



**CENTRE HOSPITALIER**

**ARCHIPEL DE SAINT-PIERRE ET MIQUELON**

**Contribution à l'offre en santé à Saint-Pierre et  
Miquelon  
du Centre Hospitalier François DUNAN**

---

**PROJET D'ETABLISSEMENT**

**2015 – 2019**

**VALIDE PAR LE CONSEIL DE SURVEILLANCE LE 21 JUIN 2016**



## FICHE D'IDENTITE 2014

Le centre hospitalier de St Pierre et Miquelon dessert une population de 6100 habitants environ répartie sur St Pierre (5500 hab.) et Miquelon (600 hab.).

Afin de remplir au mieux sa mission, il dispose d'un plateau technique complet (bloc chirurgical, scanner, laboratoire d'analyses, pharmacie, stérilisation, etc.) et des praticiens strictement nécessaires à la continuité des soins et à l'accueil de 1<sup>er</sup> recours hospitalier : 1 chirurgien généraliste (11 lits installés chirurgie), 1 anesthésiste réanimateur (2 lits de soins intensifs), 3 urgentistes, 1 médecin interniste (17 lits installés outre 1 d'isolement psychiatrique), 1 gynécologue-obstétricien (4 lits installés), 1 gériatre (35 lits en EHPAD et 24 lits d'USLD), 1 radiologue, 1 biologiste, 2 pharmaciens hospitaliers, 1 psychiatre. 1 pharmacien d'officine complète l'équipe, pour l'exploitation de la seconde (et principale en terme de volume) pharmacie d'officine de l'archipel.

Il accueille des missions dans la plupart des spécialités médicales et chirurgicales :

Allergologie, angiologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastroentérologie, infectiologie, néphrologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, orthoptie, pédiatrie, pédopsychiatrie, pneumologie, rhumatologie, stomatologie, urologie.

Le plateau technique comprend :

- En Imagerie : 1 scanner, 2 tables télécommandées, 3 échographes (1000 scanners + 28 000 échographies en 2014)
- Un laboratoire d'analyses médicales et un dépôt de sang (2 millions de K en 2014)
- Un bloc opératoire de deux salles et une salle de gynéco obstétrique (600 interventions en hospitalisation complète, outre l'activité externe – 26 000 KC - et 52 naissances)
- Une pharmacie à usage intérieur et une stérilisation (2 laveurs)
- Une unité de dialyse de 3 postes principaux et 1 de secours
- Des équipements d'explorations fonctionnelles : EEG, EMG, etc.

L'établissement est par ailleurs très bien équipé en télé médecine et dispose de nombreux partenariats – à développer – en télé expertises et téléconsultations.

Au total, il emploie 327.8 ETP (286 en 2014, soit +41.8) :

- 19.4 ETP Personnels médicaux (18.7 en 2014, soit +0.7),
- 217.8 ETP Personnels soignants et médicot techniques (181.6 en 2014, soit +36.1),
- 90.6 ETP Personnels administratifs, logistiques et techniques (85.7 en 2014, soit +4.9).

En 2014, il aura reçu 1230 entrées pour un total de 9070 journées (DMS : 7.3 jours)

Pathologies les plus représentées :

1. Infectieuses
2. Tumorales
3. Neurologiques
4. Cardio et digestives





## SOMMAIRE

|  |             |
|--|-------------|
| <b>1. LE PROJET D'ETABLISSEMENT</b>  | <b>p 5</b>  |
| 1. Rappel du cadre législatif  | p 8         |
| 2. Evaluation du précédent PE  | p 9         |
| 3. Bilan des conventions passées   | p 10        |
| 4. Méthodologie d'élaboration  | p 11        |
| <b>2. LE PROJET MEDICO SOIGNANT</b>  | <b>p 14</b> |
| 1. Les déterminants stratégiques   | p 14        |
| 2. Les enjeux, le diagnostic   | p 20        |
| 3. Les axes stratégiques   | p 32        |
| <b>3. LE PROJET DE SOINS</b>   | <b>p 50</b> |
| <b>4. LE PROJET QUALITE</b>  | <b>p 61</b> |
| <b>5. LE PROJET SOCIAL</b>   | <b>p 70</b> |
| <b>6. LE SCHEMA DIRECTEUR INFORMATIQUE</b>   | <b>p 73</b> |
| <b>7. LES MOYENS</b>   | <b>p 74</b> |
| 1. En personnels   | p 74        |
| 2. En équipement   | p 75        |
| 3. En locaux   | p 76        |
| <b>8 ANNEXES</b>   | <b>p 78</b> |
| <b>8.1. ANNEXE 1 : BILAN DES CONVENTIONS PASSEES</b>   | <b>p 79</b> |
| <b>8.2. ANNEXE 2 : BILAN DU SCHEMA TERRITORIAL D'ORIENTATIONS SANITAIRES ET SOCIALES 2008-2013</b> | <b>p 84</b> |
| <b>8.3. ANNEXE 3 : PLAN STRATEGIQUE TERRITORIAL DE SANTE (PSTS) 2014-2019</b>                      | <b>p 85</b> |
| <b>8.4. ANNEXE 4 : AUDIT QUALITE JUIN 2014</b>   | <b>p 86</b> |
| <b>8.5. ANNEXE 5 : LES TABLEAUX DES ACTIONS</b>  | <b>p 87</b> |
| <b>8.5.1 : DU PROJET MEDICO SOIGNANT</b>   | <b>p 87</b> |
| <b>8.5.2 : DU PROJET DE SOINS</b>  | <b>p 88</b> |
| <b>8.5.3 : DU PROJET QUALITE</b>   | <b>p 89</b> |
| <b>8.5.4 : DU PROJET SOCIAL</b>  | <b>p 90</b> |



## 8.5.5 : DU PROJET INFORMATIQUE

p 91



Le CH-FD se présente, à bien des égards, comme un laboratoire d'égalité d'accès à l'offre de soins dans les territoires éloignés, de la métropole comme en métropole elle-même.

En effet, l'établissement dispose d'un plateau technique de qualité et de la collaboration de spécialistes de haut niveau (chefs de pôle de CHU ou PU-PH en activité ou récemment retraités notamment), sur place ou à distance. A l'inverse du modèle de planification sanitaire qui a vu se vider les petits hôpitaux périphériques et transférer les patients dès que leur état est un peu complexe, le CH-FD prend en charge et assure une offre de soins intégrés et de niveau élevé. Il transfère les cas les plus lourds ou ceux pour lesquels il ne dispose pas des capacités d'investigations diagnostiques suffisantes.

Aussi, son Projet d'Etablissement se présente comme un document d'ensemble liant harmonieusement les axes stratégiques et la gestion, et non comme la somme de projets individuels ou spécifiques. Il favorise la fédération des énergies pour préparer le CH-FD aux changements autour de choix expliqués et d'actions bien identifiées.

Il traduit l'aptitude du Centre Hospitalier (CH-FD) à s'adapter à la diversité et à la complexité d'un monde en évolution rapide. Il témoigne de la recherche permanente de la qualité, de la volonté de travail en réseaux et d'une ouverture vers l'Etat, les Collectivités Territoriales, les organismes de financement, les associations, de la construction permanente d'un dialogue avec l'ensemble des acteurs et des partenaires de l'institution.

Il s'articule autour d'un certain nombre de valeurs professionnelles parmi lesquelles :

**LE RESPECT** : qui recouvre les notions d'ouverture d'esprit, de tolérance, d'acceptation de la différence, de confidentialité, de secret professionnel et se traduit par l'engagement de l'ensemble des professionnels à respecter la dignité, l'intégrité, l'individualité, la liberté et les droits. Ceux des usagers au premier chef, ceux des membres du personnel de l'établissement tout autant.

**LA LOYAUTE** : qui se traduit principalement par une honnêteté intellectuelle et une intégrité professionnelle et se développe au travers de comportements tels que l'esprit d'équipe et la confiance.

**LA RESPONSABILITE** : qui s'évalue à la capacité des individus à prendre des décisions dans les limites strictes de leurs domaines de compétences et d'expertise et à se porter garant de leurs actes et d'en répondre le cas échéant. Ce champ de valeur s'exprimera notamment au travers des notions de compétences et d'information du patient.

**L'EQUITE** : qui doit permettre d'accorder à chacun et sans discrimination aucune ce qui lui est dû, qu'il soit patient, proche de patient, ou professionnel.

**LA BIENTRAITANCE** : « posture professionnelle et active », la bientraitance est un projet qui n'est jamais acquis et nécessite un travail permanent. Elle se déploie autour de plusieurs axes forts dont le point commun est constitué par une approche humaniste. Du soin, du management, dans ses rapports avec les autres. Dans ses dimensions individuelles et collectives qui s'expriment par :

- La confiance, entre soignants et soignés, entre professionnels, entre cadres et équipes
- La conservation de la dignité des individus, considérés comme des personnes humaines et citoyennes

Appliquées spécifiquement aux patients et résidents, il s'impose de :

- Prendre en compte les besoins et attentes spécifiques du patient / résident



- S'interroger régulièrement sur les pratiques professionnelles avec une remise en cause technique et éthique de la part de l'ensemble du personnel soignant et vise à l'amélioration constante des pratiques professionnelles
- Exercer des bonnes pratiques au quotidien, délivrer des « bons soins » au « bon moment », et mettre en place des règles institutionnelles et d'organisation du travail assurant conjointement un respect de la personne soignée et de ses proches mais également des équipes
- Prendre en charge la souffrance et promouvoir l'autonomie de la personne
- Conserver la dimension de « lieux humains » aux lieux de soins

Il est donc bâti autour d'un Projet Médico soignant, et non pas d'un simple Projet Médical, pour souligner l'articulation et l'irrigation entre les deux composantes d'une prise en charge, médicale et soignante.

Base du Projet d'Etablissement, il répond à l'ensemble des sujets dont l'ATS estime qu'ils constituent des sujets prioritaires à traiter par, notamment, le CH-FD. L'ensemble couvre les domaines de l'offre de soins, de l'offre médicosociale, de la santé publique (prévention-promotion de la santé, sécurité sanitaire notamment).

Il intègre les sujets mis en avant par les deux missions d'inspection de l'IGAS et de l'ATS en 2013/2014 ainsi que par la Chambre Territoriale des Comptes, ainsi qu'un Diagnostic de situation en rapport avec la procédure de certification HAS, réalisé en juin 2014.

Il affirme son ambition de contribuer à l'offre en santé, d'assurer la sécurité et la qualité des soins tout en tenant compte de la contrainte économique.

