

Fruit d'un remarquable travail participatif et intense, le projet d'établissement du Centre Hospitalier Emile-Roux du Puy-en-Velay présente notre avenir pour les cinq prochaines années.

Il traduit notre volonté collective de construire un hôpital plus audacieux, plus performant, plus responsable et plus ouvert.

Un hôpital plus audacieux au travers d'un pilotage médical et administratif constructif et partagé. L'avenir de notre établissement sera le résultat d'un véritable travail d'équipe mobilisant toutes les forces vives.

L'audace sera de faire confiance aux médecins dans le pilotage opérationnel et à la Direction dans ses prises de décision.

Un hôpital plus performant

Ce projet d'établissement a également pour ambition de rechercher la performance. Cette recherche constante de l'efficacité médicale et économique doit permettre de réconcilier les valeurs que l'on a trop l'habitude d'opposer ; qualité, sécurité et performance économique.

Un hôpital plus responsable

Le développement de l'esprit contractuel dans la mise en place de la nouvelle gouvernance doit permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge par une optimisation des moyens et un renforcement d'une gestion de proximité.

La contractualisation interne invite les acteurs à renforcer leur implication au service d'une éthique du service public. Il s'agit ensemble d'assurer un développement maîtrisé et durable de notre hôpital dans un esprit dynamique et d'ouverture.

Un hôpital plus ouvert

Notre projet d'établissement reflète notre objectif d'être encore plus ouvert pour les patients par un devoir individuel et collectif de transparence. La collaboration avec les usagers et leurs représentants doit être constamment recherchée dans le cadre d'une démarche respectueuse des droits et devoirs de chacun.

Notre hôpital doit être aussi plus ouvert vers les autres établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, publics et privés. Il s'agit de nous inscrire dans une démarche territoriale pour développer les réseaux et filières de soins au bénéfice de la qualité des prises en charge.

Au travers de ce projet d'établissement 2009-2013, notre ambition est réelle, réaliste et respectueuse.

Je veillerai personnellement à son exécution avec pragmatisme et transparence.

Merci pour votre engagement
Le Directeur,

Olivier SERVAIRE-LORENZET

AVANT PROPOS

Extraits du Code de la Santé Publique relatifs au Projet d'Établissement :

Article L6143-2

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation . Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Article L6143-2-1

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.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

Article L6143-2-2

Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services". Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE « PROJET D'ÉTABLISSEMENT »

Directeur	M. Olivier SERVAIRE-LORENZET
Président de la CME	Docteur Michel VIALLET
Vice présidente de la CME	Docteur Catherine GRANIER-CHEVASSUS
Administrateur représentant la CME	Docteur Christian BOURQUARD
Directeur des Soins	Mme Elisabeth LAC
Directeur des Services Financiers	Melle Claire O'BRIEN
Directeur des Ressources Humaines et Médicales	M. Christophe MARTINAT
Directeur de Cabinet	Melle Anne TRANCHARD
Directeur du Patrimoine et de la Logistique	M. Julien EYMARD
Chef du Pôle Prestataires de Service	Docteur Brigitte LESCURE
Chef du Pôle Gériatrie - CMPR	Docteur Evelyne BAVEREY
Chef du Pôle Médecine-Urgences	Docteur Marc BOUILLER
Chef du Pôle Femme-Enfant	Docteur Anne Marie BOUSSEROLE
Chef du Pôle Chirurgie	Docteur Marc DURAND
Cadre Supérieur de Santé - Pôle Prestataires de Service	Mme Marie Josée PERA
Cadre Supérieur de Santé - Pôle Gériatrie - CMPR	Melle Marie Christine LHERMET
Cadre Supérieur de Santé - Pôle Médecine-Urgences	Melle Maryse BALDET
Cadre Supérieur de Santé - Pôle Femme-Enfant	Melle Marie PRUNAYRE
Cadre Supérieur de Santé - Pôle Chirurgie	Mme Martine COLAS DES FRANCS
Cadre Supérieur de Santé- Missions Transversales	Mme Catherine HILAIRE-BESSE
Représentants du personnel	<u>Syndicat CGT</u> Mme Huguette JULIEN, Titulaire Mme Patricia BENEZI, Suppléant <u>Syndicat FO</u> Mme Odette MALZIEU Titulaire <u>Commission des Soins</u> M. Jean Yves BRUNEL, Titulaire Melle Renée PEZON, Suppléant <u>Collège des Cadres</u> M. Michel BEYSSAC, Titulaire
<u>Invités :</u>	
Directeur de l' ARH ou son représentant	M. François DUMUIS
Directeur de la DDASS ou son représentant	M. Eric VIRARD/M. Philippe RAYNAUD
Président du Conseil de l'Ordre	Docteur Christian CHAPON
Représentant des Usagers (Titulaire)	Mme Virginia ROUGIER
Représentant des Usagers (Suppléant)	Mme Colette FILERE

Conseil Exécutif

- Composition : 6 membres désignés par la CME dont son président et 5 membres nommés par le Directeur
- Rôle :
 - Coordination
 - Participation à la rédaction du projet d'établissement
 - Validation de chaque étape et du projet final
 - Préparation des délibérations du CA

Groupes de travail

- Composition : en fonction des axes stratégiques
- Rôle :
 - Élaboration des plans d'actions et de moyens
 - Définition des modalités de mise en œuvre et des critères d'évaluation

Comité de pilotage

- Composition : 31 membres
- Présidence : Directeur
- Rôle :
 - Validation du diagnostic
 - Choix des orientations stratégiques
 - Validation du Projet d'Etablissement

INSTANCES
(CA, CME, CTE, CSIPMTR)
Approbation du projet d'établissement

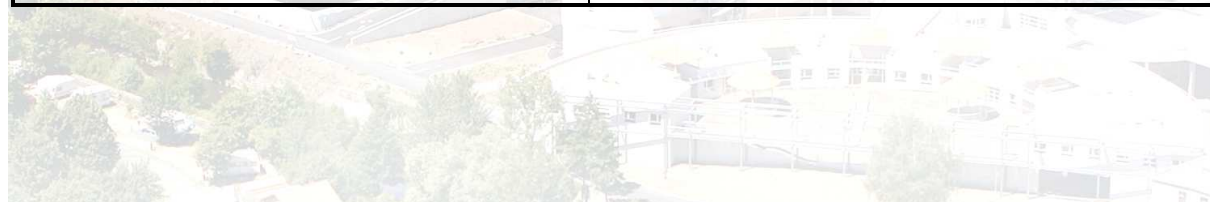
CALENDRIER « PROJET D'ÉTABLISSEMENT »

Dates	Instances	Objet
17 décembre 2008	Comité de Pilotage	Présentation de la démarche : définition des axes de travail et mise en place des groupes de travail
25 février 2009	Comité de Pilotage	Bilan d'étape sur la mise en place des groupes de travail et analyse des premiers travaux
22 avril 2009	Comité de Pilotage	Bilan d'étape N°2
29 mai 2009	Comité de Pilotage	Bilan d'étape N°3
Mai 2009	CME, CTE, CA	Information sur l'état d'avancement du Projet d'Etablissement
24 juin 2009	Comité de Pilotage	Présentation de la synthèse générale des travaux
Octobre 2009	Conseil Exécutif	Avis du Conseil Exécutif
Octobre 2009	CTE, CME, CA	Vote des instances sur le Projet d'Établissement



REFERENTS DES PROJETS CONSTITUTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Projets	Référents
Projet Médical	Docteur Michel VIALLET et Mlle Anne TRANCHARD
Projet de Soins	Mme Elisabeth LAC
Projet Social	M. Christophe MARTINAT
Projet qualité et Projet Patient, Usager, Client	Mme Elisabeth LAC
Projet de Gestion	Mlle Claire O'BRIEN
Projet de Schéma Directeur Informatique	Mlle Claire O'BRIEN
Projet Patrimonial	M. Julien EYMARD
Projet IFSI	M. Bernard LANCIAU et M. Christophe MARTINAT
Projet des Coopérations	Mlle Anne TRANCHARD
Projet de communication	Mlle Anne TRANCHARD
Projet Culturel	Mlle Anne TRANCHARD
Projet Ethique	Mlle Anne TRANCHARD



SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
LE CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX DANS SON ENVIRONNEMENT	11
LES VALEURS DU CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX	14
LES PROJETS STRUCTURELS	16
1 - Le Projet Médical	17
1 - 1 - Diversifier les prises en charge et favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation	17
1 - 2 - Conforter l'offre de soins existante et développer sa performance	19
1 - 3 - L'amélioration de la prise en charge des populations vulnérables/sensibles	22
1 - 4 - Le développement des complémentarités et la participation active aux réseaux	25
1 - 5 - Promouvoir la qualité médicale	26
1 - 6 - Conclusion	28
2 - Le Projet de Soins	29
2 - 1 - Organiser une prise en charge efficace et de qualité de la personne soignée	29
2 - 2 - Mettre en place une évaluation de la charge de travail en soins	31
2 - 3 - Acquisition, entretien et valorisation des compétences	31
2 - 4 - Développer des actions de coopérations avec les structures et professionnels extérieurs	31
3 - Le Projet Social	32
3 - 1 - La valorisation des métiers à l'hôpital	33
3 - 2 - Les conditions de travail et les conditions de vie au travail	34
3 - 3 - L'accompagnement social et statutaire	37
3 - 4 - Une démarche territoriale	37
4 - Le Projet Qualité	39
4 - 1 - Renforcer le pilotage de la gestion des risques et de la coordination des vigilances	40
4 - 2 - Formaliser un rapport d'activité sur la démarche qualité et la gestion des risques	40
4 - 3 - Développer les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP)	40
4 - 4 - Promouvoir la Gestion documentaire	40
4 - 5 - Réussir la certification V2010	41
4 - 6 - Développer le recueil d'indicateurs	41
4 - 7 - Planifier la Démarche Qualité	41
4 - 8 - Organiser la veille réglementaire	41
4 - 9 - Développer des actions de formation qualité gestion des risques et des vigilances, gestion documentaire	41
4 - 10 - Poursuivre la participation à des activités externes	41
5 - Le Projet Patient, Usager, Client	42
5 - 1 - Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées	42
5 - 2 - Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.	43
5 - 3 - L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.	43

5 - 4 - Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.	43
5 - 5 - Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage	43
5 - 6 - La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose	44
5 - 7 - La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité	44
5 - 8 - Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent	44
5 - 9 - La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.	44
5 - 10 - La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux	45
LES PROJETS CIBLES	46
6 - Le Projet de Gestion	47
6 - 1 - Les réformes de la nouvelle gouvernance et de la T2A ont incité le Centre Hospitalier Emile-Roux à revoir ses modes de gestion	47
6 - 2 - Renforcer le dispositif d'accompagnement du pilotage médico-économique	47
7 - Le Projet de Schéma Directeur du Système d'Information	49
7 - 1 - Les orientations générales du système cible	50
7 - 2 - Les ateliers et les projets	52
8 - Le Projet Patrimonial	54
8 - 1 - Axes généraux stratégiques	54
8 - 2 - Environnement	56
8 - 3 - Dynamisation du domaine privé : Cession et valorisation des actifs	57
8 - 4 - Démarche de développement durable en santé	57
8 - 5 - Bilan et activité de référence	58
8 - 6 - Axes de Développement	59
8 - 7 - Patient Usager	63
9 - Le Projet IFSI	66
9 - 1 - Conforter les missions de l'IFSI	66
9 - 2 - Moderniser le projet pédagogique	66
9 - 3 - S'ouvrir sur l'environnement	66
9 - 4 - Moderniser les locaux	66
LES PROJETS D'OUVERTURE	68
10 - Le Projet Coopérations	69
10 - 1 - Le rapprochement avec la Clinique Bon Secours	69
10 - 2 - Les évolutions des filières de soins	71
10 - 3 - Dynamiser et valoriser la participation du CHER au tissu associatif et auprès des institutions	71
10 - 4 - Poursuivre la politique de coopération en matière de formation en externe et en interne	72
10 - 5 - Poursuivre l'ouverture à l'international	73

11 - Le Projet Communication	74
11 - 1 - Ecouter	75
11 - 2 - Montrer	75
11 - 3 - Dire	75
11 - 4 - Agir Ensemble	75
12 - Le Projet Culturel	76
12 - 1- Faire connaître et reconnaître la culture de l'hôpital	77
12 - 2- Ouvrir l'hôpital à la culture « traditionnelle »	77
13 - Le Projet Ethique	78
13 - 1 - Promouvoir une culture éthique institutionnelle	79
13 - 2 - Elargir le Conseil d'Ethique aux autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du département, de la région voire de l'inter-région ainsi qu'aux autres acteurs favorisant la réflexion éthique.	79
ANNEXES	80



INTRODUCTION

L'élaboration du projet d'établissement 2009-2013 du CHER a répondu à deux impératifs : le premier réglementaire, le second managérial.

Chaque établissement de santé doit effectivement disposer d'un projet d'établissement selon les articles L 6143-2 et suivants du Code de la Santé Publique. Trois projets sont au cœur du projet d'établissement : le projet médical, le projet social et le projet de soins.

Ce projet a été établi avec le concours de tous les personnels qui ont pu exprimer leur vision de l'avenir de l'hôpital pour les cinq prochaines années.

Fruit d'une démarche participative et constructive, il se donne pour objectif de fixer une ligne claire pour construire et faire émerger un hôpital moderne pour demain, dans la continuité des réformes qu'il a déjà commencé à intégrer. Les résultats d'une enquête de satisfaction, organisée en 2008, montrent une perception très positive des usagers sur le CHER et les différents aspects de leur séjour. 77,6 % des patients ayant séjourné au CHER y reviendraient s'ils en avaient besoin. 72,4% de ces mêmes patients recommanderaient cet hôpital à leurs proches (famille, amis).

En vue de dessiner les contours de l'avenir de notre hôpital, le projet d'établissement dresse un bilan du précédent projet (2002-2006) et de l'existant (2007-2008) pour analyser son environnement, les enjeux sur son territoire de santé, l'offre de soins et l'attractivité.

Sur le plan pratique, ce projet se présente sous forme d'une synthèse et de 15 annexes. A la fin de la partie introductive du projet d'établissement qui met en perspective les différents projets selon les valeurs du CHER, est dressée une synthèse des différents volets du projet afin d'en donner un aperçu général.

Les annexes sont composées du projet médical, du projet de soins, du projet social, du projet qualité, du projet Patient, Usager, Client mais aussi des projets cibles (projet de gestion, Schéma Directeur du Système d'Information, projet patrimonial, projet IFSI) et des projets d'ouverture (projet des coopérations, projet communication, projet culturel et projet éthique).

LE CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX DANS SON ENVIRONNEMENT

Le Centre Hospitalier Emile Roux du Puy en Velay fut construit de 1931 à 1933. Cette structure mettra fin à l'activité de deux établissements, datant des XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles, l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général situés à proximité.

Il s'agit d'un établissement de près de 600 lits et places, situé dans un bassin sanitaire de 150 000 habitants et employant près de 1500 personnels médicaux, soignants, techniques et administratifs. Le rayonnement du CHER va au-delà des frontières départementales. Son ancrage territorial est stratégiquement singulier : à la jonction du brivadois et de l'yssingelais et proche du nord de la Lozère et de l'Ardèche. Sur le même territoire de santé que le CHER, la Clinique Bon Secours offre une alternative à la prise en charge publique et répond à certains besoins pour lesquels le CHER n'a pas la compétence médicale nécessaire (en urologie particulièrement).

A l'échelle régionale, le CHER se situe aux confins de trois régions administratives (Auvergne, Rhône Alpes et Languedoc Roussillon). Son CHU de référence régionale est celui de Clermont-Ferrand. Toutefois, les voies naturelles de circulation conduisent de nombreux patients à se tourner vers le CHU de Saint Etienne. Ces données géographiques ont une influence particulière en termes d'activité, d'organisation de l'offre de soins et de coordination des prises en charge.

De plus, le CHER a, comme de nombreux établissements de santé, été fortement impacté par les réformes hospitalières : la Nouvelle Gouvernance, la tarification à l'activité...

Il a évolué avec la montée en charge de la tarification à l'activité d'une part, et d'autre part, avec les investissements successifs réalisés afin de moderniser notre offre de soins ainsi que les modalités de prise en charge des patients. Le CHER présente une activité dynamique et en constante augmentation. Il fait le pari d'un recrutement plus large et de diminuer les fuites de patientèle dans l'optique de renforcer son attractivité.

Si les contraintes financières pesant sur l'établissement sont fortes, les potentialités et les compétences médicales, soignantes, techniques et administratives existent et constituent de véritables viviers pour relever le pari d'un hôpital moderne et performant.

Par ailleurs, la Nouvelle Gouvernance, instituée par l'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la simplification juridique des établissements de santé, a conduit à l'institution d'un pilotage médico-administratif de l'hôpital : mise en place du conseil exécutif et organisation en pôles d'activité cliniques et médico-techniques.

La Nouvelle Gouvernance a été mise en œuvre avec succès au CHER. Les pôles ont été installés rapidement et présentent une dimension raisonnable et pertinente dans la logique médicale.

La contractualisation interne, initiée en janvier 2009, s'inscrit dans la continuité de la mise en place des pôles. Elle doit permettre d'améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prise en

charge des patients par une optimisation des moyens qui y sont consacrés, par une gestion de proximité, et d'apporter une meilleure réponse aux besoins opérationnels des acteurs par la médicalisation des décisions de gestion.

Enfin, le programme d'amélioration de la qualité de l'offre de soins dispensée au CHER et de développement de la performance de notre plateau technique est en cours de finalisation à ce jour. En effet, si les spécialités chirurgicales et médicales ont bénéficié de restructurations immobilières, le secteur médico-technique et celui des personnes âgées doivent être eux aussi modernisés dans les années à venir afin d'offrir à l'ensemble des générations une prise en charge d'excellence et correspondant à leurs besoins.

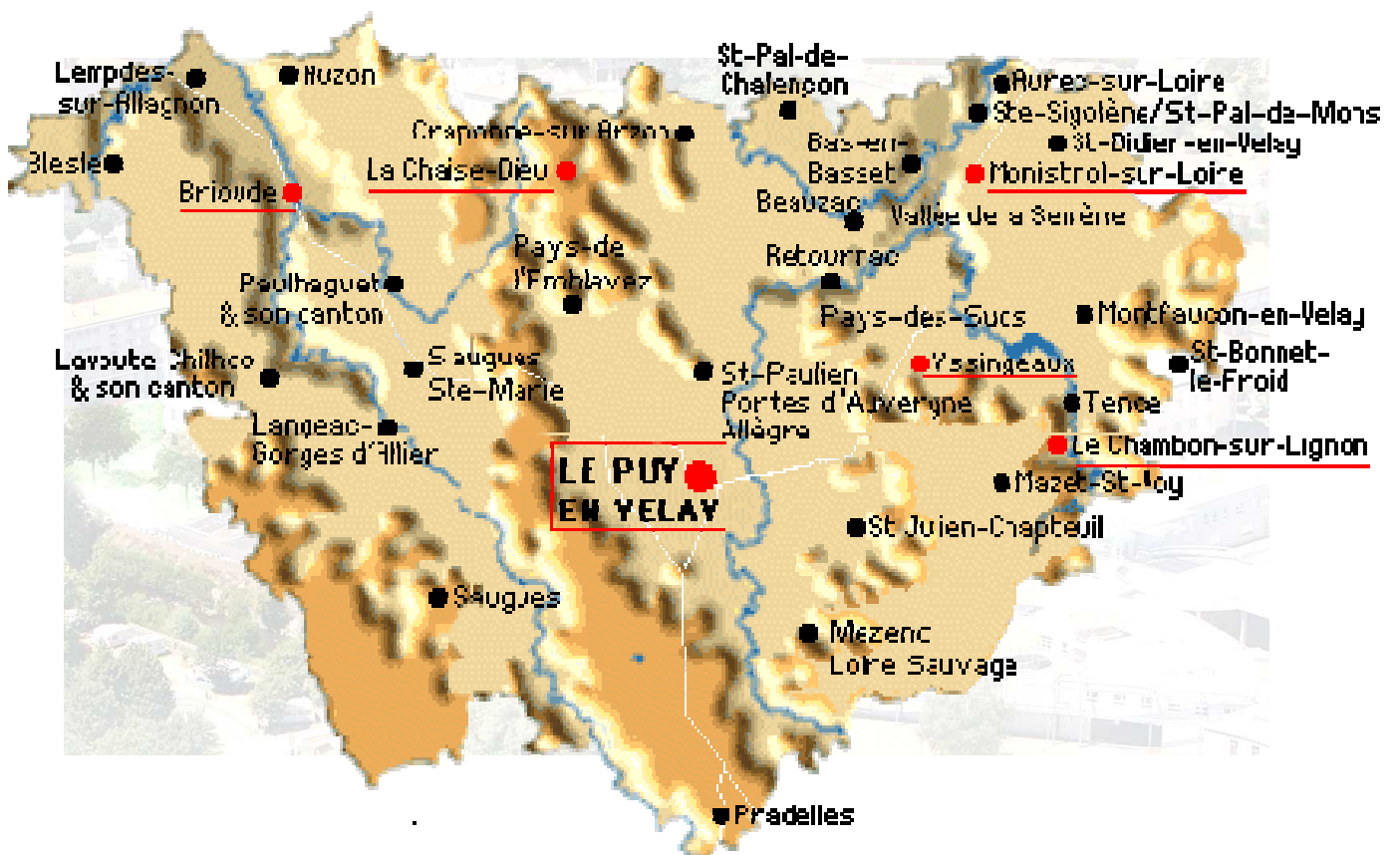
Ces réflexions sur les restructurations immobilières sont menées en intégrant la dimension territoriale de l'offre de soins existante et l'état des coopérations actuelles entre le CHER, les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales du département et les professionnels de santé libéraux. Il s'agit d'éviter les redondances dans les modalités de prise en charge mais aussi de développer les complémentarités et d'organiser les filières de soins.

Les projets constitutifs du projet d'établissement intègrent les éléments du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) III Auvergne et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Auvergne et le CHER. Ces documents de planification servent de fil conducteur au projet médical, pierre angulaire du projet d'établissement en esquissant les grandes orientations des filières de soins existantes ou à constituer : gériatrie, soins de suite et de réadaptation, cancer, retour et maintien à domicile, accidents vasculaires cérébraux, soins palliatifs, urgences, réanimation, chirurgie, médecine, cardiologie, gynécologie, pédiatrie, imagerie ...

