoire pour améliorer l'entrée et la sortie des patients d'EHPAD vers/depuis le CHCP
- Améliorer la fluidité des parcours patients entre les services
- Elaborer et mettre en œuvre une procédure « hospitalisation d'un patient à la sortie des Urgences »
- Installer la « commission parcours patients et admissions non programmées »
- Elaborer et mettre en œuvre une procédure « Hôpital en Tension »
- Mettre en œuvre l'outil « via trajectoire » avec les services de SSR du territoire

- **Argumentaire**

- Taux d'occupation de Médecine et de Court Séjour Gériatrique supérieur à 95 %
- Variation avec pic saisonnier hivernal de patients médicaux et gériatriques en court séjour
- Difficultés d'hébergement et de prise en charge sécurisée des patients médicaux au sein du Site de Saint-Plancard

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de séjours de patients hébergés hors leur unité théorique (hébergements)
- Nombre de séjours des pôles médecine et gériatrie au sein de l'UHCD
- Nombre de jours HET niveau 1 et niveau 2

Fiche action M1

Pérenniser l'offre de chimiothérapie anti-cancéreuse sur le CHCP

- **Objectifs opérationnels**
- Permettre l'activité de chimiothérapie anti-cancéreuse sur le territoire
- Faire un état des lieux
- Décider, si nécessaire, d'un établissement partenaire dans le cadre d'un Site Associé.
- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Poursuivre et développer l'activité de chimiothérapie sous le label 3C
- Développer l'offre de prise en charge (sénologie, gynécologie, hématologie, ...).
- Dépistage et prise en charge des cancers (seins, prostate)
- **Argumentaire**
- L'offre de chimiothérapie sur l'établissement a régulièrement évolué depuis les 3 dernières années et offre un service de qualité à la population du Territoire de Santé.
- Le contexte de démographie médicale dans la spécialité pousse l'établissement à envisager la coopération avec un autre établissement dans le cadre d'un Site Associé
- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Oncologue médical
- Praticien de médecine polyvalente avec DU de chimiothérapie
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de séances de chimiothérapie
- File active de patients
- Taux annuel de patients ayant bénéficié d'une RCP (indicateur CPOM)
- Taux annuel de patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce selon Inca, médical et soignant (indicateur CPOM)
- Taux de patients bénéficiant de soins de supports ou palliatifs (indicateurs CPOM)

Fiche action M2

Développer à l'attention des publics précaires, fragilisés, isolés :

- un suivi médico-social coordonné,
- des actions de prévention et d'éducation à la Santé.

Diminuer le recours à l'hospitalisation pour ces publics.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Mettre en place une structure pluri-professionnelle médico-sociale d'accueil et de coordination permettant de :

- renseigner,
- coordonner,
- évaluer,
- orienter.

- **Argumentaire**

- Il existe sur le Territoire de Santé des publics précaires qui échappent au système de santé et qui finissent par nécessiter une hospitalisation dans des situations de gravité importantes.

- Il n'existe pas actuellement d'offre de prise en charge médico-sociale adaptée sur le Territoire (absence de CLIC, absence de structure de coordination).

- La prise en charge des publics précaires génère à la fois pour les services d'hospitalisation et pour le Service d'Accueil des Urgences une activité de soins supplémentaire à laquelle ils n'apportent pas toutes les réponses.

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Equipe pluridisciplinaire formée à l'évaluation globale :
 - IDE
 - Assistant de service social
 - Médecin

- Equipements

- Un bureau d'accueil et de consultations à proximité du Service des Urgences.
- Autres
- Plan de communication interne et externe permettant de faire connaître cette nouvelle offre.

- **Interactions avec le site unique**

- Intégrer dans le projet de restructuration des Urgences la proximité de ce lieu d'accueil.

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de droits d'ouverture PASS (indicateur CPOM)

Fiche action M3

Conforter et pérenniser l'offre d'Hospitalisation A Domicile dans le Comminges (HAD)

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Evaluer la structure de fonctionnement (modalités de conventions avec les officines et praticiens libéraux) de l'HAD afin de garantir son équilibre économique
- Augmenter le taux d'occupation en prenant en compte une couverture géographique très large
- Développer les partenariats et la communication auprès des EHPAD
- Mettre en œuvre la prise en charge obstétrique en HAD.

- **Echéance : 2013**

- **Argumentaire**

- Le service d'HAD a été créé en juin 2010 sur le Territoire de la Haute-Garonne Sud.
- Le besoin de Santé Publique est reconnu par tous, cependant l'équilibre économique de ce service doit être rapidement réalisé afin d'en assurer la pérennité.

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Adéquation des effectifs salariés à l'activité
- Equipements
- A évaluer si internalisation de certaines prestations aujourd'hui externalisées.
- Autres
- Plan de communication interne et externe.

- **Indicateurs retenus**

- Taux d'occupation HAD (indicateur CPOM)
- Résultat analytique équilibré
- Taux de patients pris en charge en HAD à la sortie de l'hospitalisation complète en médecine et chirurgie (indicateur CPOM)

Fiche action M4

Développer la démarche d'Education Thérapeutique au sein du CHCP pour toutes les disciplines.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Conforter l'équipe pluridisciplinaire d'Education Thérapeutique comme garant méthodologique au service de la Communauté Médicale.
- Recenser les projets potentiels d'Education Thérapeutique et établir une programmation pluriannuelle de leur mise en œuvre.
- Echéance : 2014

- **Argumentaire**

- L'Etablissement a souhaité mettre en œuvre une cellule pluri-professionnelle chargée de l'Education Thérapeutique sous le leadership médical du Dr FAIVRE CARRERE.
- Un projet d'ETP relatif à la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires a bénéficié d'une autorisation ARS en 2012.
- Certains champs de maladies chroniques ne bénéficient pas à ce jour de programme d'ETP : BPCO, diabète, stomie...

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Equipe d'ores et déjà formée ayant une expérience de mise en place de programme.
- Autres
- Plan de communication interne et externe.

- **Indicateurs retenus**

- File active de patients
- Nombre de programmes autorisés (indicateur CPOM)

Fiche action CM1

Restructurer et développer l'activité médico-chirurgicale viscérale et digestive.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- maintenir et développer la chirurgie digestive «tronc commun», dont la chirurgie cœlioscopique, la chirurgie de paroi, la chirurgie colorectale et la chirurgie pédiatrique
- renforcer l'activité de chirurgie sous-mésocolique : colique, rectale pelvi-périnéale et proctologique, ainsi que gynécologique
- renforcer la filière médico-chirurgicale digestive
- renouveler et renforcer l'équipe des gastroentérologues
- recruter et renforcer l'équipe des chirurgiens digestifs et gynécologiques
- envisager la création d'une unité lieu d'hospitalisation des pathologies digestives médico-chirurgicales.
- **Argumentaire**
- le taux de fuite important sur le "tronc commun", la proctologie,
- la nécessité d'atteindre le seuil d'activité pour maintenir l'autorisation de chirurgie carcinologique digestive
- la nécessité de disposer de gastroentérologues de façon pérenne,
- coopération médico-chirurgicale autour des patients digestifs à améliorer.
- **Conditions de réussite**
- Compétences
- un Service de réanimation pérenne
- Accès à des radiologues spécialisés et interventionnels
- Gastroentérologues
- Chirurgiens digestifs et gynécologues
- Oncologues et Radiothérapeutes de recours
- Equipements
- IRM
- Colonnes de cœlioscopie, boîtes...
- Salles de bloc, salles d'endoscopie
- Autres
- coopération et confiance médico-chirurgicale
- Mise en place organisationnelle solide
- permanence des soins,
- staffs médico-chirurgicaux
- envisager la création d'un poste d'Interne de Gastroentérologie.
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de RSS DA01 digestif
- PMCT
- Recettes GHS DA01
- Taux annuel de patients ayant bénéficié d'une RCP (indicateur CPOM)

Fiche action CM2

Organiser et développer la prise en charge des pathologies pelvi-périnéales.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Création d'un centre de pelvi-périnéologie pour prise en charge globale des malades autour desquels gravitent les spécialités d'organes au sein d'une même unité de lieu.

- **Argumentaire**

- La pelvi-périnéologie est une discipline médicale transversale dédiée à la compréhension et à la prise en charge des pathologies pelviennes et périnéales.
- Les troubles urinaires, gynécologiques, digestifs, sexuels ou douloureux pelviens y sont abordés dans une logique globale et multidisciplinaire.
- Approche globale :
- Périnée descendant et troubles de la statique pelvienne avec manifestations urologiques, gynécologiques et ano-rectales
- Algies pelviennes
- Approche spécifique d'organe :
- Proctologie et troubles ano-rectaux (pathologie hémorroïdaire, fissures anales, maladies fistuleuses anales)
- cancer anus et cancer rectum
- Troubles génito-sexuels
- Troubles urinaires isolés, maladie lithiasique.

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Recrutement 2ème chirurgien digestif et gynécologique
- Inciter les 2 urologues à participer (actes de promontofixation, suspension vésicale...)
- kinésithérapeutes-rééducation périnéale
- Gastro-entérologues et endoscopies
- Proctologues
- Prise en charge des stomisés
- Formation des praticiens à la prise en charge périnée
- Formation des chirurgiens aux procédures chirurgicales coelioscopiques
- Encollage fistules / chirurgie lambeau
- Participation pluri-professionnelles : Sages-femmes, Sexologue, Psychologues, Neurologues, Stomathérapeutes, formation interne, Radiologues.

- Equipements
- IRM statique et dynamique
- Colonne coelioscopie disponible
- Echo-endoscopie
- Lithoclast : 3 par mois, 15 000 euros, externes
- Résecteurs bipolaires urologiques et gynécologiques
- HAL-RAR-Doppler
- Echographie endo-rectale
- Bilan urodynamique et manométrie ano-rectale



- Autres
 - Staff périnée régulier
 - Hôpital de jour : organise bilan multidisciplinaire et approche globale ; mettre en commun les expertises de chaque spécialiste d'organe et les examens complémentaires autour de chaque patient.
 - Plateforme organisationnelle Hôpital de Jour, lits, secrétariat,
-
- **Indicateurs retenus**
 - Nombre de Séjours en hôpital de jour
 - Nombre de consultations.
 - Nombre d'actes chirurgicaux.

Fiche action CM3

Développer la chirurgie viscérale sus-mésocolique.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Chirurgie de l'estomac (hors chirurgie bariatrique) : cancer, hernie hiatale, RGO
- Chirurgie du pancréas (tumeur maligne ou bénigne)
- Chirurgie des voies biliaires (lithiase)

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- un chirurgien digestif installé formé à cette activité (Dr GUINARD)
- projet de recrutement d'un deuxième chirurgien dans l'avenir (2-3 ans) à la fin d'activité d'un PH de l'établissement
- Equipements
- Accessibilité à la radiologie interventionnelle (drainage, embolisation, artériographie) à proximité
- IRM
- Lits de Soins Intensifs, de réanimation
- Echo-endoscopie, CPRE
- Autres
- Réunion médico-chirurgicale dédiée avec chirurgiens, gastro-entérologues, radiologues tous les 15 jours
- Relation étroite avec le CHU Rangueil, Service de Chirurgie Digestive (Pr SUC, Pr MUSCARI, spécialisés dans l'étage sus-méso-colique) et Service de Radiologie (Pr OTAL)

- **Interactions avec le site unique**

- Actuellement réanimation, Soins Intensifs et scanner sur un site différent du Service de Chirurgie Viscérale et des Blocs Opératoires. Chirurgie lourde avec morbidité importante (30 à 40 % pour la chirurgie pancréatique) unité de lieu nécessaire pour pratiquer ce type d'activité.

- **Indicateurs retenus**

- Suivi d'activité : nombre de RSS typiques : GA 019 Affections hépatiques sévères et affections du pancréas

Fiche action CM4

Organiser au sein du G.H.T. la chirurgie bénigne et maligne du pelvis et du sein.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Chirurgie bénigne :
 - utérine
 - ovaires et annexes
 - périnée descendant
 - voie d'abord : basse / coelio
- Chirurgie maligne :
 - cancer utérus
 - cancer ovaire
 - cancer sein.
- **Argumentaire**
- Forte demande, gros potentiel avec fuite quasi complète
- Chirurgie bénigne techniquement accessible rapidement
- Développer l'ambulatoire
- Chirurgie maligne pelvis possible car complémentarité technique de compétences avec chirurgie viscérale (4 mains).
- **Conditions de réussite**
- Compétences
 - Un chirurgien gynécologue-obstétricien
 - Un chirurgien digestif à orientation gynécologique
 - PDS gynécologique chirurgicale à organiser
 - Prise en charge cancer du sein, dépistage et traitement, compétences spécifiques à développer en réseau (radiologues, chimio, radiothérapie)
 - Réseau pour reconstruction (lambeau sein, périnée)
- Equipements
 - matériel spécifique sous coelioscopie (morcellateur...)
 - colonne de coelioscopie disponible
 - anapathologie ganglions sentinelle
- Autres
 - Autorisations tutelles pour chirurgie carcinologique gynécologique
 - Staff multidisciplinaire spécifique
 - RMM.
- **Indicateurs retenus**
- Suivi d'activité : nombre de RSS typiques : GHM 13C04 Interventions réparatrices de l'appareil génital féminin.

Fiche action CM5

Maintenir l'activité de chirurgie orthopédique et développer certains secteurs d'hyperspécialité.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Maintien d'une chirurgie orthopédique et traumatologique polyvalente
- Maintien d'une permanence de soins orthopédique et traumatologique polyvalente
- Maintien et développement de la chirurgie prothétique
- Développement de chirurgie orthopédique spécialisée
- Partenariat avec contrat d'association chirurgiens orthopédistes.

- **Conditions de réussite**
- Compétences
- 2 chirurgiens temps pleins polyvalents habitant SAINT-GAUDENS ou sa région
- Chirurgie orthopédique sur-spécialisée réglée
- Développer blocs anesthésie locorégionaux
- Kinésithérapie
- Formaliser réseau infectiologie (CLIN, surveillance ISO)
- Equipements

- Salle de kinésithérapie
- IRM
- 2^{ème} salle d'orthopédie réglée / ambulatoire
- Salle d'externe / petites chirurgies locales
- Dotation matériel
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de RSS DA02 orthopédie
- PMCT
- recettes GHS DA02

Fiche action CM6

Créer une unité d'orthogénie au sein du service de gynécologie-obstétrique.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- But
- Proposer aux femmes un circuit spécifique gérant leurs demandes d'IVG et de conseils de contraception ;
- accueillir le CDPF une fois par semaine ;
- participer à l'information et l'éducation sexuelle et affective auprès des plus jeunes ;
- participer au dépistage des IST
- Développer CDAG
- Calendrier
- Etude quantitative des IVG sur 2011/2012
- Visite du service d'Orthogénie de l'hôpital Joseph DUCUING : 21 mai 2013
- Rencontre du médecin coordonnateur du CDPF : 12 juin 2013
- Favoriser les conventions avec médecins généralistes (février 2013)
- Etude de faisabilité sur le site d'Encore (locaux, personnel) : septembre 2013

- **Argumentaire**

- Offre insuffisante pour accueillir toutes les demandes d'IVG
- Prévention des grossesses non désirées, en particulier chez les mineures = priorité de santé publique ainsi que la volonté de réduire le nombre d'IVG
- Information à la contraception et éducation sexuelle et affective peu développées
- Manque de coordination avec le Centre de Planification Familiale (travail sur les 2 sites et permanence bi-mensuelle)
- Désir de constituer un réseau de professionnels sur le Comminges type »info ados « pour intervenir au plus près des jeunes (milieu scolaire dès le primaire)

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- médecin, sage femme, psychologue, assistante sociale
- Permanence d'une journée par semaine consacrée à l'orthogénie : centralisation de demande d'IVG, organisation des hospitalisations et des rendez-vous (médicaux, psycho sociaux), programme d'interventions auprès des jeunes (intra et extra-structure)
- Equipements
- Mise à disposition des locaux pour permanence du CDPF
- Local dédié (entrée séparée de la consultation d'obstétrique)
- 2 bureaux (dont un bureau de consultation) + une salle de réunion (accueil groupes de jeunes)
- Mise à disposition des locaux pour permanence du CDPF
- Accès facile à la salle d'échographie.
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de consultations orthogénie
- Nombre de grossesses chez les mineures.

Fiche action CM7

Renforcer le suivi périnatal.

Créer un réseau de dépistage précoce et de suivi des enfants présentant des troubles du développement dès le plus jeune âge, et favoriser la prise en charge des nouveau-nés.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Créer une antenne de la CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
- Formaliser l'activité PTIMIP au sein de l'hôpital
- Demande d'une unité kangourou (deux lits mère enfants).

- **Argumentaire**

- Etat des lieux
- Deux pédiatres référents PTIMIP assurent le suivi des enfants nés à partir de 30 SA.
- Réseau avec professionnels de rééducations libéraux (kiné, psycho-motriciens, orthophonistes, psychologues)
- Proposer dans le territoire un suivi organisé et coordonné des enfants présentant un trouble du développement dû à la prématurité et/ou aux séquelles liées à la naissance
- Offrir un service au plus près du milieu de vie des parents pour un suivi spécialisé.

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de consultations (PM et SF)
- Nombre d'entretiens prénatals (SF) (indicateur CPOM)

Fiche action CM8

Restructurer le secteur ambulatoire pour développer son activité.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Définition et signature d'une Charte (mai 2013)
- Actes externes : extraire lieu et personnel dédié (2018)
- Structurer l'espace fauteuil
- Optimiser l'occupation des lits
- Flux des malades, circuit propre ambulatoire
- Fauteuil/lit
- Sortie SSPI, scores, blocs, processus de sortie
- Définir les créneaux opérateurs
- Développer les Bloc anesthésie loco-régionale, l'hypnose
- Mettre en œuvre un dossier médical ambulatoire (passeport, critères d'éligibilité, livret info par spécialité...)

- **Argumentaire**

- Ambulatoire CHCP 2012 : 35,4 % (France 37 %, 83 % EU, 79 % GB, 70 % Europe Nord)
- Objectif ARS 2013 : 40 %

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Blocs locorégionaux anesthésie, hypnose
- Personnel et praticiens motivés, coordination interne
- Equipements
- Structurer espace fauteuil (confort, intimité phonique visuelle, média, commandes, vestiaires...)
- Informatisation flux des malades
- Espace blocs locorégionaux au bloc, SSPI dédiée
- Secteur pédiatrique
- Créer locaux pour actes externes
- Nombre de boîtes et de salles suffisantes
- Unité géographique accueil-hospitalisation-bloc-secrétariat

- **Indicateurs retenus**

- Taux chirurgie ambulatoire sur séjours chirurgicaux (indicateur CPOM)
- Dates de formalisation et de révision de la charte ambulatoire (indicateur CPOM)
- Nombre de protocoles formalisés de chirurgie ambulatoire (indicateur CPOM)
- Formalisation du chemin clinique en chirurgie ambulatoire (indicateur CPOM)

Fiche action CM9

Développer l'offre de soins en oncologie chirurgicale digestive et les consultations en chirurgie gynécologique

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Développer le partenariat chirurgical / gastro-entérologues médicaux /oncologues
- Réunion médico-chirurgicale - radiologie et RCP
- Favoriser une unité de lieu d'hospitalisation des malades à composante digestive
- Améliorer le dépistage
- Considérer le CHCP comme deuxième recours puis adressage aux correspondants du CHU selon les pathologies et possibilités du CHCP
- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Chirurgiens digestifs
- Chirurgiens gynécologiques, dont 1 pouvant être commun entre digestif et gynéco
- Fonctionnement en réseau : radiologues, oncologues, radiothérapeutes.
- Equipements
- Secteur d'hospitalisation à tonalité digestive.
- Autres
- Communications extérieures communes entre gastroentérologues et chirurgiens
- Staff
- Renforcer coopération médico-chirurgicale, notion d'équipe
- Maintenir agrément chirurgie carcinologique digestive
- **Indicateurs retenus**
- Suivi actes chirurgie carcinologique digestive (seuil)

Fiche action G1

Structurer et développer un hôpital de jour gériatrique.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- Problématique et intérêt
- développer l'évaluation gériatrique globale
- diminuer le nombre et la durée d'hospitalisation de personnes âgées pour bilan
- anticiper les problèmes de dépendance physique et cognitive (concept de fragilité)
- élargir l'offre de soins sur le bassin de santé du Comminges
- Organisation au sein de l'Hôpital de Jour 4^{ème} étage, le vendredi
- Initialement 3 patients par jour
- Secondairement, 4 patients par jour

- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Temps Gériatre
- Personnel paramédical afin de proposer une prise en charge pluridisciplinaire (Cadre, IDE formée à l'évaluation gériatrique, Assistante sociale, kiné, aide-soignante, psychologue, secrétaire médicale...)
- Secrétariat médical
- Equipements
- Locaux adaptés au sein de l'Hôpital de Jour
- Autres
- Créer un document de pré-admission
- Mettre en œuvre un plan de communication

- **Indicateurs retenus**
- Nombre de séjours Hôpital de Jour Gériatrique (indicateur CPOM)

Fiche action G2

Développer le pôle Evaluation en renfonçant l'activité de consultation.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Désignation d'un médecin référent
- Elargir l'implication à l'ensemble des gériatres du pôle
- Associer 0,5 ETP d'infirmière formée à l'évaluation gérontologique afin de proposer une prise en charge globale, pluridisciplinaire.

- **Argumentaire**

- Augmente la capacité d'évaluation cognitive
- Diminue le recours à l'hospitalisation
- Participe à la prévention de la dépendance
- Facilite le recrutement pour l'hôpital de jour gériatrique

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Temps médical gériatre
- personnel paramédical afin de proposer une prise en charge pluridisciplinaire (IDE, secrétaire médicale)
- Equipements
- Proposer des locaux adaptés en faisant des travaux aux RDC du bâtiment FPA
- Autres
- Plan de communication adapté

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de consultations externes du Pôle Gérontologie.
- File active de consultation mémoire (indicateur CPOM)
- File active Equipe mobile de gériatrie (indicateur CPOM)
- File active Equipe Mobile Gériatrie dans les établissements médico-sociaux (indicateur CPOM)

Fiche action G3

Elaborer le projet d'animation au sein des structures EHPAD et USLD.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- identification de personnes référentes
- mettre en place une commission d'animation
- développer des activités variées suivant la dépendance
- sensibilisation du personnel soignant
- développer des conventions avec d'autres acteurs

- **Argumentaire**
- Développer la qualité d'hébergement, la dynamique sociale
- Développer la prise en charge physique et cognitive

- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Recrutement d'une équipe de professionnels impliqués au projet d'animation
- Formation en interne et sensibilisation du personnel au projet d'animation
- Equipements
- Faire l'état des lieux des supports et acquérir du matériel nécessaire en fonction des activités proposées
- Autres
- Etablir des partenariats par le biais de conventions
- Communication d'un programme par différents supports.

- **Indicateurs retenus**
- File active Patient – Service

Fiche action G4

Augmenter la capacité d'accueil des services à orientation gériatriques (SSR / CSG / création d'une UPUG).

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Augmenter les possibilités d'hospitalisation des patients en secteur gériatrique de court séjour et de SSR.

- Améliorer la filière gériatrique et la prise en charge des patients âgés au sein du CHCP et dans le bassin du Comminges.

- **Argumentaire**

- Forte population de patients âgés hospitalisés

- Service à fort pourcentage d'occupation

- Délai d'attente raccourci pour entrer en service de SSR et libérer des lits de court séjour.

- **Conditions de réussite**

- Compétences

- Renforcement de l'ensemble des équipes de gériatrie (médecins, IDE, AS...)

- Equipements

- Réflexion sur la capacité d'accueil du bâtiment FPA.

- **Indicateurs retenus**

- Nombre de séjours Court Séjour Gériatrique

- DMS séjours Court séjour gériatrique

- Taux occupation court séjour gériatrique

- Taux d'admission directe en CSG (indicateur CPOM)

- Nombre de séjours SSR gériatrique

- DMS SSR gériatrique

- Taux occupation SSR gériatrique

- Nombre de patients CSG hospitalisés en dehors CSG (ex UHCD pendant HET)

Fiche action MT1

Préparer le site unique : Implanter l'activité d'imagerie du Site d'Encore (cabinet privé) sur l'actuel service d'imagerie du CHCP.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Réorganiser les locaux et circuits patients pour prendre en charge l'augmentation d'activité : d'échographie, de mammographie et d'imagerie conventionnelle
- 2014/2015 (en raison de l'implication de ce projet avec l'implantation d'un nouveau Scanner et potentiellement de l'IRM)
- Valider la Permanence des Soins par une convention (partenaires à valider)

- **Argumentaire**

- Nécessité d'absorber l'activité actuelle réalisée sur le site d'Encore
- En 2012 : 4 480 radios, 2 982 échographies et 962 mammographies.

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- démographie médicale
- Equipements
- Echographe, mammographie
- Autres
- Organisation optimale entre secteur public et privé

- **Indicateurs retenus**

- Maintien de l'offre de soins

Fiche action MT2

Améliorer l'activité de scanographie.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**
- 2013 : Réorganiser l'activité pour assurer la sécurité de la prise en charge des patients et absorber l'augmentation annuelle de 500 examens
- 2014/2015 : Renouveler l'équipement de scanographie avec un projet de coroscaner
- **Argumentaire**
- Plages actuelles de scanner insuffisantes pour absorber l'activité nécessitant un réaménagement des plages d'utilisation.
- **Conditions de réussite**
- Compétences
- Manipulateurs, radiologues, cardiologues
- Equipements
- Nouveau scanner
- Autres
- Assurer la coordination entre la cardiologie et l'imagerie
- **Indicateurs retenus**
- Nombre de scanners
- Délai d'attente pour rendez-vous programmé

Fiche action MT3

Améliorer les prises en charge de kinésithérapie.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- 2013 : élaborer, valider et mettre en œuvre un projet médical de rééducation
- 2013 : élaborer, valider et mettre en œuvre une Charte de fonctionnement du

Service de kinésithérapie

- 2014/2015 : créer un plateau technique de rééducation.

- **Argumentaire**

- Structurer l'activité de rééducation
- Diversifier les prises en charge en kinésithérapie
- S'inscrire dans le projet de soins

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Kinésithérapeutes
- Equipements
- Implantation d'un plateau technique de kinésithérapie

- **Indicateurs retenus**

- Nombre d'actes de kinésithérapie.

Fiche action MT4

Obtenir l'Accréditation du Laboratoire.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- juillet 2013 : dépôt dossier accréditation hémostase + Immuno-Hématologie
- novembre 2013 : visite souhaitée du COFRAC
- 2014/2015... Planifier et organiser le renouvellement annuel des visites COFRAC
- 2016 : accréditation totale

- **Argumentaire**

- Obligation : Ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- maintien d'une compétence en qualité de Laboratoire
- Equipements
- renouvellement des automates d'hémostase et d'immuno-hématologie
- renouvellement des enceintes et centrifugeuses
- Autres
- mise en conformité des locaux, en volume, traitement d'air, traitement des effluents
- accroissement des contrôles qualité internes et externes
- visites COFRAC

- **Interactions avec le site unique**

- L'ouverture d'un nouveau bâtiment doit impliquer la réflexion sur le transfert automatisé des tubes d'examens

- **Indicateurs retenus**

- Respect calendrier accréditation.

Fiche action MT5

Participer à la fédération de biologie médicale du G.H.T.