**Les enjeux principaux du nouvel établissement émergent alors : assurer la présence de praticiens en quantité et en qualité, à un coût acceptable et maîtrisé lui permettant de développer une offre de soins et de prises en charge médico-sociale la plus large - sur l'archipel lui-même ou grâce à des réseaux régionaux et métropolitains de collaboration - et d'en garantir la qualité et la sécurité.**

Cet impératif de sécurité et de qualité des soins dans le plus large périmètre d'action possible, **impose d'entrer dans une démarche qualité afin d'obtenir la certification par la HAS. Cet objectif est structurant pour tout l'hôpital**, son personnel et ses usagers, car porteur d'attractivité pour les professionnels comme pour la population (la première concernée) et peut contribuer au retour à l'équilibre budgétaire, voire l'assurer. L'absence de ce dernier fait et fera toujours porter une hypothèque sur les activités, actuelles ou à venir.

L'audit réalisé en juin 2014 par la HAS<sup>1</sup> met en évidence de très nombreuses non-conformités majeures et moyennes, dont la levée demande quatre grands axes transversaux de travail de fond sans néanmoins remettre en cause les pratiques elles-mêmes : Formalisation, Formation, Evaluation, Pérennisation. L'établissement s'y est engagé, avec l'appui de ses partenaires métropolitains, partenariats à développer afin de disposer du plus large panel et de la meilleure expertise possible.

---

<sup>1</sup> : cf. annexe 4



Cette démarche et les qualités du CH-FD qui dispose d'atouts que n'ont pas la plupart des autres établissements (un environnement technique de qualité (tout est neuf) bien que modeste ; des équipes soignantes travailleuses dans leur majorité et curieuses d'accroître ou développer des compétences ; une qualité de vie sur l'archipel qui compense en partie les exigences en matière d'astreintes), doivent garantir un haut niveau de prises en charge.

Ces dernières sont aussi le résultat de l'utilisation des technologies modernes d'échanges d'informations. La télémédecine est ici une réalité quotidienne. Intégrée au processus de prise en charge, elle est elle aussi un facteur d'attractivité des professionnels et de sécurité des soins. Des moyens importants ont été donnés dans un passé récent pour permettre au CH-FD de s'inscrire dans une dynamique qui n'est pas sans rappeler « Hôpital numérique ».

Cet impératif de sécurité et de qualité des soins constitue aussi, avec l'exploitation du document unique sur les risques professionnels (DUERP), un levier de retour de la confiance avec les partenaires sociaux et le corps social. Celle-ci bénéficiera en outre d'une démarche d'amélioration des conditions de travail avec des roulements de travail plus respectueux de la physiologie, des effectifs stabilisés offrant des perspectives de pérennisation des recrutements, d'avancements et de promotions.

Pour cela, le CH-FD développe **une politique de modernisation des relations sociales et de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, de formation initiale et continue, en veillant à la qualité et à l'amélioration des conditions de vie au travail, dans une approche collective et personnalisée de la gestion des ressources humaines.**





## 1.1. RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF

La Loi n°2002 – 73 du 17 janvier 2002 article 11, et l'Ordonnance n° 2005 - 406 du 2 mai 2005 article 11, ont donné une nouvelle définition du Projet d'Etablissement : « Le Projet d'Etablissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'Etablissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

Le Projet d'Etablissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit dans le cadre du territoire 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 code de la santé publique Il prévoit les moyens d'hospitalisations, de personnels et d'équipements de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le Projet d'Etablissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme »

Par ailleurs, la Loi « Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) », par sa volonté de modernisation et d'amélioration des soins, place le patient au cœur de la réforme. Elle poursuit l'objectif ambitieux, sous la responsabilité des Agences Régionales de santé (ARS), ici, de l'ATS, de décloisonner l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social, au service des personnes soignées et accueillies.

Il appartient à l'établissement de donner corps à cette réforme en mettant notamment en exergue les modalités des coopérations territoriales.

Chaque coopération doit en effet permettre d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes (par exemple, utilisation de compétences rares pour des avis ou des lectures d'examens).

Sur l'Archipel, l'ATS s'est vue confier par la loi, à l'instar des Agences Régionales de Santé au niveau national, un rôle de pilote du système de santé à Saint-Pierre et Miquelon. Cette fonction de management stratégique s'exerce à l'égard, notamment, de l'établissement public de santé de l'archipel, le CH-FD.

L'activité de l'établissement s'inscrit dès lors dans **la planification arrêtée par l'ATS** (STOSS 2008-2013, Plan Stratégique Territorial de Santé [PSTS] et Projet Territorial de Santé [PTS]).

Une trentaine de thèmes a été identifiée par le CH-FD et l'ATS. D'autres s'y sont ajoutés, en raison de l'actualité ou de sollicitations, par le CH-FD ou l'ATS.

Par ailleurs, **une mission IGAS** a fait en juin 2014 – à la suite du conflit social en 2013 - 13 propositions couvrant l'ensemble des domaines de gestion au CH-FD.



Enfin, **des inspections de Médecin et Pharmacien Inspecteurs** à l'ARS d'Aquitaine, qui appuie dorénavant l'ATS (reprenant en cela l'une des préconisations de l'IGAS), a fait quelques réserves en septembre 2014, février-mars et septembre 2015.

Précédemment, **une inspection de la Cour Territoriale des Comptes (CTC)** portant sur la gestion des exercices 2006 et suivants, a rendu ses conclusions en juin 2014 et 3 d'entre-elles sur les 4 émises concernent le domaine médical.

## **1.2 EVALUATION DU PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT 2009-2014**

La fin de la période couverte par le précédent Projet d'Etablissement est principalement marquée par l'installation sur un nouveau site, les Graves, dans des locaux neufs apportant beaucoup d'améliorations dans le confort mais relativement peu dans la qualité ou la quantité des prises en charge.

Secteur par secteur, les objectifs étaient les suivants (en italique) :

### **En Psychiatrie :**

*Favoriser la mise en place d'un réseau de soins pouvant offrir différents mode de prise en charge psychiatrique et psychologique (problèmes de « mal-être »), notamment par la mutualisation de l'offre hospitalière et de l'offre de ville.*

*Identifier à l'hôpital un accueil psychiatrique comportant une équipe pluridisciplinaire.*

Si la création du CMP a donné une certaine visibilité à la psychiatrie, la modestie de ses moyens et l'absence de lits d'hospitalisation n'ont pas permis la mise en place d'une offre complète et structurée.

Notamment, la prise en charge des enfants et adolescents demeure très insuffisante et les hospitalisations sous contraintes toujours très problématiques.

### **En Gériatrie :**

*L'activité gérontologique doit s'inscrire dans une filière de prise en charge graduée et structurée, comportant des alternatives à l'hébergement institutionnel (SSIAD, accueil de jour) et la promotion de soins de bien-être et de confort.*

L'installation de 24 lits d'USLD dans le nouvel hôpital et le recrutement d'un médecin gériatre n'ont pas été suivis par une formalisation d'une procédure d'entrée dans le dispositif, révélant le manque d'articulation entre eux des moyens disponibles sur l'Archipel, bien que la bonne volonté ne fasse pas défaut.

Néanmoins, les réflexions se sont poursuivies, notamment entre 2014 et 2015, et l'avenir de la maison Eglantine largement évoqué.



### **La mission diagnostique d'accompagnement et de suivi – la télémédecine:**

*Faire du CH-FD l'offreur de soins de second recours spécialisé et permanent de l'Archipel, grâce à l'aide au diagnostic, l'accompagnement et le suivi des missions de spécialités, à travers une structure et une organisation pérenne et protocolisée.*

Le CH-FD s'est doté des moyens matériels suffisants – en explorations fonctionnelles notamment, ainsi qu'en télémédecine - et a tenté d'organiser l'amont du second recours.

Le suivi des maladies chroniques et la préparation des missions, dont le volume reste insuffisant pour faire face à toutes les demandes, sont très largement perfectibles et recèlent un potentiel important d'amélioration des délais de consultation et de traitement.

Par ailleurs, des conventions de télé expertises ont été mises en place, essentiellement en imagerie et dermatologie. Elles montrent la voie à suivre entre le CH-FD et des établissements experts de métropole ou du Canada. La télémédecine est par contre peu utilisée entre les acteurs de L'Archipel (Centre de Santé, Centre médical de Miquelon, domicile).

### **L'accueil des urgences :**

*Le projet initial était de confier la responsabilité du secteur d'accueil des urgences au responsable du service de Médecine pour bénéficier des synergies entre eux et disposer d'un volume de praticiens suffisant et rendre plus attractif le poste de responsable du service Médecine.*

L'effectif des urgentistes a été augmenté, permettant une couverture satisfaisante des besoins en matière d'accueil des urgences et d'interventions. Par contre, les synergies avec le service de Médecine sont à conforter et le poste de responsable de ce dernier connaît un très fort turnover.

### **Médecine, Chirurgie et Obstétrique :**

*Favoriser le développement des activités – y compris gériatriques - par un renforcement des missions, la mise en place de la télémédecine et des prises en charge en amont comme en aval, en hospitalisation classique ou en ambulatoire.*

La présence d'un seul médecin, avec des missions de spécialité de courtes durées, ne permet pas d'atteindre cet objectif.

## **1.3 BILAN DES CONVENTIONS PASSEES**

*En annexe 1, recensement des conventions passées et de celles qui étaient en instance de l'être, ainsi que leur état (signées, non signées).*

Un grand nombre de contacts ont été amorcés durant la période 2009-2014, dont quelques-uns ont donné lieu à des conventions signées, au bénéfice du CH-FD ou pour lequel ce dernier est prestataire.

Au total, celles le plus souvent et/ou le plus utilement utilisées sont les conventions avec :



Le CH-FD utilisateur :

1. Le CH de Ste Anne, à Paris, pour de la télé expertise et téléassistance en radiologie : relecture des mammographies, 2<sup>ème</sup> avis de lecture de scanner, etc.
2. Le CHU de Tours, avec un partenariat médical complètement intégré en dermatologie : télé expertise, envoi de spécialistes, interventions chirurgicales.
3. L'ECHO du Mans, pour la télé dialyse : téléassistance, envoi de spécialistes
4. Le CHS de Maison-Blanche, pour les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie
5. L'EHRA de St John's, en partenariat avec la CPS, pour les EVASAN d'urgence
6. Divers centres hospitaliers pour du soutien médicoteknique ou informatique : approvisionnement en produits sanguins, élimination de déchets d'activités de soin, analyses de biologie médicale, maintenance informatique

Le CH-FD prestataire :

1. SSA, pour le suivi du personnel militaire de l'Archipel
2. EPRUS, pour le stockage et le maintien des matériels médicaux nécessaires en cas de crises sanitaires (Plan ORSEC par exemple)
3. Centre de Santé et divers opérateurs, pour la collecte et l'élimination de leurs déchets d'activités de soin, le suivi de la radioprotection
4. Conseil territorial, pour la mise en œuvre de l'APA
5. Centre pénitentiaire, pour la dispensation des soins infirmiers et psychiatrique aux personnes détenues et la livraison de repas
6. Le Centre Georges Gaspard, pour l'intervention du psychiatre