Nos principaux objectifs à atteindre pour les années 2009-2013 sont donc :

- de renforcer le positionnement stratégique de notre établissement, en le modernisant dans une logique de réseaux et de filières
- de promouvoir l'efficience médico-économique de nos activités
- d'optimiser nos savoir-faire et de mettre en place une offre de soins d'excellence et de qualité

L'architecture du projet d'établissement 2009-2013 du CHER se veut le reflet du dynamisme de notre hôpital et de son ouverture sur son environnement. Ainsi, autour des valeurs communes du CHER, s'articulent les projets structurels, les projets cibles et les projets d'ouverture. Leur élaboration s'est réalisée dans un esprit de dialogue permanent entre tous les corps de métiers. Les projets rédigés témoignent donc de la diversité de notre hôpital et de sa capacité à se rassembler autour de grands projets d'avenir. La démarche participative de rédaction du projet d'établissement 2009-2013 du CHER a permis de proposer des actions concrètes, faisant le pari de la croissance de l'activité et de l'attractivité de notre établissement.



LES VALEURS DU CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX

Les valeurs du Centre Hospitalier Emile Roux du Puy en Velay sont des convictions collectives qui orientent et justifient les actions du projet d'établissement 2009-2013.

Elles sont les bases de référence pour orienter toutes les actions de l'établissement. Deux valeurs sont retenues : le respect et l'excellence.

*

*

*

Le respect

Cette valeur exprime la finalité humaniste de l'hôpital. Les acteurs du CHER attachent une attention particulière à toutes les personnes présentes dans l'établissement, qu'il s'agisse du personnel, des patients, des familles ou des usagers. Le respect constitue donc une richesse collective pour notre hôpital puisqu'il est l'illustration de notre capacité à vivre ensemble et à s'épanouir.

La valeur respect rassemble d'autres valeurs : la solidarité, l'équité et la reconnaissance. Au quotidien, c'est le respect du soignant vis-à-vis du soigné, des soignants entre eux, de l'hôpital devant les populations en difficultés, des différentes structures de soins entre elles (services, pôles, établissements).

La solidarité exige l'entraide dans la difficulté, l'équité, le sens de la justice et la reconnaissance, la valorisation du collectif et de l'individuel.

L'excellence

L'excellence est la recherche constante de la qualité et de la sécurité, particulièrement en ce qui concerne les soins dispensés aux patients. Ainsi, les démarches volontaristes de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles médicales et para médicales sont des indicateurs de notre volonté individuelle et collective de rechercher constamment l'amélioration de nos pratiques.

L'excellence est aussi liée au management hospitalier. Ainsi, l'organisation en pôles d'activités de l'établissement et le découpage en départements des activités administratives du CHER répondent à une volonté de performance. Il s'agit notamment de rechercher l'optimisation dans l'allocation des ressources, et l'efficacité des organisations de travail avec l'ambition d'innovation et de développement de domaines d'expertise.

L'excellence du service public hospitalier est donc la recherche de l'efficacité et de la performance afin de parvenir à un résultat de bien être de nos concitoyens. Cette quête de l'efficacité médico-économique revêt une acuité particulière dans un contexte de maîtrise nécessaire des dépenses de santé. Elle nécessite également des changements profonds dans

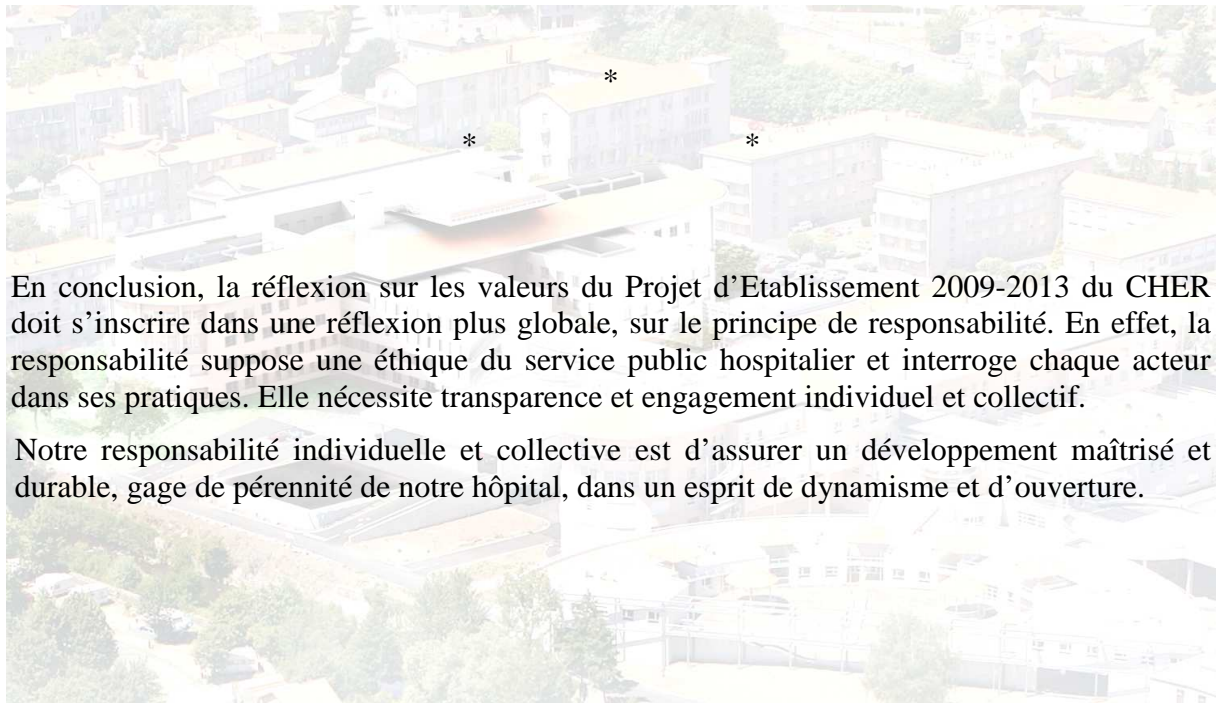
l'allocation des moyens et dans l'évolution des compétences managériales, notamment dans le cadre de la contractualisation interne.

La qualité est associée à l'excellence et s'entend comme la recherche du meilleur service rendu possible en réponse à la demande et aux besoins réels du patient. Il s'agit d'écouter la voix du patient-citoyen pour mieux s'organiser.

L'esprit d'ouverture traduit aussi notre capacité à nous remettre en cause dans nos modes de fonctionnement et notre volonté d'ouverture sur notre environnement pour améliorer la qualité des soins.

La Nouvelle Gouvernance est l'illustration de notre volonté de décloisonnement entre les différents corps de métiers, et de moderniser le dialogue entre les professionnels de santé.

L'excellence doit réconcilier des valeurs que l'on a trop l'habitude d'opposer : qualité, sécurité et performance économique.



En conclusion, la réflexion sur les valeurs du Projet d'Etablissement 2009-2013 du CHER doit s'inscrire dans une réflexion plus globale, sur le principe de responsabilité. En effet, la responsabilité suppose une éthique du service public hospitalier et interroge chaque acteur dans ses pratiques. Elle nécessite transparence et engagement individuel et collectif.

Notre responsabilité individuelle et collective est d'assurer un développement maîtrisé et durable, gage de pérennité de notre hôpital, dans un esprit de dynamisme et d'ouverture.

LES PROJETS STRUCTURELS



1 - LE PROJET MEDICAL

Le bilan du précédent projet médical (2002-2006) est nuancé puisque tous les objectifs fixés n'ont pas été atteints. En outre, depuis 2006, il n'existe pas de projet médical formalisé, ce qui a pu desservir la lisibilité et la cohérence d'ensemble des actions menées. En 2007, le CHER a signé avec l'ARH Auvergne le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Le SROS III positionne alors le CHER en qualité d'hôpital de référence sur son territoire de santé.

Le CHER apparaît comme un hôpital de référence permettant l'accès aux soins à tous, dans les meilleurs délais, avec la possibilité pour les usagers de bénéficier d'un parcours de soins clair et innovant ainsi que d'une réponse personnalisée pour les populations vulnérables ou sensibles. De plus, il est considéré comme un hôpital de référence dans le cadre de la prise en charge de pathologies spécifiques, par les performances de son plateau technique et ses potentiels de réponse et de centralisation lors de la gestion de situations de crise.

Dans le cadre du nouveau projet médical, la présentation du bilan 2002-2006 et des activités de référence 2007-2008 a été réalisée par pôles et par services. En effet, depuis le précédent projet médical, les réformes hospitalières du Plan Hôpital 2007 ont conduit le CHER à rénover son organisation en créant des pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Ces pôles ont été créés en suivant une logique clinique ou de prestation de services. Leur composition est donc à géométrie variable.

Au-delà de cette nouvelle organisation, le projet médical met en exergue la transversalité des projets envisagés. Le CHER doit poursuivre son adaptation à l'évolution des besoins des patients dans une volonté de reconquête de la patientèle.

Le Centre Hospitalier Emile Roux a pour ambition, pour les cinq années à venir, de poursuivre ses activités dites de référence en améliorant de manière continue la qualité des prises en charge. Il souhaite aussi mettre en place de nouvelles pratiques médicales de manière transversale, à travers les cinq axes de développement suivants :

- La diversification des prises en charge
- Le développement de la performance de son offre de soins
- L'amélioration de la prise en charge des personnes « sensibles »
- Le développement des complémentarités et des coopérations
- La promotion de la qualité médicale

Chaque action envisagée dans ces différents axes fait l'objet d'une fiche action présentant les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre et jointe en fin de projet (7- Mise en œuvre)

1 - 1 - Diversifier les prises en charge et favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation

La diversification des prises en charge publiques permet de s'adapter aux besoins de santé et aux évolutions des modalités de prise en charge. Dès lors, le CHER favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation, anticipe les besoins de santé et se positionne sur des domaines d'excellence. Il s'agit donc pour le CHER d'être prospectif sur

les évolutions médicales et soignantes et offensif sur la prise en charge des pathologies dont la prévalence augmente.

1-1-1 Développement de l'ambulatoire, hôpital de jour et hôpital de semaine

L'ambulatoire est une modalité de prise en charge qui se développe. Dès lors, le CHER s'inscrit dans ce mouvement, tout en assurant sécurité et qualité des soins. A cet égard, il dispose d'une unité de 15 lits d'ambulatoire. Cela représente une proportion importante de sa capacité totale en lits. Le CHER a donc voulu développer la prise en charge en ambulatoire, notamment pour la chirurgie de la cataracte et pour la chirurgie vasculaire.

1-1-2 HAD

Le Centre Hospitalier a obtenu le 23 octobre 2007 l'autorisation de créer une activité d'hospitalisation à domicile publique sur l'ensemble du territoire de santé du PUY EN VELAY et sans limite de capacité. Le service HAD 43 est un service du pôle Médecine-Urgences du Centre Hospitalier Émile Roux. Dans sa dimension d'alternative à l'hospitalisation, il permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin traitant, tous les professionnels médicaux et paramédicaux, et le médecin hospitalier si nécessaire pour les patients sortant d'un établissement de santé dans lequel ils ont été pris en charge.

Le service HAD 43 a un caractère généraliste et polyvalent. Il est mis en place au profit des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques et/ou instables qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés. Ces patients nécessitent des soins complexes et coordonnés comportant une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins techniques quasi-quotidiens et psychologiques, formalisés dans un projet de soins englobant ces aspects cliniques et psychosociaux. Ces soins incluent les dimensions préventives et éducatives tant pour le patient que pour son entourage.

Le service HAD 43 a simultanément pour un même malade un double rôle :

- Un rôle de soins, en fournissant directement à domicile les prestations de soins dispensés par les libéraux et requises par l'état du malade,
- Un rôle de coordination des professionnels, libéraux, associatifs, hospitaliers, intervenant au domicile du malade.

1-1-3 Ouverture du plateau technique sur l'extérieur sur le plan médico-chirurgical, biologique et technique

➤ Le partage du bloc opératoire avec la Clinique Bon Secours :

Le partage des blocs opératoires de l'hôpital Emile Roux est acté dans l'accord cadre nous liant à la clinique Bon Secours. Cette mutualisation de moyens nécessite l'étude des besoins de chacune des structures et de vérifier que nous disposons d'un potentiel suffisant de façon à permettre l'accès dans des conditions optimales à la clinique, en lui conférant des dimensionnements adaptés à son volume d'activité (salles d'opérations, salle de réveil, stockage et logistique, vestiaires...). Par ailleurs, il faut faire en sorte que notre hôpital et son pôle de chirurgie anesthésie et réanimation ne se voient pas limiter dans ses activités réglées et dans sa capacité et son devoir d'accueil 24 heures sur 24 des patients présentant des pathologies dont la prise en charge nécessite des moyens chirurgicaux rapides.

➤ La stérilisation

La sous-traitance de l'activité de stérilisation à la clinique Bon Secours par le CH Emile Roux s'inscrit dans un triple objectif :

- Répondre à une demande de la clinique Bon Secours pour prendre en charge son activité de stérilisation.
- Optimiser l'utilisation de notre plateau médico-technique en augmentant les plages horaires d'utilisation de la stérilisation centrale.
- Participer à la coopération publique / privée en signant une convention entre la clinique Bon Secours et le CH Emile Roux.

L'outil et l'expertise actuelle du CH Emile Roux dans le domaine de la stérilisation, peut permettre de répondre rapidement à ces objectifs. Une étude fine des besoins et des contraintes de chacun est cependant nécessaire.

➤ L'ouverture de l'activité des laboratoires sur l'extérieur :

Le développement de l'activité externe a toujours été un souci constant du laboratoire (personnel préleveurs, consultations maladies du sang...). Malgré tout, la grande majorité des prélèvements provenant des consultations externes est réalisée à l'extérieur. Il s'agit donc de favoriser la réalisation des examens de laboratoires au CHER pour des patients vus en consultation externe. Une action de promotion et de communication de cette possibilité offerte aux patients doit donc être menée.

1 - 2 - Conforter l'offre de soins existante et développer sa performance

Le deuxième enjeu du projet médical du CHER pour 2009-2013 est de conforter l'offre de soins existante et de développer sa performance. Cette recherche d'optimisation et de qualité porte notamment, dans l'état des projets de coopération à l'étude, sur le plateau technique (bloc opératoire, stérilisation, laboratoire, pharmacie, unité de reconstitution des cytostatiques ...) et sur la lutte contre les infections nosocomiales. Le CHER est aujourd'hui classé A dans un classement national sur les infections nosocomiales. Il doit donc maintenir son niveau d'excellence et valoriser son plateau technique, en l'optimisant au regard des évolutions anticipées de l'activité.

1-2-1 Adaptation aux besoins de santé

L'adaptation aux besoins de santé envisagée par le CHER pour les années 2009 à 2013 porte sur des spécialités diverses : des soins palliatifs, en adéquation avec la priorité de soulager les douleurs des patients, aux questions de santé publique (maladies cardio vasculaires, prise en charge de la personne âgée, cancer...).

1-2-2 Développer la performance de l'offre de soins

Il s'agit pour le CHER de compléter son offre de soins, sur des spécialités sur lesquelles il est déjà un établissement de référence pour le département, en développant des techniques de pointe.

➤ Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil obstructifs et par apnées sont fréquents dans la population. Depuis plusieurs années nous les prenons en charge à l'hôpital grâce à une collaboration entre les services d'ORL, maxillo-faciale et pneumologie. Les indications varient selon les pathologies et peuvent faire appel aux trois spécialités. Nous souhaitons formaliser cette prise

en charge par la coordination pluridisciplinaire et poursuivre le développement thérapeutique déjà engagé : chirurgie laser (ORL), orthèse d'avancée mandibulaire (maxillo-facial), CPAP (pneumologie).

➤ SEP

Maladie inflammatoire chronique du système nerveux central, elle touche l'adulte jeune, le plus souvent au moment de l'entrée à la fois dans sa vie professionnelle et dans sa vie affective.

Les nouvelles thérapeutiques demandent comme corollaire obligatoire, un parfait entraînement des équipes médicales et paramédicales à ces traitements nouveaux, et une bonne coordination avec un centre de référence pour certains cas complexes, afin de limiter au maximum le risque de perte de chance pour le patient.

➤ Ophtalmologie : prise en charge de la chirurgie réfractive

Le développement de la chirurgie réfractive en ophtalmologie (myopie, hypermétropie, astigmatisme ...) est très important ces dernières années. Cela constitue une chirurgie de confort participant à une très large amélioration de la qualité de vie des patients. Elle s'adresse à un public jeune (de 20 à 40 ans), population qui n'est pas actuellement ciblée par le service d'ophtalmologie. La mise en place de cette chirurgie ouvrirait donc de nouvelles perspectives pour le CHER, sachant que les gestes chirurgicaux sont classés hors nomenclature, donc valorisant en termes de recettes pour l'hôpital. Le développement de cette chirurgie participerait donc au rayonnement plus important du service d'ophtalmologie du CHER, tout en répondant aux besoins de la population, depuis le plus jeune âge et jusqu'à la fin de vie.

➤ Gastro – entérologie :

Afin d'améliorer l'exploration fonctionnelle de l'ensemble du tube digestif, l'acquisition d'une capsule endoscopique est nécessaire. Celui-ci viendrait en complément du plateau technique existant et permettrait d'accroître la performance de notre offre de soins aux patients.

➤ ORL et maxillo-facial :

L'implantologie dentaire

L'implantologie dentaire cosmétique a pris une grande importance dans les cabinets dentaires de ville. Des reconstructions de grande ampleur sont difficiles à réaliser sous anesthésie locale au cabinet. Les patients qui peuvent relever de ces chirurgies lourdes ont tout intérêt à bénéficier de l'excellence d'un bloc opératoire et de praticiens rompus à ces techniques. Nous mettons en place une collaboration entre odontologie et chirurgie maxillo-faciale dans le service pour rendre ce service à la population, et cherchons également à développer deux synergies :

Chirurgie plastique et implants dentaires

Réhabilitation de bouche en oncologie ORL grâce aux implants

La chirurgie orthognathique et orthopédique dento-maxillo-faciale

La chirurgie orthognathique et orthopédique dento-maxillo-faciale revêt une grande importance à l'heure de la prise en charge orthodontique de nos enfants. Cette chirurgie vient en complément avant, pendant et après l'orthodontie et vient traiter des cas relevant

exclusivement d'elle. Le chirurgien maxillo-facial est formé à une telle chirurgie et nous souhaitons offrir cette possibilité à nos concitoyens.

➤ Création d'un centre médico-sportif

La santé peut être développée, entretenue ou restaurée par l'adoption de mode de vie pour lequel l'activité physique est un facteur essentiel. La médecine, par ses actions de prévention, d'accompagnement, retrouve une dimension éducative au sein de notre société. Les centres médico-sportifs sont l'outil de base du suivi des sportifs où ils pourront trouver une réponse adaptée à leurs problématiques. Cependant, à travers ces centres, des actions ciblées vers le grand public sont entreprises : sensibilisation à pratiquer une activité physique, accompagnement des nouveaux pratiquants sur le plan médical.

L'activité physique est essentiellement réalisée par de nombreux pratiquants de tout âge et plus particulièrement les seniors sans véritable structure médicale qui peuvent les accueillir et les accompagner dans une démarche trop souvent autodidacte.

Le centre médico-sportif leur apportera un premier bilan médical d'aptitude, les orientera vers une activité adaptée et un véritable suivi médical dans leur activité leur sera proposé.

➤ Prise en charge de l'obésité

Le développement de la chirurgie de l'obésité morbide sur le bassin du Puy s'inscrit dans le cadre du développement d'activités nouvelles sur des domaines d'excellence. C'est un projet important en termes de santé publique et de service rendu à la population mais celui-ci ne pourra voir le jour que s'il existe une volonté pour développer un réseau avec les endocrinologues, les psychiatres et les diététiciennes.

➤ Chirurgie du rajeunissement

L'aide en soin de rajeunissement va croissant avec le vieillissement de la population. Nous disposons des moyens qui permettent ces prises en charges, par chirurgie laser, toxine botulinique etc. De plus, le service d'ORL a fait la demande d'autorisation en chirurgie plastique et a obtenu l'agrément pour l'établissement

1-2-3 Adapter la permanence des soins

La permanence des soins correspond à la période pendant laquelle les cabinets médicaux libéraux ne sont pas ouverts, à savoir de 20h à 8h les soirs de semaine, les samedis après midi, dimanches et jours fériés. Elle se décompose en deux actions : la régulation et l'effectation.

La régulation s'articule autour de la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et de l'aide médicale urgente. Pour les détresses vitales, les patients appellent le centre 15. Pour la permanence des soins, les patients appellent le numéro mis en place au niveau départemental (04 71 04 33 33).

L'effectation est réalisée par le médecin libéral d'astreinte sur le secteur. Aujourd'hui, il existe 23 secteurs d'astreinte sur le département de la Haute Loire. La circulaire du 23 mars 2007 redessine la sectorisation du département pour assurer la permanence des soins. De 23 secteurs d'astreinte, la circulaire crée 7 nouveaux secteurs avec un médecin par secteur (correspondant à environ 30 000 habitants). Sur chacun de ces nouveaux secteurs doit être créée une maison médicale de garde, lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de

consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé.

La MMG s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine.

L'enjeu aujourd'hui pour le Centre Hospitalier Emile Roux est de déterminer conjointement avec les représentants des médecins libéraux, les modalités de mise en place de la maison médicale de garde sur le secteur du Puy en Velay.

1 - 3 - L'amélioration de la prise en charge des populations vulnérables/sensibles

Le Centre Hospitalier Emile Roux a pour mission de prendre en charge les populations vulnérables, sensibles. En effet, tous les patients sont en situation de fragilité lors de leur séjour hospitalier. Cependant, certaines populations nécessitent une attention supplémentaire particulière et sont donc considérées comme encore plus fragiles que le reste de nos patients. Le CHER veut donc leur offrir des conditions de prise en charge répondant à la spécificité de leurs pathologies. Les patients ciblés sont les victimes majeures ou mineures de violences, les enfants, les personnes âgées, les personnes atteintes de cancer et/ou de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

En outre, pour ces patients mais aussi pour les autres, il s'agit de développer l'éducation thérapeutique et la prévention en matière de santé publique.

Toutes ces problématiques doivent donc mobiliser les équipes de notre hôpital.