- **Actions et calendrier**

-
-

- **Conditions de réussite**

-
-
-
-
-
-
-

- **Indicateurs retenus**

-

Fiche action MT6

Conforter l'activité de Réanimation et augmenter l'activité de SMC.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- 2013 /2014 : Fonctionnement médical : anesthésiste-réanimateurs
- Nécessité d'une démarche coordonnée entre le service d'anesthésie et la réanimation avec une véritable politique globale de l'établissement sur la fonction anesthésie réanimation et son organisation au sein du CHCP.
- 2013/2014 : Améliorer le recrutement des patients:
 - Filière Chirurgicale, avec le développement de la chirurgie sus-mésocolique (patients qui relèvent d'un séjour de réanimation post opératoire).
 - Filière Médicale avec le développement de la cardiologique non interventionnelle (patients qui relèvent d'un séjour SMC).
 - Filières externes avec LANNEMEZAN et TARBES notamment.
- 2016 : Objectiver la nécessité d'une activité de Réanimation – SMC à 12 lits : 8 lits de réanimation et 4 lits de SMC :
- Etude médico-économique à mener avec le contrôleur de gestion.

- **Argumentaire**

- Réponse aux besoins de la population
- Maintien de l'autorisation d'activité

- **Conditions de réussite**

- Compétences
- Médecins Anesthésistes réanimateurs
- Développer l'idée d'un pool soignant avec des compétences partagées
- Equipements
- Autres

- **Indicateurs retenus**

- Taux corrigé journées de réanimation avec suppléments.
- Taux d'occupation réanimation et surveillance continue
- Nombre de séjours réanimation et surveillance continue

Fiche action MT7

Sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Rôle du pharmacien ; développer la pharmacie clinique en :
 - développant sa participation aux visites ciblées de service de soins, permettant une optimisation de l'analyse pharmaceutique (2015)
 - réalisant une consultation pharmaceutique pour les rétrocessions (2015)
 - développant l'éducation thérapeutique pour les pathologies chroniques (2015)
 - développant une coopération avec les pharmacies de ville (à type de banque de données à partager) (2015)
- Rôle du préparateur :
 - Mise en place de préparateurs référents de service de soins (2013)
 - Préparation des médicaments en doses unitaires (ou rôle d'un automate ?)
 - Développement de la dispensation nominative pour les services à hospitalisation de longue durée

- **Argumentaire**

- Réglementation : arrêté du 06 avril 2011
- Recommandations : BPPH 2001, BPF 2011
- CBUMPP

- **Indicateurs retenus**

- Suivi du CBUMPP : obtention du taux de remboursement à 100%

Fiche action MT8

Réorganiser les locaux de la PUI.

- **Actions prévues et calendrier approximatif**

- Agrandissement des locaux de la PUI actuelle et réaménagement des locaux existants

- Achat de matériel : armoires de stockage, reconditionneuse, automate de dispensation

- **Argumentaire**

- Réglementation : arrêté du 06 avril 2011
- Recommandations : BPPH 2001, BPF 2011
- CBUMPP

- **Indicateurs retenus**

- **Respect du calendrier**

PROJET DE SOINS (2018 – 2022)

I - CONTEXTE REGLEMENTAIRE

Le projet de soins des établissements de santé constitue une volonté inscrite par *la loi du 31 juillet 1991* comme relevant du département des soins. Le projet de soin s'articule au sein du projet d'établissement déclinant un projet médico soignant, auquel est associé les professionnels médicaux et paramédicaux. Ce projet est co écrit par le président de CME et le Directeur coordonnateur général des soins, ils le mettent en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.

Ensuite l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, précise : *« le projet d'établissement prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques, ainsi qu'un projet social ».*

Enfin, le Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) mentionne dans son article 3 *« la commission des soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques est consultée sur le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement »*

Le projet médico-soignants, intégré au projet d'établissement s'inscrit dans les axes du CPOM (Contrat d'Objectifs et de Moyens) contractualisé avec l'ARS auxquels s'ajoutent le PRS 2 (Plan régional de santé) et le projet médico-soignants du GHT.

L'élaboration d'un projet de soins est l'occasion régulière, pour le département des soins, de prendre le temps de définir en concertation de définir en concertation avec les professionnels de soins et les représentants des usagers, les tendances d'évolution et de développement de ses activités à mettre en œuvre sur les 5 années à venir.

II- BILAN DU PROJET DE SOINS PRECEDENT

En 2013 avait été écrit un projet de soins intitulé « *Revue qualité du projet de prise en charge 2013-2018* ». L'objectif était de suivre les orientations contenues dans le projet médical 2013-2023, dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées. La méthodologie employée était de décliner le projet de soins en 5 axes de travail piloté par le directeur des soins intégrant des critères d'évaluation par des indicateurs de suivi annuel déclinée sur les contrats de pôle.

Depuis son écriture dans le cadre de la nouvelle loi de santé du 26 Janvier 2016 un projet de soins médico-soignants partagé du GHT a été rédigé. Il a été associé la CSIMRT du GHT dont le directeur des soins et un cadre supérieur de santé de l'établissement sont membres.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous une synthèse et un bilan de l'avancée des travaux effectuée en octobre 2017.

OCTOBRE 2017 SYNTHÈSE ET ÉTAT DES LIEUX PROJET DE SOINS

AXES	FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
<p><u>AXE I</u> Le management des cadres de santé et le management de l'organisation des soins</p>	<p>Séminaire encadrement Rédaction d'une procédure Tutorat d'un nouveau cadre ou faisant fonction Harmoniser la politique d'encadrement sur les pôles</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 : réunion mensuel cadres - 3.2 : réunion hebdomadaire cadres de pôle - 3.3 : Réunion cadre hebdomadaire par pôle <p>Rencontre hebdomadaires : DRH, Cadres de pôle et DS : suivi des effectifs Mise en place d'une IDE astreinte en EHPAD</p>	<p>K. AGUASCA K. AGUASCA</p> <p>S. BAUX / N. THIEULE</p>
<p><u>AXE II</u> La qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques liées aux soins paramédicaux</p>	<p>Rédaction de la cartographie des risques par secteur d'activité Traitement des événements indésirables au sein des pôles et GDR Mise en place d'audit des pratiques (dossiers patients, Identitovigilance, stupéfiants, audits externes). Mise en place des RMM et CREX objectifs fixés sur les contrats de pôle Formation institutionnelle à la promotion de la bientraitance Café éthique 4 séances par an</p>	<p>M. BONNAUD</p>
<p><u>AXE III</u> L'innovation, les compétences, les métiers et la recherche</p>	<p>Aucune démarche : musicothérapie dans les SMUR ? Abonnement</p>	
<p><u>AXE IV</u> Accompagner l'informatisation du dossier patient</p>	<p>Mise en place de MO gériatrie : traçabilité administration du médicament, dossier du résident, module diététicien, traçabilité de la dépendance, traçabilité des examens (imagerie) Révision règle de tenue et utilisation du dossier</p>	
<p><u>AXE V</u> L'engagement des équipes soignantes du CHCP</p>	<p>Implication de la CDU : le président est un usager. Articulation accréditation du laboratoire et service de soins : horaire des prélèvements sanguins Coordination bloc et ambulatoire : même cadre Copil gestion des déchets Création de l'équipe mobile soins palliatif CREX du médicament</p>	

OBJECTIFS 2018-2023

AXES	FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
<p><u>AXE I</u> Le management des cadres de santé et le management de l'organisation des soins</p>	<p>Écriture de la charte de management des cadres. Définir des circuits et des niveaux de décisions. Faire évoluer les pratiques de management 3.1 : Gestion du temps de travail 3.2 : Homogénéisation des pratiques réglementaires. : Méthodologie de la rédaction d'une fiche projet et conduite de projet. Décliner les objectifs institutionnels en lien avec le projet médical et PMP du GHT Travailler sur l'absentéisme en lien avec la DRH</p>				
<p><u>AXE II</u> La qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques liées aux soins paramédicaux</p>	<p>Développer le référentiel d'organisation générale de soins « bon soin au bon patient au bon moment » Formaliser les actions EPP Poursuivre les actions de sécurisation du circuit du médicament : audit</p>				
<p><u>AXE III</u> L'innovation, les compétences, les métiers et la recherche</p>	<p>Effectuer la cartographie des protocoles de coopération et pratiques avancées en lien avec le PMP. Structurer la démarche de recherche en soin en lien avec le PMP. Valoriser l'élaboration de poster scientifique. Réviser le livret d'accueil des étudiants infirmiers dans chaque service.</p>				
<p><u>AXE IV</u> Accompagner l'informatisation du dossier patient</p>	<p>1-Renforcer la démarche de traçabilité d'administration du médicament sur le logiciel</p> <p>2- Mise en place d'un groupe projet informatisation du dossier patient.</p>				
<p><u>AXE V</u> L'engagement des équipes soignantes du CHCP</p>	<p>Inscrire l'établissement dans une démarche éco responsable Maintenir le DPC (Développement Professionnel Continu). Renforcer la sensibilisation à la radio protection (rappel et référence réglementaire)</p>				

III- METHODOLOGIE

Le projet de soins 2018-2020, a été piloté par le directeur des soins en associant l'équipe d'encadrement et les cadres de pôle. Il a été élaboré de manière participative par des groupes de travail, en s'appuyant sur le projet précédent 2013-2018. Ceci dans l'objectif de poursuivre une continuité du travail déjà engagée

Le choix a été fait de présenter ce projet sous forme de fiches actions, pour faciliter sa lecture et sa lisibilité par l'ensemble des professionnels. Le plan de ces fiches a été défini par les groupes de travail.

Des groupes de travail par appel à candidature ont été menés avec des cadres de santé et autres professionnels de soins. Des pilotes de chaque fiche action ont été désignés pour assurer le suivi et l'évaluation de la thématique.

IV- LA POLITIQUE DE SOINS

L'ambition affichée est de poursuivre et consolider le travail accompli ces dernières années dans un esprit d'ouverture et de progrès pour une organisation optimale, pertinente et efficiente en réponse aux besoins et attentes de la population que nous accueillons au sein de notre établissement.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques fait partie intégrante du projet d'établissement, définit notamment sur la base du projet médical. Il s'appuie sur les grandes orientations stratégiques du projet médical et des missions transversales. Il repose sur des concepts et des valeurs partagées par les personnels médicaux et paramédicaux depuis de nombreuses années. Cette philosophie de soins s'enrichit des normes et référentiels de bonnes pratiques. La cohérence des pratiques avec les valeurs affichées est le cadre de référence qui favorise la construction d'un projet en constante évolution et son adaptation permanente aux besoins de santé des personnes et des groupes.

Ce projet prend en compte l'évolution des activités paramédicales pour favoriser une prise en charge pluri-professionnelle de qualité. Il garantit la cohérence avec le projet médical.

Il se veut cohérent et structurant pour contribuer à donner du sens à la communauté médico-soignante et une prise en charge coordonnée des personnes soignées au sein de l'établissement.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une politique de soins qui vise à travailler sur 5 axes :

Axe 1 : Le management des cadres de santé et l'organisation des soins

Axe 2 : La qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques liées aux soins paramédicaux.

Axe 3 : La formation, les compétences, les métiers et la recherche

Axe 4 : Accompagner l'informatisation du dossier patient pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Axe 5 : L'engagement des équipes soignantes du CHCP :

AXES	AXES ET FICHES ACTIONS	THEMES	PILOTES	CANDIDATS AUX GROUPES DE TRAVAIL
Le management des cadres de santé et l'organisation des soins	1.1	Charte de management des cadres	S. Baux	
	1.2	Homogénéisation des pratiques managériales	K. Aguasca N. Thieule	
	1.3	Le pilotage de projet : éléments de méthode et politique de communication	K. Aguasca	
	1.4	Travailler sur l'absentéisme	S. Baux P. Martin	
La qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques liées aux soins paramédicaux	2.1	Formaliser des actions d'EPP	M. Bonnaud M.C. Barthet	
	2.2	Poursuivre les actions de sécurisation du médicament	M. Exposito	S. Capace, E. Saint germes PPH, I. Malayika ; M. Laubefosse
	2.3	Développer les coopérations intra/extra établissement : parcours de soins	C. Barnay	C. Razes
	2.4	Réduire les interruptions de tâches dans les soins auprès des professionnels	M. Bonnaud C. Baqué	
La formation, les compétences, les métiers et la recherche	3.1	Structurer la démarche de recherche en soins en lien avec le PMP.	S. Baux	
	3.2	Valoriser l'élaboration de poster scientifique.		
	3.3	Initier les protocoles de coopération et les pratiques avancées paramédicales.		
	3.4	Réviser le livret d'accueil des étudiants	M. Soulé de Lafont	A. Collonges IDE ;

		infirmiers dans chaque service		
	3.5	Processus d'évaluation des compétences	V. Peirasso N. Pujol C. Baqué	
Accompagner l'informatisation du dossier patient pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.	4.1	Renforcer la démarche de traçabilité d'administration du médicament sur le logiciel MO	M. Soulé de Lafont I. Fasan	
	4.2	Plan de soins informatisé uniforme	M. Soulé de Lafont I. Fasan	F. Dubarry, V. Schlech ; C. Junqua IDE
	4.3	L'informatisation du dossier patient : groupe projet	M. Soulé de Lafont I. Fasan	V. Schlecht, F. Dubarry ; C. Junqua IDE. MF. Huet, N. Bigot.
L'engagement des équipes soignantes du CHCP	5.1	Promouvoir la bientraitance et prévention de la maltraitance		
	5.2	Inscrire l'établissement dans une démarche éco responsable	C. Girier Diebolt K. Agasca N. Gautier.	
	5.3	Gestion des déchets	B. Mugnier J.F Cazenave.	

LE MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE ET L'ORGANISATION DES SOINS

FICHE 1.1: CHARTE DE FONCTIONNEMENT DES CADRES

CONTEXTE

Le management des cadres de santé et l'organisation des soins sont une réflexion menée depuis 2016, a abouti à un séminaire cadres sur des échanges des pratiques professionnelles. La rédaction d'une charte de management des cadres est un document de repère et dynamique dans l'encadrement des équipes de soins pour l'équipe cadres. Cette charte de fonctionnement vient pour le renforcement de l'esprit d'équipe et constitue un outil clé de consolidation.

Objectifs

- Objectif n°1:** Proposer un guide pratique du travail collaboratif : théories, méthodes et outils au service de la collaboration.
- Objectif n°2 :** Définir un fonctionnement entre cadres et outils de gestion.
- Objectif n°3 :** Connaitre l'environnement de travail au sein du CHCP, sa stratégie et situer l'encadrement dans la complémentarité.

Opportunité

- Externe :** s'appuyer sur le réseau GHT pour des partages d'expériences, des stages d'immersion pour des sujets ciblés.
- Interne :** s'appuyer de la charte a déjà été rédigé en 2013.

Actions

- Faire un diagnostic au préalable de la situation et des besoins par l'élaboration d'un questionnaire pour l'identification des opportunités d'amélioration
- Prévoir des temps de concertation avec l'encadrement pour réajuster si nécessaire

Ressources

Cadre de santé.

Définir un espace d'échange « espace cadre ».

Calendrier de réalisation

Dès fin 2018

LE MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE ET L'ORGANISATION DES SOINS

FICHE 1.2: HOMOGENEISATION D'UTILISATION DES OUTILS DE GESTION ET DE MANAGEMENT

CONTEXTE

Le management des cadres de santé et l'organisation des soins outils de gestion et de management d'un usage courant au sein de l'établissement. Aujourd'hui leur multiplication nous conduit à se pencher d'avantage sur leur appropriation. En effet deux vision s'oppose une purement instrumentale et l'autre cognitive basée sur des processus psychologique de construction de sens et l'action collective

Objectifs

Objectif n°1: Structurer et réfléchir les transformations apporté aux outils de gestion par l'encadrement

Objectif n°2 : Vérifier la cohérence d'utilisation de ces outils auprès du collectif cadres

Objectif n°3 : Favoriser la cohérence des actions collectives afin d'assurer la conformités aux demandes de l'équipe de direction.

Opportunité

Externe :

Interne : les règles définies d'utilisation d'un outildoivent être suivies par l'équipe de direction.

Interne : S'appuyer sur le management de proximité qui joue un rôle central dans le renseignement du support d'évaluation

Logique

Rédiger des procédures ou modes opératoires qui précisent la manière dont devrait être utilisé un outil.

Concevoir que les outils peuvent progresser par l'analyse de dysfonctionnement.

Ressources

Direction, équipe d'encadrement

Calendrier de réalisation

2019

LE MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE ET L'ORGANISATION DES SOINS

FICHE 1.3: TRACABILITE DES ACTIONS MENEES: ELEMENTS DE METHODE ET POLITIQUE DE COMMUNICATION.

CONTEXTE

Tracabilité des projets initiés par les services ou la direction définir un pilote, des objectifs, des temps d'évaluation et d'ajustements devient indispensable. En effet les écrits structurés permettent de garder trace des actions menées pour l'encadrement et l'équipe de direction. Ils permettent de structurer, d'étayer et donner une date d'application. C'est aussi un repère dans la chronologie des dates.

Objectifs

Objectif n°1: Améliorer la traçabilité et la communication des projets

Objectif n°2 : Rendre lisible pour rendre compréhensibles « les actions, les projets, les organisations d'activités » menées au sein d'un service.

Objectif n°3 : Permettre une recherche informatisée aisée : d'un historique, un contexte, une décision, un projet, un financement....

Opportunité

Externe : Les visites de conformité type HAS, ARS, dossiers d'autorisation d'activités demandent de fournir des éléments de preuves sur nos démarches de prises en charge.

Interne : Le partage et la communication facilité avec les dossiers partagés

MODALITE D' ACTIONS

Principes :

Rédiger des maquettes de présentation en fonction des thématiques pour faciliter la rédaction avec les items attendus.

Ressources

Cadres de santé et cadres de pôle

Calendrier de réalisation

Dernier trimestre 2018

LE MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE ET L'ORGANISATION DES SOINS.

FICHE 1.4: TRAVAILLER SUR L'ABSENTEISME

CONTEXTE

La question de l'absentéisme est d'une grande complexité en raison de ces causes multifactorielles. Mais aussi par les difficultés de recrutement que rencontre depuis 1 an l'établissement, ce qui pose des difficultés croissantes de gestion. Ceci demande de définir des stratégies et modalités de remplacement adaptées et efficaces. Puis de réfléchir à comment le limiter et comprendre les causes.

Objectifs

Objectif n°1: Former l'encadrement : structurer, comprendre et prévenir le processus d'absentéisme

Objectif n°2 : Savoir identifier les causes et les motifs d'absence.

Objectif n°3 : former l'encadrement sur la détection des RPS, de la psychologie et sociologie du travail. Savoir rendre lisible les problématiques de terrain.

Opportunités

Externe : La rédaction du PMP (Projet Médical Partagé) du GHT et un travail sur le leadership des cadres mené par la CSIRMT du GHT

Interne : Le partage et la communication du nombre d'arrêt maladie avec la DRH et l'encadrement de pôle et de proximité

Interne : Investissement du cadre de proximité et de pôle sur cette thématique.

MODALITE D' ACTIONS

Logistique :

Retour d'expérience type analyse de pratiques

Création d'un plan de formation pour l'encadrement

Ressources :

Service de santé au travail

Indicateurs :

Nombre d'arrêts

Nombre de déclenchement auprès de la médecine du travail

Calendrier de réalisation

Dès 2018 avec un échelonnement en fonction des thématiques.

LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS, LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES LIEES AUX SOINS PARAMEDICAUX.

FICHE 2.1: FORMALISER DES ACTIONS D'EPP

CONTEXTE

L'EPP est une démarche organisée depuis 2016 au sein de l'établissement. Il s'agit maintenant de permettre aux professionnels de poursuivre des actions d'évaluations débutantes ou engagées au sein des services par une méthode simple et suivie. L'enjeu est de répertorier les EPP et de communiquer sur les actions menées et les résultats obtenus dans l'établissement.

Objectifs

Objectif n°1: Formaliser et organiser des actions de formations sur la méthodologie des EPP auprès des soignants et des équipes d'encadrements.

Objectif n°2 : Connaître les outils d'évaluation des pratiques professionnelles

Objectif n°3 : Renforcer les compétences des personnes ressources sur des domaines d'expertises.

Opportunité

Externe : S'appuyer des experts recensé dans les établissements du GHT ou établissements dans la région.

Interne : Rendre plus lisible auprès de l'encadrement et des professionnels les actions d'EPP

Interne : Multiplication des audits sur les établissements, difficultés sur l'appropriation des résultats et leur évaluation.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Effectuer le recensement des professionnels formés aux outils d'évaluation des pratiques professionnelles.

Recenser les potentiels et les volontaires.

Développer la formation d'expert sur des outils d'évaluation au sein de l'établissement

Ressources

Repérages des experts au sein des établissements (pharmacie, laboratoire...)

Calendrier de réalisation

LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS, LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES LIEES AUX SOINS PARAMEDICAUX

FICHE 2.2: POURSUIVRE LES ACTIONS DE SECURISATION DU MEDICAMENT

CONTEXTE

La sécurisation du circuit du médicament reste une priorité au sein de notre établissement. Un travail de fond est à réaliser sur les dispositifs médicaux, revoir les modalités de stockage, étiquetages, cartographier dans le stockage, mise en conformité dse réfrigérateur pour stockage des médicaments dans les services. L'enjeu est de diminuer les dysfonctionnement

Objectifs

- Objectif n°1: Cartographier les dispositifs médicaux au sein de l'établissement
- Objectif n°2 : Dématérialiser les commandes des DM identique aux médicaments
- Objectif n°3 : Développer la pharmacie clinique et détacher les préparateurs en pharmacie sur la gestion des produits de santé dans les services de soins (comme au bloc opératoire)

Opportunité

- Externe : Réponse à des appels à projets au sein du GHT.
- Interne : Exploiter l'audit annuel effectué par les préparateurs en pharmacie référent par service
- Interne : Repositionner les professionnels dans leur cœur de métiers.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

- Solliciter les préparateurs en pharmacie lors d'organisation des RMM en lien avec le circuit du médicaments
- Sécuriser le transport des médicaments thermosensibles
- Professionaliser les tâches (commande des médicaments dans les services).

Ressources

Préparateur en pharmacie, infirmières et cadres de santé.

Calendrier de réalisation

2^{ème} semestre 2018

LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS, LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES LIEES AUX SOINS PARAMEDICAUX

FICHE 2.3: DEVELOPPER LES COOPERATIONS INTRA/EXTRA ETABLISSEMENT: PARCOURS DE SOINS

CONTEXTE

Le principe du parcours de soins est une évidence pour les professionnels de santé au sein de l'établissement, par contre ce nouveau mode d'organisation est difficile à mettre en place et à coordonner concrètement au quotidien. La notion de parcours de soins demande une réelle coordination entre les professionnels hospitaliers et libéraux en ville. Or la démographie médicale se dégrade sur notre territoire ce qui ne fait que contraindre la coordination sous forme de parcours sur des secteurs ciblés.

Objectifs

Objectif n°1: Améliorer le retour à domicile après un séjour d'hospitalisation

Objectif n°2 : Impliquer les services prestataires tels que la pharmacie, le laboratoire..

Objectif n°3 : Cibler les services sensibles tels que les hôpitaux de jour, ambulatoire,

Opportunité

Externe : développer un réseau avec les personnels extérieurs, synchroniser les agendas pour la disponibilité des prestataires.

Interne : Le partage et la communication lors du suivi d'une formation auprès du collectif cadres

Interne :.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Valoriser les actions déjà mises en place : pré-consultation anesthésiste

Connaitre le réseau des ateliers d'éducation thérapeutique.

Ressources

Service social

Calendrier de réalisation

LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS, LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES LIEES AUX SOINS PARAMEDICAUX

FICHE 2.4: REDUIRE LES INTERRUPTIONS DE TACHES DANS LES SOINS AUPRES DES PROFESSIONNELS

CONTEXTE

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une démarche initiée conjointement par le département des soins et la direction qualité gestion des risques. Il vise à proposer des actions correctives pour sécuriser les pratiques de soins (et donc diminuer le nombre d'EIG) permettant ainsi aux équipes de soins de rester totalement investis et concentrés sur leurs actes.

Objectifs

- Objectif n°1: Sensibiliser les professionnels de soins sur l'impact des interruptions de tâches dans la qualité des soins
- Objectif n°2 : Définir un processus permettant d'améliorer la cohésion et collaboration entre les différents acteurs.
- Objectif n°3 : Améliorer la qualité de vie au travail en modifiant les organisations de soins

Opportunité

- Externe : S'inspirer des travaux réalisés dans d'autres établissements (ex CHU d'Angers : préparation et administration du médicament)
- Interne : Effectuer des audits ciblés sur une activité de soins à la fois.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Travailler en partenariat avec les représentant des usagers en coordonnant les actions du projets des usagers.

Constituer un comité de pilotage réfléchir à la construction d'une cellule d'intervention

Recenser les professionnels expert dans les domaines d'ergonomie de travail.

Ressources

Service de santé au travail, équipe de soins et encadrement

LA FORMATION, LES COMPETENCES, LES METIERS ET LA RECHERCHE.

FICHE 3.1: STRUCTURER LA DEMARCHE DE RECHERCHE EN SOINS AUPRES DES PROFESSIONNELS.

CONTEXTE

La formation, les compétences, les métiers et la recherche est une réflexion menée depuis 2016, renforcé avec la mise en place des GHT. La recherche en soins permet de démontrer la plus value des soins IDE, de rééducation et médico-technique dans notre système de santé et organisation hospitalière. La recherche en soins reste développée, souvent conceptuelle et encore mal diffusée.

Objectifs

- Objectif n°1: Informer et former l'encadrement sur la méthodologie et les notions de recherche en soins
- Objectif n°2: Repérer les potentiels paramédicaux et créer des conditions du développement de la recherche en soins.
- Objectif n°3 : Développer et professionnaliser la recherche en soins en consolidant les connaissances et un partenariat avec le CHU.

Externe : Personne référente cadre supérieur de santé sur la recherche en soins au CHU de Toulouse

Interne : Solliciter les professionnels pour répondre à des projets PHRIP.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Initier la culture de la recherche en soins auprès des professionnels

Accompagner les professionnels pour l'acquisition d'une démarche scientifique pour produire des savoirs fiables utiles et utilisables.

Solliciter les professionnels à réfléchir et se questionner sur des pratiques de soins de bases

Ressources

Professionnels paramédicaux, médecins, équipe d'encadrement

Calendrier de réalisation

2019

LA FORMATION, LES COMPETENCES, LES METIERS ET LA RECHERCHE.

FICHE 3.2. VALORISER L'ELABORATION DE POSTER SCIENTIFIQUE.

CONTEXTE

La réalisation d'un poster est l'occasion de communiquer un message qui a suscité un intérêt scientifique. Il permet de poser simplement une problématique principale claire sans revue scientifique. C'est une étape intermédiaire avant de s'inscrire dans une démarche de recherche en soins. L'enjeu est de donner de l'information auprès des professionnels et à l'intention des patients.

Objectifs

Objectif n°1: Interroger, comprendre et analyser la pertinence des soins en équipe pluridisciplinaire.

Objectif n°2 : Proposer un poster scientifique lorsque des membres d'une équipe participe à un congrès de la spécialité.

Objectif n°3 : Valoriser le travail d'une équipe sur un sujet ciblé.

Opportunité

Externe : sollicitation des laboratoires pharmaceutiques pour une aide méthodologique ou financière.

Interne : Développement et partage des connaissances structurées auprès des professionnels

MODALITE D'ACTIONS

Logique

Recenser les posters scientifiques rédigés au sein des équipes.

Assurer la promotion de ces posters et leur actualisation.

Ressources

Equipe de soins, équipe d'encadrement et médecins

Calendrier de réalisation

2018

LA FORMATION, LES COMPETENCES, LES METIERS ET LA RECHERCHE.

FICHE 3.3. INITIER LES PROTOCOLES DE COOPERATION ET LES PRATIQUES AVANCEES PARAMEDICALES.