#### **1.4 METHODOLOGIE D'ELABORATION : UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE**

*Nombre de réunions, composition, instances*

**COMITE de PILOTAGE (COFIL) du Projet Médico soignant, et membres du COMITE de PILOTAGE de la démarche Qualité :**

M. le Dr Tchouki LAAMEL, Président de la CME jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2016 et Pharmacien responsable

M. le Dr Yves ALOMAR, Vice-Président de la CME jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2016 et Biologiste

M. Eric SANZALONE, Directeur

M. Patrick ABGUILLERM, Directeur adjoint

Mme le Dr Sandra KNEZYNSKI, coordinatrice médicale, DIM et anesthésiste-réanimateur

Mme le Dr Claire LETOURNEL, coordinatrice de la gestion des risques associés aux activités de soins, Vice-Présidente de la CME depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016 et Pharmacienne hospitalière

M. le Dr Olivier RIOU, Président de la CME depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016 et Anesthésiste-réanimateur

Mme Dominica REVERT, Coordonnatrice des soins

Mme Anne VENOT, Représentante des Usagers

Et

Mme le Dr Marlène KNEZYNSKI, Gériatre & Médecin interniste



M. le Dr Paoli RABE, Psychiatre

**COMITE de PILOTAGE de la démarche Qualité**, outre les membres du **COMITE de PILOTAGE du Projet Médico soignant ci-dessus nommés** :

M. Vincent MONTECOT, Ingénieur Biomédical

M. Pascal CORMIER, Chef du personnel

M. Jacky LETOURNEL, Responsable informatique

M. Denis KOSIOR, Responsable Economique

Mme Martine PINAY, Responsable Qualité

Mme Sophie BRY, Assistante Direction/Qualité

**Dates des Communications au COPIL Médico soignant (thèmes) :**

1. 2014.08.06 (note d'orientations)
2. 2015.07.02 (document de travail, avec plan)
3. 2015.08.27 & 28 (apports variés dont SNP, MCO, Psy)
4. 2015.09.04 (projet chirurgie ambulatoire)
5. 2015.09.24 (projet SNP, bis)
6. 2015.10.14 (projet V4)
7. 2016.01.18 (tableau des actions)
8. 2016.03.02 (projet V7 et annexes)

Le COPIL du Projet d'Etablissement pourrait associer les membres du COPIL Médico soignant, du COPIL de la démarche qualité et des instances représentatives du personnel, ainsi que des représentants des usagers.

NB : le Projet de Soins et le Projet Social disposent également d'un COPIL *ad' hoc*.

**Dates des Réunions relatives au Projet Médico soignant (membres, thème) :**

1. 2014.10.03 (CMP & ATS, Santé Mentale).
2. 2015.04.26 (CME, ensemble des sujets).
3. 2015.05.29 (ATS & APS, Addictologie).
4. 2015.07.08 (Directoire, coopération CHU Rennes).
5. 2015.08.11 (CME, idem).
6. 2015.08.28 (CME, SDIH).
7. 2015.09.16 (ATS & APS, Addictologie)
8. 2016.01.18 (Directoire, ensemble des sujets)
9. 2016.01.20 (Directoire, ensemble des sujets)
10. 2016.01.25 (Directoire, ensemble des sujets)
11. 2016.01.27 (Directoire, ensemble des sujets)
12. 2016.02.01 (Directoire, ensemble des sujets)
13. 2016.03.11 (CME, document V7, validation)
14. 2016.03.22 (Conseil de Surveillance, document V7)



15. 2016.06.14 (CME, document V8, présentation)
16. 2016.06.20 (CTE, document V9 & Projet Social V6, validation)
17. 2016.06.21 (Conseil de Surveillance, document V9 & Projet Social V6, validation)
18. 2016.07.01 (CHSCT, document V9 & Projet Social V6, validation)

Chaque objectif stratégique/axe du Projet est décliné en plusieurs objectifs généraux dont l'atteinte garantit la validation de l'axe défini. Chaque objectif général se découpe lui-même en un ensemble d'objectifs opérationnels ou d'actions concrètes appelées à être mise en œuvre sur le terrain.

La définition précise des actions et leur calendrier de mise en œuvre réclameront eux-mêmes d'autres réunions de groupes de travail, à l'instar de ceux mis en place pour la démarche de certification.

A cet égard, l'attention portée à la cohérence des différents projets – médico-soignant, de soins, social, qualité notamment et qui tous répondent à des problématiques communes ou transversales – garantit une économie de moyens et une concentration de ceux-ci contribuant à l'atteinte des objectifs.



## 2 LE PROJET MEDICO SOIGNANT

### 2.1. LES DETERMINANTS STRATEGIQUES :

#### 2.1.1. Profil des patients du territoire de santé et analyse des besoins de soins .....

« *Etat de santé : des problématiques très proches de celles observées en métropole<sup>2</sup>* »

Les cancers et leucémies y sont la première cause de décès. Les maladies chroniques et la santé mentale sont également les secteurs nécessitant le plus de réponses adaptées.

#### 2.1.2. L'offre de santé et positionnement du centre hospitalier .....

Outre le CH-FD qui représente toute l'offre de soin de second recours, il existe un Centre de Santé et un cabinet dentaire mutualiste. Au total, outre les professionnels du CH-FD, exercent :

1. Au CDS :
  - 8 médecins salariés, dont un à Miquelon ;
  - 4 kinésithérapeutes, dont un à Miquelon ;
  - 4 infirmières ;
  - 1 diététicienne ;
  - 1 cabinet dentaire avec 2 praticiens et un laboratoire de prothèses dentaires ;
  - 1 orthophoniste.
2. En libéral :
  - 1 médecin généraliste
  - 1 kinésithérapeute
  - 1 pharmacien d'officine
  - 1 psychologue
  - 2 pédicures-podologues
  - 2 ostéopathes

Avec l'unique médecin généraliste libéral, la densité en généralistes sur l'archipel atteint 142.6/100 000 (138.6 en métropole en 2012), 237.7 en comptant les urgentistes du CH-FD.

Au total, l'offre de 1<sup>er</sup> recours est estimée conséquente. Le manque se fait plutôt sentir en psychiatrie et en petite enfance.

#### 2.1.3. Orientations sanitaires et médico sociales territoriales.....

Le Plan Stratégique Territorial de Santé répond<sup>3</sup> à 3 objectifs stratégiques :

- Améliorer la santé en garantissant une offre de prévention efficiente
- Améliorer la fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médicosociale

<sup>2</sup> : cf. annexe 3, PSTS 2015-2019, p 17.

<sup>3</sup> : cf. annexe 3, PSTS 2015-2019, p 33



- conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité du territoire

Déclinés en 8 principes :

1. La prévention
2. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
3. La maîtrise des risques sanitaires
4. L'organisation des soins
5. Le parcours de santé
6. Amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficacité du système de santé
7. Le renforcement des capacités d'observation de la santé en région : la démocratie sanitaire
8. La créativité des acteurs locaux

Toutes, à un titre ou à un autre, impliquent le CH-FD, dans sa capacité de prise en charge, comme partenaire ou comme pilote.

Elles proposent essentiellement de :

1. Développer l'utilisation des technologies de l'information pour la promotion de la santé,
  - Améliorer la connaissance des risques sanitaires dans le territoire
  - Développer le signalement et la rapidité de leur transmission, les systèmes de surveillance
  - Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires
2. Disposer d'un maillage de premier recours, pivot du parcours de prise en charge,
  - Disposer d'une offre de diagnostic précoce accessible sur l'ensemble du territoire
  - La structuration des filières de santé de premier recours, de recours local et supra local, avec l'inscription de l'éducation thérapeutique du patient dans l'ensemble des filières du premier recours jusqu'au recours élargi
  - La mise en réseau pour répondre aux parcours de prise en charge des pluri-pathologies qui doivent être favorisées par le développement de la télésanté
3. Garantir une offre de santé durable,
  - Une offre de santé qui s'adapte à l'évolution des besoins, En développant des organisations fédératives et de mutualisation des équipements sanitaires, ambulatoires et médico-sociaux, ou de la constitution de groupements de coopération sanitaires et médico-sociaux porteurs d'autorisation d'activité et / ou de gestion mutualisé
  - Prévenir les risques inhérents aux soins en favoriser la pratique du signalement des infections, le développement des bonnes pratiques de prescription des antibiotiques et des anti-infectieux, accroissant les compétences des professionnels de santé en matière de gestion d'événements indésirables aux soins et en impliquant les professionnels de santé du premier recours à la veille et à l'alerte
  - Les coopérations innovantes participant à la qualité et à l'efficacité médico-économique en développant des actions de gestion du risque assurantiel, assurant la qualité et la fluidité des parcours de soins
4. La télésanté auxiliaire du parcours de prise en charge,
  - Le développement des usages apportant des solutions répondant tant aux besoins des professionnels de santé que des usagers, en inscrivant la télésanté dans une évolution des pratiques médicales visant à mieux informer et à davantage responsabiliser.





- Mettre en place une gouvernance territoriale de la télésanté en regroupant l'ensemble des acteurs de la santé au sein d'un groupement de coopération sanitaire dédié aux systèmes d'information pour la création d'un « espace santé territorial numérique », offrant ainsi un point d'accès unique pour l'ensemble des systèmes d'information
- Garantir une offre de santé accessible en tous points du territoire en assurant les développements de téléconsultation, télé expertise, télé radiologie, formation et téléformation

***En annexe 2, évaluation du STOSS 2008-2013 pour ce qui concerne les actions qui relevaient du CHFD.***

Les actions concernant le CH-FD et incomplètement ou non réalisées dans le STOSS 2008-2013 sont :

Dans les coopérations et réseaux :

- *Développer et améliorer le partenariat entre le CHFD et la CPS avec l'hôpital de Saint-John's (terre neuve et labrador)*
- *Poursuivre et consolider les partenariats (convention et réseaux) existants avec des établissements métropolitain (ex : CHU Tours)*
- *Développer les échanges (conventions et réseaux) avec les centres hospitaliers référents en France métropolitaine et au Canada dans le cadre de la coopération régionale*
- *Favoriser la mise en place d'un réseau de soins pouvant offrir différents modes de prise en charge psychiatrique et psychologique (problèmes de "mal être"), notamment par mutualisation de l'offre hospitalière et de ville.*
- *Développer une collaboration ville-hôpital dans les domaines de la masso-kinésithérapie, de l'orthophonie, de la diététique, de l'ergothérapie et de la psychomotricité*
- *Maintien à domicile : Créer de nouveaux services ou structures pour mieux répondre aux besoins*

Dans la prise en charge de la personne âgée :

- *Développer et coordonner l'offre de soins médicale - médecine gériatrique et santé mentale - et paramédicale - masso-kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, soins infirmiers - dans le domaine des personnes âgées*
- *Redéfinir l'unité de soins de longue durée (USLD) du CHFD à la suite de la mise en place d'un EHPAD*
- *Organiser et mettre en place des formes d'accueil des personnes âgées complétant le dispositif actuel de prise en charge*
- *Créer une unité spécifique pour les personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes atteintes de troubles cognitifs graves (maladie d'Alzheimer...)*

Dans le développement des activités hospitalières :

Chirurgicales :

- *Développer les modes de prise en charge en ambulatoire pour la médecine et la chirurgie.*
- *Redéfinir l'offre chirurgicale en précisant le périmètre d'intervention du CHFD, en fonction des orientations découlant des évacuations sanitaires et des missions médicales spécialisées*



Médicales :

- *Faire progresser la prise en charge oncologique de la médecine afin de la rendre conforme à l'évolution réglementaire (réseaux, partenariat, autorisations).*

Psychiatriques :

- *Identifier à l'hôpital un accueil psychiatrique comportant une équipe pluridisciplinaire*

Autres :

- *Créer une unité de soins de suite et de réadaptation*
- *Mettre en place un centre de planification familiale*
- *Structurer une politique de protection sanitaire et sociale de la famille et de l'enfance (protection maternelle et infantile)*
- *Mettre en place un dossier médical commun (ville-hôpital) auprès de l'ensemble des professionnels de santé de l'archipel*

## **I – Contribution à la planification en santé**

### - Participation aux travaux du projet territorial de santé (PSTS) :

Le CH-FD devait « Contribuer effectivement aux différents thèmes de travail, particulièrement le programme Télémédecine » (Recommandation n°17 du rapport FAVIER. *"Elaborer et mettre en œuvre le programme de télémédecine, en concertation avec l'ensemble des partenaires sous l'égide de l'ATS"*).