1-3-1 L'Unité Médico-Judiciaire

L'Unité Médico Judiciaire a pour vocation d'accueillir, d'examiner, d'accompagner et d'orienter les victimes de violences que celles-ci soient des femmes, des hommes, des enfants, des mineurs ou des adultes.

Une Unité Médico Judiciaire est un lieu où le médical travaille avec l'autorité judiciaire c'est à dire effectue des actes médicaux à la demande de la police ou de la justice. Ces actes se font essentiellement sur réquisition préalable du Procureur de la République afin de déterminer précisément le cadre de la mission du médecin légiste.

Cette activité est réalisée en mode programmé sur rendez-vous.

L'unité Médico Judiciaire doit être le lien pour la mise en réseau des différents acteurs de la Justice, du Social et de la Santé en charge des victimes de violences :

- Procureur de la République TGI Le Puy
- Police Nationale
- Groupement de Gendarmerie Haute Loire, Techniciens d'Identification Criminelle.
- Associations d'aide aux victimes : Justice et Partage, Médiane, Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)
- Services sociaux de secteur, Assistantes Sociales
- PMI, CASED
- Médecins généralistes, URML
- Professionnels de santé
- Service d'Accueil des Urgences CH Le Puy

1-3-2 Prise en charge des enfants

➤ La prise en charge de l'obésité chez l'enfant

L'obésité de l'enfant est un problème majeur de santé publique. La prévalence de l'obésité infantile augmente de façon préoccupante. Cette augmentation s'est accélérée très rapidement ces dernières années. En France, le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980 et à 16% en 2000. Ce phénomène touche bien sur la région Auvergne : 13,2% en 2006.

Du fait de nombreuses consultations et hospitalisations en Service de Pédiatrie concernant des enfants et des adolescents en surpoids, il y a un intérêt majeur à développer une action particulière pour la prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids, en les rendant acteurs de la démarche et en sensibilisant les familles.

➤ Le dépistage des petites tailles en milieu scolaire

➤ La restructuration de l'unité kangourou

L'unité kangourou est une unité de néonatalogie située au sein du service de maternité de l'établissement. Elle fonctionne depuis novembre 2003 dans des locaux neufs. Après quelques années de recul, il nous semble impératif de réfléchir autour d'une nouvelle organisation de ce service. Il nous semble opportun, alors que la restructuration du service gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier est une réalité à court terme, d'avoir une réflexion autour d'un agrandissement de cette unité.

1-3-3 Prise en charge des personnes âgées

➤ Développement des lits de court séjour gériatrique

En adéquation avec la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, le CHER a décidé d'augmenter sa capacité en lits de court séjour gériatrique (passage à 32 lits lors du déménagement dans le nouveau bâtiment de médecine au cours du premier semestre 2010), afin de mieux répondre aux besoins de santé publique et d'offrir une meilleure qualité de prise en charge des personnes hospitalisées sur le CHER. Une réflexion sur l'organisation territoriale de la prise en charge est en cours avec les établissements du département afin de mieux organiser le suivi médical et de fluidifier la prise en charge de ces patients par la coordination des structures.

➤ Unité Mobile de Gériatrie

La deuxième révision du SROS Auvergne 2006-2011 (septembre 2009) intitulée prise en charge des personnes âgées prévoit :

- la mise en place de consultations d'évaluation gériatrique
- le renforcement de l'organisation des sorties d'hospitalisation
- la création d'équipe mobile de gériatrie « A minima, une équipe mobile de gériatrie sera implantée dans chaque territoire de santé autorisé pour une structure d'accueil des urgences ».

Le département de la Haute-Loire est un département à population relativement âgée (56 500 personnes âgées de 60 ans et plus de 25 000 de 75 ans et plus). Plus d'une personne sur 4 a plus de 60 ans, plus d'une personne sur 10 a plus de 85 ans. Le nombre de personnes âgées dans le département augmentera de manière soutenue, estimé à plus de 8% d'ici 2012, à plus de 14% d'ici 2016.

S'ajoutent les résidants des départements limitrophes dont la démographie est similaire (Haute-Ardèche et Nord Lozère).

La prise en charge de cette population caractérisée par la polypathologie, les déficits fonctionnels plus ou moins invalidants, les limites du maintien à domicile, le déclin cognitif, doit être spécifique. Pour autant, ils sont majoritairement hospitalisés dans des services non gériatriques.

L'UMG va donc permettre une prise en charge et un suivi adaptés quelque soit le service receveur.

1-3-4 La prise en charge des addictions

La prise en charge des addictions est une des missions du CHER. Ce dernier souhaite renforcer son positionnement tant sur le territoire de santé que sur le département, tout en s'inscrivant dans une prise en charge plus globale (liens avec la diététique et la kinésithérapie) mais aussi en s'adaptant à des publics spécifiques (détenus, femmes enceintes ...). Le défi majeur de l'addictologie au CHER est la mise en place d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA sont des structures médico-sociales créées par la loi du 2 janvier 2002 et inscrites au 9° de l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles qui rassemblent sous un statut juridique commun en les remplaçant, les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)

Ces structures de prise en charge en addictologie s'inscrivent dans les orientations du schéma régional médico-social d'addictologie en articulation avec le dispositif hospitalier et la ville. Le schéma prévoit la mise en place de deux CSAPA spécialisés sur le département de la Haute Loire : un spécialisé alcool/tabac qui sera porté par l'ANPAA et un spécialisé toxicomanies qui correspond à l'actuel CSST du CHER. A terme, les deux CSAPA spécialisés devront se regrouper pour constituer un CSAPA généraliste.

La coopération avec l'ANPAA se formalisera tout d'abord par l'élaboration d'un projet thérapeutique commun puis soit par la création d'un GCSMS, soit par la signature d'une convention de coopération entre les deux CSAPA spécialisés, autorisés selon le schéma régional.

Dès lors, le CHER s'est positionné en faveur d'un CSAPA unique pour le département de la Haute Loire, porté par un groupement de coopération social et médico-social. Ainsi, il apparaît fondamental pour offrir une prise en charge optimale à la population. La création de ce GCSMS a pour objectif de fluidifier le circuit du patient et de clarifier les rôles de chacune des structures.

1-3-5 La prise en charge de la douleur chronique

➤ La prise en charge des fibromyalgies

Dans le cadre du Plan Douleur 2006-2010, une prise en charge multidisciplinaire des personnes souffrant de syndromes polyalgiques idiopathiques diffus (fibromyalgies) doit être assurée par un médecin, des kinésithérapeutes, des infirmières et une psychologue formés à la douleur. L'objectif est la réadaptation à l'activité physique en milieu aquatique afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

➤ La prise en charge de l'urgence douloureuse des malades atteints de cancer

La maladie cancéreuse est devenue, grâce aux progrès de la thérapeutique, une maladie chronique. Dans le cadre de la maladie cancéreuse, le patient souffre parfois d'accès douloureux aigus qui doivent être pris en charge rapidement. Il s'agit donc d'organiser cette prise en charge rapide pour les patients non hospitalisés.

1 - 4 - Le développement des complémentarités et la participation active aux réseaux

Notre établissement offre un éventail de prises en charge adapté aux besoins de santé du territoire dans lequel il s'inscrit, conformément aux orientations du SROS III. Son environnement offre aussi des possibilités de développement des prises en charge offertes à la population et les pistes de recours en cas de nécessité d'expertise. Ainsi, l'offre de soins dispensée au CHER n'est pas exhaustive et doit être mise en relation avec les autres offreurs de soins, qu'ils soient du territoire ou non. Le CHER peut lui-même jouer le rôle de recours pour des spécialités non dispensées dans certaines structures. Parallèlement, des filières de soins peuvent s'organiser au travers de consultations avancées assurées par les spécialistes du CHER dans des structures du territoire ou de l'environnement proche. Enfin, le besoin de recours à des spécialistes de haut niveau s'exerce pratiquement exclusivement sur les Centres Hospitaliers Universitaires de la région Auvergne et de la région Rhône Alpes. En effet, situé aux confins de trois régions, le CHER doit définir sa stratégie médicale dans une dimension interrégionale.

Par ailleurs, certains services du CHER travaillent déjà de manière étroite avec les réseaux existants :

- la Gastro entérologie, l'addictologie, la pneumologie avec le Réseau Addictologie
- l'HAD, les soins palliatifs, le moyen séjour, avec RESOPAD
- le service de diabétologie avec l'ARVD, dans le cadre de la formation des professionnels libéraux et hospitaliers à l'ETP, de la formation des professionnels libéraux au diabète, mais aussi dans le projet d'un parcours de santé personnalisé
- les services accueillant des patients atteints de cancer (chirurgie, oncologie, pneumologie, radiothérapie) avec le comité départemental de la Ligue Contre le Cancer

1-4-1 Les complémentarités locales

Elles concernent les médecins généralistes, la Clinique Bon Secours, le Centre Hospitalier Sainte Marie, les Hôpitaux Locaux du département et les EHPAD. Elles porteront notamment sur le plateau technique, les soins de suite et de réadaptation, la mise en place d'un pôle de santé publique et la possibilité de réaliser des consultations avancées dans différentes spécialités.

1-4-2 Les complémentarités régionales et interrégionales

Le CHER souhaite développer les coopérations avec les CHU de Clermont Ferrand et de Saint-Etienne, le Centre Jean Perrin, l'ICL, les Hospices Civils de Lyon (prélèvements de tissus), l'Hôpital Local de Langogne par le biais de consultations avancées ou de partage de temps médical et sur des domaines tels que la cancérologie, les prélèvements d'organes et de tissus et dans les spécialités pour lesquelles le recours à l'expertise est nécessaire.

1-4-3 Développer les partenariats en matière de radiologie et de gestion des internes avec les 2 CHU à proximité du CHER : mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et de compétences médicales

Dans un contexte tendu de démographie médicale et de pénurie de praticiens dans certaines spécialités, et face à l'augmentation du numéris clausus et du nombre d'internes pour limiter cette pénurie, les centres hospitaliers généraux sont très demandeurs d'internes de spécialité mais aussi d'assistants spécialistes et de postes de praticiens partagés. Cette démarche devrait être régionale voire interrégionale afin d'établir une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences médicales sur les spécialités sinistrées.

1 - 5 - Promouvoir la qualité médicale

La qualité médicale est une exigence croissante des praticiens et des patients. Dès lors, le CHER souhaite valoriser cette quête de l'efficacité, et la faire connaître et reconnaître. Il s'agit donc, à travers différentes actions, de mettre en exergue les points forts des prises en charge et des démarches des praticiens pour entretenir et développer leurs compétences.

Enfin, la promotion de la qualité médicale, au-delà des démarches collectives de nos praticiens, passe par une communication appropriée et soutenue institutionnellement.

1-5-1 La formation continue

La formation médicale continue et les évaluations des pratiques professionnelles médicales participent activement à la promotion de la qualité médicale dans le milieu hospitalier et sanitaire. Elles témoignent d'un engagement dans la démarche qualité.

1-5-2 L'information médicale

L'amélioration de l'accès à l'information médicale via différents process, l'informatisation du dossier patient et le décloisonnement de notre hôpital avec l'essor de la télémédecine constituent des moyens modernes d'amélioration de la qualité.

1-5-3 L'engagement dans la réflexion éthique

Il est bien évident que l'éthique est présente au quotidien dans la pratique médicale. Cependant, il semble important de formaliser cette réalité en soulignant les différentes structures qui existent déjà. L'un des moyens de promouvoir l'éthique est de susciter l'engagement dans des formations dispensées sur ce sujet.

1-5-4 L'amélioration de l'organisation du suivi médical, en lien avec la médecine de ville

L'amélioration de l'organisation du suivi médical a pour objectif de fluidifier la prise en charge des patients et d'assurer la continuité de cette prise en charge, dans des conditions optimales. Ainsi, il apparaît essentiel de développer des liens protocolisés entre la médecine de ville et les médecins hospitaliers afin d'améliorer l'un des dysfonctionnements majeurs qui consiste à adresser les patients de médecine générale de ville directement aux urgences du fait des délais d'hospitalisation programmée parfois longs. Il s'agit donc par des moyens modernes de programmer une hospitalisation et tous les examens complémentaires

nécessaires à la bonne prise en charge des patients, permettant par là même une diminution significative des durées moyennes de séjour.

1-5-5 La sécurisation du circuit du médicament et assurance qualité distribution

Un Groupe de travail « sécurisation du circuit du médicament » multidisciplinaire a été constitué en 2006. Une réflexion a été engagée sur le circuit du médicament pour toutes les UF, en terme de gestion des stocks avec l'utilisation de chariots mobiles d'une part et, d'autre part, concernant la mise en place d'un support papier unique de prescription et d'administration, avec évaluation des temps d'IDE et de préparateur.

Un audit du circuit du médicament a été réalisé entre janvier et avril 2007, par les membres de ce groupe de travail, à partir d'une grille d'autoévaluation régionale.

Ce support unique papier de prescription et d'administration, en place dans la plupart des services MCO et SSR, a pour objectifs :

- d'améliorer la lisibilité de la prescription et la conformité de l'administration du médicament par rapport à la prescription,
- de supprimer les retranscriptions et de permettre la traçabilité de l'administration, en temps réel, des médicaments,
- de faire prendre conscience à chaque acteur du circuit du médicament de ses responsabilités
- de réorganiser le travail infirmier afin de dégager le temps nécessaire à la traçabilité de l'administration,
- d'uniformiser les règles de prescription et d'administration des médicaments,
- de préparer l'étape d'informatisation du circuit du médicament.

L'utilisation du même support de prescription dans tous les services de MCO permet d'assurer la continuité des prescriptions 24h/24h, de l'admission jusqu'à la sortie du patient de notre établissement.

L'axe d'amélioration à moyen terme correspondant à l'informatisation du circuit du médicament comprenant les étapes de prescription, analyse pharmaceutique, dispensation et administration, est en cours et décrite dans la fiche action Dossier Patient Informatisé. L'informatisation du circuit du médicament des services pilotes a débuté en janvier 2009 avec ORBIS Médication.

1-5-6 La définition et l'organisation des projets thérapeutiques

La définition et l'organisation de projets thérapeutiques ou chemins cliniques répond à une exigence de prise en charge globale et pluridisciplinaire des pathologies. Elle permet une individualisation et un accompagnement personnalisé du patient. Référentiel de qualité dans le traitement de certaines pathologies (par exemple le cancer), cette démarche doit se développer afin de clarifier, d'anticiper et de fluidifier la prise en charge des patients.

1-5-7 La participation à des protocoles de recherche

Du fait de la synergie soin-enseignement-recherche, ainsi que des liens étroits entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, le lien universités-hôpitaux doit être renforcé. Seules des équipes de taille suffisante et de compétence avérée pourront assurer la triple mission soins-enseignement-recherche. Néanmoins, des équipes extérieures aux CHU (CHG et établissements privés) peuvent participer aux activités d'enseignement et/ou de recherche dans le cadre de conventions, pour une durée définie ; à l'évaluation des résultats simultanément aux CHU auxquels les équipes sont liées. La recherche peut donc être réalisée

dans des centres hospitaliers généraux, tels que le CHER. Elle participe au dynamisme de l'établissement. Ainsi, le CHER souhaite encourager la participation de ses praticiens aux protocoles de recherche, en coopération avec les CHU de Clermont Ferrand, Saint Etienne et Lyon. En outre, les CHU sont favorables à ce type de dispositif et proposent d'aider les CHG à intégrer ces protocoles sur le plan méthodologique et organisationnel en mettant à disposition du centre hospitalier du temps d'attaché de recherche clinique.

1-5-8 La certification

La certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

Toutes les activités ayant une incidence directe ou indirecte sur la prise en charge du patient sont concernées. La certification est renouvelée tous les quatre ans. Le CHER s'est engagé dans la certification V2010 et sera parmi les premiers établissements visités dans le cadre de cette version.

1-5-9 La poursuite de la lutte contre les infections nosocomiales

Le CHER est aujourd'hui classé A dans un classement national sur les infections nosocomiales. Il doit donc poursuivre la démarche engagée dans la lutte contre les infections nosocomiales afin de répondre aux exigences nationales.

1 - 6 – Conclusion

Elaboré par l'ensemble des équipes soignantes, ce projet médical, « feuille de route » pour les années 2009-2013, sera décliné, en cohésion avec la Nouvelle Gouvernance, dans les contrats de pôles en cours de finalisation et qui seront signés très prochainement.

Ambitieux et réaliste, ce projet médical, centré sur la réponse aux besoins de santé de la population de notre territoire, traduit la volonté de conforter et d'améliorer les prises en charge actuelles, de développer de nouvelles offres de soins en adéquation avec les besoins de santé publique, en particulier vis-à-vis des populations dites « sensibles ».

Points forts de ce projet :

- la mise en place et le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle,
- l'ouverture vers l'extérieur se traduisant par l'extension des coopérations locales et régionales et la participation en réseau aux autres formes de prise en charge.

Fidèle aux valeurs retenues par la communauté hospitalière : « respect » et « excellence », la promotion de la qualité déclinée sous toutes ses formes est une volonté forte de l'ensemble des acteurs, véritable « fil d'Ariane » unissant les différents axes de développements de ce projet médical.

Le Centre Hospitalier Emile Roux, à travers ce projet médical 2009-2013 entend occuper pleinement son rôle de centre de référence départementale.

2 - LE PROJET DE SOINS

Le projet de soins permet de formaliser les orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les organisations et les pratiques. Il donne un sens à l'action.

Le projet de soins s'adresse à l'ensemble des paramédicaux et concerne tous les usagers accueillis au Centre Hospitalier du nouveau né à la personne âgée. Le projet de vie des unités de long séjour fait partie intégrante de ce projet.

“Le soin est un ensemble d'actions de nature préventive, curative, éducative, technique et relationnelle. Ces actions ont pour but de promouvoir, protéger, maintenir, restaurer la santé physique et mentale, l'autonomie des personnes et de les accompagner en fin de vie. Elles répondent aux besoins des patients et de leur entourage dans le cadre d'un contrat de prise en charge et dans une approche globale, adaptée et individualisée”.

Au-delà de ces actions, dans un contexte de changements importants et d'évolutions multiples (nouvelle gouvernance, plan de retour à l'équilibre budgétaire, restructurations architecturales et organisationnelles, développement de nouveaux modes de prise en charge de la personne soignée, ...) les professionnels de santé veulent se donner les moyens de préserver et enrichir pour le patient une prise en charge sécurisée, pluridisciplinaire, personnalisée, de qualité.

Parce que chaque être humain est unique, le projet de soins s'appuie sur les valeurs suivantes : le respect de l'autre, l'écoute, afin de laisser au patient la possibilité de s'exprimer, lui donner une place dans le soin et le rendre acteur de sa prise en charge. Une relation professionnelle de confiance doit s'instaurer entre le patient, le soignant, son entourage qui repose sur une collaboration et une coordination efficace entre les acteurs. Le projet de soins s'appuie aussi sur le cadre législatif et réglementaire : les décrets de compétence.

Les droits des patients, les différentes chartes (charte de la personne hospitalisée, charte de l'enfant hospitalisé, charte de la personne âgée dépendante), le manuel de certification et les recommandations de la Haute Autorité de Santé et les missions du service public guident enfin la politique de soins.

Ce projet s'articule autour de quatre axes de développement.

2 - 1 - Organiser une prise en charge efficace et de qualité de la personne soignée

2 - 1 - 1 - Le circuit du patient

La prise en charge des patients exige l'assurance de prestations de qualité, de sécurité tout au long du déroulement du séjour. Un guide de bonnes pratiques incluant les recommandations et les règles à respecter en matière d'accueil, de respect du secret professionnel et de la confidentialité, de respect de l'intimité et de la dignité du patient, de bienveillance, d'information du patient, de désignation de la personne de confiance, et de préparation de la sortie sera élaboré, validé et diffusé aux professionnels qui devront se l'approprier et le mettre en pratique.

La prestation repas fait intégralement partie du projet de soins. Elle contribue à l'amélioration de la satisfaction du patient et de sa prise en charge. Elle respecte les règles d'hygiène et l'équilibre nutritionnel. Les équipes soignantes participent au recueil d'indicateurs de qualité permettant de dépister les troubles nutritionnels. Elles participent à ce jour à l'harmonisation des pratiques en s'appuyant sur des principes de qualité incontournables issus d'une réflexion dans le cadre de la mission MEAH restauration.

La personne soignée souffrant de pathologie chronique, attend une prise en charge qui lui permette de « gérer » sa maladie. Pour cela, elle doit pouvoir bénéficier d'actions d'éducation thérapeutique. Les professionnels para médicaux sont un maillon important de cette organisation. L'organisation de l'éducation thérapeutique sera formalisée et encouragée au Centre Hospitalier Emile ROUX.

Dans le cadre du plan cancer, une consultation d'accompagnement Infirmière Diplômée d'Etat a été créée en 2008. Une réflexion doit être à nouveau engagée avec les Infirmières Diplômées d'Etat de la consultation, les cadres et les médecins pour donner un nouvel élan à cette consultation. Cette dernière devrait répondre aux questionnements des patients et leur permettre d'appréhender plus sereinement leur maladie.

Fin mars 2009, une nouvelle alternative à l'hospitalisation a vu le jour au travers du service d'Hospitalisation à Domicile. Son caractère généraliste permet à beaucoup de services de s'impliquer dans ce nouveau mode de prise en charge.

Pour chaque personne soignée, les douleurs chroniques, aiguës, physiques ou morales sont prises en compte et tous les moyens sont mis en œuvre pour les prendre en charge en collaboration avec les équipes médicales.

En lien avec le projet de soins, un projet de vie est élaboré pour améliorer la prise en charge des résidents des unités de longue durée. Sa mission principale est d'apporter un bien être physique et psychologique au résident et à sa famille dans un contexte de sécurité.

La prise en charge des patients en soins palliatifs est organisée sur l'établissement et les équipes sont formées.

Lors de la prise en charge des patients décédés, un accompagnement de la famille et des proches est effectué jusqu'à la sortie du corps du défunt du service ou de la chambre mortuaire. La personne décédée est traitée avec égard et respect. Sa dignité est respectée dans l'unité de soins, lors du transport et à la chambre mortuaire.

2 - 1 - 2 - Hygiène- Sécurité- Qualité des soins

Toute personne hospitalisée doit bénéficier de soins de qualité dispensés en toute sécurité dans le respect de protocoles de soins, d'hygiène (procédures...) élaborés par les équipes expertes et les professionnels de terrain et validés par les instances de l'établissement.