CONTEXTE

Les protocoles de coopération ont été défini par l'article de la loi HPST (hôpital, patient, santé et territoire) de 2009. C'est la genèse d'un nouveau mode d'exercice pour pallier d'une part à une baisse de la démographie médicale et valoriser l'activité des paramédicaux. Puis émergence progressive des pratiques avancées initié par la nouvelle loi de santé 2016 en attente du décret d'application

Objectifs

- Objectif n°1: Proposer une information et formation auprès de l'encadrement sur les protocoles de coopération et pratiques avancées
- Objectif n°2 : Recenser les spécialités nécessitant de développer les protocoles de coopérations et pratiques avancées.
- Objectif n°3 : Accompagner les équipes médecins/soignants volontaires dans les démarches méthodologiques et administratives. Tenir un rôle de conseil dans la préparation et le suivi des dossiers.

Opportunité

- Externe : Axe de travail inscrit dans le projet médico-soignant du GHT (groupement Hospitalier Territoire)
- Interne : L'initiative des protocoles de coopérations et pratiques avancées appartiennent aux professionnels de santé et ils en font la demande.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Mener des campagnes d'informations auprès des professionnels de santé de l'établissement

Mettre en cohérence les besoins de soins de la population et des compétences professionnels

Suivre l'évolution des textes législatifs régissant les modalités de fonctionnement des pratiques avancées

Ressources

Médecins, soignants et équipe d'encadrement

Calendrier de réalisation

2018

LA FORMATION, LES COMPETENCES, LES METIERS ET LA RECHERCHE.

FICHE 3.4 : REVISER LE LIVRET D'ACCUEIL DES ETUDIANTS INFIRMIERS DANS CHAQUE SERVICE.

CONTEXTE

Les modalités d'évaluation des stages ont été profondément modifiées par la réingénierie du diplôme d'état infirmier. L'évaluation et les ajustements du livret d'accueil au sein des services visent à harmoniser les pratiques d'évaluation et de suivi des acquisitions en stage. C'est un document fondamental et obligatoire que les professionnels de chaque lieu de stage doivent élaborer en collaboration avec les formateurs de l'IFSI

Objectifs

Objectif n°1: Harmoniser la trame de rédaction des livrets d'accueil

Objectif n°2 : Mettre en place des outils pour faciliter l'accompagnement et l'évaluation des compétences pour les étudiants infirmiers.

Objectif n°3 Assurer les relations et le travail en collaboration avec l'IFSI de Saint Gaudens.

Opportunité

Externe : les relations et le travail en collaboration avec l'IFSI de Saint Gaudens sont prégnants

Interne : Le partage et la communication lors du suivi d'une formation auprès du collectif cadres de proximité et formateur

Interne : Fidélisation et repérage des futures professionnelles lors de leur parcours de stage.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Identifier les situations les plus fréquentes (ou situations prévalentes) en lien avec les critères de compétences infirmières dans chaque service

Recensement du nombre de tuteur de stage au sein de l'établissement

Ressources

Equipe d'encadrement de proximité et d'IFSI.

Calendrier de réalisation

2018

LA FORMATION, LES COMPETENCES, LES METIERS ET LA RECHERCHE.

FICHE 3.5. PROCESSUS D'ÉVALUATION DES COMPETENCES.

CONTEXTE

Le diplôme ne valide pas toutes les compétences, le souhait est d'accompagner le professionnel tout au long de son parcours professionnel. Les compétences professionnelles sont un enjeu majeur pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients. La démarche est de définir un socle de compétences nécessaires par spécialités. Il s'agit d'évaluer les pratiques des jeunes professionnels, des nouveaux arrivants et des plus anciens au sein d'un service. L'évaluation des compétences des professionnels de santé a été considérée comme insuffisamment développée au sein de l'établissement, mais reconnue utile lors des entretiens annuels d'évaluation

Objectifs

Objectif n°1: Harmoniser les critères d'évaluations au sein des services avec des indicateurs portés par chaque unité

Objectif n°2 : Structurer la méthodologie et la périodicité de validation des compétences dans un processus

Objectif n°3 : Déterminer les évaluateurs experts dans les domaines

Opportunité

Externe : Le GHT, réseaux partenaires extérieur, IFSI

Interne : S'appuyer sur le modèle d'évaluation imposé par le COFRAC dans les laboratoires

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Relever les situations de soins prévalentes par unité, recenser les documents qui existe dans les services.

Vérifier l'acquisition du raisonnement clinique et des gestes techniques par les professionnels.

Créer par service une grille exhaustive des compétences à acquérir et à maintenir.

Ressources

L'encadrement

Calendrier de réalisation

Commencer auprès des IDE car risque le plus critique 2018

ACCOMPAGNER L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT POUR GARANTIR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ ET COORDINATION DES SOINS.

FICHE 4.1. RENFORCER LA DEMARCHE DE TRACABILITE D'ADMINISTRATION DU MEDICAMENT SUR LE LOGICIEL MO.

CONTEXTE

L'informatisation de la prescription médicale sur Médical Object est faite sur l'ensemble des services sauf la réanimation et l'HAD. Les urgences ont un logiciel DPU non certifié. Les constats sont que les versions du logiciel ne sont pas les mêmes dans tous les services. De plus présence d'un double support pour le dossier patient il est à la fois informatique et papier. L'enjeu est d'obtenir l'adhésion des praticiens à la prescription informatisée en totalité.

Objectifs

- Objectif n°1: Assurer la traçabilité du circuit du médicament de la prescription à l'administration en tant réel.
- Objectif n°2 : Mettre en place une formation institutionnelle auprès des utilisateurs paramédicaux, sage femme et médicaux
- Objectif n°3 : Exploiter des fonctionnalités du logiciel sur l'ensemble des secteurs.
- Objectif n°4 : Ecrire une politique institutionnelle au sein de l'établissement.

Opportunité

- Externe : Mettre en place des outils d'aide pour les remplaçants extérieurs tels que les intérimaires médicaux et paramédicaux.
- Interne : S'appuyer sur les utilisateurs experts (paramédicaux, sages femmes et médicaux)
- Interne : Mise en place d'un serveur de mise à jour sur l'établissement, une procédure est rédigée

MODALITE D'ACTIONS

Logique

- Recenser les besoins de formation auprès des cadres
- Mise en place d'un forum ouvert sur intranet avec des fiches techniques simples pour formation

Ressources

Service informatique, adjoint des cadres secrétariat

Calendrier de réalisation

Démarrage année 2018

ACCOMPAGNER L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT POUR GARANTIR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ ET COORDINATION DES SOINS.

FICHE 4.2. PLAN DE SOINS INFORMATISÉ UNIFORME

CONTEXTE

Le plan de soin existe dans tous les services élaboré en fonction de la spécialité du service. Par contre ce plan de soin est sur format word avec aucune conservation et sécurité informatique des données. Il ne respecte pas non plus les principes de confidentialité. L'enjeu est de modéliser le contenu de l'information des soins prodigués auprès du patient en incluant les examens et en les structurant.

Objectifs

Objectif n°1: Faciliter l'accès aux informations et plans de soins par l'ensemble des soignants.

Objectif n°2 :Mettre en place un groupe de travail pour le pilotage.

Objectif n°3 : Créer un outil informatisé sécurisé sous forme de formulaire pour avoir une vision de soins sur l'ensemble du service

Opportunité

Externe : Repondre aux exigences qualité de l'HAS

Interne : Suivi des paramètres, accès des cibles et macro cibles

Interne : utiliser le support papier sous format word très complet

MODALITÉ D' ACTIONS

Logique

Groupe de travail

Ressources

Cadre de santé, adjoint des cadres secrétariat, responsable du service informatique.

Calendrier de réalisation

Avril 2018

ACCOMPAGNER L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT POUR GARANTIR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ ET COORDINATION DES SOINS.

FICHE 4.3. L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT : GROUPE PROJET.

CONTEXTE

L'informatisation complète du dossier patient est une réelle nécessité pour améliorer la coordination et sécurisation de la prise en charge des patients mais également l'ergonomie de travail des professionnels. Le défaut d'informatisation complète du dossier a été relevé lors de la visite de certification V2010.

Objectifs

Objectif n°1: Finaliser la démarche d'informatisation engagée

Objectif n°2 : Préparer un groupe projet pour construire un cahier des charges et faciliter le déploiement de l'informatisation.

Objectif n°3 :

Opportunité

Externe : Avoir le schéma directeur informatique du GHT défini avec les priorités

Interne : construire un groupe avec les acteurs de chaque professions qui interviennent sur le dossier patients en intégrant des sous groupe pour les secteurs spécifiques.

Interne : Définir en équipe pluridisciplinaire les caractéristiques, les modalités d'usage et l'intégration de l'outil aux activités et documents existants.

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Ressources

Calendrier de réalisation

L'ENGAGEMENT DES EQUIPES SOIGNANTES DU CHCP.

FICHE 5.1. PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE.

CONTEXTE

Le développement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance constitue une priorité au sein de l'établissement avec la mise en place d'une formation institutionnelle depuis maintenant cinq ans. Il faut maintenant évaluer son appropriation sur le terrain. Des cas de maltraitance sont encore instruits dans le cadre d'entretien disciplinaire.

Objectifs

Objectif n°1 : Proposer des modalités de mise en œuvre de cette démarche en prévoyant des mesures d'engagement et d'accompagnement auprès des équipes de chaque service.

Objectif n°2 : Proposer des grilles d'évaluations de cette thématique en lien avec la grille d'évaluation des compétences (fiche 3.5).

Objectif n°3 : formation rapide pour l'équipe sur le nouveau système>

Opportunité

Externe : S'appuyer sur les recommandations HAS

Interne : L'existence d'un cadre réglementaire et des procédures rédigées sur la maltraitance au sein de l'établissement.

Interne : L'arrivée de nouveaux cadres de santé avec des expériences hétérogènes.

MODALITE D'ACTIONS

Logique

S'appuyer sur un groupe pluridisciplinaire dont la mission est l'identification des situations de bientraitance, et détection des risques de maltraitance.

Rédaction d'une charte de bientraitance

Proposer un manuel d'exemples par un recensement des actions de promotion de la bientraitance menées au sein de l'établissement

Construire une cartographie des risques d'apparition de dérives maltraitantes au sein de l'établissement.

Ressources

Service formation, DRH,

Calendrier de réalisation

Année 2019

Mise à jour mai 2018

L'ENGAGEMENT DES EQUIPES SOIGNANTES DU CHCP.

FICHE 5.2. INSCRIRE L'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE ECO RESPONSABLE.

CONTEXTE

Le développement durable est une démarche de progrès qui s'inscrit dans le projet de l'établissement. Le projet de soins intègre le développement durable à l'ensemble des 5 axes de la politique de soins. Il s'agit de s'inscrire dans la durée et la diversité de nos actes. Cette approche suppose l'adhésion de toute la communauté hospitalière, de sorte que les actions retenues soient portées par tous.

Objectifs

Objectif n°1: Améliorer le « vivre ensemble » et dynamiser les savoirs, les capacités et les attitudes de chacun des acteurs pour tendre vers un développement plus équilibré.

Objectif n°2 : Intégrer les problématiques du développement durables dans le cadre de fonctionnement et d'organisation des équipes.

Objectif n°3 :

Externe :

Interne :

Interne :

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Ressources

Calendrier de réalisation

L'ENGAGEMENT DES EQUIPES SOIGNANTES DU CHCP.

FICHE 5.3. GESTION DES DECHETS

CONTEXTE

L'établissement a mis en œuvre depuis Juin 2017 une politique de gestion des déchets qui consiste à réduire sa quantité, à améliorer sa gestion et sensibiliser les professionnels sur le tri. L'enjeu est l'intégration et l'appropriation des gestes du développement durable au sein des activités de soins, services administratifs et techniques.

Objectifs

Objectif n°1: Responsabiliser les producteurs de déchets

Objectif n°2 : Réduire la quantité de déchets produits et maîtriser leur dangerosité.

Objectif n°3 : Mettre en place une démarche d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et usagers.

Opportunité

Externe :

Interne : Mise en place d'un copil déchets avec des rencontres mensuelles

Interne :

MODALITE D' ACTIONS

Logique

Assurer l'entretien des locaux et son management

Maintenir la fermeture des locaux

Ressources

Membres du copil déchets, agents, équipe d'encadrement, service DRM et direction

Calendrier de réalisation

Janvier 2018

**PROJET DE LA COMMISSION
DES USAGERS
ET PROJET DES USAGERS
(2018 – 2022)**

Synthèse et état des lieux

Axe 1 – Fonctionnement de la Commission des Usagers

FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
Nombre de réunion de la CDU : 4 plénière et 7 bureaux Révision du règlement intérieur Envoi systématique du rapport du médiateur aux personnes rencontrées Rappel du secret des informations échangées en début de chaque réunion de la CDU Amélioration de la qualité du remplissage du tableau partagé de suivi des plaintes et réclamations Invitation d'un représentant des usagers aux médiations avec le médiateur médical.	

Axe 2 – Valoriser la parole des Usagers

FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
Organisation des rencontres entre le représentant des usagers et les services (cadres, chef d'unité) en lien avec le président de la CME et la Direction. Participation à l'enquête e-satis.	

Axe 3 – La formation

FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
Formation des membres de la CDU sur les missions	

Axe 4 – Promouvoir les droits des patients

FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
Affichage charte bientraitance Mise en place du café éthique Communication autour des directives anticipées Elaboration du rapport d'activité selon le modèle de l'ARS	

Axe 5 – La politique qualité et gestion des risques

FICHES/ACTIONS Menées	PILOTES
Information sur les fiches de signalement des événements indésirables Mise en place d'un audit sur le port systématique du bracelet d'identification des patients. Participation à l'enquête e-SATIS	

Objectifs 2018 - 2022

Axe 1 – Perfectionner le fonctionnement de la Commission des Usagers

FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
Faire un rapport annuel différent du rapport de l'ARS Diffuser le rapport annuel de la CDU au directoire, CME, CTE et ou CHSCT, CSIRMT, CLIN ou CLUD. Consolider la médication médicale, non médicale et un représentant des usagers. Améliorer les modalités de relecture-validation des comptes rendus de médiations par toutes les parties				

Axe 2 – Valoriser la parole des Usagers

FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
Améliorer le taux de retour de la satisfaction et la gestion des questionnaires de satisfaction. Organiser des rencontres entre le représentant des usagers et les services (chef d'unité, cadres et personnel).				

Axe 3 – Améliorer la formation

FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
Participation à la journée des médiateurs annuels. Planifier une formation sur les attentes de la CDU depuis la nouvelle loi de santé				

Axe 4 – Promouvoir les droits des patients

FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
Comptabiliser les éloges dans chaque secteur pour la CDU Réactualiser les badges des tenues des professionnels				

Axe 5 – La politique qualité et gestion des risques

FICHES/ACTIONS	PILOTES	2018	2019	2020
Faire un bilan annuel des fiches EIG auprès de la CDU. Organiser le parcours patient accueilli en ambulatoire après un passage aux urgences. Améliorer la qualité de l'accueil téléphonique.				

Projet des Usagers

La présente proposition :

* **s'inscrit dans les dispositions** de l'article 183 de la Loi 2016-41 portant modernisation du système de santé et du Décret 2016-726 relatif à la commission des usagers des établissements de santé ;

* **se fonde sur l'orientation générale que s'est fixé la Commission des Usagers, rappelée ci-dessous :**

« Après la CRUCPC, la CDU. Participer, être associé, se saisir, être informés, recueillir ! Telles sont les missions dévolues à la C.D.U.

Sans doute, ce vocabulaire nouveau peut-il annoncer une relation nouvelle entre les Usagers, le Citoyen et les Intervenants dans le système de santé modernisé.

Cette relation doit se bâtir dans le respect de l'harmonie indispensable au bon fonctionnement de l'HÖPITAL : la CDU n'est pas une entité juridique nouvelle ; elle n'est pas, non plus, un groupe de pression pour défendre les intérêts particuliers, elle ne peut être, non plus, l'organisation d'un groupe contre d'autres groupes.

Dans cet ensemble complexe, L'HÖPITAL, où l'expression est difficile, où l'écoute peut être rare, la CDU propose aux Usagers un lieu d'échange, une aide pour se faire entendre et se faire comprendre.

* **se nourrit** des observations recueillies au fil de la période 2015-2017, observations des Usagers et des Intervenants, observations exprimées par les questionnaires de satisfaction, l'étude des risques ou des réclamations.

Le projet proposé,

Dans sa volonté de participer efficacement à l'amélioration de l'accueil, de la prise en charge, de l'information et des droits des usagers, se fixe 3 principes-guides et 4 objectifs opérationnels,

PI : le décloisonnement des communications, décloisonnement dans l'Etablissement mais aussi, décloisonnement entre l'Etablissement et son environnement socio-économique,

PII : la cohérence dans l'exploitation des informations recueillies,

PIII : - la participation à la bonne image de l'Etablissement.

Pour ce faire, 4 objectifs opérationnels ont été retenus:

O1 : Evaluation et ajustement des procédures de décision au sein de la C.D.U.

O2 : Décloisonnement des communications au sein du Centre hospitalier notamment dans les échanges entre Usagers familles médecins et soignants (téléphone, visites) et entre le Centre Hospitalier et le système de santé extérieur

O3 : Evaluation et renforcement suivi de l'image de l'Etablissement 4 Evaluation des procédures de sorties avec un évènement particulier, la mort

O4 : Amélioration des conditions de sortie à la fin du séjour.

ATELIER 1 : La vie de la Commission Des Usagers ou,
Les procédures de décision au sein de la C.D.U.

ANIMATEUR : Karine AGUASCA – Pierre LLORCA

CADRE D'ACTION :

La vie de la Commission des Usagers se situe dans le cadre juridique et humain voulu par Législateur. L'organisation de la Commission des Usagers met côte à côte,

° la Direction, représentant juridique de l'Etablissement,

° et les Usagers qui ont pouvoir d'animation (puisque la « présidence » peut leur être confiée) et pouvoir de proposition

Textes de référence :

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Décret N° 2016-du 1^{er} juin 2016

Règlement intérieur de la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées.

OBJECTIF PRINCIPAL

Situation non désirable

L'origine diverse des Membre de la Commission des Usagers pourrait se traduire par des confusions voire des oppositions lors des décisions à prendre. Or la finalité de cette commission reste bien l'amélioration de la prise en charge de l'Usager qui demande fluidité des communications et cohérence dans les attitudes psycho-sociales.

Effets attendus

Amélioration de la qualité des travaux : rapidité, continuité des suivis, amélioration de l'appréciation des Usagers, maîtrise des dans Harmonie dans les travaux

OBJECTIFS PARTIELS

Pour fluidifier le fonctionnement de la Commission des Usagers,

- recenser les évènements qui relèvent de l'analyse de la Commission,
- clarifier le but du traitement d'une plainte
- définir « qui fait quoi » en précisant

- * les modalités de l'engagement du ou des Membre de la Commission (auto saisine ? règles fixées par avance ? autres...)

- * les rôles spécifiques attribués à chaque type de représentant : le rôle du Médiateur médical est-il le même que celui du Médiateur non Médical ? Toute réclamation doit-elle faire l'objet d'une médiation ?

- * la forme et la diffusion de la rencontre avec le Plaignant

- revoir la grille d'analyse des « réclamations : finalité de la démarche ? But réel de la démarche ?

Effets attendus

- * Fluidité et harmonie dans le fonctionnement de la CDU ;
- * Adaptation éventuelle des documents en place notamment « traitement d'une réclamation... », plans d'action mis en place après d'action
- * normaliser la présentation et l'exploitation des documents
- * information mensuelle des Membres

SOURCES D'INFORMATION

- Plans d'action des années 2015, 2016, 2017
- Documentation et expérience du service « Qualité » ; grilles des incidents graves

DOCUMENTS A PRODUIRE ET ECHEANCIER

- * Ordinogramme du traitement d'une plainte
- * Grille d'analyse des motifs de la plainte
- * Procédure d'engagement de la CDU



ATELIER : 2 Décloisonnement des communications

ANIMATEUR : Nathalie BIGOT

CADRE D'ACTION

La réflexion s'inscrit dans le fonctionnement de l'ensemble du réseau de communication du Centre hospitalier, réseau qui mobilise les différents Intervenants du Centre Hospitalier (Médecins, Soignants Agents administratifs et techniques) mais aussi Usagers et leurs Proches, Acteurs du système de santé de ville.

Textes de référence :

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Décret N° 2016-du 1^{er} juin 2016

Règlement intérieur de la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées. Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Textes divers rappelant le devoir du secret médical.

OBJECTIF PRINCIPAL

Situation non désirable

Les demandes sont persistantes, et, aussi « antagonistes » :

- les Usagers voudraient pouvoir interroger les Soignants à « tout moment », en fonction de leur présence lors des visites ou de leur disponibilité à domicile

- les Soignants (IDE, ASD), les Médecins demandent que l'intimité du soin et la sérénité leur soit préservées.

-Effets attendus

Sans aucun doute, il faut faciliter les communications entre les Usagers, leurs Proches, et les Soignants du Centre Hospitalier, mais sans doute, aussi, il est impératif de protéger l'intimité du soin et la sérénité des Soignants.

La communication entre le système de santé de ville et le Centre Hospitalier, relève d'une logique spécifique qui justifiera une recherche particulière.

OBJECTIFS PARTIELS

Le présent projet se donne pour finalité

- de concilier la demande d'information posée par les Usagers et, surtout, par leurs Proches et - et l'exigence normale des Soignants qui ont besoin de l'intimité dans les soins et de protection dans leur travail.

Pour atteindre cette finalité, il sera nécessaire :

- de recenser la variation des demandes au fil de la journée, nuit comprise,
- de recenser la variation et l'intérêt de la demande en fonction de l'heure,
- de recenser la variation de la demande en fonction de l'évènement (admission, intervention de soin importante, décès, sortie, ...)
- de proposer toute mesure

- d'organisation, en précisant l'intérêt différent que présente chaque media (intérêt du téléphone, du courriel, d'un cahier, réseaux sociaux, ...)

- de formation : ces mesures de formation devront prendre en compte la spécificité du poste de travail (secrétaires, standardistes..) et, si nécessaire, la spécificité d'un évènement (communication violente et agressive,...)

Il semblerait utile de rappeler les bonnes règles de la communication téléphonique notamment pour les Intervenants en contact avec le Public.

- d'équipement.

Cette réflexion devrait tenir compte des gros travaux en cours.

Effets attendus

Assurer la sérénité et la protection des Soignants pendant les soins est le principe impératif.

Ce principe doit se concilier avec la participation des Usagers et de leurs Proches : cette conciliation peut être obtenue soit par une organisation durable des horaires soit par des adaptations décidées en fonction des évènements en cours.



SOURCES D'INFORMATION

- * Chef de projet du Site unique,
- * Encadrement
- * Responsable des Secrétaires,
- * Responsable des Services techniques
- Corps médical
- Associations conventionnées avec le Centre Hospitalier

DOCUMENTS A PRODUIRE ET ECHEANCIER

Propositions sur toutes mesures qui seront étudiés dans les objectifs partiels
l'organisation du temps



ATELIER 3 : Evaluation et renforcement de l'image de l'Etablissement

ANIMATEUR : Caroline FAIVRE CARRERE

CADRE D'ACTION

La gestion de l'image du Centre Hospitalier impose de s'ouvrir aux Usagers et à leurs Proches mais aussi de s'ouvrir de service à service et du Centre Hospitalier vers le système de soins de ville.

La C.D.U., de par ses missions et sa composition peut être un élément de plus participant à la communication.

Textes de référence :

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Décret N° 2016-du 1^{er} juin 2016

Règlement intérieur de la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées. Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Textes divers rappelant le devoir du secret médical.

OBJECTIF PRINCIPAL

Situation non désirable

A ce jour et de façon continue, l'ensemble des moyens sont engagés pour produire les meilleurs soins : mais, la population en est-elle consciente et quelle image a-t-elle de l'Etablissement ? :

Hormis les travaux de certification, les seuls moyens disponibles sont les questionnaires de satisfaction dont seulement 2 à 4 % reviennent, l'analyse des évènements indésirables, les réclamations qui sont toujours partisans et les propos oraux peu fiables.

OBJECTIFS PARTIELS

Pour ce faire, il peut être envisagé notamment :

- *d'affirmer l'identité de la Commission Des Usager par la création de son identité visuelle (logo, calligraphie, poster présentant les Membres de la CDU, présentation des travaux (enseignements tirés des Réclamations)

- *d'organiser son plan de communication interne en prenant appui sur ENSEMBLE, les « CAFE-ETHIQUE », en publiant les contacts spontanés (félicitations et réclamations) et les travaux de la CDU,

Il semble indispensable d'organiser rationnellement la défense et la promotion de l'image de l'Etablissement ; pour ce faire,

- * donner force aux questionnaires de satisfaction en :

- en adaptant, si nécessaire, les items actuels,

- en recherchant un indicateur simple, facile à recueillir, avec ou sans papier, permettant de suivre l'image que chacun se fait de l'Etablissement ou de chaque service, (cf échelle de la douleur,...)

- en suivant régulièrement le taux de fuite des Usagers commingeois, soignés hors Comminges

- * de réorganiser le recueil des questionnaires de satisfaction en s'appuyant sur le service civique

- * d'organiser une veille sur les réseaux sociaux

Effets attendus

Ces mesures sont de nature à soutenir l'engagement de tout Intervenant.

SOURCES D'INFORMATION

Groupement Hospitalier de Territoire

Service Qualité,

DOCUMENTS A PRODUIRE ET ECHEANCIER

Chaque mesure donnera lieu à une définition de procédure

A définir avec l'avancement des réflexions



ATELIER : 4 Préparer la sortie

ANIMATEUR : Jean Claude ARAGON

CADRE D'ACTION

La sortie, est un évènement qui prend un sens si important mais si différent s'il s'agit d'une sortie vers la vie ou e la sortie vers la mort !

D'évidence, la problématique de la sortie est très différente d'une unité à une autre. Pour

rester raisonnable, il paraît utile de limiter cette réflexion « Sortie d'hospitalisation »

- : * Chirurgie orthopédique,
- * Gériatrie : Soins de suite et Réadaptation
 - : Unité de soins de longue durée
 - : EHPAD
 - : Unité de Médecine

(champs à ajuster)

Textes de référence :

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183)

Décret N° 2016-du 1^{er} juin 2016

Règlement intérieur de la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées. Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 (Article 183)

Textes divers rappelant le devoir du secret médical.

OBJECTIF PRINCIPAL

Situation non désirable

Cet évènement, la sortie, est un évènement qui engage la responsabilité de chacun, Soignant et Proches sur le plan des thérapies mais aussi de l'éthique, du prendre soin :

La sortie est-elle cohérente avec l'état de santé ? avec les capacités d'autonomie de l'Usager, avec les capacités d'accueil et de soutien des Proches ?

Une réflexion particulière pourrait être consacrée à « la Mort »



Effets attendus

La sortie est souvent un moment charnière entre le lieu d'hospitalisation et le domicile, domicile qui a pu changer géographiquement mais qui va, le plus souvent, changer la relation Usager/environnement immédiat :

Cette transition entre avant et après hospitalisation est un moment à forts risques, aussi doit-elle être organisée avec grande attention.

OBJECTIFS PARTIELS

Détailler, en l'ajustant aux besoins de chaque service :

Qui fait Quoi ? Où ? Quand ? Comment ?

La préparation de la sortie doit être une action pluridisciplinaire mobilisant Médecins, Professionnels paramédicaux, Intervenants sociaux de l'Etablissement et de la Ville,

L'organisation doit être précisée par écrit et doit avoir valeur de guide et de contrat.

L'organisation de la sortie impose l'organisation d'un réseau de communication rigoureux, efficace et connu de chaque Intervenant.