*La désignation d'un pilote médical est nécessaire pour définir les buts et les applications profitables pour le système de soins de l'archipel. Il a été difficile à trouver mais existe depuis février 2015.*

*Ne pas oublier l'intégration avec les médecins du CDS qui sont demandeurs de consultations spécialisées.*

Le CH-FD devait « désigner des référents pour les échanges avec l'ATS sur les différentes thématiques (dont PMI, Personnes âgées, Santé Mentale, ...) ».

*L'ATS dispose d'interlocuteurs patentés pour les Personnes Agées, les Plans de Secours et la Santé mentale.*

## **II – Contribution à l'amélioration et à la complémentarité de l'offre**

### - Premier et second recours : organisation/optimisation de la synergie entre les offreurs.

Le CH-FD devait « Développer la coopération avec le CDS pour une meilleure complémentarité ».

*La création d'un dossier médical permettant d'accéder aux données des différents systèmes d'information médicale des intervenants (CDS, CHFD, secteur libéral) est une priorité pour la sécurité des patients. Cet objectif demande l'assentiment conjoint du CH-FD et de la CPS. Une tentative en 2014 n'a pu aboutir. Une nouvelle est espérée fin 2015.*



- Offre de soins Miquelon-Langlade : en cours. Concrétiser la démarche création d'un GCS de moyens avec la CPS

*Missions de spécialistes sur place et hébergement à St Pierre organisé*

- Signalements évènements indésirables (volet médico-social) : Relancer le Conseil territorial sur cette question et faire valider la procédure.

*Le logiciel YES est accessible depuis tout le CH-FD. Il est largement utilisé.*

- autorisations d'activités et d'équipement :

*En cours pour la banque du sang et l'USLD, dernières activités à agréer.*

- Soins sans consentement : transmettre à l'ATS les modalités opérationnelles de prise en charge par le CHFD à l'issue des 72h.

*Fait, ce qui a permis la délivrance de l'autorisation d'activité de psychiatrie.*

- Santé mentale : Revoir le positionnement et l'apport du CMP dans ce domaine

*Voir le § CMP – Santé mentale du Projet Médico soignant.*

- Prévention-promotion de la santé : développer la contribution du CHFD dans les domaines de l'Education thérapeutique du patient, la PMI, le dépistage des cancers, la vaccination, les maladies chroniques (prise en charge)

*Revoir et modifier la culture de l'établissement sur le soin palliatif et la douleur. Relancer les actions qui avaient été débutées en 2013.*

*Des Formations ont été réalisées en juin 2015.*

- Violences faites aux femmes : accueil victimes (certif médical, protocole, hospitalisation) / volet psy / dépistage des violences faites aux femmes : formation des professionnels.

*En cours, sur une action de CLEF*

- Coopération régionale :

Relancer les discussions pour la levée des obstacles juridiques avec l'EHRA sur le PACS,

*Contact pris avec l'autorité provinciale de santé en mai 2015. Rencontre à distance entre informaticiens en juin 2015 et sur place en juillet 2015.*

Développer les besoins par domaine en matière de coopération sur la télémédecine (avec TNL)

*En attente résultats de la rencontre de coopération de juillet 2015 entre l'EHRA, le CH-FD et la CPS*

Approfondir les réflexions sur l'accueil de patients étrangers (USA, Canada) pour certaines prestations.

*En attente de la certification du CH-FD, prévue en 2017 ou 2018, selon le cas.*

### **III – Pilotage interne de l'établissement**

- Recrutement médical : analyse du projet stratégique préparé par l'ancienne directrice et mise en œuvre d'une nouvelle stratégie pour le recrutement des professionnels.

*Consolider les options qui ont été prises depuis quelques mois : permanence des professionnels, culture du travail en établissement, recours préférentiel aux spécialistes...*



#### IV – Thèmes de travail déjà abordés et actions à poursuivre

- Formalités à l'occasion des recrutements de médecins : Attestations d'inscription (- de 3 mois) ou inscription des médecins à SPM.

- Formation des professionnels : Mise en œuvre du DPC (projet CHFD, transmission attestations des professionnels...).

*Adhésion à l'ANFH comme OGDPC en 2015.*

- Prise en charge médicale et réclamations : vigilance générale à développer (domaines sanitaire et médicosocial).

*Les médiateurs sont désignés, les plaintes instruites dans le cadre de la CRUQPC*

- Gestion des réclamations : Définir des modalités de travail avec l'ATS sur délai de réponse à l'ATS, Améliorer la pertinence des réponses, transmettre à l'ATS les décisions de la CRUQPC et du/des médiateur (s).

- CRUQPC : Faire fonctionner l'instance.

*Fait depuis 2015 avec la désignation de nouveaux médiateurs médicaux et paramédicaux. Toutefois, son fonctionnement pâtit de l'indisponibilité des représentants des usagers. De nouveaux représentants devraient pouvoir être désignés.*

- Démarche qualité : certification hôpital / accréditation laboratoire : *en cours pour le labo. Planning en négociation avec l'HAS pour l'hôpital. Une priorité pour la crédibilité de l'établissement.*

Continuer à définir la distribution des rôles et des tâches sur des postes spécifiques.

Recrutement ou aide métropolitaine avec des professionnels maîtrisant bien les actions à mener.

- Dépôt de sang : dossier d'autorisation à actualiser en relation avec l'ATS.

*En cours, ne manque que la centrale de température (installation programmée en septembre 2015) pour finaliser les avenants.*

*La gestion se fait surtout avec l'EFS et l'ARS Paris. L'ATS est le destinataire final pour autorisation de fonctionnement du dépôt.*

*Faire des formations pour l'ensemble du personnel impliqué dans le circuit.*

- DAS (en général) : Transmettre à l'ATS la procédure en place pour l'envoi des médicaments périmés ou non utilisés (procédure Cyclamed).

- Santé et environnement au nouvel hôpital : S'assurer du respect des mesures obligatoires diverses : légionnelle, sécurité alimentaire, CO, amiante, radon, bruit, air intérieur.....

Assurer en particulier, le contrôle journalier du taux de Chlore pour les eaux de dialyse.

Contrôler régulièrement les températures pour le réseau d'eau chaude sanitaire (transmettre à l'ATS le protocole établi et les relevés réalisés).



## **2.2. LES ENJEUX : DIAGNOSTIC INTERNE.....**

### **2.2.1. Service SNP.....**

Le SNP assure 24h/24 l'accueil des urgences et les interventions de type SMUR ainsi que l'accompagnement médical et paramédical des EVASAN d'urgence sur St John's. Ses ambulanciers réalisent en outre un certain nombre de transports primaires mais aussi secondaires, en l'absence d'entreprises privées d'ambulances ou de VSL.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont plus particulièrement les suivants :

- Turnover important des médecins et paramédicaux, avec des nouveaux personnels peu formés.
- La rédaction puis la mise en œuvre des procédures et protocoles nécessaires aux prises en charge.
- La gestion des conflits, avec les patients, leurs familles.
- La gestion des EVASAN.
- La gestion de certaines pathologies, qui seraient mieux traitées avec l'aide de la télémédecine.

### **2.2.2. Service de médecine et chirurgie .....**

Après la baisse d'activité de 2013, celle-ci remonte en 2014 et 2015.

La baisse du nombre des journées en 2015 traduit l'accroissement de l'activité hospitalière au détriment de l'hébergement de patients relevant de l'USLD ou d'un maintien aménagé au domicile et qui restaient en MCO faute de places adaptées en structures d'aval.

#### **NOMBRE D'ENTREES M.C.O. 2015**

|              | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| MEDECINE     | 493         | 397         | 520         | 531         |
| CHIRURGIE    | 669         | 613         | 605         | 632         |
| MATERNITE    | 89          | 92          | 105         | 94          |
| <b>TOTAL</b> | <b>1251</b> | <b>1102</b> | <b>1230</b> | <b>1257</b> |

#### **NOMBRE DE JOURNEES M.C.O. 2015**

| <b>SERVICE</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| MEDECINE       | 4630        | 4395        | 5999        | 4847        |
| CHIRURGIE      | 2516        | 2347        | 2761        | 2399        |
| MATERNITE      | 344         | 287         | 310         | 285         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>7490</b> | <b>7029</b> | <b>9070</b> | <b>7531</b> |

Son expertise contribue à assurer des prises en charge médicales polyvalentes et optimales dans un contexte spécifique d'isolement géographique.

Il dispose pour cela de 30 lits dédiés, d'une équipe soignante sur place, de la télémédecine, des missions médicales, des EVASAN régionales ou sur la métropole, renforcées par des partenariats ciblés.



Depuis peu (novembre 2013), l'hôpital est moderne et bien adapté.

Il sort toutefois d'une longue période, difficile et conflictuelle, pendant laquelle on a pu assister à une totale déstructuration de l'organisation et de l'esprit de santé avec un turnover des personnels soignants rendant compte d'une grave perte de qualité dans les prises en charge des patients, une éventuelle perte de confiance de la population, et rendant impossible tout projet d'amélioration.

L'hôpital, et plus particulièrement son service de médecine et de chirurgie, a donc et surtout besoin d'une reconquête médicale et d'une organisation médicale basée sur la compétence, la solidarité, la confrontation des idées, la hiérarchisation médicale.

Un réseau de soins doit être identifié avec le centre de santé, afin de partager les informations médicales, mettre en place des protocoles, organiser des parcours de soins, organiser des formations, des réunions de dossier, la visite et le suivi des patients dans l'hôpital, améliorer la prise de décision pour les EVASAN, permettre un travail et un suivi épidémiologique, etc.