Le rôle des professionnels de santé dans ces prises en charge est identifié et répond aux exigences des décrets de compétence de chaque professionnel. Des évaluations de pratiques professionnelles sont planifiées afin de réajuster les pratiques et de les valoriser.

2 - 1 - 3 - Du dossier papier au dossier de soins informatisé /Transmissions

La prise en charge du patient est formalisée et tracée dans le dossier de soins et notamment à partir des transmissions ciblées. Les professionnels de santé de la Direction des Soins s'impliqueront dans l'élaboration et la mise en place du dossier de soins informatisé. L'étude conduite sur les transmissions orales sera finalisée et des actions d'amélioration sur le contenu et les conditions seront mises en place pour promouvoir des transmissions concises, précises, pertinentes et respectant le temps imparti.

Le contenu du dossier de soins est évalué suivant un calendrier prédéfini.

2 - 2 - Mettre en place une évaluation de la charge de travail en soins

La Direction des Soins souhaite mettre en place une évaluation de la charge de travail, associant charge en soins et activités afférentes aux soins afin de permettre une meilleure allocation quantitative et qualitative de ressources et une utilisation pertinente des moyens alloués.

2 - 3 - Acquisition, entretien et valorisation des compétences

Les professionnels atteignent un niveau de compétence en maintenant et développant les compétences de bases et en acquérant des compétences spécifiques en fonction du secteur d'activité.

Les professionnels et l'encadrement participeront à la politique institutionnelle de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

L'organisation et le fonctionnement de la Direction des Soins sont formalisés. Les métiers et notamment les métiers d'encadrement seront identifiés et valorisés. Le profil du métier de cadre sur le Centre Hospitalier Emile ROUX et la définition de ses missions permettront le repositionnement et sa reconnaissance dans l'institution.

La journée « pratiques soignantes » est organisée chaque année par la commission des soins infirmiers de rééducation et médico technique pour les professionnels hospitaliers et extra hospitaliers. Cette journée a pour but de développer les échanges, valoriser le travail des équipes, de promouvoir les pratiques soignantes et de développer la communication interne et externe.

Les professionnels de terrain participent et s'impliquent dans la formation des futurs professionnels. Une réflexion sera conduite en lien avec les instituts de formation sur l'encadrement des étudiants en stage et notamment l'encadrement des étudiants Infirmiers Diplômés d'Etat en raison de la mise en place du nouveau programme à la rentrée de septembre 2009.

Un travail sur l'intégration des pairs sera mené afin de faciliter leur intégration dans les unités et de les rendre rapidement autonomes et efficaces.

2 - 4 - Développer des actions de coopérations avec les structures et professionnels extérieurs

Les professionnels développent et entretiennent des partenariats avec les structures extérieures départementales, régionales (Ex : HAD, réseaux, filières de soins...).

3 - LE PROJET SOCIAL

Le Centre Hospitalier Emile ROUX a manifesté sa volonté forte de bâtir un projet social opérationnel pour les 5 années à venir, en phase avec les orientations institutionnelles du nouveau document d'orientation stratégique, et plus particulièrement avec le projet médical et le projet de soins.

Les bases réglementaires du projet social ont été posées par la loi du 31 juillet 1991 et invitent les établissements à élaborer un projet devant, entre autre, établir "les objectifs généraux de la politique sociale et des plans de formation".

Ce dispositif a été enrichi de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui crée "le contrat d'objectifs et de moyens" qui doit disposer d'un volet social déterminant la stratégie et les moyens mis en œuvre par l'établissement en matière de ressources humaines.

Puis, le protocole du 14 mars 2000 a mis l'accent sur la nécessaire modernisation du service public hospitalier avec, pour appui, un projet social cohérent émanant d'une nouvelle dynamique de négociation interne.

Enfin, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 précise que "le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs".

Le projet social revêt ainsi une dimension particulière allant nettement au-delà de la seule adaptation des ressources humaines aux évolutions prévues par le projet d'établissement.

Parce qu'il est le fruit d'une élaboration concertée avec les partenaires sociaux, le projet social apparaît en lui-même un élément important du dialogue social à l'hôpital. Il constitue un acte de management fort parce que mobilisateur des ressources humaines au bénéfice desquelles il est élaboré et porteur de la politique institutionnelle.

Ce document négocié avec les partenaires sociaux permet au Centre Hospitalier Emile ROUX de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des personnels.

Le projet social élaboré se veut être ambitieux et réaliste. Il veut anticiper les évolutions tout en maîtrisant la réalité quotidienne.

Il se veut être à la fois un document prospectif et un outil qui doit permettre aux personnels d'évoluer, certes au bénéfice du Centre Hospitalier Emile ROUX, mais aussi pour eux-mêmes. Ces deux notions doivent interagir.

Le projet social se veut être un document qui associe intérêt général et intérêts particuliers.

Les axes de progrès retenus s'articulent autour de 4 grands thèmes :

- 1- La valorisation des métiers à l'hôpital**
- 2- Les conditions de travail et les conditions de vie au travail**
- 3- L'accompagnement social et statutaire**
- 4- Une démarche territoriale.**

Au-delà des actions proposées autour des quatre grandes thématiques, le projet social révèle des principes essentiels et de valeurs fortes :

↳ La considération et le respect des personnels, quels que soient leur statut et leurs qualifications.

↳ Le dialogue et l'écoute, fondement d'une politique permanente de concertation et de discussion, garantissant la fiabilité des engagements réciproques.

↳ Le décloisonnement, source de compréhension des différents modes de fonctionnement institutionnel.

↳ L'adéquation des qualifications aux missions imparties en lien avec les affectations et les postes de travail.

↳ Enfin, l'appartenance de chacun à l'accomplissement des missions du Centre Hospitalier Emile Roux.

3 - 1 - La valorisation des métiers à l'hôpital

Dans le contexte du projet d'établissement et du projet médical, la redéfinition des activités du Centre Hospitalier Emile ROUX conduit à une réflexion approfondie sur les métiers. A ce titre, 4 actions fortes sont retenues.

3 - 1 - 1 - Développement qualitatif de la formation continue

Objectifs :

- Intégrer et mettre en place de nouvelles modalités de formation (e-learning, formation par correspondance).
- Favoriser l'accès à la formation continue des catégories C.
- Revoir la méthodologie d'élaboration du plan de formation, l'articuler autour de quelques grandes thématiques et prendre en compte la contractualisation interne.
- Bâtir un plan de formation pluriannuel.
- Favoriser les départs en formation en intégrant la gestion des remplacements dans les crédits formation.

3 - 1 - 2 - Reconnaissance et valorisation des fonctions

Objectifs :

- Stricte application des décrets de compétences des professions réglementées.
- Donner de la lisibilité à la gestion de la carrière en lien avec les fonctions.
- Elaboration de fiches métiers.
- Définir et mettre en œuvre une politique d'affectation interne.

3 - 1 - 3 - Respect des décrets et des compétences des professions réglementées

Objectifs :

- Mise en place d'une veille réglementaire des conditions d'exercice professionnel.
- Garantir l'application des décrets régissant les professions.
- Mettre en adéquation grade et fonctions exercées.

3 - 1 - 4 - Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Objectifs :

- Définir et mettre en place une démarche “Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences” (GPMC) sur l’établissement.
- Passer d’une logique de qualifications professionnelles à une logique de compétences métiers.
- Cartographier les métiers exercés sur le Centre Hospitalier Emile Roux.
- Anticiper les évolutions des métiers nécessaires aux missions du Centre Hospitalier Emile Roux.
- Elaborer et mettre en place un plan prévisionnel de formation et/ou de recrutement.

3 - 2 - Les conditions de travail et les conditions de vie au travail

Deuxième grande thématique du projet social, l’amélioration des conditions de travail est sans nul doute une garantie du mieux être au travail, générateur lui-même d’une plus grande motivation.

C’est en effet via les conditions de travail que les personnels sont amenés à apprécier l’investissement institutionnel à leur bénéfice. Treize actions sont programmées dans cette logique.

3 - 2 - 1 - Conditions de travail : organisation du temps travaillé

Objectifs :

- Définir et mettre en œuvre une politique et des modalités d’élaboration de planning de travail concertées et partagées.
- Définir et mettre en place une gestion adaptée de la programmation des congés annuels, notamment des congés d’été.
- Diffuser et communiquer les règles de décompte du temps de travail.
- Communiquer sur un support régulier et automatique l’état des obligations des agents et le décompte du service fait.

3 - 2 - 2 - Conditions de travail : relations professionnelles

Objectifs :

- Elaboration et mise en place d’une charte des bonnes relations professionnelles.
- Elaboration et diffusion d’une charte de gestion des plannings et du temps travaillé.

3 - 2 - 3 - Prévention de l’Absentéisme/Ergonomie

Objectifs :

- Identifier les causes de l’absentéisme notamment pour la maladie ordinaire et accident de travail.
- Mettre en place les outils de suivi.
- Réduire le niveau de l’absentéisme pour maladie ordinaire et accident de travail.
- Développer les études d’ergonomie au poste de travail.
- Adapter les équipements et les organisations.

- Revoir et adapter les modalités de choix des équipements et des outils de travail.
- Mettre en place un plan d'équipements adapté à l'exercice des fonctions.

3 - 2 - 4 - Mobilité interne

Objectifs :

- Définir et mettre en œuvre une politique de mobilité interne.
- Promouvoir la mobilité interne des agents.
- Accompagner et faciliter les changements d'affectation.
- Entretenir les compétences professionnelles en maintenant le niveau de qualification.
- Favoriser l'ouverture des unités et favoriser le sentiment d'appartenance à l'institution.

3 - 2 - 5 - Conditions de vie au travail : temps partiel et affectation

Objectifs :

- Définir et mettre en place une politique adaptée de gestion des temps partiels.
- Favoriser le temps choisi en intégrant les contraintes des unités.
- Favoriser les changements d'affectation en garantissant la pleine connaissance du poste choisi.
- Favoriser les stages inter-services avant tout changement d'affectation
- Mettre en place une politique d'accueil.
- Mettre en place une politique de tutorat pour les nouveaux professionnels ou lors de changement d'affectation.

3 - 2 - 6 - Conditions de rémunération et présentéisme

Objectifs :

- Mettre en place des éléments de rémunération valorisant le présentéisme et l'investissement professionnel.
- Accroître la valorisation du présentéisme par une redistribution adaptée de la prime de service.

3 - 2 - 7 - Effectif minimum lors des mouvements sociaux

Objectifs :

- Assurer la qualité et la sécurité des soins en période de mouvements sociaux.
- Maintien de l'activité non reportable.

3 - 2 - 8 - Prévenir l'absentéisme et identifier la charge de travail

Objectifs :

- Réduire le niveau de l'absentéisme pour la maladie ordinaire et les accidents de travail
- Identifier les causes d'absentéisme pour maladie ordinaire et accident de travail
- Mettre en place des outils objectifs de mesure de la charge de travail en lien avec le CHSCT et la Direction des Soins (axes du projet de soins).

3 - 2 - 9 - *Attractivité et fidélisation*

Objectifs :

- Définir et mettre en place une politique attractive de recrutement.
- Anticiper les recrutements des professionnels en créant des liens avant la fin des scolarités et les instituts de formation.
- Promouvoir la promotion professionnelle interne et donner de la lisibilité sur les perspectives de prise en charge.

3 - 2 - 10 - *Accueil petite enfance*

Objectifs :

- Offrir des solutions de garde de la petite enfance pour les agents salariés.
- Offrir des possibilités de gardes périscolaires notamment pendant les périodes de congés scolaires courtes.
- Adapter l'offre de garde d'enfant aux spécificités hospitalières notamment en terme d'horaires.

3 - 2 - 11 - *Développer le partenariat avec les partenaires hospitaliers : C.G.O.S, M.N.H et Partenaires Associatifs*

Objectifs :

- Favoriser l'accès des agents aux services des partenaires CGOS, ANFH, MNH.
- Développer et faciliter les conditions d'accès des agents aux correspondants locaux des organismes : présentation dans les services.
- Donner de la lisibilité sur les services associatifs disponibles pour les agents.

3 - 2 - 12 - *Restriction physique d'emploi et postes aménagés*

Objectifs :

- Définir et mettre en place une politique d'affectation pour les agents concernés par des restrictions d'emploi.
- Identifier des postes aménageables par pôle.
- Coordonner et associer les acteurs Direction – Médecine du Travail – Cadre Supérieur de Pôle dans la réaffectation des agents.

3 - 2 - 13 - *Prévention de l'Absentéisme/Ergonomie pour les agents de nuit*

Objectifs :

- Identifier les causes de l'absentéisme pour les agents de nuit
- Mettre en place les outils de suivi.
- Réduire le niveau de l'absentéisme des agents de nuit.
- Développer les études d'ergonomie au poste de travail.
- Adapter les équipements et les organisations.
- Revoir et adapter les modalités de choix des équipements et des outils de travail.
- Mettre en place un plan d'équipements adaptés à l'exercice des fonctions.
- Réfléchir sur la mobilité jour/nuit avec la Direction des Soins pour développer les compétences.

3 - 3 - L'accompagnement social et statutaire

4 actions fortes ont été retenues pour garantir les accompagnements statutaires et sociaux des agents.

3 - 3 - 1 - Politique de résorption de l'emploi non statutaire

Objectifs :

- Elaborer et mettre en place un plan pluriannuel d'intégration sous statut des agents contractuels.
- Réduire l'emploi non statutaire en lien avec la réduction de l'absentéisme.
- Définir et mettre en place une politique quantitative et qualitative de gestion des contrats en fixant : une durée de contrat maximale, un pourcentage de l'emploi contractuel par rapport à l'emploi statutaire.
- Redéfinir les modalités et les supports d'évaluation des agents contractuels.

3 - 3 - 2 - Déroulement de carrière et affectations

Objectifs :

- Accompagner et donner de la lisibilité sur le déroulement de carrière des agents.
- Garantir l'adéquation : Emploi – Affectation – Grade – Carrière.
- Accompagner les changements de carrières notamment lors des reclassements.

3 - 3 - 3 - Accompagner l'accueil et le départ des agents

Objectifs :

- Définir et mettre en place une politique d'accueil des nouveaux salariés, ou lors de changements d'affectation.
- Favoriser le tutorat professionnel.
- Accompagner les agents lors de leur départ de l'institution, quel qu'en soit le motif.

3 - 3 - 4 - Observatoire de l'emploi hospitalier

Objectifs :

- Mettre en place un observatoire de l'emploi sur le Centre Hospitalier Emile Roux.
- Création d'une rubrique intranet donnant un libre accès à des données quantitatives et qualitatives sur l'emploi de l'établissement.

3 - 4 - Une démarche territoriale

Dans le contexte actuel d'évolution réglementaire, notamment de l'environnement hospitalier, le Centre Hospitalier Emile Roux a retenu 3 actions concourant à une démarche territoriale.

3 - 4 - 1 - Intégration territoriale de la politique de formation continue

Objectifs :

- Etendre l'offre de formation du Centre Hospitalier Emile Roux sur le territoire.

- Promouvoir ses savoir-faire internes : Unité Interne de Formation/Département Formation Incendie/Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.
- Développer les coopérations en faisant partager les formations développées par les unités du Centre Hospitalier Emile Roux.
- Etudier la mise en place de formations non présentes sur le territoire (exemple : Certificat de Capacité d'Ambulancier).
- Intégrer les journées pratiques soignantes au plan de formation institutionnel et en assurer le développement.

3 - 4 - 2 - Démarche territoriale de coopérations

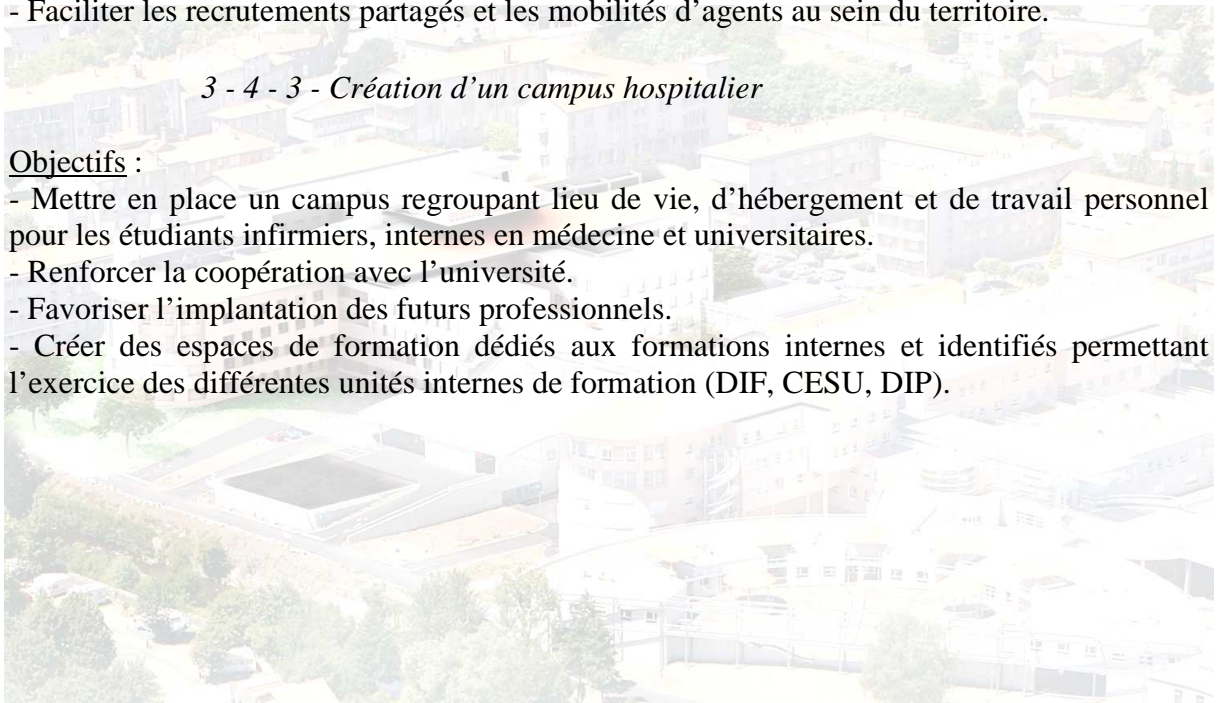
Objectifs :

- Accompagner la mise en place des réformes hospitalières.
- Développer les coopérations territoriales en faisant partager les expertises de compétences professionnelles du Centre Hospitalier Emile Roux.
- Faciliter les recrutements partagés et les mobilités d'agents au sein du territoire.

3 - 4 - 3 - Création d'un campus hospitalier

Objectifs :

- Mettre en place un campus regroupant lieu de vie, d'hébergement et de travail personnel pour les étudiants infirmiers, internes en médecine et universitaires.
- Renforcer la coopération avec l'université.
- Favoriser l'implantation des futurs professionnels.
- Créer des espaces de formation dédiés aux formations internes et identifiés permettant l'exercice des différentes unités internes de formation (DIF, CESU, DIP).



4 - LE PROJET QUALITE

Les démarches « qualité » dans les établissements de santé sont mises en avant depuis quelques années notamment par la certification.

Ces démarches concourent directement à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et s'appuient sur un cadre législatif et réglementaire :

- Manuel de certification V2010 :

- **Loi n°2004-810 du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie

- **Décision n°2008.12-091/MJ** du Collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la procédure de certification des établissements de santé.

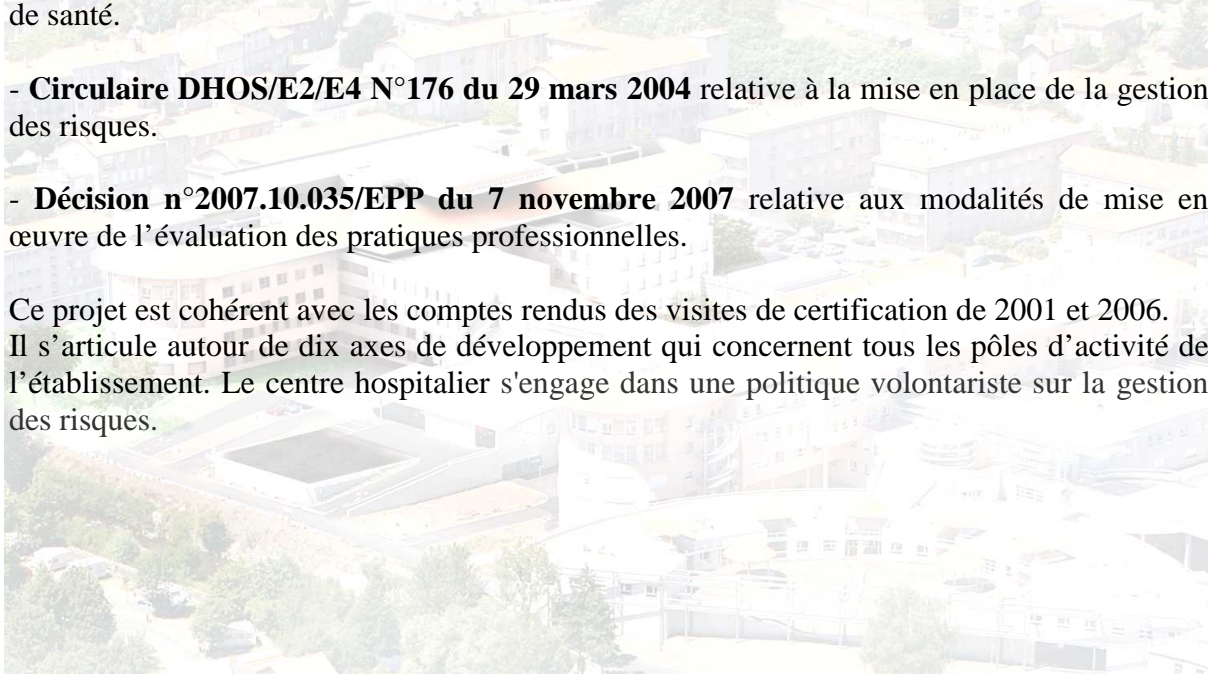
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- **Circulaire DHOS/E2/E4 N°176 du 29 mars 2004** relative à la mise en place de la gestion des risques.

- **Décision n°2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007** relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce projet est cohérent avec les comptes rendus des visites de certification de 2001 et 2006.

Il s'articule autour de dix axes de développement qui concernent tous les pôles d'activité de l'établissement. Le centre hospitalier s'engage dans une politique volontariste sur la gestion des risques.