Effets attendus

Organiser le départ de l'hôpital et l'arrivée au domicile (ancien ou nouveau) dans le confort, et sans risque

SOURCES D'INFORMATION

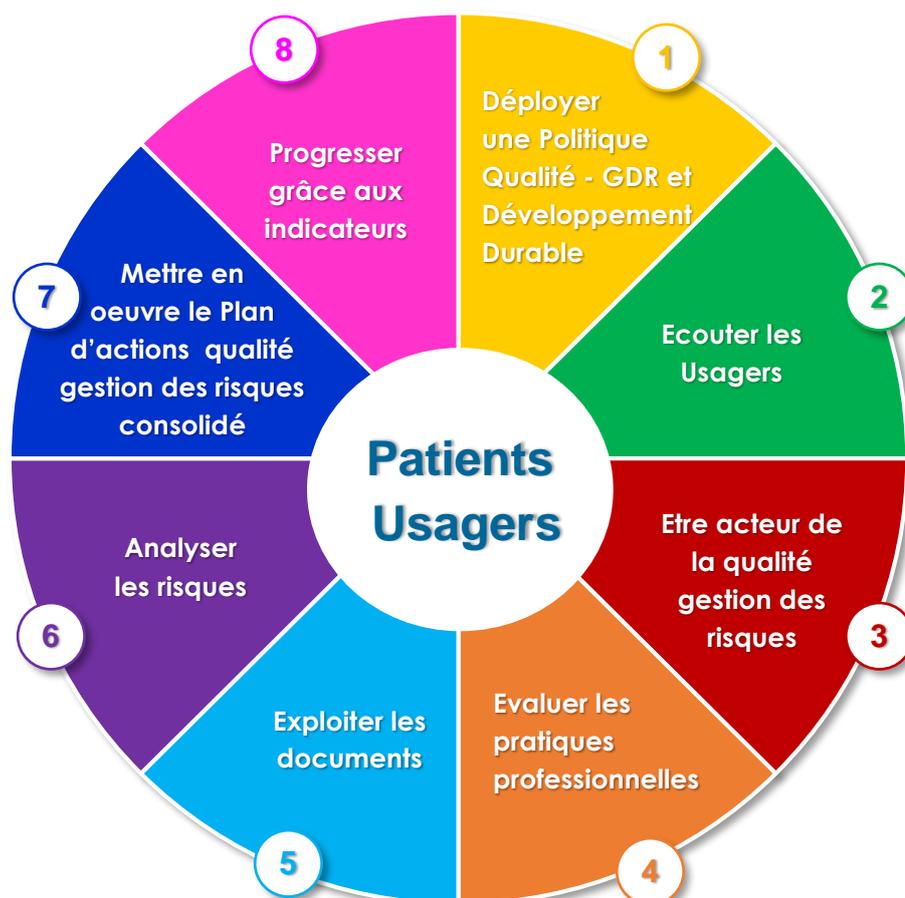
- * Services du CMCP
- * EHPAD du Comminges
- * Atelier N° 2
- * Associations conventionnées
- * Système de santé de Ville

DOCUMENTS A PRODUIRE ET ECHEANCIER

Ordinogramme, procédures ; fiche individuelle de sortie

POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES

8 OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR 2018-2022



L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue une priorité pour le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées.

Notre objectif est d'apporter à nos patients et à leur entourage une réponse personnalisée, de qualité, à tous les niveaux et dans un contexte de sécurité optimale.

Le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées s'est engagé depuis 1999 dans la démarche qualité et, à ce titre, définit tous les cinq ans les orientations de la Politique qualité et gestion risques, dans le cadre du Projet d'Etablissement.

Élaborée sous l'égide de la Direction et la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Politique Qualité Gestion Des Risques a pour but d'asseoir les méthodologies mises en place, pour une démarche partagée entre les équipes médicales, soignantes, logistiques, administratives ainsi que les représentants des usagers.

Bilan 2013–2017 :

Principaux points forts d'amélioration :

- Actions de communication/sensibilisation aux démarches qualité gestion des risques diversifiés : instances, lettre Ensemble, espaces dédiés sur le site intranet, Journée d'accueil des nouveaux professionnels, Semaine sécurité des patients
- Formation des professionnels : cartographie des risques, analyse des causes des événements indésirables et à la démarche RMM, arbre des causes pour le groupe évaluation des risques professionnels
- Réalisation de patients traceurs dans tous les secteurs d'activité clinique
- Mise en place des pilotes des processus : séminaire
- Accompagnement de la démarche d'évaluation externe de l'EHPAD Orélia
- Accompagnement de la démarche d'accréditation du laboratoire par le COFRAC
- Mise en place de journées des usagers et progression du nombre de questionnaires de satisfaction
- Culture du signalement des événements indésirables en progression (+29% entre 2015 et 2016)
- Organisation de réunions d'analyse des événements indésirables dans les différents pôles (RMM ou CREX) animées par le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Réalisation d'exercices de crise (exercices internes au CHCP, au niveau national et régional)
- Développement de l'utilisation de la base documentaire sur intranet

Principaux points restant à améliorer :

- Simplifier la rédaction de la Politique Qualité Sécurité de la prise en charge pour favoriser son appropriation par les professionnels de terrain.
- Inscrire le suivi d'indicateurs qualité gestion des risques dans tous les contrats de pôles
- Poursuivre le déploiement d'outils EPP communs
- Terminer les plans d'actions relatifs aux recommandations de la visite de certification de mars 2014
- Centraliser l'ensemble des plans d'actions et les diffuser régulièrement
- Elaborer un plan de communication Qualité-GDR pour une meilleure diffusion des actions menées
- Communiquer sur les démarches/indicateurs de Développement durable

Objectifs 2018–2022 :

Une actualisation de cette Politique a été élaborée pour la période 2018-2022.

Basée sur le principe « La qualité est l'affaire de tous et dépend de l'adhésion de chacun », elle est déclinée en 8 objectifs prioritaires, rédigés avec des verbes d'action, afin que chaque professionnel puisse s'approprier les enjeux institutionnels dans ses missions quotidiennes, chaque pilote de processus dans ses missions transversales, chaque chef de projet dans le développement de nouveaux projets.

En reprenant les fondamentaux d'une démarche Qualité-Gestion, elle nous permettra de décliner chaque année des axes de travail ciblés au regard de l'évolution des besoins de nos usagers et de notre connaissance des risques durant les différentes étapes de leur prise en charge.

Ces 8 objectifs prioritaires ont été présentés et validés en CME le 04/12/2017, en Directoire le 19/12/2017, en Conseil de Surveillance le 15/05/2018 et à la CDU du 17/05/2018.

Christine GIRIER-DIEBOLT
Directrice

Dr Nicolas LONGEAUX
Président de CME

Karine AGUASCA
Directrice Qualité-Gestion des risques



Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- 1.1 Disposer d'une Politique d'amélioration de la qualité-GDR et l'inscrire dans les orientations stratégiques de l'établissement
- 1.2 Intégrer dans la Politique Qualité-GDR des objectifs en matière de gestion de crise et de développement durable
- 1.3 Améliorer l'appropriation de la Politique Qualité-GDR par les Pôles



Ecouter les usagers

- 2.1 Poursuivre l'implication des Représentants des Usagers au sein du CHCP
- 2.2 Améliorer la gestion des plaintes, des réclamations et des éloges
- 2.3 Disposer d'une meilleure connaissance de l'avis des usagers du CHCP



Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- 3.1 S'informer de l'actualité de la démarche Qualité-GDR du CHCP
- 3.2 Se former aux méthodologies Qualité-GDR
- 3.3 Collaborer aux démarches Qualité-GDR de son secteur d'activité
- 3.4 Participer aux Instances ou groupes de travail de l'établissement
- 3.5 S'impliquer dans la démarche qualité du GHT



Evaluer les pratiques professionnelles

- 4.1 Disposer d'une Politique EPP efficace
- 4.2 Poursuivre le déploiement des EPP dans chaque unité, y compris en-dehors des secteurs cliniques
- 4.3 Développer les évaluations de pertinence des prises en charge des patients en secteurs cliniques
- 4.4 Faciliter la mise en œuvre des EPP



Utiliser les documents

- 5.1 Accéder aux documents internes 24h/24
- 5.2 S'assurer de la validité des documents diffusés
- 5.3 Simplifier la recherche des documents sur intranet
- 5.4 Assurer une veille réglementaire



Analyser les risques

- 6.1 Connaître les risques a priori dans chaque secteur d'activité
- 6.2 Connaître les risques a posteriori dans chaque secteur d'activité
- 6.3 Poursuivre le déploiement des RMM et des CREX



Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- 7.1 Créer un Programme d'amélioration global institutionnel
- 7.2 Hiérarchiser et choisir les priorités d'action
- 7.3 Utiliser le Compte Qualité pour piloter les plans d'actions prioritaires



Progresser grâce aux indicateurs

- 8.1 Évaluer l'efficacité des actions mises en place grâce aux indicateurs
- 8.2 Comparer nos indicateurs avec ceux des autres établissements de santé ou des structures de vigilance et de veille sanitaire
- 8.3 Élaborer un plan de communication des indicateurs

DETAIL DE CHAQUE OBJECTIF

OBJECTIF 1

Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

« Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va » Sénèque



1.1 Disposer d'une Politique d'amélioration de la qualité-gestion des risques et l'inscrire dans les orientations stratégiques de l'établissement

Constats :

A l'issue de la période de cinq ans, un bilan de la Politique Qualité-Sécurité des soins 2013-2018 a été réalisé fin d'année 2017.

Après ce constat, 8 objectifs prioritaires ont été choisis pour la nouvelle Politique qualité-gestion des risques 2018-2022. Ils ont été validés en CME le 04/12/2017 et en Directoire le 19/12/2017.

La nouvelle Politique est l'une des composantes du Projet d'établissement 2018-2022.

Plan d'amélioration :

Actions :

- 1) Décrire dans la Politique qualité-gestion des risques 2018-2022 chacun des 8 objectifs cibles en fiches actions pour l'année 2018
- 2) Diffuser la Politique qualité-gestion des risques 2018-2022 sur intranet
- 3) Présenter la Politique qualité-gestion des risques 2018-2022 à tous les professionnels et aux membres de la CDU

Responsable(s) : Direction, CME, Direction qualité-gestion des risques

Calendrier prévisionnel : premier trimestre 2018

Moyens nécessaires : Lettre Ensemble, Instances, Site intranet

Indicateur(s) de suivi : Nombre d'articles dans la Lettre Ensemble, Comptes rendus de réunions, Espace intranet complété



Intégrer dans la Politique Qualité–gestion des risques des objectifs en matière de gestion de crise et de développement durable

GESTION DE CRISE :

Constats : Des indicateurs de gestion de crise étaient déjà présents dans la politique Qualité-GDR 2013-2018, mais n'avait pas été décrits en objectifs cibles. Il n'y avait pas eu non plus de suivi régulier.

-Réalisation d'exercices de crises : Intra CHCP : 30 mars 2016

Exercices régionaux-nationaux : juin et décembre 2017 + test SIVIC

-Création du COPIL Plan blanc : 14/09/2017

- Plan d'actions formalisé

-Formation : le COGEST a été formé le 20/06/2017

-Gestion documentaire : Le plan de gestion de crise a été mis à jour en juin 2016, en attente d'ajout des annexes NRBC, épidémie, biotox

- Réunions avec la police et PSE en cours de rédaction

Plan d'amélioration :

Actions :

- Diffuser les comptes rendus des réunions du COPIL plan blanc et le plan d'action sur intranet

- Mettre à jour et diffuser les annexes, épidémie, biotox du Plan de gestion de crise, à l'issue des travaux des Urgences

- Former les professionnels au damage control et au confinement

- Formaliser et diffuser le PSE

- Demander des subventions pour installer les dispositifs de sécurité nécessaires

Responsable(s) : Dr MARY-CHALON, Mme BAGUES-CASTRO, Mme AGUASCA

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Temps dédié aux réunions du COPIL Plan blanc, Temps dédié aux réunions avec la Police, plan de formation avec un formateur extérieur spécialisé, Temps dédié aux réunions avec le CHU de Toulouse, Investissement dans les moyens de sécurité nécessaires

Indicateur(s) de suivi : Plan de gestion de crise disponible sur intranet, Comptes rendus de réunions, nombre de professionnels formés

● **DEVELOPPEMENT DURABLE :**

Constats : Des indicateurs de développement durable étaient déjà présents dans la politique Qualité-GDR 2013-2018, mais n'avait pas été décrits en objectifs cibles. Il n'y avait pas fait non plus d'un suivi régulier.

Le COPIL déchets a été créé en 2017 avec élaboration d'un plan d'action.

Un Audit externe a été réalisé en octobre 2017.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Réunir régulièrement le COPIL déchets

- Choisir des indicateurs pertinents en matière de gestion des déchets

- Faire un état des lieux en matière de gestion des déchets sur les cinq dernières années

- Choisir des objectifs cibles sur la gestion des déchets pour les 5 prochaines années

- Elaborer un plan d'actions d'amélioration sur la gestion des déchets

- Faire une campagne de sensibilisation

Responsable(s) : COPIL déchets, DRM

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Temps dédié aux réunions du COPIL déchets, tableaux de bord d'indicateurs remontés par la DRM et les Services techniques, Outils de communication (affichages, site intranet...)

Indicateur(s) de suivi : comptes rendus des réunions du COPIL déchets, tableaux de bord d'indicateurs diffusés, éléments de communication diffusés



Améliorer l'appropriation de la Politique Qualité-Gestion des risques par les Pôles

Constats :

Des objectifs cibles étaient déjà présents dans certains Contrats annuels des pôles : Médecine, gérontologie et médico-technique
Cependant, les objectifs n'étaient pas tous formulés de manière à les rendre opérationnels.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Décliner dans les avenants des contrats de pôle pour 2018, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités de chaque Pôle.
- Faire l'état d'avancement régulier des objectifs Qualité-Gestion des risques de chaque pôle
- Utiliser le rapport annuel de la CDU pour suivre l'évolution des besoins des usagers afin de choisir des objectifs ciblés par les pôles des prochaines années.

Responsable(s) : Trios de pôle, Directoire, Direction Qualité-Gestion des risques

Calendrier prévisionnel : 1^{er} trimestre 2018

Moyens nécessaires : Temps dédié aux réunions de préparation de la revue de pôle

Indicateur(s) de suivi : Avenants des contrats de pôles pour l'année 2018 validés et diffusés

OBJECTIF 2

« Nous sommes au service des usagers. Leur avis nous aide à progresser. »



Poursuivre l'implication des Représentants des Usagers au sein du CHCP

Constats :

Les Représentants des usagers participent à la CRUQPC depuis sa création et, depuis... 2017, c'est un Représentant des usagers qui est Président de la nouvelle CDU.

Un Quiz avait été distribué durant la journée des usagers fin 2016 à l'attention des visiteurs, patients et professionnels, portant notamment sur la mission des Représentants des Usagers.

Les Représentants des usagers sont invités chaque année au bilan d'activité du CLIN, ainsi qu'à la cérémonie des vœux. Ils font également partie du Conseil de surveillance.

Un Projet des Usagers est en cours de préparation.

Depuis 2017, une deuxième permanence des Représentants des Usagers a été mise en place sur le site d'Encore deux matins par mois.

Des articles sont rédigés régulièrement par les Représentants des Usagers dans la Lettre Ensemble.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Inviter les Représentants des usagers à tous les cafés éthiques et à la cérémonie des vœux annuelle
- Inviter les représentants des usagers suppléants à toutes les réunions de la CDU
- Inviter périodiquement des bénévoles des associations intervenant régulièrement au CHCP à participer à la CDU
- Présenter le Projet des Usagers aux Instances et à l'ensemble des professionnels
- Elaborer un plan d'actions d'amélioration selon les propositions du Projet des Usagers
- Diffuser une nouvelle information sur les missions de la CDU et sa composition

Responsable(s) : Direction, CDU

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Réunions de la CDU, Plan de communication

Indicateur(s) de suivi : taux de participation des représentants des usagers à la CDU, nombre de médiations auxquelles ont participé les représentants des usagers, Projet des usagers validés diffusait



Améliorer la gestion des plaintes et des réclamations

Constats :

Depuis 2009, les réclamations et plaintes sont suivies et traitées par la CRUQPC. La Directrice des Soins est chargée des relations avec les usagers.

Les médiations proposées aux Usagers sont organisées par les Médiateurs, en collaboration avec la Direction et les Représentants des usagers.

Nombre de dossiers traités : 2014 = 44 2015= 26 2016 = 40

Plan d'amélioration :

Actions :

- Suivre l'évolution du nombre de réclamations ou plaintes
- Maintenir les délais réglementaires de réponse aux réclamations ou plainte
- Apporter une réponse adaptée aux usagers suite à réclamation ou plainte
- Réunir régulièrement la CDU
- Suivre en CDU l'état d'avancement des indicateurs du rapport d'activité de l'ARS
- - Elaborer et suivre un plan d'actions d'amélioration
- Faire une campagne d'information auprès des professionnels

Responsable(s) : Direction, CDU

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié aux réunions de la CDU plénière et restreinte, temps dédié à la médiation, temps des représentants des usagers aux permanences

Indicateur(s) de suivi : nombre de réunions de la CDU, nombre de médiations médicales et non médicales, nombre de rencontres des Représentants des usagers lors des permanences



Disposer d'une meilleure connaissance de l'avis des usagers du CHCP

Constats :

En 2017, le CHCP a participé pour la première année à l'enquête nationale E-SATIS. 16 patients ont répondu à l'enquête reçu par e-mail à leur retour à domicile, soit un taux de retour de 15,3%. Cependant, le nombre de 30 réponses n'ayant pas été atteint, le taux de satisfaction n'a pas été publié dans les indicateurs IPAQSS.

Concernant le questionnaire papier, le taux de retour global est en amélioration à 4%

Plan d'amélioration :

Actions :

- Poursuivre le recueil des e-mails des patients pour obtenir plus de 30 réponses à l'enquête E-SATIS
- Augmenter le taux de retour des questionnaires papier
- Recenser les éloges reçus directement dans les services de soins
- Développer de nouvelles manières de recueillir la satisfaction des usagers (quiz, Installation de tablettes/bornes, ...)
- Effectuer un envoi automatisé chaque mois depuis Pilot' des résultats des questionnaires de satisfaction aux Cadres , Méd, COGEST et RU

Responsable(s) : CDU

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : recueil des e-mails personnels des patients demandés à tout patient par le Bureau des entrées

Indicateur(s) de suivi : Taux de retour, niveau de satisfaction

OBJECTIF 3

Etre acteur de la Qualité – Gestion des risques

« La qualité est l'affaire de tous et dépend de l'adhésion de chacun »



S'informer de l'actualité de la démarche Qualité-Gestion des risques du CHCP

Constats :

Au travers des différentes rencontres avec les professionnels, le manque d'information ou la méconnaissance de certaines informations sur la démarche Qualité-gestion des risques a été remontée à la Direction qualité-gestion des risques.

Même si la recherche d'information reste une démarche personnelle, un travail d'amélioration et de simplification de l'accès aux informations qualité-gestion des risques doit être poursuivi.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Communiquer aux professionnels les objectifs de la nouvelle Politique Qualité-Gestion des risques 2018-2022 au cours de réunions de présentation (réunions de service ou Instances)
- Diffuser la nouvelle Politique Qualité-Gestion des risques 2018-2022 sur intranet
- Présenter régulièrement aux professionnels les documents présents sur le site intranet

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, Cadres, Professionnels

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : Lettre Ensemble, Instances, Site intranet, temps dédié aux réunions

Indicateur(s) de suivi : Nombre d'articles dans la Lettre Ensemble, Comptes rendus de réunions, Espace intranet complété et nombre de documents consultés



Se former aux méthodologies Qualité-GDR

Constats :

Durant l'année 2017, la Direction qualité-gestion des risques a mené un travail de cartographie des risques a priori, en formant plusieurs pilotes des thématiques et professionnels d'encadrement des secteurs à risques

Le groupe Prévention des risques professionnels a également bénéficié d'une formation à l'analyse des causes des accidents du travail grâce à l'arbre des causes.

Un CREX médicaments-DM a été constitué en juin 2017, dans le but d'améliorer l'analyse des causes profondes des erreurs médicamenteuses.

Le nombre de réunions de RMM a progressé en 2017, permettant le déploiement de l'appropriation de la méthodologie d'analyse des causes profondes a posteriori.

En janvier 2017, l'Ingénieur Qualité-Gestion des risques est devenue Expert-Visiteur auprès de l'HAS, avec réalisation d'un cycle de formation initiale et continue durant toute l'année 2017.

Le nouveau Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, en fonction depuis fin 2016, a suivi un cycle de formation aux méthodologies qualité gestion des risques avec le CCECQA.

À l'occasion de la semaine sécurité des patients, en novembre 2017, une chambre des erreurs a été organisée au sein de l'établissement.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Poursuivre l'appropriation à l'élaboration de la cartographie des risques a priori
- Former les nouveaux Cadres de santé aux méthodologies d'évaluation des pratiques professionnelles.

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, Cadres, service formation, Commission DPC

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Temps dédié à la formation

Indicateur(s) de suivi : Nombre de professionnels formés en 2018, Temps dédié à la formation, nombre de professionnels formés



Collaborer aux démarches Qualité-Gestion des risques de son secteur d'activité

Constats :

La formalisation de documents de travail (procédures, formulaires...) est souvent impulsée par les cadres de santé, impliquant également les médecins et les professionnels paramédicaux à chaque fois que cela est possible.

La culture du signalement des évènements indésirables est en progression : les agents signalant utilisent le plus la FSEI pour signaler des événements indésirables soit : les IDE, les AS, les Cadres et les Médecins.

Depuis 2014, le nombre de RMM est en progression : en 2017, les quatre pôles cliniques ont organisé quatre réunions dans l'année. Nombre de services ayant participé à ces RMM est en progression, de plus les RMM pluridisciplinaires sont privilégiées à chaque fois que cela est possible.

Le nombre de staffs-EPP au sein des services cliniques et médico-techniques est en développement.

Le tableau de bord des EPP a été mis à jour fin 2017 et compte démarches.

Les professionnels des secteurs à risques ont été impliqués depuis fin 2016 dans la rédaction de leur cartographie des risques.

Enfin, certains médecins privés ont mené une démarche volontaire d'accréditation avec un organisme habilité.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Impliquer les correspondants qualité dans les démarches qualité gestion des risques de leurs secteurs d'activité
- rediffuser le Questionnaire culture sécurité des soins
- présenter régulièrement l'état d'avancement des objectifs qualité gestion des risques en revue de pôle
- Refaire une visite de risques de notre assureur

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, Cadres, Professionnels

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié, formation

Indicateur(s) de suivi : nombre d'EPP, nombre de RMM, nombre de documents internes formalisés, nombre de cartographies des risques formalisées



Participer aux Instances ou groupes de travail de l'établissement

Constats :

L'établissement réunit régulièrement les instances réglementaires.

Des réunions dédiées aux cadres de santé, et à l'encadrement sont également organisées.

Poursuite des réunions de l'Equipe opérationnelle GDR hebdomadaire.

Des correspondants ont été désignés dans les services pour assurer un relais de formation/information auprès de l'ensemble de leurs collègues sur les thématiques hygiène, douleur, médicaments et qualité (depuis 2017).

La Coordination des vigilances est également assurée par la participation des membres de la Direction Qualité-Gestion des risques aux réunions du CSTH, CLIN, COPIL Médicaments-DM, COMEDIMS et autres groupes de travail au besoin.

Un COPIL plan blanc a été créé en 2017.

Un COPIL déchets a également été créé en 2017.

Poursuite du travail du CREX Observatoire des chutes créées en 2014

Création du CREX Médicaments-DM depuis juin 2017

Plan d'amélioration :

Actions :

- 4 réunions RMM dans chaque pôle
- 4 réunions du CREX Observatoire des chutes
- Réunions des correspondants qualité : tous les 2 mois
- 2 journées de formation des correspondants hygiène
- 4 réunions du CREX médicaments-DM par an minimum
- Progresser dans le nombre de rencontres du Comité Stratégique Qualité-GDR
- Réunion hebdomadaire de l'Equipe Opérationnelle GDR
- Passage à une fréquence mensuelle des réunions de la CME

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, Vigilants

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : temps dédié, formation

Indicateur(s) de suivi : nombre de réunions, taux de participation



S'impliquer dans la démarche qualité du GHT

Constats :

Durant l'année 2017, le nombre de réunions du groupe de travail qualité du GHT a progressé. Un axe de travail spécifique à la maîtrise du risque infectieux a été choisi, décliné en 6 sous-groupes de travail. À cette occasion, l'équipe opérationnelle d'hygiène a été invitée à participer à certaines des rencontres.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Poursuivre la participation aux réunions du groupe de travail qualité du GHT
- Accueillir une réunion du groupe de travail qualité du GHT au CHCP
- S'impliquer dans les sous-groupes de travail ciblés sur la maîtrise du risque infectieux
- S'impliquer dans la démarche patient traceur inter établissements
- S'impliquer dans la Labellisation « Hospitalité » dans un service pilote.
- Mener une réflexion au sein des établissements du GHT à faire de partager des documents

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, CLIN-EOH

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Temps dédié aux réunions du GHT

Indicateur(s) de suivi : Taux de participation du CHCP, Nombre de projets

OBJECTIF 4

Evaluer les pratiques professionnelles

« Evaluer pour évoluer »

4



4.1 Disposer d'une Politique EPP efficace

Constats :

Durant l'année 2017, le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a rencontré les Médecins Chefs de pôle et les Cadres de santé afin de faire un point sur l'état d'avancement de leurs EPP. À l'issue de ces échanges, la Politique EPP a fait l'objet d'une mise à jour en décembre 2017.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Présenter la nouvelle Politique EPP aux Instances et à la CDU
- Évaluer l'impact de la nouvelle Politique EPP en fin d'année

Responsable(s) : Direction, CME, Direction qualité-gestion des risques, Pôles

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié à l'état d'avancement des EPP

Indicateur(s) de suivi : Nombre de réunions au cours desquelles est présentée la Politique EPP



Poursuivre le déploiement des EPP dans chaque unité de travail, y compris en-dehors des secteurs cliniques

Constats :

Depuis sa prise de fonction fin 2016, le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins à rencontrer les chefs de pôle et les cadres de santé afin de recueillir l'ensemble des EPP réalisées en 2017. Le tableau de bord des EPP a été adressé à l'HAS dans le cadre de la préparation de la visite de certification en décembre 2017.

Cependant, la dynamique porte exclusivement sur les secteurs cliniques et médicaux techniques.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Inscrire dans les contrats de pôles des objectifs en termes d'EPP
- Accompagner le Pôle Management-Logistiques dans la réalisation et la valorisation d'évaluations de leurs pratiques
- Recenser chaque trimestre l'état d'avancement des EPP
- Diffuser l'état d'avancement des EPP chaque trimestre en CME, CSIRMT et réunion des cadres de santé
- Diffuser le tableau de bord des EPP sur le site intranet

Responsable(s) : Direction, CME, Direction qualité-gestion des risques, Pôles

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié à l'état d'avancement des EPP, site intranet, participation aux Instances

Indicateur(s) de suivi : Objectifs inscrits dans les Contrats de Pôles, Nombre d'EPP par service,



Développer les évaluations de pertinence des prises en charge des patients en secteurs cliniques

Constats :

Plusieurs EPP sur la pertinence des soins avaient été mis en œuvre dans le cadre de la deuxième visite de certification. Cependant, elles n'avaient pas toutes été poursuivies, ou renouvelées dans l'ensemble des pôles cliniques ou médico-techniques.