Le service MCO doit créer un lien fort avec l'ensemble des médecins de l'archipel et devenir la référence pour le centre de santé et l'ensemble des patients de l'archipel.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont plus particulièrement les suivants :

- Turnover important des médecins et paramédicaux, avec des nouveaux personnels peu formés.
- La rédaction puis la mise en œuvre des procédures et protocoles nécessaires aux prises en charge.
- La gestion des conflits, avec les patients, leurs familles.
- La gestion des EVASAN.
- La gestion de certaines pathologies, qui seraient mieux traitées avec l'aide de la télé-médecine.

#### **2.2.2.1. Service médecine.....**

Visites de conformité MISP et PHISP ARS Aquitaine :

1. Permanence médicale sans repos de sécurité
2. Sécurisation insuffisante des dossiers médicaux (service de médecine)

Actuellement un médecin seul, quelles que soient ses compétences, ne peut avoir une totale maîtrise des différents et complexes problèmes médicaux et du management du service, tout en assurant une astreinte médicale en continu.

En outre, le niveau déjà élevé de son investissement ne lui permet pas de dégager du temps pour la télé-médecine, organiser des consultations spécialisées, de l'encadrement aux médecins du centre de santé, des missions transversales, de l'encadrement et la formation de son personnel, de l'écriture de protocoles, l'encadrement de la télé dialyse, etc.



Le renforcement de l'organisation médicale avec un deuxième médecin, associant un médecin aux compétences polyvalentes à un médecin spécialiste, est donc un préalable.

Ce renfort devra également permettre de corriger l'isolement actuel de la gériatrie en termes de parcours de soins, de confrontation médicale, et de partager des contraintes liées à l'astreinte médicale continue.

Il est également nécessaire de désigner et former des soignants référents pour certaines activités spécifiques (soins intensifs, soins palliatifs, psychiatrie, chimiothérapie, pédiatrie, etc.). Idéalement chaque infirmier est capable de polyvalence, mais par le biais de la formation devient référent dans une activité spécifique.

#### 2.2.2.2.1. Service chirurgie.....

L'activité, après une baisse en 2013, est très soutenue et connaît une augmentation notable en 2015, notamment en chirurgie générale (entre 25 et 30% par rapport à 2014). Elle est à mettre en perspective avec des recrutements de chirurgiens nouveaux, et n'a pas souffert de leur turn-over important, due à la volonté de rechercher parmi eux les membres permanents d'une future équipe.

#### ACTIVITE DU BLOC OPERATOIRE AU 31 DECEMBRE 2015 HOPITALISES UNIQUEMENT - Actes en KC et KA

| SPECIALITES            | 2012          | 2013          | 2014          | 2015          |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CHIRURGIE GENERALE (1) | 6 935         | 8 800         | 6 957         | 9 574         |
| <u>MISSIONS</u>        |               |               |               |               |
| O.R.L.                 | 2 150         | 1 560         | 2 642         | 1 540         |
| GASTRO-ENTEROLOGIE     | 11 495        | 10 390        | 7 985         | 11 425        |
| GYNECOLOGIE            | 4 815         | 4 110         | 3 785         | 4 415         |
| OPHTALMOLOGIE          | 3 773         | 1 740         | 5 860         | 9 854         |
| UROLOGIE               | 1 780         | 920           | 790           | 560           |
| CHIRURGIEN PLASTICIEN  | 2 647         | 480           | 710           | 0             |
| ORTHOPEDIE             |               | 210           |               | 0             |
| STOMATOLOGUE           | 3 380         | 3 528         | 4 384         | 3 976         |
| <b>Sous-Total K.C.</b> | <b>36 974</b> | <b>31 738</b> | <b>33 113</b> | <b>41 344</b> |
| ANESTHESIE-REA         | 19 606        | 20 920        | 23 389        | 24 775        |

#### ACTIVITE EXTERNE DU BLOC - Actes K et KC

|                              |               |               |               |               |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| CHIRURGIE GENERALE (2)       | 5 735         | 5 930         | 2 860         | 3 080         |
| <b>TOTAL K (K + KC + KA)</b> | <b>62 315</b> | <b>58 588</b> | <b>59 362</b> | <b>69 199</b> |

Le plateau technique est très performant et peut être mieux valorisé. Mais comme en Médecine, il faut disposer d'un porteur de projet. Idéalement un chirurgien référent, en chirurgie viscérale, avec l'objectif d'organiser et développer l'ensemble des missions chirurgicales.

Avec la télé-médecine les échanges d'informations cliniques, radiologiques... sont tout à fait possibles et de bonne qualité. La mise en place d'une consultation régulière de ce type permettrait une prise en charge des patients « en temps réel » et non pas au rythme des missions. Sans supprimer complètement celles-ci, elles en diminueraient la fréquence et donc leur coût.



Grace à des relations avec des correspondants identifiés et fidélisés, les missions seraient alors beaucoup plus axées sur des interventions réalisables sur place.

Toutes les missions peuvent être optimisées comme la gastro-entérologie (300 endoscopies potentielles/an pour 3 fois moins réalisées actuellement). L'offre de soins peut être aussi élargie à la chirurgie plastique et reconstructive, la chirurgie vasculaire avec de nombreux petits gestes (stripping veineux, angioplastie) et surtout la chirurgie orthopédique dont le coût est important pour la CPS, en EVASAN. Cette liste non exhaustive est à affiner.

Dans le cadre de coopération régionale, les bénéfiques pourraient être étendus à des patients Canadiens, améliorant l'équilibre économique du CH-FD et ses capacités d'investissement dans des équipements nouveaux. Citons des chirurgies spécialisées et programmées (cataracte, projet de tourisme médical, endoscopique, stomatologique/ORL, etc.).

Cette augmentation d'activité ne pourra s'organiser sans l'agrandissement de la SSPI et le développement de la chirurgie ambulatoire (80% de notre activité chirurgicale).

### 2.2.3. Service obstétrique .....

50 naissances annuelles en moyenne.

Visites de conformité MISP et PHISP ARS Aquitaine : Absence de sage-femme à la maternité de 12h à 13h30 et de 17h30 à 8h

### 2.2.4. Ensemble des activités de gériatrie .....

L'activité en gériatrie pourrait être augmentée, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

**NOMBRE DE JOURNEES 2015 - MAISON DE RETRAITE ET LONG SEJOUR**

| SERVICES            | 2012          | 2013          | 2014          | 2015          | Taux d'occupation |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| M.R. CURE MEDICALE  | 5 392         | 4 752         | 4 827         | 5 361         | 98%               |
| M.R. SOINS COURANTS | 3 491         | 3 650         | 3 634         | 3 400         | 93%               |
| LONG SEJOUR/USLD    | 12 080        | 11 420        | 11 568        | 11 289        | 89%               |
| <b>TOTAL</b>        | <b>20 963</b> | <b>19 822</b> | <b>20 029</b> | <b>20 050</b> | 92%               |

En effet, les taux d'occupation ressortent en 2015 à 92% en moyenne, alors qu'ils devraient atteindre 95% au minimum, soit 2 lits occupés supplémentaires.

**Suite à l'ouverture en novembre 2014 de l'USLD sur le site du nouvel hôpital, l'activité médicale s'est répartie différemment avec :**

- Une astreinte 24/24 assurée pour les urgences des deux secteurs USLD et maison de retraite.





- Un suivi médical hebdomadaire des 24 résidents de l'USLD avec présence à la demi-journée les jours de semaine ainsi que le samedi et le dimanche.
- La reprise d'une coordination médicale avec un travail en réseau avec les différents partenaires, une coordination intra établissement, la mise en place des projets de vie individualisés. Des propositions d'évaluation des patients pour lesquels étaient demandés jusque-là des évaluations médico-sociales avec l'assistante sociale de la Maison Territoriale de l'Autonomie (MTA) sont à présent possibles.
- Des évaluations des personnes ayant fait leur demande d'entrée en institution soit avec le cadre de santé soit avec l'assistante sociale de la MTA pour évaluation, orientation selon les pathologies et mise en place un plan d'aide avant l'entrée effective.

Plus largement, l'organisation des soins et l'accompagnement des résidents souffrent d'une absence de formalisation de procédures ou protocoles de travail et d'aide aux diagnostics ainsi qu'aux prises en charge, dans un contexte d'absence ou d'insuffisance de professionnels qualifiés dans certaines spécialités, notamment psychologiques, éducatrices ou sociaux éducatives.

Les temps de régulation et de coordination – entre professionnels ou avec les familles et les autres structures de l'archipel - sont en outre insuffisants voire inexistantes.

Outre ces thématiques, les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont plus particulièrement les suivants :

#### **1/ sur le plan de l'organisation :**

- « turnover » de personnel important avec des nouveaux personnels peu formés à la gériatrie
- absence de profil de poste et de formation sur les thématiques gériatriques
- insuffisance de l'utilisation des outils informatiques, notamment par les aides-soignantes (AS)
- faible coordination entre le secteur animation et le secteur de soins et dans l'accompagnement des interventions des bénévoles
- absence ou insuffisance des comités transversaux pour la prise en charge de la douleur, de la nutrition, de la lutte contre les infections nosocomiales
- absence de temps de secrétariat dédié à la gériatrie

#### **2/ sur le plan de l'accompagnement de la personne âgée :**

- insuffisance de la prise en charge de la douleur, sous-utilisation des échelles d'évaluation gériatrique dans les différents axes gériatriques
- insuffisance du projet de soin
- difficulté de l'accompagnement des personnes âgées ayant une pathologie psychiatrique

Ces observations et remarques seront à reprendre en fonction des conclusions de la réflexion en cours avec les autorités de tutelles (Collectivité Territoriale et Etat) et les acteurs locaux sur la transformation de la maison de retraite actuelle en EHPAD (mission KOSKAS et audit financier)



#### **2.2.4.1. USLD.....**

L'USLD du nouvel hôpital permet d'accueillir spécifiquement 24 personnes fortement dépendantes dont l'état de santé demande une surveillance médicale constante, des soins permanents et un suivi médical spécifique.