4 - 1 - Renforcer le pilotage de la gestion des risques et de la coordination des vigilances

4 - 1 - 1 - La gestion des risques

Le comité de pilotage de gestion des risques chargé de définir la politique de gestion des risques et sa mise en œuvre sera opérationnel en 2009. Chaque année, il se positionnera sur les objectifs prioritaires de l'année à venir.

L'organisation du projet gestion des risques comprend :

- L'analyse des risques a priori avec l'élaboration d'une cartographie des risques
- L'analyse des risques a posteriori. La déclaration des événements indésirables est organisée sur le CHER. Des indicateurs sont diffusés régulièrement. Tous les événements indésirables survenus au sein de l'établissement doivent être déclarés par les agents afin que la Direction Qualité et la Cellule Gestion des Risques en soient informées. La cellule de gestion des risques renforcera son action afin d'identifier les causes et de mettre en place des mesures correctives pérennes afin d'éviter que ces événements ne se reproduisent.

4 - 1 - 2 - Coordonner les vigilances

Neuf vigilances sont recensées et organisées. Un correspondant est identifié pour chacune d'elles. Un coordonnateur des vigilances doit être identifié pour coordonner les actions menées sur l'établissement.

4 - 2 - Formaliser un rapport d'activité sur la démarche qualité et la gestion des risques

La cellule qualité, la cellule gestion des risques et les vigilants rédigeront un rapport d'activité qui sera revu chaque année et qui permettra de définir les objectifs pour l'année suivante.

4 - 3 - Développer les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP)

Les EPP contribuent à améliorer la qualité. La cellule qualité en lien avec la sous-commission EPP/FMC initie, développe, enregistre et recense les EPP. Elle propose une aide méthodologique. La commission des soins infirmiers médicaux techniques et de rééducation est mobilisée pour les EPP para médicales.

4 - 4 - Promouvoir la Gestion documentaire

La cellule qualité gère la documentation qualité de l'établissement afin que chacun dispose du bon document au bon endroit.

Tous les documents spécifiques des services doivent être intégrés à la gestion documentaire ainsi que les documents externes (documents provenant des fournisseurs,...).

4 - 5 - Réussir la certification V2010

La cellule qualité organise l'autoévaluation, fixe le calendrier d'autoévaluation et suit la visite. Les conclusions du rapport sont prises en compte dans le plan pluriannuel d'amélioration de la qualité.

4 - 6 - Développer le recueil d'indicateurs

L'établissement recueille les indicateurs demandés par la HAS. L'exploitation est à organiser. La cellule gestion des risques diffuse des indicateurs de pilotage.

4 - 7 - Planifier la Démarche Qualité

La cellule qualité élabore le Plan Pluriannuel pour l'Amélioration de la Qualité (PPAQ) à partir des résultats de certification, de la gestion de risques... L'élaboration et le suivi du PPAQ sont à organiser.

4 - 8 - Organiser la veille réglementaire

Une veille réglementaire est à organiser. Elle doit contribuer à la mise en conformité avec la réglementation.

4 - 9 - Développer des actions de formation qualité gestion des risques et des vigilances, gestion documentaire

La sensibilisation des professionnels à la qualité et à la gestion des risques passe par la mise en place d'un module de formation interne réalisé par la cellule qualité.

4 - 10 - Poursuivre la participation à des activités externes

La cellule qualité participe aux différentes réunions du Groupe Régional pour la Qualité en Auvergne (GREQUAU) mais également à toutes réunions pouvant permettre des échanges de pratiques telles que les cercles qualité, les réunions DRASS sur la gestion des risques,...

5 - LE PROJET PATIENT, USAGER, CLIENT

Depuis quelques années, la législation évolue pour impliquer de plus en plus les usagers dans l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé et pour tendre vers une démarche de partenariat entre ceux-ci et les associations d'usagers.

La dénomination de la personne hospitalisée a évolué : de malade, patient, il est devenu usager, client, partenaire. Aujourd'hui, les malades, les usagers revendiquent un rôle actif dans le suivi et la participation aux soins. Regroupés en associations, ils veulent devenir des acteurs de l'évolution du système de santé.

Au Centre Hospitalier Emile Roux, les représentants des usagers sont associés et participent activement à différentes instances, groupes de travail dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes soignées et favoriser le dialogue sur le fonctionnement de l'hôpital. Ils ont une place importante, active et reconnue notamment au sein de la CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge) où leur avis est attendu, entendu et pris en compte.

Le Projet Patient, Usager, Client, élaboré par les membres de la CRUQPC, s'articule autour des axes de la Charte de la personne hospitalisée (circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006).

Ce projet a pour but d'améliorer les relations avec les usagers, de préserver et de renforcer le lien de confiance qui existe entre les usagers et les professionnels qui travaillent au Centre Hospitalier Emile Roux.

5 - 1 - Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées

Le Centre Hospitalier Emile Roux développe des conventions avec les associations de bénévoles intervenants sur l'établissement, dans l'esprit de favoriser leur participation auprès des personnes soignées.

L'accès à l'hôpital est facilité pour les personnes les plus démunies. La permanence d'accès aux soins de santé du Centre Hospitalier Emile Roux est effective.

Les personnes détenues, prises en charge par les services du Centre Hospitalier, disposent des mêmes droits que les autres personnes hospitalisées.

5 - 2 - Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

Le Centre Hospitalier Emile Roux organise la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. La personne soignée a droit à recevoir des soins visant à soulager sa douleur qui doit être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer une vie digne jusqu'à la mort. Le corps du défunt est traité avec égard et respect. L'entourage bénéficie d'un soutien et d'une information adaptée.

5 - 3 - L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

Les professionnels veillent à ce que l'information des personnes hospitalisées et de leurs proches, concernant la prise en charge financière des actes pratiqués, soit assurée et adaptée, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient.

5 - 4 - Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.

Lors de son admission, les professionnels de santé informent systématiquement la personne hospitalisée majeure de la possibilité qui lui est offerte de désigner une personne de confiance.

Les personnes hospitalisées sont informées de la possibilité de rédiger, pour le cas où elles ne seraient plus en état d'exprimer leurs volontés, des directives anticipées.

5 - 5 - Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépiçage

Une activité de Prélèvements Multi Organes et de tissus est organisée au Centre Hospitalier Emile Roux et permet de recenser et de réaliser des prélèvements tout au long de l'année.

5 - 6 - La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose

Une personne hospitalisée ne peut être retenue par l'établissement. Les professionnels doivent informer les patients des risques encourus. Un protocole commun à toutes les unités doit être rédigé. De même les personnels sont informés de la conduite à tenir en cas de fugue.

5 - 7 - La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité

Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins et à tout moment de son séjour hospitalier.

Le Centre Hospitalier Emile-Roux organise le fonctionnement des consultations externes et l'accomplissement des formalités administratives liées à l'hospitalisation, de manière à réduire le plus possible les déplacements et les délais d'attente.

Lors de son hospitalisation, la personne hospitalisée est responsable de tous les objets qu'elle garde dans sa chambre. Les usagers sont informés des modalités de dépôts et retraits des valeurs qu'ils peuvent effectuer au coffre de l'hôpital.

5 - 8 - Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent

Le personnel est tenu au secret professionnel et à la discrétion professionnelle. L'établissement garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières).

5 - 9 - La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

Les demandes de consultations de dossier médical sont en constante évolution. Le service de soins pourrait anticiper en communiquant aux patients une copie de certains documents (copie courrier de sortie ...).

5 - 10 - La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux

Les missions de la CRUQPC consistent à apprécier les pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et formuler des recommandations ou développer des pistes d'amélioration.



LES PROJETS CIBLES



6 - LE PROJET DE GESTION

6 - 1 - Les réformes de la nouvelle gouvernance et de la T2A ont incité le Centre Hospitalier Emile-Roux à revoir ses modes de gestion

Les réformes de la Nouvelle Gouvernance et de la Tarification à l'Activité incitent les établissements à revoir leurs modes de gestion, avec pour objectif une meilleure utilisation des ressources. Elles conduisent à l'officialisation d'un pilotage médico-administratif de l'hôpital, qui se décline notamment dans la mise en place du conseil exécutif et dans une organisation en pôles d'activités cliniques et médico-techniques, et à une logique d'attribution des moyens en fonction de l'activité constatée. Le CHER a progressivement adapté son organisation aux réformes. Cinq pôles cliniques et médico-techniques ont ainsi été mis en place dès 2005.

Avec la mise en place d'une cellule d'analyse de gestion travaillant en lien avec le Département d'Information Médicale (DIM), le CHER a également voulu adapter ses outils à la T2A. La réforme de la T2A fait en effet en partie reposer l'équilibre budgétaire de l'établissement sur la qualité et l'exhaustivité du codage par les praticiens et sur la connaissance et la maîtrise des coûts à l'hôpital.

La gestion du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est aujourd'hui de la responsabilité de deux médecins DIM. Un accompagnement de la société Altao sur l'exhaustivité du codage et les contrôles qualité a eu lieu tout au long de l'année 2008.

La comptabilité analytique s'est mise en place dans l'établissement de manière progressive. Elle est indispensable pour répondre aux enjeux de la T2A, grâce à la mise à disposition d'outils de pilotage permettant d'appréhender la contribution de chaque service à la situation globale de l'établissement. Après la refonte du fichier structure début 2006, le CHER a bénéficié en 2007 d'un accompagnement de la MEAH sur la mise en place de la comptabilité analytique, travail qui a abouti à la production des comptes de résultats analytiques 2006. En 2008, l'analyse de gestion a produit pour la première fois en autonomie les comptes de résultats analytiques pour l'exercice 2007.

La mise en place de la comptabilité analytique s'est accompagnée d'informations et de sensibilisation des acteurs hospitaliers à ces nouveaux outils.

6 - 2 - Renforcer le dispositif d'accompagnement du pilotage médico-économique

L'établissement doit poursuivre le développement d'outils fiables et faciles à mettre en œuvre, au service de l'efficacité.

6 - 2 - 1 - Améliorer la connaissance des coûts

La démarche de comptabilité analytique doit être mise en place en routine. Parallèlement, l'établissement souhaite intégrer deux nouvelles bases qui lui permettraient d'affiner la connaissance de ses coûts internes de production :

- la base d'Angers : l'établissement souhaite intégrer cette étude en 2009
- l'ENCC (Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune) : à partir d'un panel d'établissements, cette étude établit un coût complet par séjour. Elle est un élément essentiel de la politique tarifaire nationale. Le CHER souhaite intégrer cette étude en 2010. Un important travail de préparation est nécessaire en amont, pour répondre au cahier des charges de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation).
L'intégration dans ces bases nécessitera l'appui d'un système d'information performant.

6 - 2 - 2 - Développement d'une expertise médico-économique

La cellule d'analyse de gestion, en lien avec le DIM, doit apporter aux décideurs un éclairage médico-économique sur les projets stratégiques (réorganisation...). Les outils développés par l'analyse de gestion ont en effet pour objectif de donner une connaissance des coûts de production d'une activité au regard des recettes qui sont générées.

6 - 2 - 3 - Poursuivre et développer les actions de sensibilisation et d'information

A ce titre, la Direction des Affaires Financières et de l'Analyse de Gestion réalise en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales, la Direction du Patrimoine et de la Logistique et le Département d'Information Médicale une revue trimestrielle des indicateurs de pilotage.

6 - 2 - 4 - Elaboration d'une politique de contractualisation

La contractualisation interne s'inscrit dans la continuité de la mise en place des pôles. Elle doit permettre d'améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients par une optimisation des moyens qui y sont consacrés et par une gestion de proximité, et d'apporter une meilleure réponse aux besoins opérationnels des acteurs par la médicalisation des décisions de gestion. Une politique de contractualisation interne a été élaborée afin de définir les contours des contrats, de la délégation de gestion, et des modalités de leur suivi. Elle a été votée par le Conseil d'Administration en janvier 2009.

6 - 2 - 5 - Mise en place et suivi des contrats de pôles

Les contrats fixent des objectifs d'activité, de qualité et médico-économiques aux pôles. Ces derniers sont à la fois des objectifs généraux de l'établissement, puisque le contrat interne et la délégation de gestion s'inscrivent dans le cadre du Projet d'Etablissement, et des objectifs propres à chaque pôle. Afin de leur permettre d'atteindre les objectifs fixés, le directeur d'établissement accorde une délégation de gestion aux coordonnateurs de pôles. Des points de suivi de l'exécution de ces contrats d'objectifs et de moyens internes seront réalisés trimestriellement. Ils feront l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires.

7 - LE PROJET DE SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

Le système d'information

Le **système d'information** d'un organisme est constitué de « l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation, ainsi qu'à son processus de décision stratégique »¹.

Le système d'information se situe au cœur du fonctionnement de l'hôpital. Une part croissante du temps des hospitaliers est consacrée à recevoir, traiter et transmettre de l'information. L'efficacité du système d'information contribue à la performance de l'institution. L'architecture, l'organisation et les moyens de ce système doivent donc répondre aux objectifs de l'hôpital et aux besoins des patients et des personnels. Pour cela, l'information doit être gérée comme une ressource.

Le système de traitement de l'information

Le **système de traitement de l'information** est l'ensemble des ressources humaines, matérielles et logicielles permettant de collecter, stocker, rechercher, traiter et diffuser l'information nécessaire à la gestion et à la prise de décision dans l'organisme.

Le système de traitement de l'information propose des schémas organisationnels et techniques qui règlent les modalités de circulation de l'information entre les différents acteurs de l'organisme. Il se traduit pour ce qui est des éléments techniques dans le cadre d'un plan directeur informatique opérationnel.

Le Schéma Directeur du Système d'Information

L'élaboration d'un **Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)** est un outil de planification de mise en œuvre du système d'information garantissant l'évolution et la cohérence tant interne qu'externe. Il doit dégager les priorités en matière d'organisation et d'informatique en privilégiant la cohérence des objectifs, les démarches d'intégration, la satisfaction de besoins transversaux et l'économie de moyens.

L'application au Centre Hospitalier Emile Roux

Le SDSI du Centre Hospitalier Emile Roux fixera les objectifs et dégagera les solutions techniques en termes d'organisation, d'informatique, d'archivage et de communication compatibles avec les moyens alloués. Il sera complété par un plan directeur informatique qui **précisera le contenu général du programme pluriannuel d'équipement 2009 - 2013** à partir duquel seront arbitrées annuellement les demandes spécifiques ou nouvelles.

Le SDSI du Centre Hospitalier Emile Roux ne prétend toutefois pas détailler de façon exhaustive l'ensemble des besoins et des réponses à y apporter. Il entend, dans un souci de réalisme et d'efficacité, dégager les attentes et contraintes communes et privilégier les solutions transversales et sectorielles avant les réponses à des besoins particuliers.

Définition d'une cartographie fonctionnelle

Les attentes exprimées ont permis de délimiter la place assignée au Système d'Information Hospitalier (SIH) dans l'Etablissement. Il s'agit maintenant de formaliser les orientations générales et les priorités du nouveau SIH à construire pour répondre à ces attentes. Ces orientations seront ensuite traduites en projets qui, eux-mêmes, feront l'objet d'un plan directeur informatique annuel.

¹ Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics

7 - 1 - Les orientations générales du système cible

7 - 1 - 1 - Privilégier l'approche fonctionnelle et organisationnelle

Les limites du SIH actuel tiennent en partie à :

☞ des aspects techniques :

- non-exhaustivité des infrastructures de câblage (WIFI),
- architectures systèmes en place qui n'ont pas intégré le besoin de continuité de service.

☞ mais également à des aspects fonctionnels :

- l'architecture fonctionnelle doit être redéfinie en fonction du Dossier Patient,
- la cohérence imposée par l'institution doit s'affirmer,
- le partage et la diffusion d'informations
- l'ouverture du Système d'Information vers l'extérieur.

La dimension organisationnelle doit inspirer chacun des projets constitutifs du SIH en particulier dans la phase préalable d'analyse de l'existant et de définition des besoins.

7 - 1 - 2 - Centrer le SIH sur la production de soins et sur le patient

Le projet Dossier Patient Orbis doit être l'élément fédérateur de notre schéma directeur. Le déploiement de cette solution sur les cinq années à venir constitue l'axe fort de ce schéma directeur. Cette solution donne toute sa cohérence à notre système d'information.

7 - 1 - 3 - Fonder les échanges sur un socle commun

☞ Le socle commun

Toute communication suppose, outre un support et un langage commun, un référentiel d'informations commun permettant de se comprendre. Le CHER doit définir les données participant au socle de son S.I.H. et le faire valider par ses utilisateurs internes et externes.

☞ L'intégration du socle pour développer les échanges

Le développement de la communication, interne et externe, est une condition d'efficacité pour le S.I.H. et de performance pour l'institution toute entière. Un seul développement sur le socle peut être mutualisé pour un ensemble d'applications. La prise en compte progressive mais systématique du socle commun dans toutes les applications constitue l'un des enjeux majeurs du schéma directeur.

7 - 1 - 4 - Concilier les attentes de l'institution et des utilisateurs

☞ **Cohérence et autonomie**

L'emploi d'un socle commun et la normalisation des procédures d'échanges de données pour chaque application sectorielle peuvent être a priori vécus comme des contraintes par les utilisateurs.

Gages de cohérence et d'intégration, ces contraintes nécessaires doivent être équilibrées par un renforcement de l'autonomie de ces utilisateurs reposant sur :

- une communication simplifiée à l'intérieur comme vers l'extérieur
- un accès plus facile aux informations

☞ **Sécurité, accessibilité et intégration**

L'institution doit protéger ses informations et donc mettre en place des procédures en restreignant l'accès. Toutefois, cette exigence doit être compensée par une accessibilité facilitée aux informations autorisées pour les utilisateurs habilités :

- sur le plan quantitatif : ouverture à un champ d'informations plus étendu, disponibilité accrue des systèmes.
- sur le plan qualitatif : fiabilisation des données traitées grâce aux contrôles d'habilitations et facilité d'apprentissage grâce à l'intégration dans un portail général d'accès au SIH.

7 - 1 - 5 - Identifier les besoins prioritaires

☞ **Les besoins réglementaires et institutionnels**

Ils s'imposent légitimement dans les domaines de la sécurité, de la communication avec le Système d'Information de Santé (SIS), de la mesure de la performance et du niveau de qualité de l'institution.

☞ **Les besoins communs**

Dans un contexte de limitation des ressources, il paraît pertinent de satisfaire en priorité les besoins communs à un grand nombre de secteurs ou de services correspondant :

- à un processus de production concernant différents secteurs ou services : dossier patient, prescriptions/résultats,....,
- à un outil commun : messagerie structurée, échanges de formulaires, base d'informations
- à un besoin d'intégration pour essayer de garantir un minimum d'homogénéité dans la présentation des interfaces homme-machine.

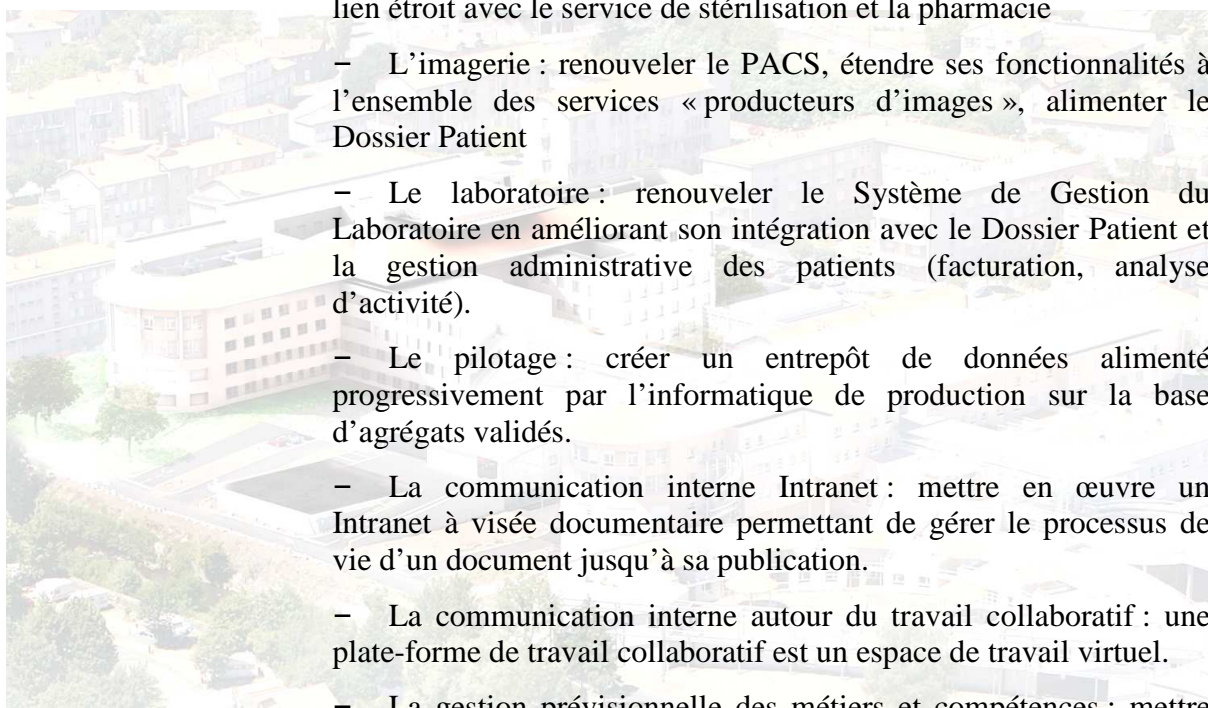
☞ Les besoins spécifiques

De nature moins stratégiques que les précédents, ils seront retenus en fonction des degrés de priorités que leur ont affectés les utilisateurs et de l'intérêt de faire évoluer de façon homogène la couverture fonctionnelle de l'institution.