Plan d'amélioration :

Actions :

-Choisir au sein de chaque pôle au moins un sujet d'EPP portant sur la pertinence des actes

Responsable(s) : CME, Trios de pôle, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : Temps dédiés à l'évaluation des pratiques

Indicateur(s) de suivi : Nombre d'EPP de pertinence



Faciliter la mise en œuvre des EPP

Constats :

Le bilan des actions d'évaluation des pratiques professionnelles est réalisé fin 2017, a fait état d'un nombre important de démarches. Or, les professionnels de terrain ont parfois une vision restreinte de ces dynamiques.

Les méthodologies du passé sont souvent jugées trop chronophages, freinant parfois le développement de nouvelles actions d'EPP.

Plan d'amélioration :

Actions :

-Rédiger une charte du Staff-EPP reprenant les fondamentaux de la méthodologie HAS
-Utiliser des méthodes d'évaluation souples et innovantes (grilles d'audit avec statistiques prêtes à l'emploi, Quick audits, patients traceurs, Audits croisés, enquêtes, mémoires et thèses des étudiants, quizz, RMM, Extractions automatisées depuis le logiciel métier...).

-Utiliser le tableau de bord des EPP :

Comme outil de planification des EPP

Comme outil de centralisation de l'avancement des EPP

Comme outil de communication partagé

-Valoriser les staffs existants

Comme EPP

Dans le cadre de la démarche de DPC individuelle

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques,

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié à l'élaboration de méthodologies de travail

Indicateur(s) de suivi : nombre d'EPP

OBJECTIF 5

Exploiter les documents

« Accéder facilement et rapidement à l'information disponible »

5



Accéder aux documents internes 24h/24

Constats :

Depuis mars 2009, le site intranet du CHCP permet de diffuser les documents internes à l'ensemble des professionnels, 24H/24 et 7J/7.

Le Service Qualité-Gestion des risques est responsable de la diffusion des documents électronique, permettant la suppression progressive des documents au format papier dans les services.

Dans cet état d'esprit, des espaces dédiés aux Instances et groupe de travail de l'établissement ont été développés sur le site intranet.

Des indicateurs de gestion documentaire sont diffusés annuellement aux Cadres et sur intranet. Ils font état d'une progression importante du nombre de téléchargements des documents sur l'année 2017

Plan d'amélioration :

- Poursuivre la diffusion des documents internes sur la base documentaire intranet
- Tendre vers le digital pour la diffusion des comptes rendus des Instances et groupes de travail sur intranet
- Former les secrétaires à la diffusion des documents sur intranet

Actions :

Responsable(s) : Direction Qualité-gestion des risques, SIH, secrétaire des instances/groupes de travail

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : site intranet maintenu par le SIH

Indicateur(s) de suivi : Nombre de documents diffusés sur la base documentaire intranet, nombre de téléchargements, nombre de comptes rendus des Instances diffusées sur intranet, Nombre de secrétaires formées à l'utilisation d'intranet, indicateurs de gestion documentaire diffusés sur intranet



S'assurer de la validité des documents diffusés

Constats :

La procédure de gestion documentaire prévoit la relecture de tous les documents internes tous les 2 ans, afin de s'assurer de leur validité.

Grâce à la diffusion croissante des documents sur intranet, le Service qualité-gestion des risques est à même d'accompagner les auteurs des documents dans cette relecture périodique ; l'objectif étant d'empêcher l'utilisation involontaire de documents obsolètes.

Cependant, cette fréquence biennale est encore ambitieuse : à ce jour, 50 % des documents font l'objet d'une relecture régulière tous les deux ans.

Depuis nov 2017, la date de dernière relecture périodique apparaît sur intranet à l'ouverture des documents.

Les indicateurs de gestion documentaire sont diffusés régulièrement aux cadres et sur intranet.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Effectuer en priorité une relecture périodique tous les 2 ans pour les documents concernant les PEP
- Poursuivre la diffusion des documents internes sur la base documentaire intranet
- Auditer les documents papiers présents dans les services

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, Rédacteurs des documents internes

Calendrier prévisionnel : année 2018

Moyens nécessaires : temps dédié à la gestion documentaire

Indicateur(s) de suivi : taux de documents relus tous les deux ans (PEP et hors PEP)



Simplifier la recherche des documents sur intranet

Constats :

Notre base documentaire sur intranet n'est pas à ce jour un outil de recherche intuitif. Seuls les mots exacts du titre du code des documents sont reconnus. Depuis fin 2016, les documents sont à présent assortis de mots-clés complémentaires pour faciliter la recherche des documents.

En effet, la base documentaire intranet comporte à présent environ 1200 documents dans la base documentaire et d'autres documents présents dans les autres onglets d'intranet, engendrant une difficulté de recherche.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Remettre en forme le site intranet pour permettre une recherche facilitée
- Présenter la base documentaire intranet à l'ensemble des nouveaux professionnels (journée d'accueil, livret d'accueil des nouveaux professionnels)

Responsable(s) : direction qualité-gestion des risques, SIH

Calendrier prévisionnel : Année 2018

Moyens nécessaires : Nouvelle base documentaire intranet

Indicateur(s) de suivi : Nombre de documents téléchargés sur intranet



Assurer une veille réglementaire

Constats :

Des abonnements à des magazines spécialisés sont partagés entre les différents professionnels depuis de nombreuses années.

L'ensemble des cadres et les médecins reçoit par e-mail la lettre quotidienne « Hospimédia » et la lettre bimensuelle « Sentinelle ».

Depuis octobre 2016, mise en ligne sur intranet un espace dédié à la lettre Sentinelle.

Le CHCP est abonné depuis le 15/01/2016 pour un an via notre réseau au site <http://www.em-premium.com/> donnant accès à une importante documentation médicale et infirmière.

Enfin, l'accès des professionnels à Internet est possible depuis tous les postes informatiques du CHCP pour des recherches approfondies.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Mettre à disposition des professionnels de la bibliographie sur les recommandations de bonnes pratiques par un accès Internet
- Accéder à la bibliothèque du CHU de Toulouse
- Créer une bibliothèque des magazines papier au sein de la Direction

Responsable(s) : Direction qualité–gestion des risques, DRM, SIH

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : espace intranet

Indicateur(s) de suivi : nombre de textes diffusés

OBJECTIF 6

Analyser les risques

« Analyser les dysfonctionnements, mais surtout prévenir les risques »

6



Connaître les risques a priori dans chaque secteur d'activité

Constats :

L'équipe opérationnelle GDR a été formée depuis 2010 à l'analyse des risques a priori. Le document unique d'évaluation des risques professionnels a été le premier à formaliser les risques d'avance secteurs de l'établissement. Des cartographies des risques avaient également été menées au niveau transversal ou sur le sujet spécifique du circuit du médicament.

Grâce à l'outil Interdiag de l'ANAP, une analyse des risques sur le circuit des DMI médicaments, des DMI avaient ensuite été effectués régulièrement dans tous les secteurs cliniques et médicaux techniques dès 2012.

Des analyses de risques par scénario clinique ont été menées à plusieurs reprises dans le domaine de l'hygiène, notamment concertation avec les hôpitaux de Luchon.

Le travail de cartographie des risques a été approfondi à partir d'octobre 2016 dans les secteurs à risques avec une implication pluri professionnelle des agents. Le système de cotation de l'HAS a été généralisé : Gravité, Vraisemblance, niveau de Maîtrise.

Une cartographie des risques a priori a également été élaborée pour chaque thématique par les pilotes de processus.

Ces travaux, ont permis d'alimenter le compte qualité, fin 2017, en prévision de la visite de certification.

Plan d'amélioration :

Actions :

Poursuivre le travail de cartographie des risques a priori dans l'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques.

Organiser une nouvelle visite de risques de notre assureur.

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, pilotes des processus, encadrement des pôles, professionnels de terrain

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : temps dédié aux rencontres dans les différents secteurs

Indicateur(s) de suivi : nombre de cartographies élaborées, nombre de risques recensés, criticité des risques recensés



Connaître les risques a posteriori dans chaque secteur d'activité

Constats :

La fiche de signalement des événements indésirables a été créée en mars 2007.

La culture du signalement des événements indésirables a progressé régulièrement : 2016 = 1176 FSEI 2017 = 1541 FSEI

Cependant, à ce jour, le système de signalement par papier atteint ses limites. En effet, vu le nombre important de fiches reçues à la direction qualité gestion des risques, il est très difficile de faire un retour d'information à tous les déclarants suite à leur signalement.

Des tableaux de bord de suivi des FSEI ont été déployés sont diffusés mensuellement sur le portail intranet. Les plaintes et réclamations sont traitées par la Commission des usagers, où sont présents plusieurs membres de l'équipe GDR, ce qui permet de faire le lien avec les fiches de signalement des événements indésirables.

La création du CREX Observatoire des chutes en novembre 2014 et du CREX médicaments-DM en juin 2017, ont permis une meilleure connaissance des événements indésirables et d'encourager leur signalement.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Informatiser les fiches de signalement des événements indésirables et les formulaires Cerfa de pharmacovigilance de Matérovigilance
- Créer un espace intranet pour diffuser des cartographies des risques à tous les professionnels
- Poursuivre la sensibilisation au signalement des événements indésirables, notamment lors de la présentation du nouveau logiciel
- Poursuivre la diffusion mensuelle des indicateurs de suivi des FSEI sur intranet

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : mise en place du logiciel de signalement des événements indésirables, temps dédié à la formation/sensibilisation des professionnels au signalement

Indicateur(s) de suivi : nombre de signalements internes sur le nouveau logiciel



Poursuivre le déploiement des RMM et des CREX

Constats :

Le CREX Observatoire des chutes a été créé en novembre 2014. Il est composé d'une équipe pluri professionnelle et se réunit 4 fois par an.

Depuis sa création, le nombre de fiches signalements de chutes des patients a été croissant : 2014=274 ; 2015=450 ; 2016=566 ; 2017= 764.

Les chutes graves ont fait l'objet d'analyse des causes profondes.

Un plan d'actions pluridisciplinaire est mis en place.

Le CREX médicaments-DM a été créé en juin 2017 et permet de partager une meilleure connaissance des événements indésirables et d'encourager leur signalement.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Réaliser 4 RMM/an dans les secteurs cliniques et médico-techniques
- Poursuivre le déploiement de CREX

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : Temps dédié aux réunions RMM et CREX

Indicateur(s) de suivi : Nombre de RMM, Nombre de CREX

OBJECTIF 7



Mettre en œuvre le Plan d'actions qualité gestion des risques consolidé

« Bien soigner c'est le plus important ! Cela concerne tous les acteurs hospitaliers, des soignants aux administratifs. Chacun peut et doit agir pour réduire les risques »



Hiérarchiser et choisir les priorités d'action

Constats :

Dans le cadre de la préparation de la vie de certification V2014, la Direction qualité-gestion des risques a mené un travail d'analyse des risques par le biais de la rédaction des cartographies des risques. Ce travail a débuté fin 2016 dans les secteurs à risques est également intégré les données issues d'ancienne cartographie des risques.

Afin de mener ces travaux, la direction qualité gestion des risques a élaboré des outils d'analyse des risques agrégés avec les plans d'actions d'amélioration.

Grâce à l'échelle de cotation proposée par la Haute autorité de santé, les plans d'actions d'amélioration émanant de ces cartographies des risques ont été hiérarchisés par ordre de criticité

Plan d'amélioration :

Actions :

- poursuivre la hiérarchisation des plans d'actions d'amélioration par une analyse des risques préalable dans l'ensemble des secteurs
- Analyser les résultats de tous les indicateurs disponibles pour élaborer des plans d'actions ciblés

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : Méthodologie HAS

Indicateur(s) de suivi : Nombre d'actions priorisées



Créer un programme d'amélioration global institutionnel

Constats :

Les plans d'actions ciblées émanant des cartographies des risques ont été fusionnés afin de ne créer qu'un seul outil de pilotage alliant analyse des risques et programme d'amélioration. Ce travail se poursuivra afin de disposer d'un seul outil de pilotage pour la direction de l'établissement.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Poursuivre l'intégration des différents plans d'actions et instances ou groupe de travaux dans le programme d'amélioration globale institutionnelle à la cartographie des risques du CHCP.

Responsable(s) : Direction, Direction qualité-gestion des risques, CME, Pilotes de processus, encadrement, trios de pôle

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : programme d'amélioration global institutionnel

Indicateur(s) de suivi : plan d'action intégrée dans le programme d'amélioration global



Utiliser le Compte qualité pour piloter les plans d'actions prioritaires

Constats :

La Haute autorité de santé, dans le cadre de la préparation de la visite de certification V2 1014 des établissements de santé, a créé un outil de liaison intitulé « Compte qualité ». Il s'agit d'une plate-forme Internet où l'établissement dépose l'état d'avancement de ces analyses des risques et plan d'actions d'amélioration associés.

Un premier compte qualité a été adressé à la Haute autorité de santé en décembre 2017 en prévision de la visite de certification de juin 2018.

Transmettre le compte qualité actualisé tous les 2 ans à l'HAS

Plan d'amélioration :

Actions :

- Diffuser le programme à l'ensemble des professionnels et à la CDU
- Évaluer annuellement l'état d'avancement du programme d'amélioration
- Réajuster le programme d'amélioration en fonction des évaluations menées, des résultats obtenus et des risques recensés.

Responsable(s) : Direction, Direction qualité-gestion des risques, CME, Pilotes de processus, encadrement, trios de pôle

Calendrier prévisionnel : 2020

Moyens nécessaires : Compte qualité 2017

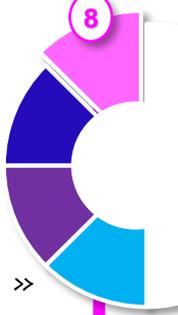
Indicateur(s) de suivi : Nombre de risques et d'actions inscrits dans le Compte Qualité

OBJECTIF 8

Progresser grâce aux indicateurs

8

« Utiliser les indicateurs pour nous aider à prendre des décisions et pour que chacun s'approprié les enjeux institutionnels dans ses missions quotidiennes »



Evaluer l'efficacité des actions mises en place grâce aux indicateurs

Constats :

A ce jour, l'utilisation des indicateurs de suivis est encore sous développée. Les indicateurs les plus régulièrement utilisés sont les indicateurs IPAQSS, bilan LIN et indicateurs médicaux-économiques.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Choisir des indicateurs pertinents pour les plans d'actions d'amélioration ciblés
- Utiliser les indicateurs choisis pour évaluer l'efficacité des actions menées

Responsable(s) : Direction, Direction qualité-gestion des risques, CME, Pilotes de processus, encadrement, trios de pôle

Calendrier prévisionnel : 2018-2022

Moyens nécessaires : Temps dédié aux états d'avancement réguliers

Indicateur(s) de suivi : indicateurs



Comparer nos indicateurs avec ceux des autres établissements de santé ou des structures de vigilance et de veille sanitaire

Constats :

A ce jour, les indicateurs permettant de se comparer à d'autres établissements, ou au niveau national sont principalement les IPAQSS et les indicateurs médico-économiques.

Plan d'amélioration pour 2018 :

Actions :

- Rechercher les résultats des enquêtes E-SATIS au niveau régional et national
- Comparer notre rapport d'activité de la CDU avec d'autres établissements de la région

Responsable(s) : Direction qualité-gestion des risques, CDU

Calendrier prévisionnel : 2018

Moyens nécessaires : Recherche d'indicateurs régionaux ou nationaux

Indicateur(s) de suivi : Nombre d'indicateurs du CHCP comparés à des indicateurs régionaux ou nationaux



Élaborer un plan de communication des indicateurs

Constats :

Dans le cadre de la mise à jour de la Politique Qualité-GDR, et en prévision de la visite de certification de juin 2018, un plan de communication a été élaboré par le COGEST.

L'un des axes de ce plan de communication concerne l'émanation de tableaux d'indicateurs, qui permettra d'avoir une vision synthétique des démarches Qualité-GDR menées ;

Plan d'amélioration :

Actions :

- Élaborer un plan de communication des indicateurs (dont les IPAQSS, et indicateurs de développement durable)
- Elaborer des tableaux de bord qualité gestion des risques
- Diffuser les indicateurs à l'ensemble des professionnels et aux usagers
- Diffuser aux professionnels et aux usagers les résultats de :
 - la certification HAS
 - l'accréditation du laboratoire
 - l'évaluation externe à l'EHPAD

OBJECTIFS POUR 2018 DÉCLINÉS POUR CHAQUE PÔLE

OBJECTIFS 2018 DU POLE MEDECINE

1 Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- Décliner dans l'avenant 2018 du contrat du pôle, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités du Pôle
- Choisir des objectifs cibles pour l'amélioration de la gestion des déchets pour les 5 prochaines années

2 Ecouter les usagers

- Atteindre un taux de retour de 10% au recueil du questionnaire de satisfaction papier et 20 réponses au questionnaire E-SATIS
- Envoyer un questionnaire aux familles de patients pris en charge en soins palliatifs

3 Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- Rédiger au moins un article dans la Lettre Ensemble sur la démarche Qualité-GDR menée dans le Pôle en 2018
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à au moins 2 RMM dans l'année
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à la réalisation d'au moins une EPP

4 Evaluer les pratiques professionnelles

- 100% EPP initiées doivent atteindre l'étape 5 d'amélioration des pratiques
- Mettre en place des Staffs-EPP réguliers par service
- Réaliser au moins 1 évaluation de pertinence des prises en charge des patients dans le Pôle en 2018

5 Utiliser les documents

- Au moins 80% des documents internes du Pôle relus tous les 2 ans
- Réduire le nombre de documents au format papier dans les services

6 Analyser les risques

- Développer le signalement des erreurs médicamenteuses
- Réaliser 4 RMM/an, avec au moins 1 dossier par service présenté l'année

7 Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- Regrouper l'ensemble des plans d'actions du Pôle en un Programme d'amélioration du Pôle, incluant les actions décidées lors des RMM
- Présenter l'état d'avancement trimestriel du Programme d'amélioration du Pôle au Directoire

8 Progresser grâce aux indicateurs

- Obtenir au moins 80% de conformité à tous les indicateurs IPAQSS MCO
- Élaborer un tableau de bord des principaux indicateurs dans chaque service du Pôle

POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES

OBJECTIFS 2018 DU POLE MEDICO-TECHNIQUE

1 Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- Décliner dans l'avenant 2018 du contrat du pôle, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités du Pôle
- Choisir des objectifs cibles pour l'amélioration de la gestion des déchets pour les 5 prochaines années

2 Ecouter les usagers

- Atteindre un taux de retour de 5 % au recueil du questionnaire de satisfaction papier
- Créer un questionnaire de satisfaction pour les rétrocessions effectuées par la PUJ

3 Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- Rédiger au moins un article dans la Lettre Ensemble sur la démarche Qualité-GDR menée dans le Pôle en 2018
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à au moins 2 RMM dans l'année
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à la réalisation d'au moins une EPP

4 Evaluer les pratiques professionnelles

- 100% EPP initiées doivent atteindre l'étape 5 d'amélioration des pratiques
- Réaliser au moins 1 évaluation de pertinence des prescriptions d'imagerie par les Urgences en 2018

5 Utiliser les documents

- Au moins 80% des documents internes du Pôle relus tous les 2 ans
- Réduire le nombre de documents au format papier dans les services

6 Analyser les risques

- Elaborer la cartographie des risques détaillée du service Imagerie médicale
- Développer le signalement des Infections du Site Opérateur (ISO)
- Réaliser 4 RMM/an, avec au moins 1 dossier par service présenté l'année

7 Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- Regrouper l'ensemble des plans d'actions du Pôle en un Programme d'amélioration du Pôle, incluant les actions décidées lors des RMM
- Présenter l'état d'avancement trimestriel du Programme d'amélioration du Pôle au Directoire

8 Progresser grâce aux indicateurs

- Obtenir l'accréditation du Laboratoire COFRAC
- Élaborer un tableau de bord des principaux indicateurs dans chaque service du Pôle

POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES

OBJECTIFS 2018 DU POLE CHIRURGIE-MATERNITE



Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- Décliner dans l'avenant 2018 du contrat du pôle, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités du Pôle
- Choisir des objectifs cibles pour l'amélioration de la gestion des déchets pour les 5 prochaines années



2 Ecouter les usagers

- Atteindre un taux de retour de 25% au recueil du questionnaire de satisfaction papier
- Atteindre 20 réponses au questionnaire national E-SATIS



3 Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- Rédiger au moins un article dans la Lettre Ensemble sur la démarche Qualité-GDR menée dans le Pôle en 2018
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à au moins 2 RMM dans l'année
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à la réalisation d'au moins une EPP



4 Evaluer les pratiques professionnelles

- 100% EPP initiées doivent atteindre l'étape 5 d'amélioration des pratiques
- Réaliser au moins 1 évaluation de pertinence en 2018



5 Utiliser les documents

- Au moins 80% des documents internes du Pôle relus tous les 2 ans
- Réduire le nombre de documents au format papier dans les services



6 Analyser les risques

- Elaborer la cartographie des risques détaillée des services de chirurgie
- Améliorer la traçabilité du signalement des incidents ou accidents péri-anesthésiques
- Réaliser 4 RMM/an, avec au moins 1 dossier par service présenté l'année



7 Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- Regrouper l'ensemble des plans d'actions du Pôle en un Programme d'amélioration du Pôle, incluant les actions décidées lors des RMM
- Présenter l'état d'avancement trimestriel du Programme d'amélioration du Pôle au Directoire



8 Progresser grâce aux indicateurs

- Obtenir au moins 80% de conformité à tous les indicateurs IPAQSS et un score B à l'indicateur ICALISO
- Élaborer un tableau de bord des principaux indicateurs dans chaque service du Pôle

OBJECTIFS 2018 DU POLE GERONTOLOGIE

1 Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- Décliner dans l'avenant 2018 du contrat du pôle, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités du Pôle
- Choisir des objectifs cibles pour l'amélioration de la gestion des déchets pour les 5 prochaines années

2 Ecouter les usagers

- Atteindre un taux de retour de 15% au recueil du questionnaire de satisfaction papier du CSG
- Envoyer un questionnaire de satisfaction aux familles des résidents de l'USLD et d'Orélia 1 fois/an

3 Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- Rédiger au moins un article dans la Lettre Ensemble sur la démarche Qualité-GDR menée dans le Pôle en 2018
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à au moins 2 RMM dans l'année
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à la réalisation d'au moins une EPP

4 Evaluer les pratiques professionnelles

- 100% EPP initiées doivent atteindre l'étape 5 d'amélioration des pratiques
- Mettre en place des Staffs-EPP réguliers au SSR, au CSG et à l'USLD
- Réaliser au moins 1 évaluation de pertinence des prises en charge des patients dans le Pôle en 2018

5 Utiliser les documents

- Au moins 80% des documents internes du Pôle relus tous les 2 ans
- Réduire le nombre de documents au format papier dans les services

6 Analyser les risques

- Développer le signalement des erreurs médicamenteuses
- Réaliser 4 RMM/an, avec au moins 1 dossier par service présenté l'année

7 Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- Regrouper l'ensemble des plans d'actions du Pôle en un Programme d'amélioration du Pôle, incluant les actions décidées lors des RMM
- Présenter l'état d'avancement trimestriel du Programme d'amélioration du Pôle au Directoire

8 Progresser grâce aux indicateurs

- Obtenir au moins 80% de conformité à tous les indicateurs IPAQSS SSR
- Élaborer un tableau de bord des principaux indicateurs dans chaque service du Pôle

POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES

OBJECTIFS 2018 DU POLE MANAGEMENT-LOGISTIQUES

1 Déployer une Politique Qualité – GDR et Développement Durable

- Décliner dans l'avenant 2018 du contrat du pôle, les 8 objectifs de la Politique Qualité-Gestion des risques, pertinents selon les spécificités du Pôle
- Choisir des objectifs cibles pour l'amélioration de la gestion des déchets pour les 5 prochaines années

2 Ecouter les usagers

- Réunir la Commission des Usagers 4 fois/an en séance plénière
- Diffuser le Projet des Usagers à l'ensemble des professionnels

3 Etre acteur de la démarche Qualité-Gestion des risques

- Rédiger au moins un article dans la Lettre Ensemble sur la démarche Qualité-GDR menée dans le Pôle en 2018
- Recenser le nombre de réunions de l'équipe HACCP
- Recenser le nombre de professionnels du Pôle ayant participé à la réalisation d'au moins une EPP

4 Evaluer les pratiques professionnelles

- Mettre en place au moins une EPP dans chaque service du Pôle
- Nombre de professionnels du pôle ayant participé à la réalisation d'une EPP

5 Utiliser les documents

- Au moins 80% des documents internes du Pôle relus tous les 2 ans
- Réduire le nombre de documents au format papier dans les services

6 Analyser les risques

- Elaborer la cartographie des risques du Management Stratégique
- Développer le signalement des évènements indésirables

7 Mettre en œuvre le Plan d'actions Qualité-GDR consolidé

- Regrouper l'ensemble des plans d'actions du Pôle en un Programme d'amélioration du Pôle, incluant les actions des cartographies des risques
- Présenter l'état d'avancement trimestriel du Programme d'amélioration du Pôle au Directoire

8 Progresser grâce aux indicateurs

- Diffuser les indicateurs sur la gestion des déchets pour chaque pôle
- Élaborer un tableau de bord des principaux indicateurs dans chaque service du Pô

**PROJET
DEVELOPPEMENT DURABLE
2018 – 2022**

A. UN CHCP DURABLE

En 2013, l'établissement s'était engagé dans le développement durable par un volet environnemental.

Les objectifs de cet engagement étaient :

- Promouvoir le développement durable dans sa stratégie
- Faire du développement durable un outil de management
- Evaluer cet engagement
- Evaluer le degré d'association et d'implication des parties prenantes
- Evaluer le niveau de progression dans la réalisation du diagnostic DD

L'évaluation des domaines d'application, tels que définis en 2013, aboutit à un nouveau projet d'engagement durable, qui doit désormais s'adapter, inclure et intégrer le concept, très récent, de la Responsabilité Sociétale de l'Etablissement (RSE).

En 2018, le CHCP durable se poursuit, et l'établissement doit conduire une démarche vertueuse selon 2 volets identifiés, qui interagissent désormais avec les politiques managériale, sociale, stratégique du CHCP :

- La politique environnementale dont la mission est de réduire l'impact de nos activités sur l'environnement.
 - o Objectif 1 : atteindre des performances.
 - o Objectif 2 : soigner sans polluer.
- La responsabilité sociétale de l'établissement, qui se définit comme « la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société ». Il s'agit d'un outil de performance.
Le projet de management et le projet social du CHCP auront comme objectif de faire adhérer l'ensemble de la communauté hospitalière au concept RSE.

L'engagement 2018 maintient son inscription dans une démarche de responsabilité sociétale des organisations par :

- Une responsabilité économique (choix d'investissement, d'activité de l'organisation et ses conséquences territoriales...)
- Une responsabilité sociale/sociétale vis à vis de ses salariés et en externe de ses partenaires, usagers...

Ces responsabilités impliquent des principes et des pratiques dans les processus de décision, de management et des pratiques professionnelles.

En mai 2017, la directrice du CHCP a réalisé le 1^{er} séminaire du CHCP sur le thème « Responsabilité Sociétale d'Etablissement », destiné au comité de gestion ainsi qu'aux responsables médicaux.

Cet évènement a initié l'intégration de la RSE dans l'élaboration du plan stratégique 2018-2023 du CHCP.

B. EVALUATIONS 2013-2017 PAR DOMAINES D'APPLICATIONS

1. MANAGEMENT

1.1 Objectif

Intégrer une composante développement durable dans son management, déterminer clairement les responsabilités, et les responsables, concernant le développement durable, et l'incorporer dans le projet d'établissement.