La coupe PATHOS réalisée en 2015 confirme l'adéquation des 24 lits aux besoins de l'entier archipel.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont les suivants :

- Une absence de procédure ou référentiel pour orienter les personnes âgées vers l'USLD ;
- La nécessité de réorganiser l'équipe en augmentant les effectifs devant une inadéquation entre les moyens préconisés en 2014 et les besoins ressentis sur le terrain ;
- Une absence d'anticipation de l'organisation des soins ;
- Une architecture hospitalière et des locaux insuffisamment adaptés à une population gériatrique ;
- Elaborer un projet de vie individualisé pour les résidents transférés et les nouveaux admis ;
- Une absence d'instance de représentation des familles

#### **2.2.4.2. EHPAD.....**

La maison de retraite offre 36 places et accueille des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

Suite à l'ouverture en novembre 2014 de l'USLD, l'activité médicale s'est répartie différemment avec :

- La poursuite des consultations de gériatrie polyvalente et à orientation mémoire, à la demande des médecins traitants, sur le temps imparti à la maison de retraite.
- Le regroupement sur deux étages de 18 résidents avec des déménagements internes entraînant un bouleversement pour les usagers et les soignants.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont les suivants :

- Des locaux toujours inadaptés et vétustes : espace et aménagement des chambres, respect de l'intimité, confort pour les soins d'hygiène sont très insuffisants.
- Un conseil de la vie sociale au fonctionnement précaire.
- Une absence de secteur dédié (type PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés) à une prise en charge spécifique, qui reste à construire, des personnes ayant des maladies d'Alzheimer ou apparentées avec troubles psycho comportementaux.
- Une absence de possibilité d'hébergement temporaire.
- Une absence d'intervention dans le secteur MCO pour évaluer les personnes âgées de plus de 75 ans.
- La méconnaissance par les médecins de ville de la possibilité de consultations gériatriques, notamment à orientation mémoire.



### **2.2.5. SSIAD .....**

Le SSIAD propose des soins aux personnes âgées de plus de 60 ans et aux personnes adultes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de certaines pathologies chroniques. Le SSIAD intervient pour le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

Suite à l'ouverture en novembre 2014 de l'USLD, l'activité médicale s'est répartie différemment : le gériatre est le médecin référent au SSIAD. A ce titre, il visite les patients pris en charge par le SSIAD ou ceux dont la prise en charge est envisagée et intervient ponctuellement auprès des médecins traitants. Il participe avec la MTA, l'association « restons chez nous », les IDE du centre de santé, les médecins traitants, aux réunions mensuelles organisées par le médecin conseil de la CPS pour discuter des orientations des patients ambulatoires.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont les suivants :

- Les prises en charge à domicile de personnes handicapées jeunes sont difficiles (en outre, les forfaits spéciaux ne sont pas appliqués) et certains patients relèvent plus d'une structure HAD que SSIAD.
- La collaboration avec les soins de ville, les médecins et l'association « restons chez nous » est à optimiser pour les plans d'aide.
- A Miquelon, le SSIAD prend en charge des malades en SAD, ainsi que des patients relevant d'HAD. Une réflexion avec la CPS et la MTA sur les moyens à mettre en œuvre pour des patients très dépendants est préconisée.

### **2.2.6. Centre Médico Psychologique, la santé mentale.....**

La Santé Mentale passe par le dépistage, au sein de la population, de la souffrance psychologique, à la prise en charge en hospitalisation des patients psychiatriques, avec tous les intermédiaires dans le degré de la prise en charge.

Dans l'archipel, on constate une souffrance psychologique latente conduisant à des replis sur soi, de l'angoisse existentielle, de la dépression psychologique, etc. On peut citer parmi les étiologies :

- L'isolement lié à l'insularité, l'angoisse de l'avenir.
- Les difficultés socio-économiques.
- Les solitudes relatives liées à des problèmes socio-familiaux.
- Problèmes liés au vieillissement (syndrome démentiel, dépendance, épuisement de l'aidant naturel, etc.).
- Les troubles liés à l'addiction.

Cette souffrance engendre une diminution marquée de la qualité de vie de ces personnes, un repli sur soi, une baisse de l'activité sociale. Ainsi, nombre d'entre elles nécessitent des arrêts de travail



punctuels ou au long court (congé de longue maladie, congé de longue durée). Cela a sûrement une répercussion sur la société.

Le meilleur moyen de pouvoir aider la population dans toutes les dimensions de ses souffrances et de ses pathologies consiste à avoir des structures adaptées et une équipe bien formée au besoin de la santé mentale à Saint Pierre et Miquelon.

Depuis plusieurs années, il existe 2 types d'hospitalisation pour les patients souffrants d'une pathologie psychiatrique. La prise en charge à l'hôpital est nécessaire pour les patients qui présentent des pathologies psychiatriques nécessitant de soins et de surveillance constante en milieu hospitalier : Décompensation importante et invalidante d'une pathologie psychiatrique (Dépression, psychose, syndrome névrotique, éthyilisme, etc.), Etat de stress post-traumatique, Prévention d'un passage à l'acte suicidaire, etc.

Les patients ayant besoin de soins psychiatriques sont hospitalisés en médecine sous la responsabilité du psychiatre de l'établissement. Les soins sont effectués par l'équipe soignante (Cadre, infirmier, aides-soignants, infirmier du CMP, etc.). La durée d'une hospitalisation est d'une à quatre semaines, pour 1 à 4 patients hospitalisés par semaine.

Les patients sont vus tous les jours par le psychiatre et l'équipe dans le service même de médecine.

L'infirmière du CMP passe 2 fois par semaine à l'hôpital pour voir chaque patient en entretien durant l'hospitalisation et afin de se faire connaître et de proposer, si cela s'avère nécessaire, une prise en charge au CMP.

En cas de besoin, le patient peut être isolé dans une chambre spécialement aménagée. Considérée comme une hospitalisation sous contrainte, celle-ci ne peut excéder 72 heures. Le cas échéant, le patient doit avoir été admis dans un établissement spécialisé - en dehors de l'archipel - avant l'expiration de ce délai.

Dans ce cas, l'hospitalisation se fait dans le cadre de l'EVASAN, en métropole. Sous le régime de l'hospitalisation libre, elle pourrait se faire au Canada (rarement).

En ambulatoire, le psychiatre temps plein réalise des consultations à l'hôpital, au centre pénitentiaire, à domicile et enfin au CMP où se tient une équipe pluridisciplinaire composée d'un cadre de santé, une psychologue (0.2 ETP), une infirmière formée aux soins psychiatrique, une aide-soignante.

Depuis peu, un temps de Kinésithérapeute (relaxation et bien être) est également présent, sans certitude sur sa pérennité.

Tous les premiers mardis du mois, le psychiatre et l'infirmière se déplacent à Miquelon pour des missions d'évaluations et de consultations (7 à 8 patients suivis).

La prise en charge des enfants est réalisée par un pédopsychiatre en mission (2 fois 15 jours par an) dont l'action est soutenue (environ une trentaine d'enfants et d'adolescents sont vus en consultation à l'hôpital, 3 ou 4 au SESSAD avec leurs familles).



Les demandes d'actions psychiatriques dirigées vers les différents acteurs sociaux sont en augmentation constante et des liens formalisés semblent devoir être créés ou renforcés pour répondre aux demandes.

L'hôpital n'est plus l'épicentre de la psychiatrie, les orientations se tournent vers l'accueil et les actions coordonnées multidisciplinaires.

Les pathologies mentales graves et lourdes sont le plus souvent chroniques et réclament des suivis et traitements durant des décennies. Elles ont un impact social, familial, sociétal et financier très important, c'est pourquoi les équipes dites de secteur se sont développées et leur importance ne cesse de croître.

En ce sens, l'axe des activités a tendance à **favoriser le développement du CMP plus particulièrement**, qui est parfaitement repéré dans la ville et dont les activités d'ateliers doivent être maintenues et développées.

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont les suivants :

- Amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients, notamment du Centre Pénitentiaire et au Centre Georges Gaspard.
- Améliorer la prise en charge en pédopsychiatrie : de nombreux cas restent sans suivi du fait de l'absence de disponibilité des professionnels concernés.
- Favoriser une meilleure coordination des soins entre l'équipe psychiatrique et l'équipe de la médecine.
- Améliorer l'organisation d'une meilleure prise en charge en ambulatoire pendant l'hospitalisation pour éviter une ré hospitalisation prématurée.

### 2.2.7. Les consultations de spécialités .....

L'activité de consultations pures, facturées, reste stable en 2014 et 2015, conformément au planning retenu et au budget alloué à cette structure. L'augmentation importante constatée à partir de 2014 résulte d'un effort accru des missionnaires durant leur présence, et d'une articulation des missions entre-elles (ex : ophtalmologie médicale succédant à la chirurgie pour les suites opératoires)

| SPECIALITES   | 2012        | 2013        | 2014        | 2015         |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>CONSULTATIONS ET ACTES EFFECTUEES PAR PRATICIENS DU CHFD</b> |             |             |             |              |
| <b>ANESTHESIE-REA</b>   | 505         | 476         | 469         | 519          |
| <b>CHIRURGIE</b>  | 1007        | 1208        | 1104        | 1 029        |
| <b>MATERNITE</b>  | 995         | 994         | 1000        | 782          |
| <b>URGENCE SNP MEDECINE GENERALE (ST PIERRE)</b>                | 1197        | 2812        | 2994        | 2 959        |
| <b>PSYCHIATRIE</b>  | 961         | 1012        | 1246        | 922          |
| <b>GYNECOLOGIE</b>  | 2575        | 2216        | 2143        | 1 468        |
| <b>Sous-total CHFD</b>  | <b>7240</b> | <b>8718</b> | <b>8956</b> | <b>7 679</b> |
| <b>CONSULTATIONS ET ACTES EFFECTUEES PAR LES MISSIONNAIRES</b>  |             |             |             |              |
| <b>ALLERGOLOGIE</b>   | 233         | 225         | 212         | 195          |
| <b>ANGIOLOGUE</b>   | 102         | 76          | 111         | 123          |



|                            |              |              |              |               |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| CARDIOLOGIE                | 353          | 162          | 362          | 576           |
| DERMATOLOGIE               | 146          | 241          | 178          | 213           |
| GASTRO-ENTEROLOGIE         | 335          | 447          | 255          | 473           |
| UROLOGIE                   | 232          | 154          | 159          | 126           |
| NEPHROLOGIE                | 64           | 64           | 72           | 77            |
| NEUROLOGIE                 |              |              | 57           | 112           |
| CHIRURGIEN PLASTICIEN      | 176          | 49           | 58           |               |
| O.R.L.                     | 463          | 445          | 471          | 441           |
| OPHTALMOLOGIE              | 1776         | 1367         | 2618         | 2 070         |
| PEDIATRIE                  | 279          | 299          | 401          | 399           |
| PEDO-PSYCHIATRIE           | 69           | 63           | 57           | 60            |
| RHUMATOLOGIE               | 225          | 231          | 228          | 205           |
| ORTHOPEDIE                 | 328          | 283          | 75           | 206           |
| STOMATOLOGIE               | 204          | 200          | 192          | 263           |
| PNEUMOLOGIE                | 141          | 187          | 254          | 411           |
| ENDOCRINOLOGIE             | 154          | 163          | 214          | 137           |
| <b>Sous-total MISSIONS</b> | <b>5280</b>  | <b>4656</b>  | <b>5974</b>  | <b>5 964</b>  |
| <b>TOTAL</b>               | <b>12520</b> | <b>13374</b> | <b>14930</b> | <b>13 643</b> |

## 2.2.8. L'imagerie médicale .....

En radiologie, l'activité augmente fortement en 2014 et 2015, conséquence possible de l'équipement en une 2<sup>ème</sup> table télécommandée. La légère baisse constatée en 2015 et 2014 semble traduire une professionnalisation accrue ou l'atteinte d'un rythme de croisière, après la satisfaction des besoins locaux qui jusqu'alors devaient aller à St John's.