7 - 2 - Les ateliers et les projets

La construction du système cible a été répartie sur 15 ateliers :

- 10 ateliers fonctionnels :
 - Le dossier patient : mettre en œuvre le Dossier Patient Orbis pour l'ensemble des services à partir du calendrier joint en annexe 3
 - Le bloc opératoire : assurer la traçabilité des actions au bloc en lien étroit avec le service de stérilisation et la pharmacie
 - L'imagerie : renouveler le PACS, étendre ses fonctionnalités à l'ensemble des services « producteurs d'images », alimenter le Dossier Patient
 - Le laboratoire : renouveler le Système de Gestion du Laboratoire en améliorant son intégration avec le Dossier Patient et la gestion administrative des patients (facturation, analyse d'activité).
 - Le pilotage : créer un entrepôt de données alimenté progressivement par l'informatique de production sur la base d'agrégats validés.
 - La communication interne Intranet : mettre en œuvre un Intranet à visée documentaire permettant de gérer le processus de vie d'un document jusqu'à sa publication.
 - La communication interne autour du travail collaboratif : une plate-forme de travail collaboratif est un espace de travail virtuel.
 - La gestion prévisionnelle des métiers et compétences : mettre en œuvre une solution permettant une démarche de management soucieuse des ressources humaines, en termes de prévention, de planification, de valorisation et de concertation
 - La gestion documentaire : faciliter la gestion des documents (enregistrement, mise à jour, suivi,....)
 - La dématérialisation : assurer la dématérialisation dans le cadre réglementaire et appliquer cette démarche aux documents internes.
- 5 ateliers transversaux d'accompagnement organisationnel et technique.
 - La politique de sécurité : Définir une politique de sécurité qui sera la référence pour l'ensemble des projets du schéma directeur du système d'information



- L'authentification et la signature électronique : disposer d'une solution d'authentification électronique (cartes CPS) permettant également la signature électronique.
- L'optimisation des moyens informatiques - architecture réseau
- L'optimisation des moyens informatiques – sécurité serveurs et données
- L'ouverture du SIH vers l'extérieur : intégrer les besoins de collaboration avec d'autres établissements, alimenter le Dossier Médical Patient et les réseaux de santé.

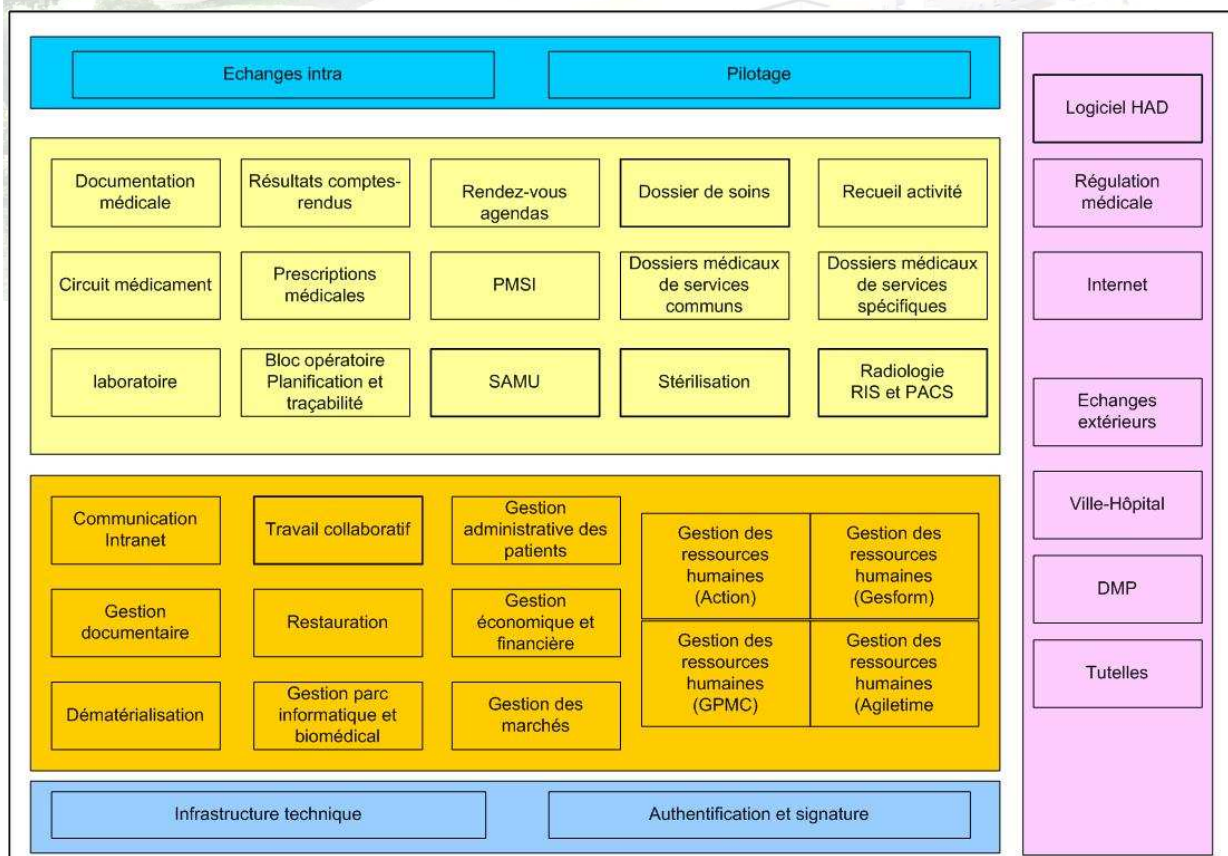
7 - 2 - 1 - Synthèse des ateliers

La nécessaire déclinaison du système cible en ateliers et projets pourrait faire perdre de vue son objectif de cohérence générale dans la réponse qu'il souhaite apporter aux attentes de l'institution et des utilisateurs telles qu'elles ont été recensées plus haut.

Les dix ateliers fonctionnels et les cinq ateliers d'accompagnement (technique et organisation) qui les appuient ont pour ambition de faciliter la production de soins de qualité en optimisant l'emploi des moyens disponibles.

7 - 2 - 2 - Système cible et cartographie applicative

Voici quel devra être notre cartographie fonctionnelle à l'horizon 2013 :



8 - LE PROJET PATRIMONIAL

8 - 1 - Axes généraux stratégiques

8 - 1 - 1 - Les enjeux immobiliers du Centre Hospitalier Emile Roux

Ces enjeux sont de diverses natures :

- la définition, le financement et la mise en œuvre des projets immobiliers liés à l'évolution stratégique de l'hôpital,
- l'identification des possibilités de reconversion des bâtiments et la mise en œuvre des scénarii adaptés,
- l'optimisation de la gestion des actifs immobiliers ne participant pas à l'offre de soins et arbitrage entre conservation et cession.

Pour mieux répondre à ces enjeux, le Centre Hospitalier Emile-ROUX s'est engagé dans une démarche de dynamisation des actifs immobiliers.

Au travers de cette démarche, il s'agit de s'assurer que les actifs immobiliers contribuent de manière optimale aux objectifs stratégiques du service public hospitalier.

La volonté affichée de dynamisation conduit à mettre en œuvre les actions suivantes :

- construire au service de la stratégie de l'établissement,
- anticiper et maîtriser le schéma d'implantation des bâtiments,
- maîtriser les coûts afférents à l'entretien du patrimoine,

8 - 1 - 2 - Les spécificités du secteur hospitalier sur le plan immobilier

Un patrimoine diversifié

La première caractéristique de notre patrimoine immobilier est la diversité.

Cette diversité, en termes de nature de biens (terrains, bâtiments, forêts,) et d'occupation (activités hospitalières, activités connexes, logements, exploitations agricoles), découle naturellement de la diversité des activités hospitalières, mais constitue également le fruit de l'histoire. Cette hétérogénéité constitue une richesse mais représente également un facteur de complexité puisqu'elle entraîne des modes de gestion ou d'intervention différenciés selon les typologies d'actifs, pas toujours directement liés à notre cœur de métier qui est l'activité de soins.

8 - 1 - 3 - Un patrimoine emblématique

Cette diversité qui caractérise notre patrimoine immobilier présente des spécificités :

- une valeur emblématique forte, facilement identifiable,
- une présence dans le centre ville

- enfin parfois un attachement du personnel pour des bâtiments souvent liés à l'histoire hospitalière.

Ces caractéristiques particulières sont des facteurs favorables à la valorisation du patrimoine immobilier, mais peuvent aussi constituer une contrainte et une source d'inertie dans la mesure où toute évolution de ce patrimoine a une incidence forte à l'échelle locale.

A cet égard, un schéma directeur immobilier au service de la stratégie de l'établissement s'impose.

En effet, il convient de déterminer clairement les attentes du Centre Hospitalier Emile Roux, de les quantifier de manière anticipée dans le cadre d'une « stratégie patrimoniale » et d'un « schéma directeur immobilier »

Deux pré-requis :

1. Mettre en œuvre une démarche partenariale :

La mise en œuvre d'une démarche de dynamisation de nos actifs immobiliers repose nécessairement sur une réflexion partenariale avec les acteurs internes mais aussi externes à l'hôpital.

Ce principe est notamment incontournable pour les actifs les plus complexes et / ou de taille significative (enjeu de surface à l'échelle locale) dont les enjeux dépassent les seuls intérêts hospitaliers pour s'inscrire dans des logiques d'aménagement du territoire. Dans ce cadre, le devenir de ces actifs est défini en lien avec les collectivités locales et les acteurs publics locaux.

2. Le « facteur temps »

Notre démarche de dynamisation des actifs s'inscrit nécessairement dans la durée.

En premier lieu, les décisions de gestion ou d'arbitrage immobilier s'inscrivent dans un cadre très réglementé (droit de l'urbanisme, droit de l'immobilier, droit de la domanialité publique) et il convient donc de prendre en compte les délais incompressibles liés à la mise en œuvre des actions retenues.

En second lieu, en cas de mutation, la complexité des opérations de désengagement d'un site est souvent telle qu'il convient de s'y préparer plusieurs années à l'avance.

Enfin, une **anticipation** des opérations de reconversion immobilière, (mise à disposition temporaire, opérations à tiroir), permettra d'optimiser l'étape intercalaire entre la **décision** (de reconvertir, et / ou de valoriser) et l'**aboutissement du projet**.

En résumé, la dynamisation de nos actifs immobiliers doit être une démarche réfléchie, préparée et structurée. Cette orientation est d'autant plus indispensable que le projet d'établissement repose sur la mobilisation de ressources importantes auxquelles les actifs immobiliers doivent concourir au moment nécessaire.

8 - 2 - Environnement

Le Centre Hospitalier Emile Roux connaît depuis une dizaine d'années un processus de restructuration immobilière d'envergure.

La première étape de la restructuration a été la construction d'un ensemble « Cuisine – Self – magasins généraux » livré en décembre 1996. La deuxième étape a vu la construction d'un bâtiment dénommé CMED : Chirurgie, Mère Enfant, Darus². Ce chantier a été ouvert le 22 juin 1998 pour un achèvement de travaux le 24 décembre 2002. Le budget global est égal à 40 millions d'euros pour une surface de 19 000 m².

La « Construction d'un bâtiment d'hospitalisation - plan Hôpital 2007 » marque la continuité de la restructuration du site d'Emile Roux. La livraison de ce bâtiment est prévue au début de l'année 2010. Ce nouveau bâtiment sera occupé par les services de Médecine en liaison directe avec le bâtiment CMED existant. Il convient de noter que l'opération « bâtiment de médecine » constitue une des réalisations immobilières majeures dans le secteur hospitalier pour la région Auvergne.

L'activité dans le bâtiment de médecine est ventilée sur plusieurs niveaux : 5 niveaux sont consacrés à l'hospitalisation, aux consultations et à des services médico-techniques.

Au niveau -2, l'extension du service de Radiothérapie avec une salle de traitement, zone d'attente et pupitre de commande.

Au niveau -1, le Centre d'Hémodialyse, l'AURA, et l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC).

Au niveau 0, les consultations et les secteurs médico-techniques de Cardiologie, de Pneumologie, de Gériatrie – Rhumatologie – Neurologie – Oncologie – Dermatologie, de Néphrologie – Endocrinologie – Gastro-entérologie et Diabétologie, ainsi que l'hôpital de jour multidisciplinaire et l'hôpital de jour de chimiothérapie.

Au niveau +1, les services d'hébergement de Cardiologie, de Pneumologie – Cancérologie, d'Endocrinologie – Néphrologie – Gastro-entérologie, ainsi qu'un hôpital de semaine. Chacun de ces services est composé d'unités de 16 lits dont 10 chambres individuelles et 3 chambres doubles soit un total de 96 lits sur un niveau.

Au niveau +2, les services de Rhumatologie – Neurologie – SSR et court séjour gériatrique. Le nombre total de lits est égal au niveau + 1 soit 96.

Une aire de posée sera construite en toiture afin d'accueillir les hélicoptères sanitaires.

La surface totale dans œuvre du bâtiment représente 13 965 m². Le budget global est de 35 millions d'euros dont 24 millions de travaux hors taxes.

² Département Anesthésie, Réanimation Urgences, SAMU, SMUR

8 - 3 - Dynamisation du domaine privé : Cession et valorisation des actifs

Le Centre Hospitalier Emile Roux est propriétaire de biens immobiliers, héritage du passé, (forêts, appartements, propriétés agricoles, terrains), transmis par acquisition mais le plus souvent par dons et legs. Un établissement public gère son domaine privé comme un propriétaire privé, dans la mesure où il n'est pas affecté au service public hospitalier.

L'objectif d'une politique patrimoniale active est d'augmenter les revenus générés par les biens du domaine privé en arbitrant entre la cession et la valorisation. La valorisation des actifs permet de conserver un patrimoine foncier rentable financièrement tout en laissant l'opportunité à une vente. La cession des biens du domaine privé et les revenus générés par la valorisation des actifs servent à la mise en œuvre des missions de service public.

8 - 4 - Démarche de développement durable en santé

Le Centre Hospitalier Emile Roux s'inscrit dans la démarche de développement durable³ en santé piloté par le Comité pour le développement Durable en Santé (C2DS). Le C2DS recense sur l'ensemble du territoire les bonnes pratiques de « Développement Durable » dans le secteur hospitalier, afin de construire des méthodes et outils dans le cadre de « L'agenda 21 »⁴.

Les axes de réflexions en faveur du développement durable au Centre Hospitalier Emile Roux sont divers :

- *Mobilité durable* ;
- *Energies durables* ;
- *Marchés publics durables* ;
- *Propriété forestière et bilan carbone* ;

Les actions envisagées pour chaque axe de réflexion se déclinent ci-après :

1. *Mobilité durable*

- Transports urbains sur le site du CHER en lien avec la communauté d'agglomération,
- Plan de covoiturage entre les agents du CHER.

³ Le développement durable (ou développement soutenable, anglicisme tiré de Sustainable development) est un mode de développement appliqué à la [croissance](#) qui prend en compte les [aspects écologiques](#) et [culturels](#) généraux à l'échelle de la planète. Il s'agit, selon la définition proposée en [1987](#) par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement dans le Rapport Brundtland « d'un développement qui répond aux [besoins](#) présents sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. ».

⁴ L'Agenda 21 est un plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 173 chefs d'État lors du [sommet de la Terre](#), à [Rio](#), en [1992](#)

2. *Energies durables*

Lutte contre la perte d'énergie des bâtiments : diagnostic de performance énergétique

Réduction des émissions de gaz à effet de serre : travaux de mise en conformité de la chaufferie afin de réduire les rejets de gaz à effet de serre :

Processus d'assurance qualité d'ensemble pour l'ensemble du patrimoine du Centre Hospitalier

Energie d'origine photovoltaïque : installation de panneaux solaires disposés sur le toit des bâtiments.

3. *Marchés publics durables*

Le critère de développement durable est pris en compte dans le cadre de la passation des marchés publics.

4. *Propriété forestière et bilan carbone*

Le Centre Hospitalier Emile Roux est propriétaire d'une forêt de 116 hectares sise sur la commune de BAINS.

Un « bilan carbone » du Centre Hospitalier Emile Roux pourra être réalisé en partenariat avec l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie, (ADEME).

8 - 5 - Bilan et activité de référence

L'implantation des futurs bâtiments est, dans l'ordre des priorités :

- La construction du Centre de Gérontologie
- L'installation de la Clinique Bon Secours
- La création d'un campus universitaire
- L'accueil de la petite enfance
- Création d'un pôle santé publique

BATIMENT K

Etat des lieux : L'ensemble du réseau des fluides médicaux est non-conforme, le chauffage par le sol (acier) est obsolète et inadapté à une restructuration.

Il n'abritera bientôt que le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (C.D.A.G.) et des archives.

BATIMENTS L - M – N

Etat des lieux : Ces bâtiments abritent la pharmacie, l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques (URC) et le service d'Addictologie. Les installations de chauffage sont en bon état et les réseaux électriques également. Ces derniers sont non conformes au niveau de l'hébergement.

La pharmacie compte environ 400 m² au niveau de la galerie L-1, 300 m² niveau stock L-2, 150 m² au CMPR, 36 m² en archives sous le K, 95 m² pour l'URC. Il convient aussi d'ajouter la zone d'échantillons.

BATIMENT E

Etat des lieux : Le laboratoire compte 840 m² sur deux niveaux (418 + 418).

BATIMENTS P - R - S

Etat des lieux : Dans le cas d'une concentration des activités dans le bâtiment L – M – N, cet ensemble de bâtiments pourrait être démoli. Cet emplacement présente l'avantage d'être à l'écart des centres des activités et du plateau technique, et pourrait éventuellement avoir un accès privilégié sur le boulevard du Docteur Chantemesse. Sa liaison avec le site pourrait être maintenue par les galeries.

BATIMENT IFSI ENSEIGNEMENT

Etat des lieux : Ce bâtiment construit dans les années 1975 comporte au rez-de-chaussée le secteur d'administration de l'école, une bibliothèque, une salle informatique. Les salles de cours sont ventilées aux étages.

8 - 6 - Axes de Développement

Un outil innovant : le partenariat public privé

Les restructurations de l'hôpital Emile Roux pourraient être portées par un montage juridico-financier innovant dénommé partenariat public privé.

Le montage juridique (bail emphytéotique hospitalier, autorisation d'occupation temporaire, contrat de partenariat) sera déterminé par le Centre Hospitalier Emile Roux à l'appui des rapports d'analyses d'un cabinet de conseils, appelé « Assistant à la Personne Publique » (APP).

L'objet des rapports d'analyses produits par l'Assistant à la Personne Publique, relève des domaines juridiques, financiers, économiques et constituent les éléments nécessaires afin de mettre en œuvre la stratégie pluriannuelle de l'établissement.

BATIMENT K

Perspectives : la démolition puis l'implantation de la clinique

La démolition permettrait de stopper définitivement toute consommation de fluides et d'énergie, et d'éviter des occupations non maîtrisées.

Cette zone est favorable pour l'implantation de la clinique Bon Secours. Elle serait située en face du bâtiment CMED à proximité du plateau technique avec possibilité d'une liaison souterraine avec l'ensemble des galeries.

Une autre hypothèse est envisageable pour l'implantation de la clinique Bon Secours. La démolition du bâtiment B et du bâtiment d'hébergement de l'IFSI permettrait de construire une structure dans le prolongement du nouveau bâtiment de médecine. L'optimisation des flux, en terme médical et logistique, est l'atout majeur de cette proposition.

BATIMENTS L - M – N

Perspectives : l'optimisation logistique, la reconstruction

Un déplacement même provisoire conduira à une mise en conformité obligatoire pour la pharmacie et ses stocks et induira des coûts très onéreux.

La réflexion actuelle s'oriente vers un rapprochement avec le Laboratoire au plus près de la stérilisation et du bloc opératoire, dans un but d'efficacité de distribution et de gestion. La mise en place du circuit du médicament informatisé se prête par ailleurs à un rassemblement des stocks.

Deux hypothèses :

1. La pharmacie reste dans ses locaux actuels,
2. La pharmacie déménage dans un bâtiment neuf, proche de la stérilisation, du CMED et d'un accès plus facile de la voirie pour les livraisons.

Dans la première hypothèse, des travaux d'amélioration pourraient être engagés (murs, sols et mise en conformité). L'intérêt de maintenir la pharmacie dans ce bâtiment réside également dans le fait qu'il est possible de réutiliser un des ascenseurs pour que les livraisons se fassent côté zone logistique.

En outre les stocks répartis au sous-sol de la dialyse et sous le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R.) pourraient être ramenés au niveau du L1 ; des accès plus aisés pourraient être aménagés pour les livraisons. Les concentrations d'activités dans ce bâtiment permettraient une exploitation plus efficace économiquement. Les étages libérés pourraient abriter les activités actuellement concentrées sur les bâtiments P.R.S. Au niveau du M1, pourraient être localisés l'atelier de plomberie et la reprographie. Les autres étages seraient à la disposition des vestiaires et de l'équipe d'hygiène.

Dans une autre hypothèse, ce bâtiment pourrait recevoir l'ensemble des vestiaires et ainsi éviter une installation de ceux-ci dans le bâtiment B.

Dans la seconde hypothèse, plusieurs lieux de déménagement sont envisageables :

- l'aménagement de la zone de vide sanitaire située à proximité des vestiaires du personnel au niveau -2 du CMED, emprise directe avec la voirie pour les stocks de stérilisation et des dispositifs médico-stériles.
- La construction d'un bâtiment sur le parking situé face au bloc opératoire (côté parking sous la rampe du CMED).

BATIMENT E : LABORATOIRE

Perspectives : maintien et optimisation sur un seul étage

La proximité avec l'Etablissement Français du Sang et les autres services médico-techniques ainsi que les Urgences est privilégiée. L'installation de la Clinique Bon Secours est aussi un facteur de développement.

Stratégiquement, le service Laboratoire souhaite rester sur son implantation actuelle. Pour permettre la réalisation des travaux de remise en état et de conformité, le service propose de libérer un niveau complet et de transférer l'ensemble des équipements provisoirement sur le niveau restant.

Par la suite, ce deuxième niveau sera aménagé après transfert des équipements. Le laboratoire souhaite s'orienter sur la rue piétonne du CMED. La solution proposée est une extension en construction légère sur la terrasse au dessus de l'atrium DARUS, pour y implanter l'accueil, le secrétariat et la ou les salles de prélèvement.

En phase finale, le bâtiment Laboratoire pourra être habillé par l'extérieur pour s'intégrer pleinement dans l'architecture globale du Centre Hospitalier.

BATIMENT T : RADIOLOGIE

L'accès au service apparaît comme crucial. L'entrée « Malades couchés » située dans le bâtiment Médecine pourrait être utilisée pour accéder à la radiologie. Les autres patients suivront la voie labellisée :

- urgences/radiologie,
- bureau des admissions / radiologie.

L'accès au service de radiologie pourrait donc être unique côté CMED, la face côté galerie étant isolée, ce qui permettrait un réaménagement du fond du service pour les attentes couchées et publiques. L'ascenseur desservant actuellement la radiologie et la radiothérapie aurait une fonction exclusivement logistique.

ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE

Dans une première hypothèse, la localisation de l'espace d'accueil de la petite enfance en lieu et place des bâtiments L, M, N est en cours d'étude. Cette hypothèse s'intégrerait dans la continuité du centre de gérontologie dans le cadre d'un pôle intergénérationnel.