1.2 Indicateurs

	BILAN
Inscription du développement durable dans le projet d'établissement	OUI
Mise en place des responsabilités (nb de sujets traités)	Achat Technique Management
Mise en place du plan d'action	NON
Mise en place de conventions avec les différents partenaires (nombre)	Tous les marchés « achat » disposent d'une clause Développement Durable
Nombre d'aménagement des postes de travail	57
Suivi de la Commission d'Aide Individualisée	4 à 5 CAI / an
Politique RH relative à la prise en compte du Handicap	Fiche action I-A-3 du Plan social du CHCP 2012-2017

2. GESTION DES FLUX : EAU-AIR-ENERGIE

2.1 Objectif

Le CHCP est engagé dans la gestion de l'eau, de l'air et de l'énergie dans tous les bâtiments.

Le CHCP souhaite optimiser cette gestion en réalisant un plan d'actions d'amélioration à la suite du diagnostic énergétique et du bilan des Gaz à Effet de Serre qui sera réalisé en externe.

Le CHCP s'engage à maîtriser les dépenses d'eau et d'énergie par le choix d'équipements (renouvellements ou nouvelles acquisitions) moins consommateurs et/ou moins polluants, à service rendu équivalent.

2.2 Indicateurs

	BILAN		
Eau, air : Etat des lieux détaillé (% des m ² concerné)	Etat des lieux de l'ensemble des installations de production annuel		
Eau, air : Information - sensibilisation à l'économie d'eau, au taux de renouvellement de l'air, aux pollutions de l'environnement (% d'agents informés)			
Eau, air : Installation d'économiseurs (nombres et/ou volumes traités)	Eau : douchettes anti-légionnelles installées dans toutes les douches, possèdent un réducteur de débit ; robinet thermostatique installé systématiquement pour les remplacements.		
Eau, air : Contrôle des rejets dans le milieu (nombres et/ou volumes)	Eau : analyse complète des rejets 05-2015		
Energie : Diagnostic des installations (m ² concernés)	Etat des lieux des installations de production annuel		
Suivi des consommations énergétiques (quantité par énergie)		Gaz (Mwh)	ECS (m ³)
	2014-2015	4554	8128
	2015-2016	4534	8298
	2016-2017	4674	7915
Recours aux énergies renouvelables	100 m ² de panneaux solaires		
Réalisation d'un diagnostic énergétique (m ² concernés)	En 2014 : Tous les bâtiments site de Saint Plancard		

3. GESTION DES DECHETS

3.1 Objectifs

Mettre en place une démarche globale, donnant suite au plan actions de 2009 :

- de réduction à la source,
- de tri,
- de valorisation des déchets produits par l'établissement

Cette démarche existe pour les DASRI, et doit être généralisée au reste des déchets.

3.2 Indicateurs

	BILAN
Mise en place de filières de tri des déchets recyclables : nombre de filières	12 Filières : Electrique Eclairage Métaux Fluides restauration Effluents de laboratoire Déchets verts Informatique Cartons DOAM DASRI Pièces Anatomiques Dispositifs médicaux
Valorisation des déchets produits	

4. GESTION DES TRANSPORTS

4.1 Objectifs

Le CHCP s'engage à faire évoluer les modes de transport, dans un 1^{er} temps : agent et logistique, de façon à réduire les émissions de gaz à effet de serre.

4.2 Indicateurs

	BILAN
Achat de véhicules propres (nombre)	
Quantité et coût du Carburant consommé	Non communiqué
Actions prescrites par le diagnostic environnemental (scope 2 et 3)	

5. GESTION DES ACHATS

5.1 Objectifs

Intégrer des critères de développement durable dans toutes les procédures d'achats.

5.2 Indicateurs

	BILAN
Critères de développement durable dans les marchés (% de marchés traités et/ou nb de marchés)	Tous les marchés lancés par le CHCP possèdent une clause de DD
Achats secteurs adaptés (euros dépensés)	Non communiqué
Formation aux achats responsables (% d'agents concernés)	50%
Demande systématique aux fournisseurs de la quantité de matériaux contenant des CMR (%)	
Définition CMR : toutes substances ou toutes préparations : cancérigènes (C), mutagènes (M) et Toxiques pour la reproduction (R)	

6. COMMUNICATION

6.1 Objectifs :

Promouvoir et sensibiliser à la démarche de développement durable le personnel, les patients et les familles, les fournisseurs et les partenaires du territoire.

6.2 Indicateurs

	BILAN
Sensibilisation des patients (nb de patients concernés)	
Transmission d'informations sur le développement durable au personnel (nb d'opérations)	
Communication avec les instances (nb d'actions)	4 communications en réunion d'instances

C. OBJECTIFS 2018-2023 PAR DOMAINES D'APPLICATIONS

1. MANAGEMENT

L'objectif 2013 dans ce domaine a été atteint car la composante « management » du développement durable, est désormais partie intégrante du projet d'établissement 2018-2023 : dans le « Projet de management » et le « Projet social ».

Leurs objectifs et évaluations sont décrits dans ces champs, et notamment dans la RSE.

2. GESTION DES FLUX : EAU-AIR-ENERGIE

2.1 Objectifs :

Le CHCP reste engagé dans l'optimisation des consommations en eau, traitement d'air et énergie dans tous les bâtiments.

Les rapports trimestriels et annuels permettent d'identifier les points de performance à prioriser.

Le plan d'actions d'amélioration doit être établi pour 5 ans.

Les opérations de travaux et les choix d'équipements (renouvellements ou nouvelles acquisitions) doivent poursuivre l'objectif de diminution des consommations d'eau et d'énergie, et être moins polluants, tout en rendant un service de qualité pour lequel ils sont destinés.

2.2 Plan d'actions d'amélioration et indicateurs:

Actions	Indicateurs
Amélioration du suivi d'état des lieux	Nb de mise à jour de l'état des lieux
Réduction des consommations réalisée en rapport avec l'activité	Consommations par type de fluides
Evolution des dépenses en équipement d'économie d'eau	Nb d'équipements
Contrôle des rejets d'eaux usées	Moyen de prétraitement et/ou analyse des rejets
Poursuivre les audits énergétiques du patrimoine et augmenter le % de m ² concerné par les audits	Nb d'audits Nb de suivi des audits (MAJ) Nb de domaines concernés par audits
Actions de rénovations énergétiques des bâtiments	Nb d'actions Type d'actions
Rénovations des installations pour diminution et sécurisation des consommations	Nb d'opérations
Nouvelles constructions : intégration des critères de Qualité Environnementale	Nb de chantier concernés / nb chantier total
Recours aux énergies renouvelables	Nb de nouvelles installations
Sensibilisation des hospitaliers sur : réduction de la consommation d'eau,	Nombre d'opérations de communication

amélioration du traitement quantitatif et qualitatif de l'air, respect et de l'entretien du milieu extérieur et environnemental	
--	--

3. **POLITIQUE DE GESTION DES DECHETS**

3.1. Objectifs :

Elaborer et mettre en œuvre un plan d'actions : information transversales sur la gestion des déchets (identification du responsable, politique générale, domaines d'actions, ...) et programme d'actions par filières.

3.2. Plan d'actions d'amélioration et indicateurs :

Actions	Indicateurs
Etablir un guide des bonnes pratiques de la gestion des déchets	Guide diffusé
Programmation d'actions sur les filières : DASRI, papiers, cartons, bio-déchets, verres, DAOM, déchets radioactifs.	Plan d'action diffusé Nb d'actions réalisées par filières
Programmation d'actions sur la gestion des transports, du stockage et des locaux de déchets	Nb d'actions réalisées
Sensibilisation des hospitaliers au tri des déchets	Nb d'actions de communication

4. **GESTION DES TRANSPORTS**

4.1. Objectifs:

Le CHCP souhaite organiser les transports de façon durable : optimiser les modes de transport (circuits, matériels et équipes d'agents), et réduire les émissions de gaz à effet de serre.

4.2. Plan d'actions d'amélioration et indicateurs:

Actions	Indicateurs
Acquérir des matériels propres et économes	Nb d'équipements propres
Suivre la quantité de Carburant consommé	Litre de carburant consommé
Optimiser les circuits transports	Nb de km réalisés par la flotte CHCP Temps de travail par tâches d'agent CHCP Nb de procédures transports MAJ / créées
Favoriser le covoiturage : outil de réservation en ligne	Nb de personnes par véhicule
Réduire les transports patients (vers Toulouse et Tarbes)	Nb de consultations avancées
Prioriser les approvisionnements en circuits courts	Nb d'approvisionnements de <100km

5. **POLITIQUE D'ACHAT DURABLE**

5.1. Objectifs:

Systématiser le critère de développement durable comme prioritaire dans toutes les procédures d'achats et dans les investissements réalisés, en collaboration avec la politique institutionnelle d'achat du GHT (CHU Toulouse : « Charte des achats écoresponsables »).

5.2. Plan d'actions d'amélioration et indicateurs:

Actions	Indicateurs
Suivre les critères développement durable après signature de marché (prestations et matériels)	Nb de critères suivis
Signer la « Charte des achats écoresponsables » du CHU de Toulouse	Date d'adhésion

Restauration/diététique : la chasse au gaspillage. optimisation des plats les plus populaires priorisation des producteurs locaux choix de produits de saison	Nb de kg de déchets alimentaires (périmés ou surplus de production)
Réflexion sur les usages unique ou réutilisable	Nb d'études menées
Demande systématique d'informations sur les matériaux utilisés pour la fabrication des matériels achetés par le CHCP	Nb de fiches produits concernées

6. COMMUNICATION AUTOUR DU CHCP DURABLE

6.1. Objectifs:

Promouvoir et sensibiliser à la démarche de développement durable le personnel, les patients et les familles, les fournisseurs et les partenaires du territoire.

6.2. Plan d'actions d'amélioration et indicateurs:

Actions	Indicateurs
Questionnaire à lancer sur l'état des lieux de la sensibilisation au DD du personnel hospitalier / des patients	Nb de retours des questionnaires
Campagne de sensibilisation à lancer	Support(s) de campagne Nb de communications
Partenariat à monter avec acteurs locaux du DD	Support partenariat Nb de rencontres

PROJET SOCIAL (2018 – 2022)

1. INTRODUCTION

Le Projet Social définit « les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels », tel que défini par l'article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique,

Le Projet Social est l'une des composantes du Projet d'Etablissement qui retrace les évolutions du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées pour les 5 ans à venir,

Il vise à définir la politique sociale de l'établissement associant l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs communs.

Pour la première fois, ce projet social comprend un volet médical afin de prendre en compte les attentes et aspirations des médecins. L'objectif est de conduire une réflexion sur les besoins spécifiques des médecins au CHCP.

Porté pour la période 2018-2022, le projet social s'appuie sur des valeurs propres au Centre Hospitalier Comminges Pyrénées. Enoncées dans les deux projets sociaux précédents, ces valeurs restent toujours d'actualité. Elles sont centrées autour du patient et fondées sur les principes de Service Public :

- La qualité des prestations propres à emporter la satisfaction des usagers ; ■ Le respect du patient, de sa famille, de l'équipe et de l'ensemble des acteurs institutionnels , ■ La tolérance ,
- L'entraide et la solidarité intra et inter services, afin de fédérer et de coordonner les actions et d'assurer l'égalité de traitement des usagers et des professionnels , ■ la considération et la reconnaissance de chacun dans son rôle et ses fonctions , ■ le développement du dialogue et l'encouragement à l'initiative afin de contribuer au professionnalisme et par-delà, à l'avenir de l'institution.

Il conforte la politique menée depuis plusieurs années mais l'enrichit aux éléments de contexte et d'environnement.

Le projet social 2018-2022 comporte ainsi la politique sociale au bénéfice de l'ensemble des professionnels et l'action identifiée en complément de manière spécifique pour les professionnels médicaux.

Les partenaires sociaux et la direction ont mené une réflexion qui a conforté les priorités à mettre en œuvre autour des axes suivants .

- la qualité de vie au travail
- un accompagnement à la transition vers le site unique
- la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ■ le groupement hospitalier de territoire (GHI) ■ la politique sociale

Le président de la CME et la direction ont défini un axe de destination des médecins:

- réflexion sur les besoins spécifiques des médecins

2. BILAN DE L'EXECUTION DU PROJET SOCIAL 2010-2012

Le dernier projet social couvrait la période 2010-2012 et priorisait deux axes :

Mise à jour mai 2018

1- Rédaction d'un plan d'amélioration des conditions de travail

- A- Faciliter l'intégration et l'expression des personnels
- B- Optimiser les organisations et la gestion du temps de travail
- C- Mieux prévenir les risques professionnels

2- Lancer la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Un bilan complet de l'exécution de ce projet social a été réalisé. L'analyse action par action de ce bilan est reproduite en annexe 1 .

Sur les 7 actions définies dans le projet social 2010-2012:

- 5 ont été mises en œuvre complètement
- 2 ont été mises en œuvre partiellement

Concernant les actions mises en œuvre partiellement, certaines sont reportées sur le projet social à venir.

3. L'ETAT DES LIEUX

Un état des lieux a été établi à partir des données disponibles dans le bilan social, du document unique de prévention des risques professionnels, de la certification \2014 sur la référence gestion des ressources humaines (3.a, 3.b, 3.c, 3.d).

4. LE CONTENU DU PROJET SOCIAL 2018-2022

➤ Les axes du projet social

Les axes du projet social sont concentrés autour de 6 thématiques dont 1 spécifique au personnel médical .

1- Améliorer la qualité de vie au travail

- A- Mener des actions de prévention des risques professionnels
- B- Prévenir l'absentéisme et faciliter le retour à l'emploi
- C- Accompagner les situations d'inaptitude
- D- Poursuivre la dynamique autour du handicap

2- Site unique - projet architectural

- A- Accompagner les professionnels dans le cadre du regroupement de l'ensemble des activités sur site unique

3- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

- A- Poursuivre la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

4- Le groupement hospitalier de territoire

5- La politique sociale

A- Dynamiser une politique sociale

6- Réflexion sur les besoins spécifiques des médecins

13 fiches-action détaillent le libellé du plan d'actions, les objectifs et les bénéfices attendus, le calendrier, les ressources nécessaires, les indicateurs et modalités d'évaluation du projet.

5. LA METHODE DE CONDUITE DES ACTIONS

La démarche mise en place vise à favoriser une large participation des personnels et s'inscrit dans une démarche projet non hiérarchique, pluridisciplinaire et transversale.

5.1 Constitution d'un comité de pilotage (COPIL)

Ce comité sera constitué de la Directrice, DRH, Président de la CME, Directrice Coordonnatrice des Soins, Infirmière de Santé au Travail, Cadres de pôles, Représentants du personnel au CHSCT, chef de projet.

Le COPIL sera garant de la méthode et suivra les résultats des projets mis en place pour l'ensemble des actions des axes retenus au projet social.

5.2 Création de groupes de travail pluri-professionnels pour la thématique qualité de vie au travail

Ces groupes de travail seront constitués de personnes volontaires après appel à candidatures.

6. MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'évaluation globale des projets et des plans d'actions sera suivie par le COPIL et pourra être éclairée par un questionnaire de satisfaction à l'attention des professionnels.



FICHES ACTIONS

FICHE ACTION I -A-I

A- Mener des actions de prévention des risques professionnels

OBJECTIF : Poursuivre la politique de prévention des TMS

ACTION(s) .

- 1) Former les professionnels nouvellement recrutés aux gestes et postures
- 2) Renforcer les formations de tous les professionnels du CHCP (administratifs, soignants, techniques)
- 3) Former un 3^{ème} formateur PRAPSS
- 4) Acquérir de nouveaux matériels dans le cadre des CLACT
- 5) Analyser les accidents du travail et les situations de travail

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, Service de Santé au Travail,

CALENDRIER DE REALISATION

- pluriannuel

MOYENS NECESSAIRES

- Temps de formateur PRAPSS

INDICATEUR(s) DE SUIVI

Statistiques sur les AT/MP

Désignation d'un 3^{ème} formateur

Nombre d'agents formés par secteur d'activité

AXE 1

FICHE ACTION 1 -A-2

A- Mener des actions de prévention des risques professionnels

OBJECTIF : Partager les représentations et prévenir les risques psychosociaux

ACTION(s) .

- 1) Former 3 groupes (encadrement, groupe opérationnel de prévention des risques professionnels, professionnels)
- 2) Rédiger un plan local des RPS intégrant une feuille de route pluriannuelle

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION

-I trimestre 201 8,

MOYENS NECESSAIRES

- Accompagnement d'un consultant extérieur

INDICATEUR(s) DE SUIVI

Validation du document définitif en instance

FICHE ACTION I -A-3

A- Mener des actions de prévention des risques professionnels

OBJECTIF : Utiliser le document unique comme outil de prévention des risques professionnels

ACTION(s) :

- 1) Actualiser annuellement le document unique de prévention des risques professionnels (méthode participative)
- 2) Elaborer un plan d'actions d'amélioration des conditions de travail, des CLACT et sur la base de l'état des lieux réalisés lors de l'élaboration du DU
- 3) Faire valider ces plans d'actions pluriannuels et les mettre en œuvre.

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION

La mise en œuvre devra se traduire par la réalisation d'actions concrètes dès 2018 et se poursuivre par étape, chaque année.

MOYENS NECESSAIRES

- Moyens financiers nécessaires d la réalisation d'actions de prévention, le cas échéant, et émergeant aux CLACT

INDICATEUR(s) DE SUIVI

Nombre d'AT/MP

Nombre d'actions réalisées

FICHE ACTION I-B-I

B- Prévenir l'absentéisme et faciliter le retour au travail

OBJECTIF : Améliorer _____la connaissance qualitative du processus l'absence

ACTION(s)

- 1) Formaliser la politique de suppléance au CHCP
- 2) Formaliser la méthode d'entretien des retours d'absence
- 3) Former l'encadrement : structurer, comprendre et prévenir le processus d'absentéisme

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION pluriannuel

MOYENS NECESSAIRES

- accompagnement fort institutionnel

INDICATEUR(s) DE SUIVI

Nombre d'entretiens réalisés Nombre de cadres formés

FICHE ACTION I -C-I

C- Accompagner les situations d'inaptitude

OBJECTIF : Favoriser le maintien dans l'emploi

ACTION(s) :

1) Rédiger une politique de prévention et d'accompagnement de l'inaptitude dans le cadre professionnel

2) Anticiper et gérer l'usure professionnelle

3) Disposer d'une photographie précise des grades sur les postes occupés

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, CAI, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION

1^{er} trimestre 2018

MOYENS NECESSAIRES

- Aucun moyen particulier

INDICATEUR(s) DE SUIVI

- Nombre de dossiers suivis en CAI

AXE I -

FICHE ACTION I -c-2

C- Accompagner les situations d'inaptitude

OBJECTIF : Réussir le reclassement

ACTION(s) .

1) Faciliter les reclassements professionnels et les aménagements de poste pour permettre aux professionnels en difficulté de garder leur emploi

2) Proposer des bilans de compétences ou d'orientation

3) Disposer d'une photographie précise des grades sur les postes occupés

4) Rédiger une politique d'accompagnement de l'inaptitude, de maintien dans l'emploi et de reclassement professionnel

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, CAI, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION

Mise en œuvre de situations concrètes

MOYENS NECESSAIRES

Aucun moyen particulier

INDICATEUR(s) DE SUIVI

- Nombre de reconversions réalisées

FICHE ACTION I -D-I

D- Prendre en charge le handicap

OBJECTIF : Poursuivre la dynamique autour du handicap

ACTION(s) •

- 1) Actualiser la formation des référents handicap
- 2) Renforcer le recensement des professionnels RQTH
- 3) Organiser une journée d'information dans le cadre de la semaine du handicap
- 4) Accompagner les professionnels ayant une ROTH dans le cadre de la convention FIPHFP

RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, Service de Santé au Travail

CALENDRIER DE REALISATION

1^{er} trimestre 2018

MOYENS NECESSAIRES

- Convention FIPHFP

INDICATEUR(s) DE SUIVI

- Nombre d'agents ayant une RQTH

AXE 2 - SITE UNIQUE - PROJET ARCHITECTURAL

<p>FICHE ACTION 1 -A-I</p> <p>A - Accompagner les professionnels dans le cadre du regroupement de l'ensemble des activités sur site unique</p>
<p><u>OBJECTIFS</u> : 1- <u>Comprendre les difficultés et les enjeux des différentes parties prenantes</u></p> <p>2- <u>Faciliter le « travailler » ensemble</u></p>
<p>ACTION(s)</p> <p>1) Lancer une formation action « sociologie du changement site unique »</p>
<p>RESPONSABLE(s) : Directrice, Président de CME, Directeur des Ressources Humaines, instances</p>
<p>CALENDRIER DE REALISATION</p> <p>— semestre</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p> <p>- Accompagnement d'un consultant extérieur</p>
<p>INDICATEUR(s) DE SUIVI</p>

3- La Gestion Prévisionnelle métiers et des Compétences (GPMC)

<p>FICHE ACTION I -A-I</p> <p>A- Poursuivre la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences</p>
<p><u>OBJECTIF</u> : Généraliser les référentiels de compétences sur le CHCP et actualiser les fiches de postes</p>
<p>ACTION(s)</p> <p>1) Elaborer les référentiels de compétences de tous les métiers du CHCP</p> <p>2) Mettre en œuvre de façon progressive les entretiens d'évaluation sous forme informatique (GESFORM) à partir du référentiel de compétences</p> <p>3 Actualiser les fiches de postes</p>
<p>RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, chef de Projet GPMC</p>
<p>CALENDRIER DE REALISATION</p> <p>Phase 1 à prévoir dès 201 8 sur des services pilotes pour les entretiens d'évaluation</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répertoire des métiers - Formation des cadres - Information des professionnels
<p>INDICATEUR(s) DE SUIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'entretiens réalisés

<p>FICHE ACTION I -A-2</p> <p>A- Poursuivre la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences</p>
<p><u>OBJECTIF</u> : Mieux prendre en compte l'allongement des carrières et l'analyse de la pyramide des âges du CHCP</p>
<p>ACTION(s)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Etablir un document d'analyse de la cartographie des métiers 2) Mieux comprendre les attentes, les difficultés des professionnels en seconde partie de carrière 3) Instaurer des entretiens de deuxième partie de carrière
<p>RESPONSABLE (s) : Directeur des Ressources Humaines, Service de Santé au Travail</p>
<p>CALENDRIER DE REALISATION</p> <p>Dès 201 8</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p> <p>- Formation</p>
<p>INDICATEUR(s) DE SUIVI</p> <p>- Nombre d'entretiens réalisés</p>

3- Le Groupement Hospitalier Territoire (GHT)

FICHE ACTION 1 -A-I A- le Groupement Hospitalier de Territoire
<u>OBJECTIF</u> : Accompagner les évolutions du GHT sur le volet RH
ACTION(s) . 1) Communiquer sur la mise en œuvre progressive des actions de coopération sur le volet RH en GHT
RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, CHSCT, CTE
CALENDRIER DE REALISATION Dès 201 8
MOYENS NECESSAIRES - Aucun moyen particulier
INDICATEUR(s) DE SUIVI

4- La politique sociale

<p>FICHE ACTION 1-A-I</p> <p>A- Dynamiser une politique sociale</p>
<p><u>OBJECTIF</u> : Structurer une politique sociale</p>
<p>ACTION(s) .</p> <p>1) Créer un dispositif de type cellule d'accompagnement social des personnels composée d'une assistante sociale, du chargé de projet à la DRH</p> <p>2) Mettre en œuvre des actions innovantes destinées aux professionnels , lancement d'un forum d'informations aux professionnels aidants</p>
<p>RESPONSABLE(s) : Directeur des Ressources Humaines, Service social</p>
<p>CALENDRIER DE REALISATION</p> <p>Dès 201 8</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p> <p>- Aucun moyen particulier</p>
<p>INDICATEUR(s) DE SUIVI</p> <p>- Nombre de situations accompagnées</p>

AXE 6- Réflexion sur les besoins spécifiques des médecins

<p>FICHE ACTION I -A-I</p> <p>A- Réfléchir aux besoins spécifiques des médecins</p>
<p><u>OBJECTIF</u> : Initier une réflexion au sein de la communauté médicale en lien avec le président de la CME et les chefs de pôle</p>
<p>ACTION(s) .</p> <p>Lancer un questionnaire d l'ensemble des praticiens afin de faire un état des lieux des besoins et de mettre en place un plan d'actions adapté d l'établissement et sa communauté médicale</p>
<p>RESPONSABLE(s) ' Directrice, Président de la CME, Chefs de pôle, Directeur des Ressources Humaines</p>
<p>CALENDRIER DE REALISATION</p> <p>Dès 2018</p>
<p>MOYENS NECESSAIRES</p> <p>- Aucun moyen particulier</p>
<p>INDICATEUR(s) DE SUIVI</p>



Annexe 1 - BILAN DES ACTIONS PROJET SOCIAL 2010-2012

AXES	FICHES ACTIONS	NIVEAU DE REALISATION	NIVEAU DE REALISATION DE L'ACTION			COMMENTAIRES
			en totalité	en grande partie	Partiellement	
PLAN D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (PACT)	I-A-1 : Elaborer et diffuser un livret d'accueil général pour l'ensemble du personnel de l'établissement	1) Elaborer un livret d'accueil à destination du personnel non médical, titulaire, stagiaire, contractuel ou emploi aidé, dans le cadre d'une démarche de projet participative 2) Intégrer la délivrance du livret d'accueil dans les procédures de recrutement, d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels, des élèves et des stagiaires au sein de l'établissement				Validation CTE le 7 février 2014
	I-A-2 : Formaliser et diffuser la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels, des élèves et des stagiaires	1) Elaborer une procédure générale d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels médicaux et non médicaux, titulaires, stagiaires, contractuels ou emplois aidés et des élèves au sein de l'établissement				
	I-A-3 : Faciliter l'intégration au sein des équipes des agents souffrant d'incapacité professionnelle et de handicap	1) Formaliser une procédure d'intégration au sein des équipes des agents souffrant d'incapacité professionnelle et de handicap				Validation CHS&CT le 24 janvier 2014
	I-A-4 : Développer l'expression directe des personnels	1) Recueillir dans chaque pôle des propositions concrètes visant à améliorer les conditions de travail 2) Mise en place d'actions portant sur 4 thématiques : 2.1 - La politique des Ressources Humaines A- Définir la mobilité au CHCP 1. Ecrire et diffuser la procédure de mobilité au CHCP 2. Rédiger et diffuser la procédure de publication des postes vacants 3. Mettre en place un outil de suivi des demandes de mobilité interne				Validation CTE 19/02/2016

AXES	FICHES ACTIONS	NIVEAU DE REALISATION	NIVEAU DE REALISATION DE L'ACTION				COMMENTAIRES	
			en totalité	en grande partie	Partiellement	Pas du tout		
PLAN D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (PACT)	I-A-4 : Développer l'expression directe des personnels	B- Valoriser les personnels soignants 1. Définir les modalités de valorisation des rappels des professionnels soignants pour répondre aux absences dans les unités de soins 2. Rémunérer mensuellement les heures supplémentaires à tous les métiers soignants					Rémunération aux IDE, AS et ASH	
		C- Harmoniser le tutorat au CHCP 1. Rédiger une politique de tutorat au CHCP en tenant compte des spécificités						
		2.2 : L'absentéisme 1. Mettre en place un plan de promotion du présentisme 2. Accompagner le retour des professionnels après de longues absences 2.3 : Les conditions de travail et l'organisation						Constitution d'un groupe de travail pour la mise en place d'un plan d'action (04/2014) CAI et procédure d'intégration
		A- Développer les formations à l'hygiène et aux gestes et postures 1. Former les nouveaux arrivants des services logistiques aux règles d'hygiène (RABC et HACCP) 2. Réactualiser les connaissances aux règles d'hygiène des professionnels en place des services logistiques (RABC et HACCP) 3. Former tous les professionnels aux techniques de gestes et postures avec un apport théorique et un accompagnement sur situation de travail						
		B- Développer l'information et faciliter les réunions de services dans tous les secteurs d'activité 1. Créer un numéro spécial d'information "lettre ensemble" 1 à 2 fois par an dédié aux projets institutionnels 2. Promouvoir l'écoute, le dialogue dans le cadre de l'exercice professionnel du personnel 3. Formaliser les réunions d'équipes dans tous les secteurs d'activité 5. Définir une règle (périodicité, comptes-rendus...)						Validé en comité de gestion ; mise en œuvre au cours du 1er trimestre 2013 Entretien d'intégration systématique des IDE et des AS avec le cadre de pôle. Groupes de travail participatifs (bienveillance, fonction brancardage) Pas de règle homogène encore