Après avoir été stable en 2012 et 2013, l'activité d'échographie connaît une importante augmentation d'actes externes.

### ACTIVITE DU SERVICE DE RADIOLOGIE - ACTES EN Z

| SERVICE      | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| INTERNES     | 10 982         | 8 105          | 12 114         | 12 554         |
| EXTERNES     | 106 366        | 107 329        | 122 298        | 123 516        |
| <b>TOTAL</b> | <b>117 348</b> | <b>115 434</b> | <b>134 412</b> | <b>136 070</b> |

### ACTIVITE DU SERVICE DE RADIOLOGIE - ACTES EN KE (échographies)

|              | 2012          | 2013          | 2014          | au 31/12/2015 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| INTERNES     | 2 496         | 2 044         | 3 014         | 2 614         |
| EXTERNES     | 25 592        | 26 124        | 27 396        | 31 192        |
| <b>TOTAL</b> | <b>28 088</b> | <b>28 168</b> | <b>30 410</b> | <b>33 806</b> |

NB : 110 EVASAN pour IRM, outre celles pour échodoppler et coronarographie, réalisables ici sous conditions.



Usages actuels des équipements, dont scanner : RAS. Les seuls examens non réalisés sont des examens nécessitant des perfusions cérébrales (qui demandent un 64B) et les coronaroscans qui demandent une technicité à l'examen et à l'analyse très importante, trop au regard de la faible activité sur ce type d'examen (15/an).

NB : l'IRM répondrait aux premiers mais pas aux seconds.

Un scanner 16B serait donc suffisant mais apporterait des améliorations substantielles : rapidité d'acquisition et diminution d'au moins 50% de la dose délivrée. Le scanner actuel est ancien et bien qu'en bon état, les mises à jour logicielles ne sont plus faites et son informatique est dépassée. Par ailleurs, les nouvelles consoles permettent de disposer d'accès distants par un serveur offrant les mêmes potentialités de traitement que les consoles d'acquisition.

Les acquisitions d'images natives sont adressées en brut pour double relectures, avec des tailles de fichiers qui sont de ce fait un frein aux échanges. Une communication accrue entre les praticiens de notre service et ceux de nos correspondants (St John's, Ste Anne) permettrait de mieux cibler l'échange et diminuer ainsi la taille des fichiers et, partant, le nombre des échanges.

Absence d'un ostéodensitomètre : 400 examens la 1<sup>ère</sup> année, puis 100 à 200.

Des échodopplers pourraient être réalisés avec le matériel existant.

La question est donc moins celle de la qualité des outils que leur usage.

### **2.2.9. La pharmacie à usage intérieur (PUI) et la pharmacie d'officine.....**

Le pôle pharmaceutique s'articule autour de 3 secteurs :

1. L'unité pharmacie pour la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
2. L'unité de stérilisation pour la production des dispositifs médicaux stériles.
3. La pharmacie dite de cession qui fonctionne comme une officine de ville.

2 Pharmaciens hospitaliers dont un chef de service pour l'ensemble exercent dans les 2 premiers secteurs, 1 pharmacien d'officine dans le 3<sup>ème</sup>. Ils se remplacent, avec ou sans l'appui d'un pharmacien d'officine le cas échéant.

2 préparateurs en pharmacie hospitalière et 1 aide-soignant les secondent sur les 2 premiers secteurs, 3 préparateurs d'officine exercent dans le 3<sup>ème</sup>.

Le pôle assure les missions suivantes :

- La gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 du CSP
- La gestion, l'approvisionnement et la dispensation des dispositifs médicaux stériles



- La stérilisation des dispositifs médicaux dans les conditions prévues par décret, à l'aide de 2 stérilisateurs à vapeur
- Préparation des chimiothérapies sous isolateur rigide
- Contrôle de l'eau pour l'hémodialyse (selon les normes définies par la Pharmacopée européenne) et Gestions des produits d'hémodialyse
- La gestion des fluides médicaux.
- Rétrocession des médicaments réservés aux hôpitaux.
- Correspondant pharmacovigilance & matériovigilance
- Approvisionnement du centre médical de Miquelon et du dispensaire de Langlade

Les points d'amélioration ou de vigilance repérés sont les suivants :

- Pharmacie d'officine : sa vétusté et des surfaces insuffisantes pour la clientèle, les professionnels et le stockage des produits.

#### **2.2.10. La biologie médicale.....**

L'activité du laboratoire au profit de ses hospitalisés suit celle de l'établissement. C'est également le cas en activité externe.

##### **ACTIVITE DU LABORATOIRE - ACTES EN B**

| <b>SERVICE</b> | <b>2012</b>      | <b>2013</b>      | <b>2014</b>      | <b>2015</b>      |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| INTERNES       | 326 185          | 228 893          | 342 594          | 450 792          |
| EXTERNES       | 1 841 587        | 1 783 577        | 1 778 079        | 1 680 941        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>2 167 772</b> | <b>2 012 470</b> | <b>2 120 673</b> | <b>2 131 733</b> |





### **2.3. LES AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO SOIGNANT .....**

Le CH-FD apporte une expertise et assure des prises en charge médicales polyvalentes et optimales dans un contexte spécifique d'isolement géographique. Ce dernier fait peser sur l'organisation une exigence d'efficacité qui peut être satisfaite en privilégiant l'utilisation de l'hôpital, depuis peu moderne et bien adapté.

C'est également un acteur de sécurisation et un acteur économique essentiel pour la survie de l'archipel.

Sortant d'une longue période, difficile et conflictuelle, pendant laquelle on a pu assister à une totale déstructuration de l'organisation et de l'esprit de santé, d'une grave perte de qualité dans les prises en charge des patients, voire de perte de confiance de la population, tout projet d'amélioration semblait impossible.

La motivation conjointe de l'administration et des différentes instances médicales a permis d'imaginer un développement de l'hôpital suivant le chemin d'une reconquête médicale et d'une organisation médicale basée sur la compétence, la solidarité, la confrontation des idées, la hiérarchisation médicale. Et sa déclinaison soignante.

Son développement doit passer, après une phase d'organisation interne, par la mise en place de projets régionaux avec nos plus proches voisins canadiens, avec qui partager une offre de soins ciblée et adaptée.

Le Projet Médico soignant, base du Projet d'Etablissement, répond à l'ensemble des sujets dont l'ATS estime qu'ils constituent des sujets prioritaires à traiter par, notamment, le CH-FD. L'ensemble couvre les domaines de l'offre de soins, de l'offre médicosociale, de la santé publique (prévention-promotion de la santé, sécurité sanitaire notamment).

Il intègre les sujets mis en avant par les deux missions d'inspection de l'IGAS et de l'ATS ainsi que la CTC et un Diagnostic de situation en rapport avec la procédure de certification HAS, réalisé en juin 2014.

**Il affirme son ambition de contribuer à l'offre en santé, d'assurer la sécurité et la qualité des soins tout en tenant compte de la contrainte économique.**

**Les enjeux principaux du nouvel établissement apparaissent : assurer la présence de praticiens en quantité et en qualité, à un coût acceptable et maîtrisé lui permettant de développer une offre de soins et de prises en charge médico-sociale la plus large (sur l'archipel lui-même ou grâce à des réseaux régionaux et métropolitains de collaboration) et d'en garantir la qualité et la sécurité.**

Chaque axe du Projet est décliné en plusieurs objectifs dont l'atteinte garantit la validation de l'axe défini. Chaque objectif se découpe lui-même en un ensemble d'actions concrètes appelées à être mise en œuvre sur le terrain.



**Axe 1 : L'ensemble des professionnels assurent à la personne soignée et à son entourage une prise en charge coordonnée, en complémentarité avec les partenaires hospitaliers et extra hospitaliers.**

Objectif 1 : Améliorer la qualité de l'accueil du patient et de son entourage et développer une prise en charge du patient au travers de l'offre de santé proposée.

Objectif 2 : Dispenser des soins individualisés et coordonnés (Coordination inter équipe consultations-Bloc-service MCO)

Objectif 3 : Organiser une sortie planifiée et coordonnée pour chaque patient.

Objectif 4 : Développer un programme de gestion de la douleur aiguë et chronique.

Objectif 5 : Participer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutiques conformément aux orientations définies.

Objectif 6 : Développer une culture des soins palliatifs.

Objectif 7 : Développer la prise en charge de la santé mentale.

**Axe 2 : L'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques correspond à un engagement de l'ensemble des professionnels.**

Objectif 8 : Développer une culture de l'hygiène hospitalière commune.

Objectif 9 : S'engager dans le déploiement de la politique de gestion de la qualité et prévention des risques.

Objectif 10 : Accompagner la mise en place des EPP et le suivi des indicateurs.

Objectif 11 : Elaborer un projet Qualité / Gestion des Risques à destination de l'ensemble des professionnels.

Objectif 12 : Elaborer et mettre en œuvre une politique de sécurité des biens et des personnes.

**Axe 3 : La gouvernance médicale et le recrutement médical favorisent la responsabilisation dans des organisations du travail visant la complémentarité des prises en charge médicales, soignantes et sociales.**

Objectif 13 : Optimiser la structuration des services et accompagner les équipes pour coordonner les actions des différents acteurs de santé et optimiser la prise en charge patient.

Objectif 14 : Accompagner et s'impliquer dans le schéma directeur de l'information.



Objectif 15 : Accompagner la création du secteur « Ambulatoire & Hôpital de jour » et optimiser sa structuration ainsi que la formation du personnel dédié.

#### **Axe 4 : adapter et améliorer l'offre de services des personnes âgées en assurant une prise en charge de qualité**

Objectif 16 : Fédérer les équipes au service de la personne âgée en développant une cohérence et une coordination des actions de l'ensemble des professionnels (projet de vie individualisé, prise en charge globale, soins dispensés par des personnels formés et accompagnés dans le quotidien et dans l'analyse de leurs pratiques).

Objectif 17 : Favoriser les souhaits, choix, valeurs, désirs de chaque personne âgée pour qu'ils deviennent les principes de sa prise en charge (prise en compte des avis, participations aux activités, maintien de l'autonomie dans un cadre de vie agréable).

Objectif 18 : Prendre soin de la personne âgée au cours de sa vie quotidienne est une préoccupation constante des équipes (attentes et souhaits relatifs au repas et actes de la vie quotidienne pris en compte, soins réfléchis en équipe et validé par des professionnels compétents, accompagnement quotidien et fin de vie par les familles et les équipes).

Objectif 19 : Faire du respect des droits des résidents une priorité pour l'ensemble des professionnels de la maison de retraite (respect de la charte des droits et libertés, respect de l'intimité, prise en charge bienveillante).