Dans une seconde hypothèse, ce nouvel espace pourrait être placé au sein du bâtiment U, au côté du campus universitaire.

BATIMENTS P - R – S

Perspectives : Centre de gérontologie

L'endroit semble le plus indiqué pour recevoir le centre de gérontologie. Le Centre de gérontologie accueillera 100 lits d'EHPAD et USLD.

Ce projet doit permettre d'allier l'excellence de la prise en charge des personnes âgées à l'intégration au schéma architectural du site d'Emile Roux.

BATIMENT H

Perspectives : pôle santé publique

L'intégration des services de dialyse et de l'AURA dans le bâtiment de Médecine, permet d'envisager la transformation du bâtiment H en zone d'accueil du pôle de santé publique.

Le pôle de santé publique regroupera une partie des associations déjà présentes sur le site et celles souhaitant se rapprocher de l'hôpital. L'objectif est d'affirmer le principe d'ouverture et le lien privilégié entre la ville et l'hôpital dans le cadre des actions de Santé Publique.

BATIMENT U

Perspectives : campus universitaire

Aujourd'hui, l'aile du bâtiment IFSI côté Nord est destinée aux logements des internes au 1^{er} étage, des étudiants paramédicaux aux 2^e et 3^e étages. La recherche s'est orientée vers un lieu convivial, un peu à part des unités de soins mais intégrant le site, à proximité des accès principaux et des lignes desservies par les transports en commun.

Dans le cadre d'une localisation du centre de gérontologie à l'emplacement des bâtiments P.R.S, une opération de réhabilitation est envisageable afin de constituer un campus universitaire destiné à l'accueil des étudiants en médecine, des élèves paramédicaux. L'espace d'hébergement universitaire sera aussi destiné à l'ensemble des étudiants en formation au Centre Hospitalier Emile Roux.

BATIMENT IFSI ENSEIGNEMENT

Perspectives : modernisation du bâtiment dans le cadre de l'intégration de l'IFAS

Ce projet porté par le CHER, en collaboration avec le Conseil Régional, permettra le réaménagement mobilier et immobilier de l'accueil secrétariat, de l'espace bibliothèque, et une remise en état des circulations et communications adjacentes.

Le second axe de développement est relatif à l'amélioration des conditions de travail des cadres formateurs au moyen de la rénovation des bureaux.

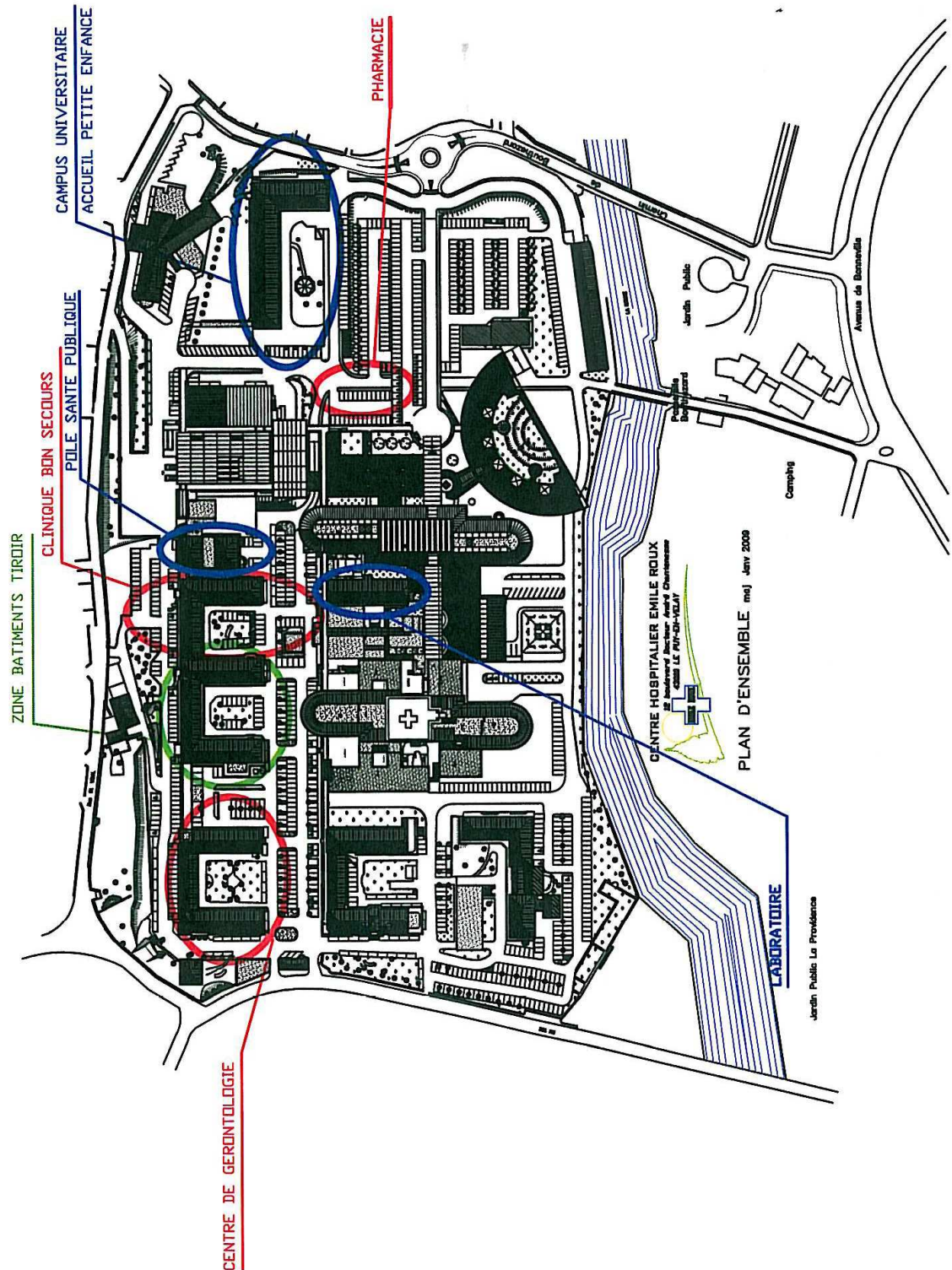
Enfin, la modernisation de l'espace internet, avec un zonage WIFI de la bibliothèque ainsi qu'un aménagement de deux salles de cours permettra de valoriser l'outil de travail à disposition des étudiants paramédicaux.

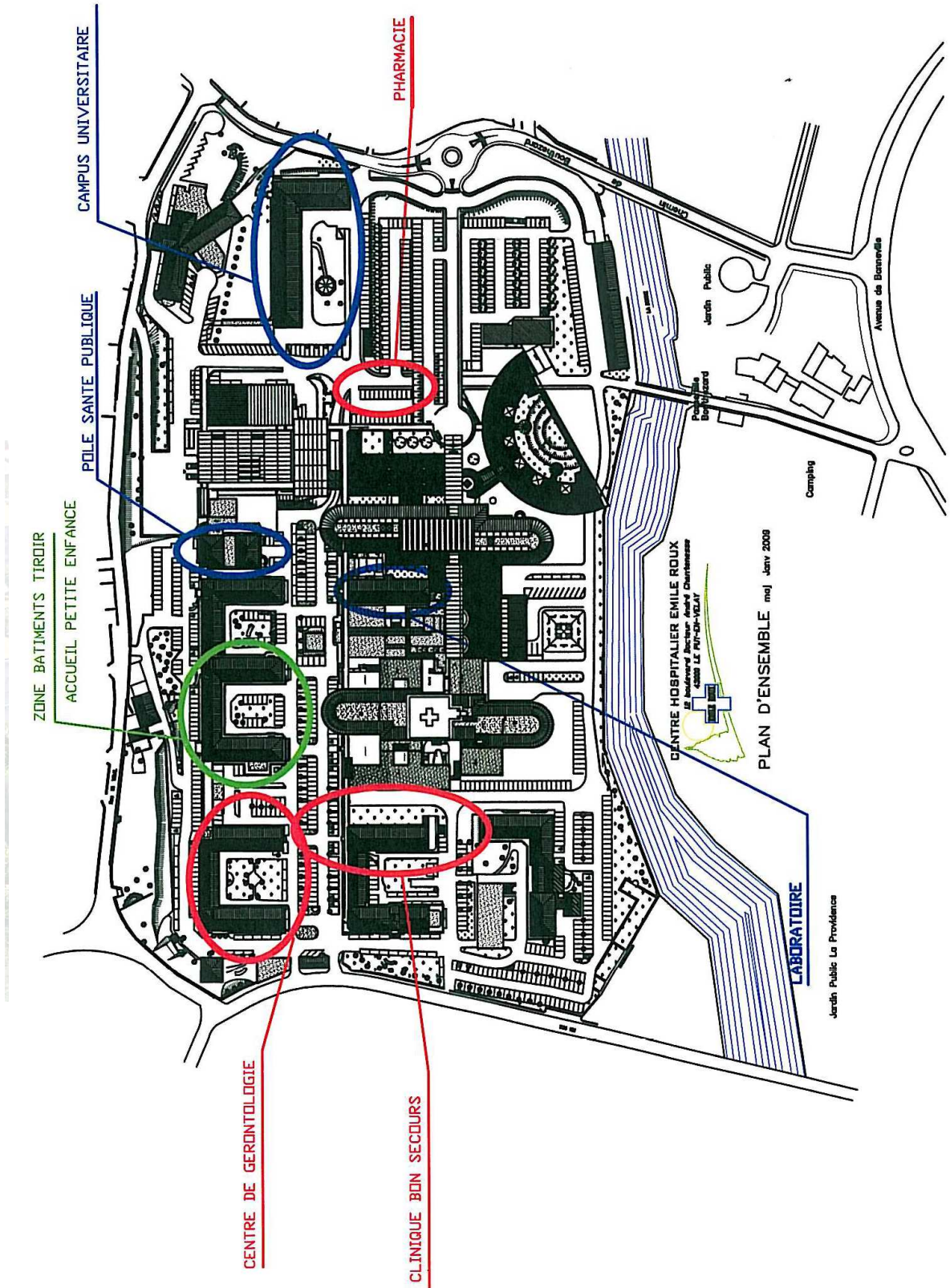
8 - 7 - Patient Usager

Les projets envisagés dans le cadre du projet patrimonial visent à améliorer la prise en charge sanitaire des patients. La localisation et la reconstruction de la chambre mortuaire constituent une priorité institutionnelle de l'hôpital Emile Roux. Les nouvelles constructions envisagées sur le site permettront d'intégrer le projet de reconstruction de la chambre mortuaire. Cette priorité institutionnelle est guidée par la volonté d'offrir au patient une prise en charge d'excellence dans le respect de la personne humaine.



Hypothèses de localisation :





9 - LE PROJET IFSI

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers a pour finalité l'acquisition par chaque étudiant d'une compétence professionnelle et la construction d'une identité professionnelle. La formation qui conduit au Diplôme d'Etat (infirmiers ou aides-soignants) est centrée sur l'étudiant et organise une individualisation des parcours de formation. C'est une formation universitaire mais aussi professionnalisante, par alternance. La pédagogie utilisée est réflexive, permettant aux étudiants une analyse de leur pratique.

Les quatre axes de développement 2009-2013 du projet IFSI sont :

9 - 1 - Conforter les missions de l'IFSI

La mission prioritaire est la formation initiale des étudiants infirmiers et aides-soignants dans le respect de la législation en vigueur. La formation initiale des IDE devra s'orienter vers un partenariat avec l'université. De plus, le projet de regroupement des deux instituts de Formation des Aides-Soignants (IFAS) du département de la Haute Loire (CHS et CHER) conduira au développement de la formation d'aides-soignants. La formation continue doit être développée et il est envisagé de créer une nouvelle formation d'auxiliaire de vie. Pour répondre à toutes ces missions d'enseignement, l'institut doit se doter d'un centre de documentation moderne et efficient et poursuivre l'organisation de conférences d'informations.

9 - 2 - Moderniser le projet pédagogique

L'IFSI doit entreprendre une réflexion approfondie sur le développement de la formation individualisée en termes de suivi pédagogique et de suivi des apprentissages pratiques en stage. En outre, l'IFSI souhaite développer l'encadrement dans les services et mettre en place un système de tuteurs formés en lien avec l'IFSI. Par ailleurs, il doit s'inscrire dans un processus de démarche qualité puis dans celui de la certification.

Enfin, il faut développer les nouvelles techniques d'apprentissage telles que le e-learning et la recherche aidée par informatique. Dans cette perspective, une rénovation du parc informatique est à envisager.

9 - 3 - S'ouvrir sur l'environnement

L'ouverture de l'IFSI sur l'extérieur a pour objectifs de créer un partenariat avec l'université et les IUT présents sur le département de la Haute Loire et d'organiser un partenariat interrégional avec d'autres IFSI ou avec des instituts étrangers.

9 - 4 - Moderniser les locaux

Dans le cadre du projet patrimonial de campus universitaire sur le site du CHER, l'IFSI doit pouvoir rénover l'ensemble des locaux existants, créer de nouvelles salles de pratique et des laboratoires, une salle multimédia et développer un plan pour son informatisation.

*

*

*

L'objectif fondamental est de mettre en place un Institut de Formation des para-médicaux d'excellence dans le département de la Haute Loire au bénéfice des structures sanitaires et médico-sociales de la région Auvergne.

La modernisation des processus pédagogiques, des conditions de travail et d'accueil des étudiants sera un atout majeur pour fidéliser les professionnels de demain.



LES PROJETS D'OUVERTURE



10 - LE PROJET COOPERATIONS

La coopération est une forme d'organisation visant à travailler ensemble et dans un même but. Elle nécessite une répartition préalable des tâches et concourt à la complémentarité des membres pour atteindre un ou plusieurs objectif(s) partagé(s). Dès lors, chaque partie prenante à la coopération est indispensable à la réalisation de l'objectif. La coopération se définit alors comme la participation, intentionnelle et coordonnée, des membres d'un groupe pour mener à bien une action.

En qualité d'offreur principal de soins du département de la Haute Loire, le CHER a la volonté et l'ambition de contribuer à la politique d'aménagement du territoire dans le domaine de la santé et de développer des liens équilibrés avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales publiques et privées, ainsi que les réseaux. Ces liens portent, pour l'essentiel, sur le domaine médical et la prise en charge coordonnée des patients, mais également sur la gestion, les prestations techniques ou logistiques.

Actuellement, les coopérations se manifestent principalement à travers quatre ensembles d'actions :

- un ensemble de coopérations destiné à la mise en œuvre du projet médical pour permettre à l'hôpital de remplir ses missions d'établissement public de santé référent sur le territoire de santé, dans le respect du SROS III Auvergne. Les différentes formes juridiques de coopération traduisent le souci d'une formule adaptée aux structures parties prenantes aux coopérations. Ces structures peuvent être des réseaux de santé mentionnés à l'article L 6321-1 du Code de la Santé Publique, des groupements d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics, privés ou participant au service public hospitalier, des partenariats avec les professionnels libéraux
- des coopérations avec des acteurs institutionnels : Conseil Général, Assurance Maladie, Education Nationale, Préfecture, Tribunal, DDASS, Police ...
- des coopérations avec des associations ayant pour objet l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge de la population. Le CHER s'inscrit alors dans un tissu associatif et favorise les actions des différentes associations en lien avec le monde de la santé.
- des coopérations internationales pour favoriser l'accès aux soins et améliorer les conditions de prise en charge dans les pays en voie de développement

Toutes ces coopérations se font à différentes échelles : départementale, régionale et inter régionale. Qu'elles soient existantes ou en projet, elles doivent intégrer les orientations stratégiques de l'établissement et respecter les partenariats déjà structurés.

Les principaux axes de développement 2009-2013 sont :

10 - 1 - Le rapprochement avec la Clinique Bon Secours

L'accord cadre signé le 5 février 2009 entre le Centre Hospitalier Emile Roux et la Clinique Bon Secours a pour ambition de préparer et d'organiser le rapprochement entre les deux structures autour des activités assurées par chaque établissement.

Ce rapprochement est demandé par l'ARH dans le cadre du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire d'Auvergne 2006-2011 et des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens signés par chacune des structures avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Il s'inscrit dans la perspective de la poursuite de la modernisation du plateau technique et de l'hospitalisation du Centre Hospitalier Emile-Roux et dans le cadre d'une volonté commune de coordonner les orientations médicales de la Clinique Bon Secours et du Centre Hospitalier Emile-Roux

Les enjeux et ambitions partagés par les deux structures sont :

10 - 1 - 1 - Offrir à la population du territoire de Santé du Puy-en-Velay un pôle public-privé de qualité

L'objectif partagé est de répondre de manière efficiente aux besoins de santé publique pour l'ensemble des spécialités pratiquées par les deux établissements et de réduire les fuites de clientèle pour les prises en charge pouvant être réalisés par les praticiens privés et publics de la Clinique Bon Secours et du Centre Hospitalier Emile-Roux.

En particulier, il s'agit de conforter la filière oncologique en apportant une réponse adaptée aux exigences de l'INCA reprises dans le SROS d'Auvergne 2006-2001 (seuils et implantations)

10 - 1 - 2 - Garantir à la population du territoire de santé du Puy-en-Velay la présence d'équipes médicales et paramédicales performantes

Les perspectives démographiques invitent les deux établissements à rassembler leurs équipes dans un esprit de complémentarité pour améliorer la qualité, la continuité et l'égalité d'accès aux soins.

Ce rassemblement, dans le respect des statuts spécifiques des acteurs, doit permettre d'améliorer l'attractivité du pôle public/privé au bénéfice des patients et des praticiens potentiels. Il doit concourir au respect du libre accès du patient à l'offre de soins de son choix publique ou privée.

10 - 1 - 3 - Disposer d'un plateau médico-technique optimisé et performant

L'objectif principal est d'optimiser le plateau médico-technique dans un esprit de mutualisation, gage de qualité, de sécurité et d'efficience économique.

10 - 1 - 4 - Mutualiser les ressources logistiques

Les deux établissements disposent de ressources logistiques susceptibles d'être partagées (prestations biomédicales, archives médicales, cuisine...) et permettant de réaliser des économies d'échelle.

10 - 1 - 5 - Pour les deux établissements

- l'exploitation est déficitaire et cette situation ne peut perdurer,

- l'opportunité existe de promouvoir un plateau médico-technique commun et d'améliorer la productivité des prestations logistiques et médico-techniques des deux partenaires.

Au-delà de ces ambitions et enjeux partagés, le rapprochement des deux structures sera physique puisque les deux établissements s'accordent sur le fait que le regroupement de l'ensemble des offres publique et privée sur un même site constitue la solution la plus pertinente et probablement la plus efficiente. Le développement de leurs synergies doit permettre un accès simplifié de la population à l'ensemble de l'offre de soins, publique et privée. Cet accord nécessite un portage coordonné du dossier de reconstruction de la clinique Bon-Secours au titre du Plan Hôpital 2012 intégrant le devenir du bâtiment actuel de Bon Secours.

10 - 2 - Les évolutions des filières de soins

La diversification des prises en charge est une des priorités du Projet Médical. Celle-ci permet de s'adapter aux besoins de santé et aux évolutions des modalités de prise en charge. Dès lors, le CHER favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation, anticipe les besoins de santé et se positionne sur des domaines d'excellence. Il s'agit donc pour le CHER d'être prospectif sur les évolutions médicales et soignantes et offensif sur des pathologies dont la prévalence augmente.

L'adaptation aux besoins de santé envisagée par le CHER pour les années 2009 à 2013 porte sur des spécialités diverses : des soins palliatifs, en adéquation avec la priorité de soulager les douleurs des patients, à la problématique de la permanence des soins, au cœur de l'organisation sanitaire de la prise en charge, en passant par des questions de santé publique (maladies cardio-vasculaires, prise en charge de la personne âgée, cancer, cinquième risque : le handicap ...).

- La cancérologie
- Les SSR en lien avec les structures dédiées aux SSR sur le territoire de santé du Puy en Velay
- Le retour à domicile et plus particulièrement l'hospitalisation à domicile
- Les soins palliatifs
- La permanence des soins
- Les prélèvements et les dons d'organes
- Le développement du plateau technique : réseau périnatalité, chirurgie avec la CBS, la stérilisation avec la CBS, les laboratoires avec l'extérieur
- La prise en charge des addictions
- La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

10 - 3 - Dynamiser et valoriser la participation du CHER au tissu associatif et auprès des institutions

10 - 3 - 1 - Prévention et éducation à la santé avec les associations

Le Centre hospitalier participe à :

- *l'éducation à la santé :*
« Vivre la santé mais laisser le projet et l'action aux mains des éducateurs »

- *l'éducation pour la santé :*

« Créer, avec les personnes et les groupes, les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé valorisant leur autonomie et leur responsabilité »

- *la promotion de la santé :*

« Donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »

A l'occasion des journées nationales et mondiales initiées par le Ministère de la Santé et par l'OMS, le Centre Hospitalier se mobilise et organise en son sein des manifestations en collaboration avec des associations, dans un souci d'information de santé publique. L'objectif est de sensibiliser la population sur les différents thèmes abordés.

Les associations locales (RESAAD, RESOPAD, ADOT 43, ARDV 43 (Diabète), réseau sclérose en plaques, ADMR, UNA, GRSP, CODES), nationales (La Ligue Nationale de Lutte Contre le Cancer, Comité national d'éducation à la santé) et les institutions (CPAM, MSA ...) enrichissent les informations délivrées aux patients et aux usagers. Cette approche pluridimensionnelle de la prévention et de l'éducation à la santé facilite la connaissance du rôle de chacun et l'articulation entre les différents acteurs.

10 - 3 - 2 - Renforcer les liens avec les institutions pour valoriser la transversalité des prises en charge : Assurance Maladie, Préfecture, DDASS, Hôpitaux Locaux, EHPAD ...

Le renforcement des coopérations avec les institutions a pour objectif d'améliorer la fluidité des prises en charge et la qualité de l'offre de soins offerts à la population. Un exemple de cette coopération inter institutionnelle est la mise en place de l'unité médico judiciaire. L'UMJ est le fruit d'une collaboration active entre le CHER, la CPAM, le Tribunal de Grand Instance, la Préfecture, le Conseil Général, la Police, la Gendarmerie et de nombreuses associations (Voix de l'Enfant, Justice et Partage, Centre d'Information sur les Droits des Femmes). Cette unité répond à un besoin de prise en charge des victimes adultes et enfants de violences. Ce partenariat constitue une garantie supplémentaire d'approche transversale des victimes. Par ailleurs, les réflexions en cours sur les SSR, sur les addictions et sur la filière gériatrique favorisent le renforcement des liens entre institutions.