AXES	FICHES ACTIONS	NIVEAU DE REALISATION	NIVEAU DE REALISATION DE L'ACTION				COMMENTAIRES
			en totalité	en grande partie	Partiellement	Pas du tout	
PLAN D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (PACT)	I-A-4 : Développer l'expression directe des personnels	C- Optimiser les organisations et la gestion du temps de travail 1. Programmer un audit sur les organisations et la charge en soins					L'audit à diffuser doit être choisi par la DSI.
		2. Programmer un audit de la charge de travail des équipes dans chaque pôle clinique					Test en janvier 2013 de l'outil Suivtach (ANAP) sur Médecine Gastro Entérologie et Chirurgie Ambulatoire
		3. Redéfinir et mettre en place des organisations et des horaires de travail mieux adaptés aux besoins réels à partir des résultats obtenus, optimiser le nombre de cycles de travail					L'audit Agiletime a été réalisé ; les cadres de pôle et les cadres ont suivi une formation.
LA GPMC	I-C-1 : La prévention des risques professionnels	D- Améliorer l'organisation médico-soignante dans chaque unité 1. Rédiger et faire valider les règles d'organisation visant à assurer un bon fonctionnement au sein de chaque unité					Les trios de pôle mettent en place du temps d'échange avec les responsables d'unité.
		1) Mieux prévenir les risques professionnels					Constitution d'un groupe opérationnel de prévention des risques professionnelles et formation de ce groupe à l'observation de situations de travail
		2.4 - La Gestion Prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)/formation A- Mettre en place une politique de formation 1. Rédiger une politique de formation précisant les critères de choix et déterminante des actions prioritaires B- Développer les compétences du personnel non médical 1. Recenser toutes les expertises existantes au CHCP 2. Formaliser et développer le partage et le retour d'expérience 3. Elaborer et diffuser un livret d'information destiné à chaque professionnel sur les dispositifs et voies d'accès à la formation professionnelle 4. Mettre à disposition des professionnels un espace documentaire sur les formations 5. Accompagner les professionnels aux évolutions de leurs métiers					Validation et diffusion en 2013
	I-A-4 : Développer l'expression directe des personnels					Cartographie des métiers et passeport de formation et curriculum vitae pôles et Epp Rencontres avec la responsable formation et information lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants	

AXES	FICHES ACTIONS	NIVEAU DE REALISATION	NIVEAU DE REALISATION DE L'ACTION			COMMENTAIRES
			en totalité	en grande partie	Partiellement	
LA GPMC	I-A-4 : Développer l'expression directe des personnels	<p>C- Mettre en place les référentiels de compétence et généraliser les fiches de postes</p> <p>1. Réactualiser et généraliser les fiches de postes</p> <p>2. Réunir les groupes de travail par pôle afin d'élaborer les référentiels de compétence pour 6 métiers qui ont été retenus</p> <p>D- Mettre en place un dispositif de deuxième partie de carrière</p> <p>1. Créer un kit documentaire sur les formations, parcours de compétences</p> <p>2. Prévoir des étapes de rencontres avec les professionnels</p> <p>3. Préparer les professionnels à la retraite</p>				
						Elaboration des référentiels de compétence pour 2 métiers : IDE et AS
	I-A-1 : Elaborer une cartographie des métiers du CHCP	1) Elaborer une cartographie des métiers du CHCP				

**PROJET
RESSOURCES MATERIELLES
LOGISTIQUES ET TECHNIQUES
2018-2022**

1. Méthode d'élaboration et d'actualisation annuelle du projet

1 - Analyse de l'existant :

L'analyse de l'existant a été élaborée à partir des éléments suivants

- Le bilan d'étape des projets en cours
- Etat des lieux Travaux

2 - Propositions de projets

A l'issue de la phase d'analyse, plusieurs axes stratégiques ont été dégagés donnant lieu à des regroupements de projets présentés sous forme de :

- Carte heuristique
- Tableau : Axes/objectifs/actions

Chaque projet est synthétisé sous forme de fiche action normalisée.

3 - Validation par le comité de gestion

Le projet est présenté au comité de gestion pour approbation.

4 - Mise en œuvre du projet et évaluation

Un point d'étape annuel est prévu présenté sous forme de tableau de suivi par Axes / Objectifs/indicateurs

2. Etat des lieux

Axes stratégiques du Projet Logistique

Ils sont au nombre de 11 et seront développés sous forme de fiches actions.

Axes / Projets		2014	2015	2016	2017
	1 – Sécurité des biens et des personnes				
1-1	Maintenir la sécurité des personnes et des biens : incendie, insécurité, vol				
	2 – Fonction transport				
2-1	Sécuriser les circuits logistiques				
	3 – Gestion des infrastructures et des équipements				
3-1	Assurer la pérennité des installations techniques : électricité, chaufferie, télécommunications				
	4 – Qualité et sécurité de l'environnement				
4-1	Mettre en œuvre les actions prévues dans l'engagement de développement durable de l'établissement (notamment les déchets)				
	5 – Achats écoresponsables et approvisionnement				
5-1	Poursuivre la mise en œuvre du programme national PHARE (Performance Hospitalière pour les Achats Responsables) :				
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Construire un « Plan d'Action Achats » (PAA) ◆ Poursuivre la mutualisation des achats : adhésion aux nouveaux groupements régionaux 				
5-2	Poursuivre la participation des services au choix des produits et équipements				
5-3	Développer la politique d'achats écoresponsables				
5-4	Mettre en place un service d'achat unique CHCP-HDL				
	6 – Gestion et qualité de la restauration				
6-1	Améliorer la qualité du repas : présentation (remplacer les barquettes par des assiettes...), variété, choix				
6-2	Prendre en compte les préférences des patients – Informatiser la fonction restauration : commande, gestion des menus, traçabilité. Axe transversal : DSI – DRM – SIH				
6-3	Adapter les moyens matériels et humains pour améliorer la qualité de la restauration				
6-4	Mettre en place un plan de maintenance préventive et curative des équipements de l'UCP				
6-5	Organiser des réunions trimestrielles de suivi de la prestation restauration au niveau des services de soins (cadres et personnels hôteliers)				
	7 – Gestion et qualité du linge				
7-1	Améliorer la qualité de production et la satisfaction des clients :				
	· RABC : création d'un COPIL				
	· Hygiène du linge : de la production au chevet du patient				
	· Fonction linge				
7-2	Perfectionner nos circuits de linge :				
	· Linge sale				
	· Linge propre				
	· Stockage dans les UF				

Axes / Projets		2014	2015	2016	2017
7-3	Gérer la continuité de l'outil de production :				
	· Gestion des pannes bloquantes				
	· Définir les partenariats publics en fonction de l'activité				
	· Modernisation de l'outil de production en fonction du rendement de production et du besoin (linge hôtelier, vêtements de travail, linge résident)				
7-4	Hygiène du vêtement de travail :				
	· Révision de la dotation individuelle				
	· Traçabilité de l'utilisation réelle par les agents des tenues professionnelles				
7-5	Traçabilité des flux de linge :				
	· Le marquage « intelligent »				
	· Informatisation des flux en production Blanchisserie				
	· Le suivi du linge dans les UF				
	8 – Communication clients-fournisseurs				
8-1	Développer la communication et l'information avec les services clients				
8-2	Informatiser les demandes de fournitures				
8-3	Informatiser les demandes d'intervention des services techniques et assurer la traçabilité des actions				
	9 – Informatiser la gestion du parc biomédical				
9-1	Poursuivre la mise en place de l'interface avec le SIH et mettre à disposition des Services de Soins un outil de traçabilité de leurs équipements médicaux via le site Internet				
	10 – Plan de travaux EXTERNALISEES 2010-2019				
10-1	ANTICHAN		Début		Fin
	Choix programmiste - AMO		mars-10		
	Choix MOE		janv-11		
	Conception		févr-11		juil-13
	Travaux		juil-13		janv-16
10-2	SITE UNIQUE		janv-12		sept-19
	Etude mode de dévolution et procédure - ingénieur CHCP		janv-12		mai-12
	Choix Conseil au Maître d'Ouvrage		août-12		
	Choix mode de dévolution		mars-13		
	Choix ATMO		avr-13		sept-13
	Programme technique détaillé		sept-13		sept-14
	Procédure dialogue compétitif pour CCAEM		sept-14		sept-16
	Conception		oct-16		avr-17
	Travaux (restructuration des Urgences avril 2017 à juin 2018 - construction juin 2018 - septembre 2019)		mai-17		sept-19
10-3	IRM - projet imagerie		sept-13		mai-17
	Obtention autorisation IRM		sept-13		
	Recherche partenaires Imageurs & Mode de partenariat (pilotage projet : Dr. N. Longeaux - ABC)		sept-13		août-16
10-4	Remplacement scanner		janv-15		juin-15
	Choix équipement IRM (attente choix partenaires) : 1ers devis de mise en concurrence 01-2014		janv-14		janv-17
	Opération de travaux : extension service imagerie - mode dévolution et programme (ABC)		janv-15		août-15
	Choix Concepteur - Constructeur		janv-15		oct-16
	Conception		oct-16		févr-17
	Travaux		févr-17		mai-17
10-5	IRM - projet imagerie - Mise en place d'un TGS		févr-17		déc-17
10-6	FPA : Etanchéité toit terrasse		mai-15		nov-15
10-7	FPA : menuiseries		août-15		nov-15

10-8	FPA-ITE	nov-15	mai-16
10-9	BLANCHISSERIE : Extension pour local des produits lessiviels - MOE, consultation entreprises & travaux	juil-16	avr-17
10-10	Plateau Technique : toit terrasse - recherche fuite & réparation étanchéité	déc-15	oct-16
10-11	ASCENSEURS site de Saint Plancard : travaux de mise en conformité	avr-16	déc-19
10-12	USN plateau technique : Remplacement SSI	déc-16	juin-17
10-13	Plateau technique : Mise en sécurité désenfumage	déc-16	juin-17
10-14	Urgences - UHCD : Mise en conformité Fluides Médicaux	déc-16	juin-17
10-15	Encore - haute tension : Mise en conformité / remplacement inverseur	déc-16	oct-17
	11 – Plan de travaux INTERNALISES 2010-2019 (LISTE NON EXHAUSTIVE)	Début	Fin
11-1	FPA : mise en sécurité incendie (travaux et remplacement SSI)	janv-15	déc-17
11-2	STERILISATION : travaux de redimensionnement, de traitement d'air et de mise en sécurité SSI	sept-15	nov-15
11-3	FPA : dépose des menuiseries	août-15	nov-15
11-4	REANIMATION : faux plafond étanche	juil-15	
11-5	IMAGERIE : Réaménagement service : arrivée IRM, création nouveaux locaux, câblages Cfa / CFO	févr-16	janv-18
11-6	LABORATOIRE : travaux de réaménagement secteur hémato. / biochimie	mai-15	juil-16
11-7	LABORATOIRE : travaux d'agrandissement et de réaménagement secteur bactério.	sept-17	déc-17
11-8	USN Plateau Technique : Remplacement SSI - équipe de sécurité incendie	sept.-15	juin-17
11-9	ORELIA : réaménagement secteur PASA	oct.-17	nov.-17
11-10	USN : réaménagement salles de soins	2017	2019
11-11	Urgences : Dévoiement réseau Cfa de la réanimation	juil.-17	oct.-17
11-12	Urgences : Fabrication/installation: menuiserie, climatisation - préparation - déménagement	avr.-17	juil.-17
11-13	Encore - Courant ondulé : Mise en conformité / installation onduleur pour Blocs opératoires	déc-16	avr-17

3. Axe stratégique du projet logistique

N°	Axes	Objectifs	Actions	Responsable	N° Fiche action
I	Développer la responsabilité sociétale de l'établissement				
		Maitriser les rejets et déchets	Mettre en œuvre du Tri sélectif et des filières adaptées Réduire les volumes OM et DASRI Contrôler les effluents rejetés	DRM	1
		Améliorer la qualité de vie au travail	Mettre en place une Filière Biodéchets. Diagnostic et plan d'action contre le bruit au travail Mise en œuvre plan d'action ADAP	ST	2
		Remplacer les installations techniques vétustes	Plan de remplacement installations techniques Installation de nouveaux équipements utilisant des techniques ecoresponsables	ST	3
II	Accompagner le regroupement sur le Site unique de Saint Plancard				
		Définir et réaliser le programme de nouveaux équipements	Hygiène : stockage du linge dans les services Choix de mobilier adapté aux nouvelles organisations Dispositifs médicaux en adéquation avec l'activité	DRM	4
		Adapter les organisations et conduite du changement	Service à l'assiette sur USN et nouveau bâtiment Fonction Transport	DRM ST	5 6
			Redéfinitions des Missions Ressources et Organisation		
			Accueil des patients Nouvel accueil physique et téléphonique Amélioration du service hôtelier du CHCP (wifi, cafeteria, ...) Déploiement signalétique intelligente	ST	7
III	Adapter les bâtiments à la réglementation et aux besoins				
		Augmenter la sécurité des biens et personnes	Mise en œuvre du PSE	ST	8

N°	Axes	Objectifs	Actions	Responsable	N° Fiche action
			Plan d'actions sur 3 ans Mesures de l'opération Site Unique		
			Poursuite du renforcement des mesures de sécurité incendie (SSI, désenfumage, ..) Formation incendie: amélioration du quota de formés et réalisation d'exercices		
		Conforter la production linge à Saint Gaudens	Extension locaux stockage des zones sale et propre Augmenter la production avec l'intégration du linge des HDL Améliorer le traitement du linge résidents Respecter la marche en avant et l'hygiène Nettoyage des armoires Transfert distribution usage unique	DRM	9
		Adapter le Restaurant du personnel pour SU	Fermeture terrasse existante pour agrandissement de la salle du restaurant actuel Nouvelle terrasse pour le restaurant, au R+1 extension Blanchisserie	ST	10
		Rafraichir les locaux de production Restauration	Programme de rafraichissement Adapter les locaux à une production à l'assiette	DRM	11
		Moderniser Chambres du bâtiment FPA	Mise en peinture et sol des chambres Modification des salles d'eau en PMR Amélioration éclairage	ST	12
		Réaliser des vestiaires centraux pour SU		ST	13
		Regrouper les locaux bureautiques du laboratoire		ST	14
		Poursuivre la mise aux normes et l'amélioration de la qualité (traitement air, eau, fluides médicaux, énergie,..)		ST	15
	IV	Rendre les organisations plus efficaces et répondre aux normes de qualité et réglementaires			
		Améliorer la qualité des prestations	Améliorer les approvisionnements des services Informatisation flux linge	DRM DRM	16

N°	Axes	Objectifs	Actions	Responsable	N° Fiche action
			Améliorer la Gestion des flux magasin et stocks	DRM	17
		Améliorer la qualité des prestations repas aux patients.		DRM	18
			Coordination diététique et satisfaction des patients Prise de commandes de repas et aversions		
		Répondre aux obligations réglementaires			
			Dématérialisation des pièces administratives	DRM	19
		Maitriser les consommations de ressources et les coûts			
			Redistribuer et réduire les volumes d'archives	DRM	20
			Suivre les gains sur la Performance achats	DRM	21
			Simplifier les procédures administratives		
			Encaissement Self par prélèvement /salaire	DRM	22
		Adapter les services techniques aux besoins		DRM	23
			Pérenniser la fonction contrôle de gestion	ST	24
			Redéfinir les missions		
			Nouvel organigramme des services techniques		
			Nouveaux locaux		
			Partage du Suivi des dépenses avec DRM		
		Optimiser la facturation et le recouvrement			
			Suivi de la Tarification des recettes	DRM	25
V	S'intégrer au GHT				
	Achats				
			Déléguer la passation des marchés au CHU	DRM	26
			Définir une politique d'achat concertée et maitrisée : Plan d'Actions Achats de Territoire	DRM	26
			Développer la définition des besoins en amont		
			Convergence des catalogues et processus		
VI	Projet architectural 2018-2023				
	Réalisation de travaux			ST	27
			Mise en œuvre du plan de travaux		

4. 4 - Fiches action

AXE I – DEVELOPPER LA RESPONSABILITE SOCIETALE DE L'ETABLISSEMENT

FICHE ACTION 1

OBJECTIF(S) :

- **Maîtriser les rejets et déchets.**

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Mettre en œuvre le tri sélectif et des filières adaptées	2018	
	➤ Réduire les volumes d'OM et les DASRI	2019	
	➤ Contrôler les effluents rejetés.	2018	
	➤ Mettre en place une filière bio-déchets	2020	

RESPONSABLE(S) : M. **CAZENAVE**
M. **MUGNIER**
M. **TRIGO**
Mme **AGUASCA**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Conventions par filière
Démarches pour trouver des prestataires.
- 2°) Définir les modalités de dérochage, de stockage et d'enlèvement en plus du SIVOM actuellement.
- 3°) Centralisation des déchets sur une plateforme sur le site de Saint-Plancard, avec matériel de compactage.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- Volume de déchets annuels par filière.
- Coût de traitement des déchets annuels.

AXE I – DEVELOPPER LA RESPONSABILITE SOCIETALE DE L'ETABLISSEMENT

FICHE ACTION 2

OBJECTIFS :

Améliorer la qualité de vie au travail.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Diagnostic et plan d'action contre le bruit au travail	2019	
	➤ Mettre en œuvre un plan d'actions ADAP	2020	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Faire réaliser un diagnostic sur le bruit
Etablir un plan d'actions ad hoc.
- 2°) Elaborer un planning de réalisation du plan d'action ADAP.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

⇒ Nombres d'action réalisées en 2019 et 2020.

AXE I – DEVELOPPER LA RESPONSABILITE SOCIETALE DE L'ETABLISSEMENT

FICHE ACTION 3

OBJECTIFS :

Remplacer les installations techniques vétustes.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Plan de remplacement des installations techniques - Pluriannuel sur 5 ans	2023	
	➤ Installation de nouveaux équipements utilisant des techniques écoresponsables.		

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Faire réaliser un état des lieux des installations
2°) Etablir un plan de renouvellement sur 5 ans.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➡ Nombres de renouvellements réalisés entre 2019 et 2023.

AXE II – ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT SUR LE SITE UNIQUE DE SAINT-PLANCARD

FICHE ACTION 4

OBJECTIF(S) :

- Définir et réaliser le programme de nouveaux équipements.

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	1°) Hygiène : stockage du linge dans les services.	2018	
	2°) Choix du mobilier adapté aux nouvelles organisations.	2019	
	3°) Dispositifs médicaux en adéquation avec l'activité.	2019 - 2020	

RESPONSABLE(S) :

- M. BAGÜES-CASTRO
- M. MUGNIER
- M. PLACE
- Mme NAVARRE
- Mme AGUASCA
- M. CAZENAVE

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Rayonnages ou armoires adaptées
- 2°) Accompagnement des utilisateurs dans les nouveaux locaux.
- 3°) Harmonisation des équipements pour être en accord avec la pratique.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- ➡ Respect des enveloppes investissement.

AXE II – ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT SUR LE SITE UNIQUE DE SAINT-PLANCARD

FICHE ACTION 5

OBJECTIF(S) :

- Adapter les organisations et conduite du changement

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Service à l'assiette aux USN et nouveau bâtiment.	2019	
	➤ Redéfinition de l'organisation et des tâches pour la distribution du service à l'assiette.	2018 - 2019	
	➤ Améliorer l'accueil des patients.	2020	

RESPONSABLE(S) :

- M. **MARTIN**
- M. **MUGNIER**
- M. **PLACE**
- Mme **AGUASCA**
- Mme **HUET**

MOYENS NECESSAIRES :

- Locaux rez-de-chaussée Site Unique
- Matériel adapté
- Nouvelle organisation cuisine et service étage
- Matériel de transport adapté et écologique
- Circuits patients fléchés et signalétique Site Unique.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- Satisfaction patients concernant les repas
- Evaluation de l'accueil des patients Site Unique.

AXE II – ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT SUR LE SITE UNIQUE DE SAINT-PLANCARD

FICHE ACTION 6

OBJECTIFS :

Adapter les organisations et conduite du changement : TRANSPORTS

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Fonction transport : Redéfinition des missions	2018	
	➤ Fonction transport : Ressources et organisations	2019	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. MUGNIER

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Présentation et validation des nouvelles missions/organisations en Direction et instances ;
- 2°) Accompagnement des agents dans le changement.
- 3°) investissements sur matériel de transports adaptés aux nouvelles organisations.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➔ Gains de productivité Service Transports
- ➔ Amélioration de la satisfaction clients/agents du Service Transports

AXE II – ACCOMPAGNER LE REGROUPEMENT SUR LE SITE UNIQUE DE SAINT-PLANCARD

FICHE ACTION 7

OBJECTIFS :

Adapter les organisations et conduite du changement. Accueil des patients

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	Nouvel accueil physique et téléphonique	2019	
	Amélioration du service hôtelier (Wifi, cafeteria,...)	2019-2020	
	Déploiement d'une signalétique intelligente	2019	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. THIEULE
Mme **GIRIER-DIEBOLT**
Mme **HUET**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Personnel d'accueil formé ;
- 2°) étude technique et d'opportunité réalisée.
- 3°) Etude d'opportunité » sur la signalétique
- 4°) Investissements adaptés au besoin.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➡ Respect des échéances de déploiement
- ➡ Amélioration de la satisfaction des Usagers sur l'Accueil et le confort hôtelier

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 8

OBJECTIFS :

Augmenter la sécurité des biens et des personnes.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	► Mise en œuvre du PSE Plan d'actions sur 3 ans Mesures de l'opération Site Unique	2021	
	► Poursuite du renforcement des mesures de sécurité incendie (SSI, désenfumage,...)	2021	
	► Formation incendie : amélioration du quota de formés et Réalisation d'exercices		

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. THIEULE
 Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

1°) PSE et site unique : investissements au regard du plan et des besoins en moyens de sécurisation (Contrôle d'accès, vidéosurveillance, PC de sécurité,...);

2°) Remplacement des systèmes de sécurité incendie non conformes, et étendus à tous les locaux.

3°) Mise en place d'une équipe de sécurité incendie et sureté, formée et adaptée à la catégorie du CHCP : 3^{ème}.

4°) Investissements adaptés au besoin.

5°) Sensibilisation des encadrants à la formation de tous les agents hospitaliers en sécurité incendie.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ☞ Respect des échéances de déploiement pour le PSE et site unique
- ☞ Avis des commissions de sécurité incendie
- ☞ Equipe de sécurité et sureté en place
- ☞ Quotas des personnels formés en sécurité incendie.

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 9

OBJECTIF(S) :

- Conforter la production de linge à SAINT-GAUDENS.

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	1°) Extension des locaux de stockage des zones sale et propre.	2019	
	2°) Augmenter la production avec l'intégration du linge des Hôpitaux de LUCHON.	2019	
	3°) Améliorer le traitement du linge résidents : - Identification, tri et filmage.	2019	
	4°) Respecter la marche en avant et l'hygiène : - Nettoyage des armoires - Transfert distribution usage unique distinct du linge.	2019	

RESPONSABLE(S) : M. CAZENAVE
M. MUGNIER

MOYENS NECESSAIRES :

1°) Projet architectural Blanchisserie

2°) Organisation transport Hôpitaux de LUCHON – C. H. de SAINT-GAUDENS

3°) Moyens en personnel

4°) Validation nouvelles modalités de fonctionnement adaptées à la production : cycle de travail, marche en avant, hygiène.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- ➡ Poids de linge annuel traité
- ➡ Prix moyen annuel du kilogramme de linge.

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 10

OBJECTIFS :

Adapter le Restaurant du personnel pour le Site Unique.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Fermeture terrasse existante pour agrandissement de la salle du restaurant actuel	2020	
	➤ Nouvelle terrasse pour le restaurant, au R+1 de l'extension Blanchisserie	2020	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. MUGNIER
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière
- 2°) Réalisation du Projet architectural Blanchisserie
- 3°) Elaboration du projet architectural du restaurant du personnel et du planning de travaux
- 4°) Lancement de l'opération de travaux (en lien avec le GHT)
- 5°) réalisation de l'opération de travaux

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- Réception de l'opération d'extension de la blanchisserie
- Validation de la procédure et du budget de l'opération du restaurant du personnel
- Réception de l'opération d'extension du restaurant du personnel

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 11

OBJECTIF(S) :

- **Rafrâchir les locaux de production Restauration.**

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Programme de rafraîchissement des locaux de la Cuisine centrale.	2019	
	➤ Adapter l'installation des locaux à une production à l'assiette.	2019	

RESPONSABLE(S) : M. **MUGNIER**
M. **PLACE**
M. **TRIGO**
M. **MARTIN**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière – Matériel
- 2°) Travaux – Matériel – Agencement
- 3°) Nouvelle organisation des postes de travail.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- Validation de la DDPP (Direction Départementale de la Protection des Populations)
- Prix moyen annuel des repas.

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 12

OBJECTIFS :

Moderniser les chambres du bâtiment FPA.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Mise en peinture et réfection du sol des chambres	2020	
	➤ Modification des salles d'eau en PMR	2020	
	➤ Amélioration de l'éclairage	2020	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. MUGNIER
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière et prestations intellectuelles
- 2°) Ecriture du projet et Montage d'opération de travaux avec GHT
- 3°) Planification des Travaux

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- Nombre de chambres modernisées

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 13

OBJECTIFS :

Réaliser des vestiaires centraux pour le Site Unique.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	Libération de surface nécessaire aux vestiaires centraux: reconstruction pour déplacement de locaux	2019	
	Création de vestiaires centralisés sur le site de Saint Plancard pour l'ensemble du personnel du CHCP	2019	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. **MUGNIER**
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière et prestations intellectuelles
- 2°) Ecriture du projet et Montage d'opération de travaux avec GHT
- 3°) Planification des Travaux

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➔ Réception de l'opération de centralisation des vestiaires
- ➔ Respect du planning

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 14

OBJECTIFS :

Regrouper les locaux bureautiques du Laboratoire.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	Reconstruction des locaux de bureaux du laboratoire	2019	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. MUGNIER
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière et prestations intellectuelles
- 2°) Ecriture du projet et Montage d'opération de travaux avec GHT
- 3°) Planification des Travaux

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➔ Réception de l'opération de relocalisation des bureaux du laboratoire
- ➔ Respect du planning

AXE III – ADAPTER LES BATIMENTS A LA REGLEMENTATION ET AUX BESOINS

FICHE ACTION 15

OBJECTIFS :

Poursuivre la mise aux normes et l'amélioration de la qualité (traitement air, eau, fluides médicaux, énergie,...).

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	Elaboration d'un état des lieux par corps d'état	2019	
	Etablissement d'un plan d'actions ad hoc et par corps d'état	2020	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. MUGNIER
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Ressource financière et prestations intellectuelles
- 2°) Planification des besoins
- 3°) Implication de la GDR pour les thématiques techniques
- 4°) Ecriture du projet et Montage des opérations par corps d'état, avec GHT

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- ➔ Validation d'un plan d'actions
- ➔ Respect du planning

**AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET
REpondre AUX NORMES
DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES**

FICHE ACTION 16

OBJECTIF(S) :

Améliorer la qualité des prestations : Améliorer les approvisionnements des services
- LINGE

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	<ul style="list-style-type: none"> · Informatisation flux linge ↳ Dotation linge ↳ Suivi du tonnage lavé ↳ Demandes des services ↳ Livraison aux services. 		

RESPONSABLE(S) : M. CAZENAVE
M. MUGNIER
M. TRIGO (Transport)

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Gestion des stocks
- 2°) Informatisation de la production
- 3°) Informatisation des consommations par U. F.
- 4°) Transport.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- Bilan d'activité Blanchisserie en tonnage - Production/U. F.

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REpondre AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 17

OBJECTIF(S) :

- Améliorer la qualité des prestations d'approvisionnement du Magasin et de la Blanchisserie, avec une gestion de stocks ergonomique.

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	1°) Améliorer la gestion des flux Magasin et stocks : - Traçabilité et saisie des entrées et sorties de stocks par code barre	2019	
	2°) Répondre aux besoins des services : - Informatisation flux linge ↳ Révision des dotations de linge ↳ Dotation Magasin.	2018	

RESPONSABLE(S) : M. **MUGNIER**
M. **PLACE**
M. **CAZENAVE**
M. **MARTIN**

MOYENS NECESSAIRES :

1°) Logiciel NEWAC de lecture codes-barres des mouvements de stocks et réception.

2°) Douchettes codes-barres.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- ➡ Nombre de fichiers rupture de stocks
- ➡ Nombre de sorties dépannage
- ➡ Valorisation des différences d'inventaire.

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPENDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 18

OBJECTIF(S) :

- Améliorer la qualité des prestations repas aux patients.

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Coordination diététique et choix des menus communs au Centre Hospitalier Comminges Pyrénées et aux Hôpitaux de LUCHON.	2018	
	➤ Prise de commande de repas et aversions informatisées.	2021	

RESPONSABLE(S) : M. MUGNIER
Diététicien
M. MARTIN
Directrice des Soins
Cadre de Santé

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Informatisation des commandes de repas
- 2°) Enveloppe financière pour le projet.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- ➡ Suivi questionnaire de satisfaction
- ➡ Nombre d'aversion recueillies.

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPOUDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 19

OBJECTIF(S) :

- Répondre aux obligations réglementaires concernant la dématérialisation des pièces administratives.

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Informatisation et dématérialisation des commandes avec le portail HOSPITALIS.	2018	
	➤ Dématérialisation des titres de recette transmis à la Trésorerie Générale.	2018	
	➤ Intégration des factures Chorus et dématérialisation du mandatement.	2020	

RESPONSABLE(S) : M. MUGNIER
M. MARTIN

MOYENS NECESSAIRES :

1°) Projet HOSPITALIS.

2°) Projet Recettes dématérialisation.

3°) Projet Magh2 – Module IDF (Intégration De factures).

4°)GED (Gestion Electronique de Documents) **des factures et marchés.**

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- Nombre de commandes transmises par HOSPITALIS.
- Nombre de titres dématérialisés.
- Nombre de mandats dématérialisés.

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPONDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 20

OBJECTIFS :

Maîtriser les consommations de ressources et les coûts. ARCHIVES

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Redistribuer et réduire les volumes d'archives		

RESPONSABLE(S) :

MOYENS NECESSAIRES :

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

**AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET
REpondre AUX NORMES
DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES**

FICHE ACTION 21

OBJECTIF(S) :

- **Maîtriser la consommation des ressources et les coûts.**

ACTION(S) :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Optimiser les achats et améliorer la performance achats.		

RESPONSABLE(S) : M. MUGNIER

MOYENS NECESSAIRES :

- Ressources et temps d'analyse des besoins achats, en liaison avec le CHU de TOULOUSE.

INDICATEUR(S) DE RESULTATS :

- ⇒ Gains achats annuels.

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPONDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 22

OBJECTIFS :

Maîtriser les consommations de ressources et les coûts.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Simplifier les procédures administratives : Encaissement Self par prélèvements sur salaires 		

RESPONSABLE(S) :

MOYENS NECESSAIRES :

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPONDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 23

OBJECTIFS :

Maîtriser les consommations de ressources et les coûts.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Pérenniser la fonction contrôle de gestion		

RESPONSABLE(S) :

MOYENS NECESSAIRES :

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPONDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 24

OBJECTIFS :

Adapter les Services Techniques aux besoins.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Redéfinir les missions	2018	
	➤ Nouvel organigramme des Services Techniques	2018	
	➤ Nouveaux locaux	2021	
	➤ Partage du suivi des dépenses avec DRM	2019	

TRIGO

Mme **BAGUES-CASTRO**
M. THIEULE
Mme **GIRIER-DIEBOLT**

MOYENS NECESSAIRES :

- 1°) Redéfinition des missions des services techniques et organigramme
- 2°) Validation par la Direction et les agents
- 3°) Ecriture d'un projet de relocalisation et du planning de travaux
- 4°) Ressource financière
- 4°) Lancement de l'opération de travaux (en lien avec le GHT)
- 5°) réalisation de l'opération de travaux

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

- Nouvel organigramme
- Nouvelles fiches de postes
- Réception de l'opération

AXE IV – RENDRE LES ORGANISATIONS PLUS EFFICIENTES ET REPONDRE AUX NORMES DE QUALITE ET REGLEMENTAIRES

FICHE ACTION 25

OBJECTIFS :

Optimiser la facturation et le recouvrement.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Suivi de la tarification des recettes		

RESPONSABLE(S) :

MOYENS NECESSAIRES :

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

AXE V – S'INTEGRER AU GHT

FICHE ACTION 26

OBJECTIFS :

Achats.

ACTIONS :

Origine	Libellé action	Echéance	
		Prévue	Réelle
	➤ Déléguer la passation des marchés au CHU de TOULOUSE		
	➤ Simplifier les procédures administratives : Développer la définition des besoins en amont Convergence des catalogues et processus		

RESPONSABLE(S) :

MOYENS NECESSAIRES :

INDICATEUR(S) DE RESULTATS

AXE VI : PROJET ARCHITECTURAL 2018-2023

FICHE ACTION 27

OBJECTIFS :

REALISATION DE TRAVAUX.

ACTIONS :

OPERATIONS DE TRAVAUX EXTERNALISEES 2018-2023

SITE UNIQUE	janv-12	sept-19
Etude mode de dévolution et procédure - ingénieur CHCP	janv-12	mai-12
Choix Conseil au Maitre d'Ouvrage	août-12	
Choix mode de dévolution	mars-13	
Choix ATMO	avr-13	sept-13
Programme technique détaillé	sept-13	sept-14
Procédure dialogue compétitif pour CCAEM	sept-14	sept-16
Conception	oct-16	avr-17
Travaux (restructuration des Urgences avril 2017 à juin 2018 - construction juin 2018 - septembre 2019)	mai-17	sept-19
FPA- Modernisation des chambres	janv-18	déc-19
VESTIAIRES CENTRAUX USN / déménagement bureaux : MOE, consultation entreprises travaux	janv-18	juil-18
Plateau Technique toit terrasse - Remplacement étanchéité Urgences	déc-17	mars-18
ASCENSEURS site de Saint Plancard : travaux de mise en conformité	avr-16	déc-19
USN plateau technique : Remplacement SSI	déc-16	juin-18
Plateau technique - FPA : Mise en sécurité désenfumage	déc-16	juin-18
BLANCHISSERIE : Agrandissement pour prise en charge HDL- MOE, consultation entreprises & travaux	nov-17	juil-18
ORELIA : Remplacement SSI	déc-18	déc-19
ORELIA : Remplacement télécommunication - téléphonie/système d'appel	janv-19	janv-20
SUPERVISION VIDEOSURVEILLANCE : Déploiement d'un système de vidéo surveillance - caméras/serveur	juin-18	déc-18
PMR - mise en œuvre plan d'actions ADAP	janv-18	janv-19
SUPERVISION ACCES : Déploiement d'un système d'accès - badges/serrures électroniques	juin-18	déc-18
CREATION ARCHIVES - Aménagement de locaux existants	2018	2019
DEMENAGEMENT SERVICES TECHNIQUES - Aménagement de locaux industriels	2019	2020

CHANTIERS DE TRAVAUX - SERVICES TECHNIQUES		
LISTE NON EXHAUSTIVE		
REANIMATION -travaux de réaménagement	janv-18	juin-18
USN plateau technique : Remplacement SSI - équipe de sécurité incendie	sept-15	juin-17
PHARMACIE : réaménagement secteur médicaments	2018	
ORELIA : modernisation des chambres	2019	
USN : réaménagement salles de soins	2018	2019
TRIGO Mme BAGUES-CASTRO M. MUGNIER Mme GIRIER-DIEBOLT		
MOYENS NECESSAIRES : 1°) Validation par la Direction et les agents des missions des services techniques et organigramme – GESTION DE PROJET MISE EN OEUVRE 2°) Ressource financière et prestations intellectuelles. 3°) Calendrier de lancement des opérations de travaux en lien avec le GHT) 4°) réalisation des opérations de travaux		
INDICATEUR(S) DE RESULTATS : RESPECT DES DELAIS <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'une gestion de projets techniques/travaux ➤ Respect du calendrier de réalisation ➤ Réception des opérations 		

5. Evaluation de la réalisation du projet

Cette évaluation se réalise annuellement :

- par le groupe projet logistique qui est maintenu et qui peut établir un bilan de la réalisation des fiches actions
- par l'enquête de satisfaction annuelle auprès des services avec actualisation du questionnaire et des cibles
- par des audits internes sur des points spécifiques
- par l'analyse des questionnaires de sortie
- le cas échéant, par l'adaptation des fiches action

6. Communication et restitution

La communication du projet Ressources Matérielles, logistiques et techniques, se fait par la présentation en réunion de Direction, puis en réunion de cadres et par la validation du document projet en instances.

La publication du projet et des évaluations successives se fait sur l'intranet et l'internet du CHCP.

**PROJET
SCHEMA DIRECTEUR
INFORMATIQUE
2018-2022**

Le Schéma Directeur du Système d'Information du C.H.C.P. doit intégrer l'ensemble des composantes et contraintes exposées ci-dessus et en particulier être une déclinaison du S.D.S.I. du Groupement Hospitalier de Territoire. Pour ces raisons, il sera rédigé à partir du 2^{ème} semestre 2018.

Le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées (CHCP) s'est doté en 2013 d'un SDSI portant sur la période 2013 – 2017. Ce SDSI est encore en vigueur à ce jour.

1. Bilan du S.D.S.I.

PROCESSUS	AXE	PROJET	2017
Processus administratifs et services aux personnels	Optimisation de la facturation	Optimisation de la chaîne de facturation	Vert
		Préparation de la facturation directe	Vert
		FIDES externes	Vert
		Paiement CB aux Urgences	Orange
		TB Recettes	Orange
		FIDES hospitalisés	Rouge
	Dématérialisation des échanges	Démat mandats	Rouge
		Démat titres	Orange
	Gestions particulières	Gestion des tutelles	Rouge
	Gestion RH	Liaison AGIRH/Equitime	Vert
		Optimiser la gestion des plannings Médicaux	Vert
		Hébergement AGIRH	Vert
	Qualité GDR	Gestion des FSEI	Orange
		Gestion des Q patients	Vert
		Gestion plaintes et réclamations	Orange
		gestion de la demande de dossiers patients	Vert
	Services techniques et logistiques	GMAO	Vert
		Gestion des demandes interventions	Vert
	Gestion économique et financière	Gestion des inventaires	Rouge
		Hébergement MAGH2	Rouge
		Commandes dans les services	Rouge

	Gestion archives	Optimiser outil existant	
		Mettre en place un progiciel	
	Gestion des documents	Evolution GED	
		Dictée numérique	
	Services mobilité	Wifi généralisé	
Equipement salles de réunion			
Pilotage médico économique et contrôle de gestion		TB SAF	
		Gestion des lits	
		Amélioration de l'exploitation des données médico économiques	
		SID décisionnel	
		Mise à disposition de TB dans les pôles et unités	
PROCESSUS DE SOIN / PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET ATTRACTIVITE	Gestion des Urgences	Optimiser la production des RPU	
	Dossier patient	Mise en place de l'observation dans MO-Patient	
		Améliorer la gestion des documents dans MO-Patients	
		TRAJECTOIRE	
		Archivage du DPI	
		Informatisation circuit du médicament réanimation	
		Informatisation circuit du médicament ambulatoire	
	Dossiers spécifiques	Dossier médical spécifique Orélia et Long Séjour	
		Dossier SMUR	
	Prescriptions connectées	Informatisation circuit des DMI	
		Informatisation circuit des MDS	
		Actes d'imagerie	
		Actes d'exploration	
		Actes de laboratoire	
	Dossier de soin	Dossier de soin	
	Services au patient	Commande de repas	
		Internet patient	
Paiement en ligne			

PROCESSUS MEDICOTECHNIQUES	Optimiser la gestion du PMT	Informatisation des blocs	
		Optimisation du RIS	
		PACS	
		Remplacement interface CURSUS EFS	
		Service proactif labo	
		Planification des rendez-vous laboratoire	
		Planification des rendez-vous d'imagerie	
		Informatisation stérilisation	
	Optimiser le fonctionnement de la Pharmacie	Mise en œuvre reporting Pharmacie	
		Infrastructure	
		Rétrocessions	
		Gestion des livrets thérapeutiques	
		Optimisation du circuit des commandes	
		Gestion des stocks et inventaires	
Informatisation des préparations magistrales			
Diététique	Gestion diététique		
SECURITE ET GESTION DU SIH	SIH Optimiser la qualité et la GDR	Organiser expression des besoins	
		Optimiser gestion des projets	
		Mettre en place le plan GDR	
		Optimiser le suivi des cartographies	
		Gérer le suivi des taux d'indisponibilités	
	Optimiser l'infrastructure SIH	Migration Oracle	
		Poursuivre le remplacement des serveurs obsolètes	
		Sécuriser et optimiser le réseau	
		Renouvellement des postes de travail	
		Rationalisation et renouvellement des systèmes d'impression	
		Renouvellement des AIX	
		Evolution bureautique	
		Migration des OS suite arrêt maintenance XP	
		Mettre en place L'infrastructure PRA	

	Homogénéiser et sécuriser communication	Optimiser la télémédecine et la visioconférence		
		Télé radiologie		
	Développer communication interne et externe	Evolution de l'intranet		
		Messagerie sécurisée		
		Evolution AD		
		Evolution exchange		
		Evolution du site Web		
	Assurer la sécurité	Applications PSIH, référentiels et urbanisation		
		Gestion des accès internes		
		Optimiser la gestion des habilitations		
		Gestion des habilitations		
		CPS et CPE		
		Optimiser la sécurité des installations (sauvegardes)		
		PRA		
		Outil de supervision du SIH		
	Management du SIH	PCA Evolution install Sphère		
		SDSIH CHCP - HDL		
		TB SIH		
	COOPERATIONS ET SERVICES EXTERIEURS	Infrastructure et outils	GED SIH et outil collaboratif	
			MEO DMP	
Mise en œuvre ADHERMIP				
VPN CHCP/HDL				
Accès au SI pour les personnels				
Homogénéiser EXCHANGE CHCP/HDL				
Homogénéiser les portails Intranet CHCP / HDL				
Accès au SI pour les professionnels du laboratoire				
Accès au SI pour les professionnels de ville				
Accès au SI pour les patients				
Information ciblée aux patients				
Planification des rendez-vous à l'extérieur				

2. Le S.D.S.I. 2018-2022

La situation actuelle du SI du CHCP nous conduit à reporter la rédaction du nouveau SDSI. Effectivement 4 éléments conjonctureux sont en prendre en compte :

- Le non achèvement des projets prévus dans le SDSI 2013 – 2017
- L'évolution des infrastructures (réseau et télécommunication) liée à la construction du Site Unique et le séquençement des travaux, en particulier les opérations « tiroir ».
- L'appel à projets 2017 de l'ARS Occitanie auquel a participé le groupe des Directeurs du système d'information.
- Les travaux du groupe de travail des Directeurs des Systèmes d'Information des établissements membres du GHT devant aboutir à la rédaction d'un SDSI du GHT de la Haute Garonne et du Tarn Ouest.

2.1 Les projets restant à réaliser

Les projets non achevés seront prioritaires sur la fin de l'année 2017 et l'année 2018.

Les projets non-initiés seront lancés en 2018 en respectant le principe de convergence posé par les Directeurs du Système d'Information du GHT: tout nouveau projet de système ou de mise en œuvre de logiciel devra en priorité analyser les outils déjà existant dans le GHT et correspondre, dans la mesure du possible à une installation déjà existante dans les établissements qui le composent.

2.2 Les évolutions liées aux travaux du Site Unique

Ils dictent le séquençement et les choix techniques, plus particulièrement en termes d'infrastructure, pour répondre aux besoins des opérations « tiroirs » ou dans la perspective du regroupement futur des activités.

2.3 L'appel à projet de l'ARS Occitanie

Les Directeurs des Systèmes d'Information du GHT ont élaboré un plan d'action dans le cadre de cet appel à projet. Ce plan d'action et son financement ont été Approuvés par le Comité Stratégique du GHT.

Ce plan d'actions a été approuvé et bénéficie d'un soutien financier de l'ARS Occitanie à hauteur de 202 500 euros. Il sera mis en œuvre de façon progressive, échelonné sur trois phases :

- Phase 1 (2017-2018) :
 - 1- Réalisation des études préalables nécessaires à la mise en place d'infrastructures partagées relatives aux applications administratives et médicales.
 - 2- Mise en place progressive d'une infrastructure commune d'hébergement des applications administratives.
 - 3- Etude et mise en place progressive d'une identité commune pour les patients.
- 4- Etude et mise en place progressive d'une identification unique des utilisateurs.
- Phase 2 (2018 à 2019) :

1- Etude et mise en œuvre progressive d'une infrastructure réseau interconnectant les établissements,

2- Accompagnement de la montée en compétence des équipes informatique

3- Harmonisation de la politique de sécurité du système d'information des établissements à travers des outils et organisations communs.

- Phase 3 (2019 à 2020) :

1- Etude et mise en œuvre progressive de l'infrastructure nécessaire aux applications médicales et médicotechniques,

2- Dépôt d'un dossier pour l'hébergement des données de santé sur le périmètre des applications médicales et médicotechniques,

3- Harmonisation progressive à partir de 2017 des postes de travail sur les ordinateurs des personnels administratifs puis sur les ordinateurs des personnels médicaux.

2.4 Les travaux du groupe des Directeurs des SI du Groupent Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

Le Comité Directeur du GHT a validé le plan d'actions présenté par le groupe de travail des Directeurs des SI des établissements membres du GHT en le chargeant de coordonner sa mise en œuvre opérationnelle.

Le plan d'actions établi entre les établissements du GHT se décline en 7 actions principales :

1. Accès en lecture au DPI (ORBIS) du CHU.
2. Mise à disposition par le CHU d'espaces collaboratifs sécurisés pour les professionnels et les groupes de travail transversaux du GHT,
3. Etude préalable à la mise en place d'un Responsable de la Sécurité du Système d'Information.
4. Accès des établissements demandeurs à un centre d'appel commun de type hotline.
5. Astreinte informatique commune pour les périodes de nuit, de week-end et jours fériés.
6. Prolongement des coopérations plateaux médico- techniques. Un Schéma Directeur spécifique aux plateaux d'imagerie, biologie et pharmacie sera étudié.
7. Rédaction du Schéma Directeur du Système d'Information du GHT : son élaboration sera réalisée sur la base du projet médical partagé du territoire avant la fin du premier semestre 2018

Projet de communication 2018-2022

Projet de communication 2018-2022

Bilan du projet de communication 2013-2017 :

- Prise de conscience de l'importance de bien communiquer avec l'ensemble de nos parties prenantes et de notre responsabilité sociétale en particulier grâce à un séminaire du Directoire sur cette thématique et décision de devenir un hôpital écoresponsable,

- Argumentation de la visibilité de la direction commune grâce à un journal commun,

- Partenariat étroit et quasi permanent avec la presse (communiqué de presse, conférence de presse) pour valoriser nos évolutions :

Ex : augmentation de l'offre de soins par la mise en place de nouvelles consultations (ophtalmologie, néphrologie, rhumatologie, dermatologie), de nouveaux hôpitaux de jour (hôpital de jour de gériatrie, d'hématologie, hôpital de jour de Cardiologie, Centre de Pelvi-Périnéologie (interventions partie haute de l'abdomen), de nouvelles activités chirurgicales (interventions d'orthopédistes spécialisés épaule, genou, pied, la création de lits de court séjour gériatrique, de nouveaux équipements (coroscaner, IRM),

- Communication avec les usagers sur leurs droits (2 journées « satisfaction des usagers »)

- Amélioration des plaquettes de présentation de l'hôpital, de l'intranet et de l'internet, des livrets d'accueil

- Communication sur la prévention santé : soirée cancer colorectal, journée addictions, soirée don d'organes, soirée métiers de la rééducation

- Organisation de journées entre hôpitaux de la région (Journée Interclud, Interclan)

- Communication sur la création du GHT Haute-Garonne Tarn Ouest (3 communiqués de presse, création d'un logo)

- Communication sur le rôle d'acteur du développement du territoire :

- Participation annuelle au Forum de l'Emploi du Comminges

- Participation à tous les événements organisés par et avec l'ASTCBVA (Association Santé Territoire Comminges Barousse Val d'Aran)

Projet de communication 2018-2022

Information de la presse sur les événements organisés dans les EHPAD (ex : sorties à la mer, repas des familles, vide-greniers, fêtes)

Communication sur le rôle social de l'hôpital et l'égalité d'accès aux soins pour tous : article + plaquette sur la PASS

Communication sur la responsabilité de l'hôpital dans la permanence de l'offre de soins du territoire

- Conférence de presse sur la Maison Médicale de Garde
- Participation au Groupe de communication du PETR (Plan Equilibre Territorial et Rural) sur les soins d'urgence suite à la signature du Contrat Local de Santé

Politique de communication 2018-2022

Notre objectif et notre volonté : assumer pleinement la responsabilité sociétale de nos hôpitaux vis-à-vis du territoire

Le plan de communication 2017-2023 est un outil au service de la dynamique de progression et de partenariat de nos hôpitaux CHCP et HDL et de notre Groupement Hospitalier de Territoire,

Il transmet et échange des messages vers l'ensemble de nos parties prenantes autour de 4 axes prioritaires :

l'avancement des projets architecturaux et la coordination des nouveaux projets médicaux :

se développer en adéquation avec les besoins de santé du territoire, les partenaires et le contexte budgétaire

l'information et la valorisation des activités et organisations du CHCP et des HDL :

Valoriser l'image de nos hôpitaux pour fidéliser nos usagers et professionnels,

1. le renforcement des activités, de la qualité et de la sécurité des prises en charge :

assurer l'offre de santé et médicosociale aux populations commingeoise et luchonnaise, sa certification par l'HAS et l'accréditation du laboratoire par le COFRAC,

1. le maintien de la culture d'établissement et le développement d'une culture commune:

fédérer, valoriser le personnel et favoriser le sentiment d'appartenance y compris au sein du GHT, promouvoir la défense de « l'outil de travail » par une campagne « Je ne le fais pas chez moi, je ne le fais pas à la maison »,

POUR «QUOI» ET COMMENT:

Projection d'avenir et d'image positive pour réaliser ensemble une offre hospitalière de territoire

Participation motivée de tous les acteurs de la santé du territoire, pour défendre un projet de santé commun, nécessaire aux usagers

Marketing hospitalier pour fidéliser notre population : faire savoir notre savoir faire, et proposer une offre de service :

- adaptée, aux besoins de la population du territoire
- différenciée, c'est-à-dire complémentaire avec les établissements voisins afin d'optimiser la qualité des parcours de soins et la gestion des ressources humaines et matérielles
- « motivante », par la recherche d'un soin qui permettra de mieux être

Politique de communication 2018-2022 (suite)

Attractivité et valorisation

- pour fidéliser notre personnel, attirer de nouveaux professionnels et renforcer nos coopérations et partenariats
- pour conforter les activités qui sont le cœur de mission du CHCP et des HDL et du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Garonne-Tarn Ouest

Politique de communication 2018-2022

Objectif : pourquoi ?	Public concerné : qui ?	Actions prévues : quoi & comment ?	Responsables : qui ?	Moyens nécessaires : combien ?	Calendrier de réalisation : quand ?	Evaluation des résultats : critères ?
Mobiliser l'ensemble des personnels hospitaliers sur les projets	Personnel hospitalier	Journal interne «Ensemble », Intranet, Notes et réunions d'infos Affichage, Questionnaires, Communiquer sur le Projet d'Etablissement, Rencontres informelles mensuelles	Rencontres Directions, Responsables des pôles concernés	Reprographie, Affichage Compétences du Service Informatique	Mensuel & diffusion systématique	Nb lettres Ensemble Nb notes info Taux de réponse aux questionnaires
Faciliter le dialogue social	Partenaires sociaux	Instances, Rencontres Direction	Directeur DRH Cadres	Reprographie Power Point	Dates instances + réunions de travail	Nb participants Qualité du climat social
Valoriser les projets, activités, savoir-faire, métiers...	Directoire Comité de Gestion Cadres Responsables pôles CME	Réunions + séminaires + sessions de formation communes+ rencontres des équipes avec le Directeur + vie des pôles	Directoire, Directeur, directions	Reprographie Visioconférences	Bimestriel & annuel	Nb participants Nb projets «appropriés et connus»
Recruter & fidéliser les professionnels de la santé, valoriser les	Professionnels de santé	Journée nouveaux arrivants	DRH / affaires médicales + CME + Communication	Reprographie	1 à 2 par an / Mise à jour semestrielle / Evènementiel	Nb participants

actions sur la qualité de vie au travail, mettre en valeur les réalisations internes & développer les pratiques professionnelles		annuaire / livret d'accueil / salons plaquettes / Evènements				Nb recrutements Questionnaire accueil
	Salariés dont médecin	Livret d'accueil + Dépliants + Plaquettes + Affiches	DRH + Communication	Reprographie	Mise à jour annuelle au minimum	Nb supports réalisés Questionnaire accueil
Promouvoir l'image des activités hospitalières	Grand Public (dont publics vulnérables et précaires),	Presse locale, Site internet, Audits, Affichages et signalétique Conférences & rencontres ad hoc CDU, livret d'accueil	Directeur + Communication + groupes ad hoc	Mise à disposition de salle de conférence + restauration + affichages	Contexte événementiel	Nb dossiers de presse Nb articles de presse Nb participants conférences/rencontres Nb admissions, Audit signalétique/affichage Plaquette « Consultations » (mensuelle)
	Usagers, associations et bénévoles					
Promouvoir & encourager les partenariats existants et futurs	Tout public	Communiqués presse, « Ensemble », conférences/réunions, sites intra et internet/salons, reportage	Directoire / Communication	Reprographie, Informatique, Salle de conférences	Evènementiel	Suite données aux événements et rencontres réalisés

	Acteurs du territoire de santé	Collaboration ATSCBVA, mailings, Rencontres partenaires potentiels	Responsables de(s) association(s) Direction	Reprographie/maquettage		Nb de parutions média
Traduire & expliciter les orientations stratégiques et les qualités de gestion en objectifs de communication	Partenaires (dont élus)	« Ensemble », communiqués presse	Directoire / Communication	Reprographie	Mensuel	Nb lettres Ensemble
	Institutionnels (dont tutelle)	Rencontres		Reprographie & déplacements	Contexte évènementiel	Nb rencontres
	Hospitaliers (dont CHU et GHT)	Rencontres + salons + Conférences				Annuel Évènements
	Libéraux Fournisseurs Banques					
Mise à jour des supports de communication	Tous	Amélioration des supports existants écrits et numériques	Communication/informatique	Temps dédié mise à jour	Annuel	Audit interne ou externe