En outre, au-delà des prises en charge, il s'agit de mener conjointement des actions d'information, de prévention et d'éducation à la santé évoquées ci-dessus.

10 - 4 - Poursuivre la politique de coopération en matière de formation en externe et en interne

La cellule formation élabore chaque année son plan de formation. Ce plan répond aux besoins des agents et à ceux de l'institution. Il constitue un équilibre entre :

- des formations ponctuelles sur les thématiques ciblées ;
- des formations qualifiantes (diplôme universitaire, ou technicité spécifique requise dans un service)
- des promotions professionnelles (ex : un(e) aide soignante qui entre à l'école d'infirmière.)

La formation est un levier qui permet à l'institution d'évoluer ; c'est aussi le moyen d'accompagner chaque agent dans son parcours professionnel. Ces formations peuvent également être ouvertes aux personnels d'autres structures partenaires du CHER

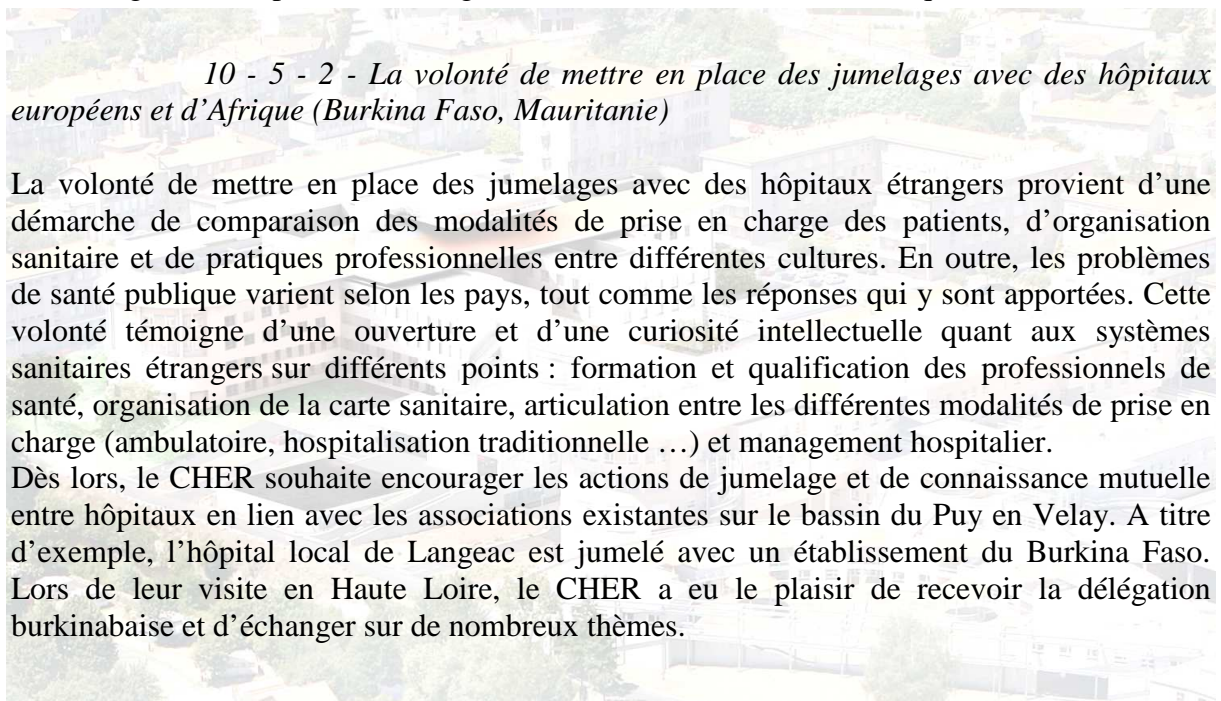
(établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux par exemple). A titre d'exemples, les formations dispensées par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences et celles dispensées par le service de la sécurité du CHER en matière de sécurité incendie s'adressent à un public dépassant l'environnement du CHER.

10 - 5 - Poursuivre l'ouverture à l'international

10 - 5 - 1 - L'accueil et la formation de médecins étrangers

Le centre hospitalier Emile Roux souhaite poursuivre son ouverture à l'international par le biais de l'accueil et de la formation de médecins étrangers. Cette démarche est d'ailleurs désormais facilitée par l'élargissement de la réglementation en terme de reconnaissance des diplômes de la communauté européenne.

Accueillir les médecins étrangers nous permet d'enrichir les niveaux d'expertises. De plus, les échanges de compétences ainsi générés enrichissent directement la qualité des soins.



10 - 5 - 2 - La volonté de mettre en place des jumelages avec des hôpitaux européens et d'Afrique (Burkina Faso, Mauritanie)

La volonté de mettre en place des jumelages avec des hôpitaux étrangers provient d'une démarche de comparaison des modalités de prise en charge des patients, d'organisation sanitaire et de pratiques professionnelles entre différentes cultures. En outre, les problèmes de santé publique varient selon les pays, tout comme les réponses qui y sont apportées. Cette volonté témoigne d'une ouverture et d'une curiosité intellectuelle quant aux systèmes sanitaires étrangers sur différents points : formation et qualification des professionnels de santé, organisation de la carte sanitaire, articulation entre les différentes modalités de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation traditionnelle ...) et management hospitalier.

Dès lors, le CHER souhaite encourager les actions de jumelage et de connaissance mutuelle entre hôpitaux en lien avec les associations existantes sur le bassin du Puy en Velay. A titre d'exemple, l'hôpital local de Langeac est jumelé avec un établissement du Burkina Faso. Lors de leur visite en Haute Loire, le CHER a eu le plaisir de recevoir la délégation burkinabaise et d'échanger sur de nombreux thèmes.

11 - LE PROJET COMMUNICATION

La communication est un processus continu reposant sur différents modes d'expression : écrit, oral et visuel. Elle est le reflet de plusieurs vecteurs d'images de notre hôpital :

- l'activité, c'est-à-dire la présentation de l'établissement
- la notoriété, c'est-à-dire la connaissance
- la réputation, c'est-à-dire l'interprétation, le jugement

Chacun de ces vecteurs a ses propres outils. Dès lors, l'enjeu pour notre établissement est de valoriser notre image à travers une politique de communication offensive afin que l'image réelle soit la plus proche de l'image souhaitée et reflète la dynamique de notre établissement. Cette perception de notre hôpital se forme selon des critères et des valeurs propres à chaque observateur (patient, médecin traitant, public, fournisseurs, tutelles, financeurs, autres partenaires de santé, personnels de l'établissement, associations, élus...). Ainsi, la qualité de l'accueil et l'éventail des prestations, c'est-à-dire les soins, l'hôtellerie, les locaux, l'équipement, participent aussi à la structuration de l'image. Le patient, sa famille et ses amis, les médecins traitants, les institutionnels extérieurs et les professionnels de santé (médicaux, soignants et non soignants) perçoivent les signes émis par l'hôpital et s'en font une représentation.

En outre, l'image de l'hôpital n'est jamais figée, elle est évolutive. En conséquence, il est fondamental de s'y intéresser et de suivre de près son évolution pour faire comprendre, connaître et reconnaître notre hôpital et le mettre en lumière en interne comme en externe. En plus d'être mobile, cette image est pluridimensionnelle. En fonction de l'angle depuis lequel on observe l'hôpital, l'image pourra être positive ou négative. Chacun est un vecteur d'image de l'hôpital. Plusieurs vecteurs d'image sont donc à distinguer :

- en interne : le personnel médical, le personnel soignant, le personnel médico-technique, le personnel administratif, les représentants des usagers, les organisations syndicales, les patients, les retraités, les instances (CA, CME, CTE, CE, CHSCT, CLIN, CLAN, CLUD, 3C ...)
- en externe : l'entourage des patients, nos partenaires institutionnels (autorités de tutelle, municipalité de rattachement, autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le conseil général, la médecine de ville, la police, le tribunal), les médias, les associations, les fournisseurs, le grand public

Par conséquent, le CHER s'engage dans une démarche pro active à destination du personnel de l'hôpital mais aussi à destination de son environnement afin que chacun / chaque citoyen soit un « ambassadeur éclairé » de l'image hospitalière.

Le présent projet de communication a donc pour vocation de déterminer les grandes orientations de notre stratégie en matière de communication, ainsi que les modalités pratiques de sa mise en œuvre. L'objectif est de parler et de faire parler de notre hôpital, tout en maîtrisant et en diversifiant les messages transmis ainsi que les outils de transmission. Le projet de communication se veut un dialogue reposant sur quatre grands axes :

- écouter
- montrer
- dire
- agir ensemble

Le projet communication a pour but de planifier les actions à mettre en place au sein du CHER et de maîtriser les messages transmis suivant quatre axes : *Ecouter, Montrer, Dire, Agir ensemble.*

11 - 1 - Ecouter

- Réaliser des questionnaires de satisfaction du personnel et des usagers
- Organiser des tables rondes sur des thèmes transversaux de la santé

11 - 2 - Montrer

- Repenser la signalétique interne et externe du CHER, en lien avec l'ouverture du nouveau bâtiment de médecine
- Réaliser des reportages photos de l'évolution du CHER, de ses services et organiser des expositions thématiques en réel et en virtuel sur le web

11 - 3 - Dire

Moderniser nos moyens et nos méthodes de communication via :

- la rénovation du journal du CHER à travers la mise en place des ECHOS du CHER
- le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication à travers les sites Internet et Intranet du CHER
- l'élaboration de nouveaux supports et plans de communications sur des sujets particuliers tels que le nouveau bâtiment de médecine, la mise en place de l'HAD et de l'UMJ ... et l'actualisation de notre livret d'accueil
- la formalisation de bonnes relations avec la presse : organisation des reportages et visites de la presse, communiqués et conférences de presse.
- Se mobiliser pour faire connaître l'hôpital hors de ses murs : information dans les journaux spécifiques aux collectivités, aux disciplines médicales et au management hospitalier

11 - 4 - Agir Ensemble

- Mise en place d'un comité de rédaction du journal et autres documents institutionnels de communication
- Organisation d'une journée portes ouvertes de l'hôpital
- Organisation de conférences / journées sur différentes thématiques d'actualité : HAD, Pratiques Soignantes, Cancer, Nutrition, Hygiène des Mains, Prélèvements d'organes et de tissus, Diabète ...
- Participer aux événements culturels de la cité

Ce projet est bien sûr en lien avec le projet culturel de l'établissement.

12 - LE PROJET CULTUREL

La culture est un domaine vaste s'appuyant sur une multitude de supports : théâtre, musique, danse, chant, œuvres artistiques manuelles, nouvelles technologies ... Elle ne passe pas par une Direction spécialisée. Elle est l'affaire de tous à l'hôpital et doit mobiliser l'ensemble des acteurs, notamment dans les services.

Aujourd'hui, notre hôpital souhaite valoriser sa propre culture mais également faire entrer dans son enceinte la culture au sens large. Ce mouvement d'ouverture et cette volonté de connaître la culture de son environnement et de faire connaître sa propre culture ont été initiés par la convention du 4 mai 1999 signée entre le Ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale puis relayés par la circulaire n° 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé.

Faire entrer la culture à l'hôpital répond alors à « la nécessité de faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité »⁵. « Elle se traduit par des politiques nouvelles visant à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes hospitalisées et de leur famille, et à assurer aux personnels soignants un cadre professionnel plus agréable. La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique, elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur »⁶.

Toutefois, la culture est encore perçue par beaucoup comme étrangère ou anecdotique par rapport aux préoccupations thérapeutiques qui sont notre cœur de métier. En outre, force est aujourd'hui de constater que la notion de « culture et hôpital » est un domaine mal connu où l'on confond animation, thérapie occupationnelle et culture.

L'art thérapie trouve son fondement dans un diagnostic et une prescription médicale. Son objectif est d'aider à la guérison de la personne.

L'animation, pratiquée souvent en gériatrie ou en pédiatrie, a pour but de permettre au malade de garder un lien avec des activités qu'il a pu mener avant son hospitalisation. Il n'y a pas de prescription médicale, mais l'animation répond néanmoins à une logique de soins au malade pour son bien être général et non seulement clinique.

La culture à l'hôpital est un concept complexe qui doit s'articuler autour de la culture de chaque établissement, de la culture de santé publique et de la culture au sens classique du terme.

Dans un contexte de modernisation des locaux et du management de notre hôpital, la culture doit nous permettre de nous interroger sur notre histoire et notre mission et de nous intégrer dans la cité. Cette interrogation concerne le CHER en tant qu'institution, mais aussi chaque acteur de l'hôpital, qu'il soit malade ou agent.

Ainsi, les objectifs sont de permettre à chacun d'accéder à la culture, de tenir compte des attentes des malades qui restent des citoyens, de s'ouvrir sur la cité, d'utiliser des locaux pour des réalisations artistiques. Culture et santé sont donc deux volets d'une même dimension de service public. A nous de savoir les allier au service de tous les citoyens de notre territoire de santé.

⁵ Convention du 4 mai 1999 entre le Ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale

⁶ Idem

L'objectif du projet culturel est d'intégrer la notion de culture au sein de l'établissement par la mise en place de différentes actions. Ces actions s'articulent autour de deux enjeux : diffuser la culture hospitalière et faire entrer la culture de la cité au sein de l'établissement.

12 - 1- Faire connaître et reconnaître la culture de l'hôpital

12 - 1 - 1 - Faire connaître la culture de l'hôpital

- Promotion et échanges sur nos activités soignantes : Journée Pratiques Soignantes
- Nutrition : l'alimentation est un soin
- Prise en charge des populations « fragiles » : expositions sur des thèmes comme la prise en charge des femmes à l'occasion de la journée de la femme, l'enfance, les personnes âgées
- Participation à des journées nationales et mondiales portant sur des thématiques diverses : audition, dépistage du cancer, hygiène des mains, diabète, addictologie, dépistage de la surdité chez l'enfant...

12 - 1 - 2 - Faire reconnaître la culture de l'hôpital

- Organiser des conférences/débats/journées sur des problématiques locales et nationales de prise en charge pour lesquelles le CHER propose des actions de prise en charge (exemple : journée régionale HAD)
- Organiser des journées Portes Ouvertes
- Mettre en place un espace hospitalier retraçant l'histoire de notre hôpital avant le déménagement dans le nouveau bâtiment

12 - 2- Ouvrir l'hôpital à la culture « traditionnelle »

12 - 2 - 1 - Développer des projets artistiques avec des partenaires culturels

12 - 2 - 2 - Créer des liens entre les activités culturelles de l'établissement et les associations

- Lecture / Bibliothèque itinérante
- Balades (lien avec l'association du diabète 43) / sorties
- Organiser des expositions de sculptures et de peintures

Un planning prévisionnel des manifestations culturelles qui se dérouleront au CHER a été élaboré et annexé au projet culturel.

13 - LE PROJET ETHIQUE

L'éthique est, depuis quelques décennies, au cœur des préoccupations portant sur la qualité de la prise en charge. Elément incontournable des différentes versions de la certification de la Haute Autorité de Santé, l'éthique a récemment fait l'objet de dispositions réglementaires, affinant sa définition et ses modalités d'intervention.

Ainsi, l'article L.1412-6 du code de la santé publique inséré par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique dispose : « Des espaces de réflexion éthique sont créés au niveau régional ou interrégional ; ils constituent, en lien avec des centres hospitalo-universitaires, des lieux de formation, de documentation, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé. Ils font également fonction d'observatoires régionaux ou interrégionaux des pratiques au regard de l'éthique. Ces espaces participent à l'organisation de débats publics afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique.

Les règles de constitution, de composition et de fonctionnement des espaces de réflexion éthique sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. »

En outre, selon l'article L6111-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les établissements de santé « mènent en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

Par conséquent, l'éthique s'est progressivement immiscée dans le droit hospitalier afin de « l'humaniser ». L'obligation pour les établissements de santé de mener une réflexion éthique en leur sein vient de l'évolution de la science médicale et des missions premières de l'hôpital, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge des patients. Le droit est devenu particulièrement normatif à travers le maillage précis de l'exercice de la médecine, afin de donner à l'éthique, ici synonyme de règles de bon sens, toute son effectivité.

Enfin, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade en fin de vie légitime et encadre les pratiques médicales par des réflexions éthiques. Elle détermine des circonstances nécessitant une réflexion éthique telles que :

- la relation patient/médecin : l'information du patient et de son entourage doit être loyale, honnête, claire et appropriée
- la limitation des soins : arrêt thérapeutique, refus de traitement ...

Dès lors, l'éthique n'est pas une discipline à part entière mais se construit sur l'articulation des apports des différentes disciplines (philosophie, psychologie, droit...) et de leur dialogue. La composition des conseils ou comités d'éthique doit répondre à ces exigences et refléter cette pluridisciplinarité.

De l'intérêt de l'éthique au sein d'un établissement public de santé :

L'éthique est aujourd'hui un ensemble de valeurs. C'est une notion polymorphe qui a pour objectif de resituer la décision dans l'espace et dans le temps. Elle doit dépassionner cette décision, surtout pour ceux qui y sont impliqués de près. Dès lors, l'éthique permet de prendre en compte l'ensemble des dimensions de la personne concernée, à savoir : médicale, socio-familiale, professionnelle, religieuse, culturelle ...

L'objet de l'éthique clinique est alors de faire intervenir un tiers dans la réflexion autour d'une situation médicale délicate et difficile. Il s'agit donc d'élargir le champ de la réflexion,

considérant que le meilleur intérêt de la personne malade ne se mesure pas toujours en fonction de son seul intérêt médical.

Cette démarche doit être institutionnelle, transversale, partagée par l'ensemble des pôles de l'établissement.

Le projet éthique 2009-2013 du CHER comprend deux axes de développement :

13 - 1 - Promouvoir une culture éthique institutionnelle

- Développer les supports de communication destinés aux patients, à leur entourage et aux équipes.

- Organiser une journée annuelle sur l'éthique avec des retours d'expérience et un bilan de l'activité du Conseil d'Ethique du CHER, en partenariat avec le CHS, la maison d'arrêt ...

- Développer et encourager la formation du personnel à l'éthique
- Questions des directives anticipées

13 - 2 - Elargir le Conseil d'Ethique aux autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du département, de la région voire de l'inter-région ainsi qu'aux autres acteurs favorisant la réflexion éthique.

L'idée de ce projet est de favoriser les échanges entre les différentes structures et de proposer un soutien aux structures ne disposant pas d'un conseil d'éthique formalisé. En outre, il est vraisemblablement intéressant pour un comité d'éthique d'avoir recours, en cas de besoin, à un autre conseil d'éthique, extérieur à l'établissement, dont l'avis pourrait éclairer celui de notre structure. Enfin, il apparaît essentiel de mutualiser les expériences et d'analyser les situations dans lesquelles il a été fait appel au conseil d'éthique de la structure. Un espace éthique régional opérationnel, centre de ressources, pourrait alors être créé.

ANNEXES

Projets Structurels :

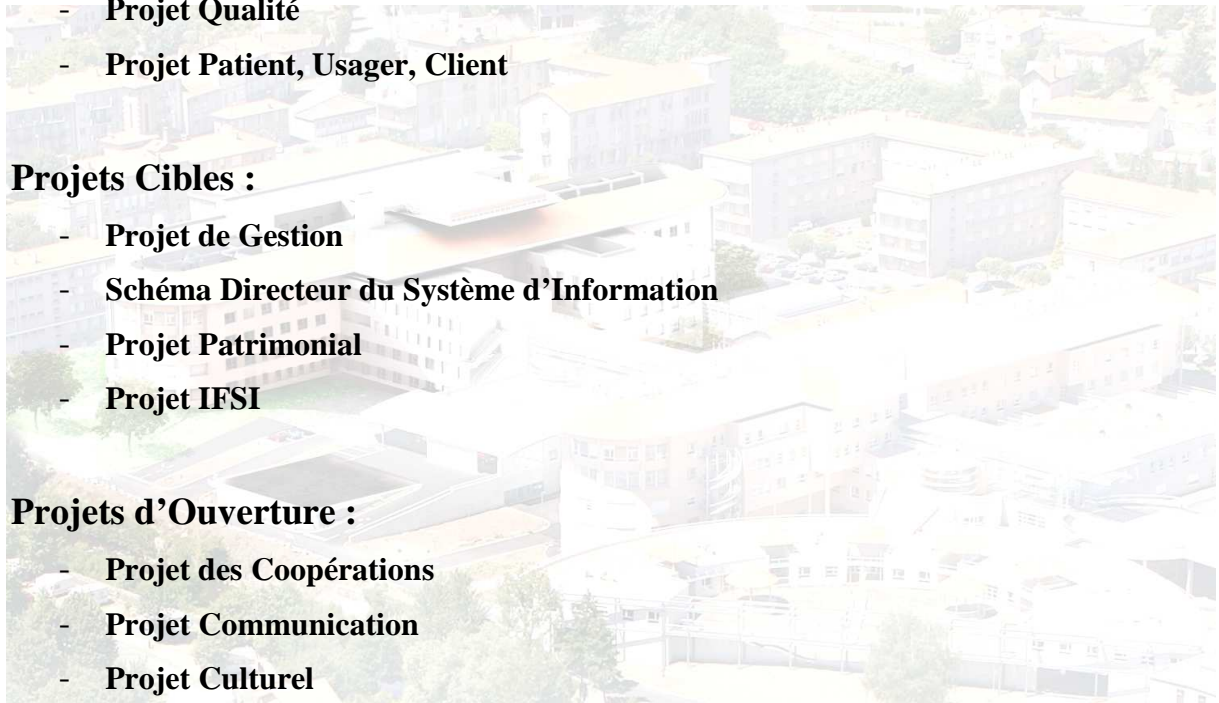
- **Projet Médical**
- **Projet de Soins**
- **Projet Social**
- **Projet Qualité**
- **Projet Patient, Usager, Client**

Projets Cibles :

- **Projet de Gestion**
- **Schéma Directeur du Système d'Information**
- **Projet Patrimonial**
- **Projet IFSI**

Projets d'Ouverture :

- **Projet des Coopérations**
- **Projet Communication**
- **Projet Culturel**
- **Projet Ethique**



Projets enregistrés dans le CD ci-joint