#### **Axe 5 : Optimiser l'offre de soin par le développement des nouvelles technologies, en favorisant l'essor de la télémédecine et des coopérations.**

Objectif 20 : Renforcer les partenariats professionnels existants et contractualiser de nouveaux partenariats professionnels et offrir un télé accompagnement aux acteurs du C.H.F.D.

Objectif 21 : Instaurer une réflexion de fond sur l'évolution des pratiques en réponse aux réalités de la télémédecine.



## 2.4. LE PROJET MEDICO SOIGNANT DU CH-FD .....

### LES PROJETS, par objectif et action :

**Axe 1 : L'ensemble des professionnels assurent à la personne soignée et à son entourage une prise en charge coordonnée, en complémentarité avec les partenaires hospitaliers et extra hospitaliers.**

**Objectif 1 : Améliorer la qualité de l'accueil du patient et de son entourage et développer une prise en charge du patient au travers de l'offre de santé proposée.**

Structurer l'offre de missions de spécialistes à partir des besoins de la population et articuler les moyens disponibles (bloc, lits de MCO) en créant la fonction de coordination médicale afin de mettre en place :

- Des indicateurs d'activité (PMSI)
- Une coordination médicale des relations avec les établissements, missionnaires, lieux d'EVASAN auxquels le CH-FD est lié,
- Une meilleure utilisation des outils de télémédecine et de télédiagnostic ou expertise (gestion médicale uniquement),
- une collaboration avec le médecin conseil de la CPS pour améliorer l'offre de soins territoriale en relation avec les EVASAN.

Ces missions sont celles décrites dans un projet de décret relatif à la gouvernance des GHT. Adaptées à notre situation, elles deviennent :

*« ... Le médecin responsable, placé sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle du directeur, a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux, soignants, administratifs et d'encadrement du département du territoire. Il organise son fonctionnement ainsi que l'affectation des ressources médicales, soignantes et administratives sur les sites des établissements du groupement...*

*Ses missions sont de :*

- *permettre d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique (au CH-FD, le directoire) ;*
- *participer à l'analyse médico-économique des données en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet médical partagé ;*
- *participer à l'installation des dispositions sur la protection des données médicales nominatives des patients ;*
- *contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique ;*

**Soins à Miquelon : à définir**



A Miquelon, adapter la composition de l'équipe et le mode de tarification des prises en charge pour tenir compte de la spécificité de celles-ci : malades en SAD, en SSIAD et relevant de l'HAD.

Associer la CPS et les médecins de la CPS (puis EPU, Miquelon)

SNP :

- La création d' 1 lit d'UTCS ou SCCD à vocation première cardiovasculaire, neurovasculaire, infectieuse permettrait de multiplier les actes techniques, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, pour un patient ne relevant pas de l'environnement "upgradé" des soins intensifs mais nécessitant toutefois une surveillance et des soins continus (scope monitoring, évaluation clinique et paramétrique pluriquotidienne), avant transfert en MCO ou pour lequel l'EVASAN est indiquée, en des délais n'excédant pas 24 h et/ou à potentiel évolutif.

NB : cela nécessite de pouvoir garantir du personnel dédié à cette surveillance en plus de celui le cas échéant en intervention d'urgence.

Diffusion d'une information adaptée

Distribution systématique d'un livret d'accueil

Elaboration d'une procédure d'accueil, d'admission ou de pré admission

Amélioration de l'accueil par une meilleure identification du personnel soignant

Création de lieux appropriés à l'attente

Evaluation de la qualité d'accueil par une enquête de satisfaction

Instauration du recueil systématique des directives anticipées

Instauration de l'identification systématique de la personne de confiance

Formation du personnel à la bientraitance

Contractualisation et sécurisation du partenariat avec les associations de bénévoles dans une logique de continuité du soin et de respect du travail mutuel des bénévoles et des équipes soignantes

**Objectif 2 : Dispenser des soins individualisés et coordonnés (Coordination inter-équipe des consultations, du bloc opératoire, du service MCO, du SNP et de l'USLD)**

En s'appuyant sur le coordonnateur médical et le chirurgien permanent, faire fonctionner le bloc opératoire en utilisant toutes ses potentialités.

Mettre en place une Prise en charge globale du cancer :

- Temps de diététicienne, orthophoniste...
- Création d'un centre de dépistage des cancers colorectaux (endoscopies)

Renforcer/accroître la formation d'IDE en soins intensifs et réanimation

SNP : Elaboration de protocoles de soins d'urgence, d'EVASAN et de régulation

Optimisation de la gestion des lits

Assurance de la continuité de soins interservices



Optimisation du recueil des informations patients en rendant obligatoires certains critères

Création ou optimisation des plans de soins dans chaque service

Evaluation de la pratique des transmissions ciblées

Optimisation de la coordination de la prise en charge en favorisant les transmissions et diffusion

Inventaire des protocoles et des procédures à écrire

Développement de l'information patient durant le séjour

Evaluation du dossier soins

Amélioration de la fonction restauration en développant une coordination inter-équipes entre les domaines du soin et de la restauration, considérée en tant qu'acteur du péri-soin :

- Mise en place d'un CSAN
- Mise en place d'un groupe de réflexion regroupant les équipes soignantes et les équipes de restauration autour de l'instant repas et de sa valorisation
- Instauration d'une réunion trimestrielle portant sur l'optimisation du lien soin-restauration
- Mise en place d'une action de valorisation du secteur de la restauration considérée comme acteur du péri-soin

### **Objectif 3 : Organiser une sortie planifiée et coordonnée pour chaque patient.**

Travailler en réseau pour optimiser la sortie grâce à l'appui d'une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) ou d'assistante sociale, équipe de liaison psychiatrique, évaluation gériatrique en MCO ou à domicile

Anticipation et préparation de la sortie

Formalisation de la collaboration entre les services

Etablissement d'un bilan avec les relais et partenaires extérieurs et développement d'outils formalisés de liaison

### **Objectif 4 : Développer un programme de gestion de la douleur aiguë et chronique.**

Mettre en place et faire fonctionner les comités transversaux pour la prise en charge de la douleur

Renforcer la politique d'évaluation de la douleur

Développer les protocoles de prise en charge de la douleur

Renforcer la formation des équipes à la prise en charge de la douleur

### **Objectif 5 : Participer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutiques conformément aux orientations définies.**

ATS - Prévention-promotion de la santé : développer la contribution du CHFD dans les domaines de l'Education thérapeutique du patient, la PMI, le dépistage des cancers, la vaccination, les maladies chroniques (prise en charge). Pour cela :

- Mettre en place une plate-forme d'éducation thérapeutique : tabac, obésité,



- Participer à la prise en charge de l'addictologie en renforçant le sevrage hospitalier et en partageant ou mutualisant du temps médical, paramédical et psychologique avec l'équipe de liaison du CSAPA.

Structuration de projets éducatifs spécifiques à chaque unité en lien avec le projet médical et les priorités nationales

Sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé à l'éducation thérapeutique

Renforcement de l'information sur la promotion de la santé dans l'institution en conformité avec les recommandations de l'H.A.S.

### **Objectif 6 : Développer une culture des soins palliatifs.**

Créer une Equipe mobile de soins palliatifs

Mettre en place un Soutien psychologique aux équipes

Individualisation de la prise en charge en fin de vie

Assurance du respect des convictions de chacun à l'aide d'une fiche support

Développement d'une réflexion éthique au sein des équipes sur la fin de vie

Assurance à tout moment de l'accompagnement du mourant et de ses proches

Optimisation du processus de soin en favorisant l'intégration de la famille

Assurance d'un accompagnement des équipes

Instauration d'un groupe de réflexion institutionnel et pluri-professionnel autour de notion du "Mourir à l'Hôpital" afin de favoriser chez les professionnels du soin un élargissement de leur appréhension du soin par l'inclusion de la fin de vie

### **Objectif 7 : Développer la prise en charge de la santé mentale.**

Améliorer la prise en charge thérapeutique des patients :

- Formation de l'équipe soignante du CHFD à la spécificité de la prise en charge en psychiatrie. (Formation interne et formation par des intervenants extérieurs)
- Faciliter le déplacement des patients de l'hôpital au CMP pour participer aux activités thérapeutiques et/ou aux entretiens infirmiers du CMP pendant le temps d'hospitalisation.
- Assurer le suivi des personnes détenues selon une convention type « UCSA » et « SMPR » à mettre en place
- Assurer le suivi en pédopsychiatrie par un accroissement du temps de psychologue et un regroupement des professionnels de l'archipel sur un lieu unique (CMPP), ainsi qu'une autre organisation des soins (suivi médicamenteux par une rencontre avec les médecins généralistes)
- Partenariat avec le CGG pour la prise en charge des "jeunes" PA handicapées
- Améliorer la prise en charge psychologique des résidents en partenariat avec le CMP et avec l'intervention d'une psychologue



- Regroupement du médecin psychiatre, des psychologues, de l'orthophoniste, etc. autour d'un secrétariat, couplé à un lieu d'accueil de jour pour les enfants et les adolescents
- Besoin d'un temps supplémentaire de pédopsychiatre, psychologue clinicien, d'assistante sociale, infirmier spécialisé en pédopsychiatrie, psychomotricien, etc.

Favoriser une meilleure coordination de soins entre l'équipe psychiatrique et l'équipe de la médecine :

- Visite quotidienne de tous les patients psychiatriques par le psychiatre et un IDE pour une bonne transmission et une meilleure coordination de la prise en charge.
- Réunion hebdomadaire formalisée de l'équipe psychiatrique (psychiatre, infirmière CMP) avec l'équipe de la médecine (Cadre, infirmiers, aide soignants) pour une bonne transmission et une meilleure coordination, ainsi qu'une meilleure compréhension de la prise en charge.

Améliorer l'organisation d'une meilleure prise en charge en ambulatoire pendant l'hospitalisation pour éviter une ré hospitalisation prématurée :

- Relation avec les réseaux (MTA, APS/CSAPA, CMP, Restons chez nous, SSIAD, Justice, curateurs et tuteurs, etc.) pendant l'hospitalisation pour préparer une bonne condition de sortie.
- Consultations systématiques des patients par le psychiatre et/ou l'équipe du CMP une semaine après l'hospitalisation.
- Actions préventives primaires (sans ou avant hospitalisation) et secondaires (suivi après hospitalisation) à mettre en place.
- Consultations infirmières à proposer, ainsi que des suivis rapprochés à la fois par les entretiens, les suivis thérapeutiques, suivis familiaux et accompagnements.

Création ou identification d'une "Unité" de psychiatrie (4 lits ?)

## **Axe 2 : L'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques correspond à un engagement de l'ensemble des professionnels.**

### **Objectif 8 : Développer une culture de l'hygiène hospitalière commune.**

Développement de l'information en termes d'hygiène hospitalière

Mise en place d'une campagne « mains propres »

Elaboration du projet d'équipe de bio-nettoyage centralisée ainsi que la mise en place d'un encadrement pour cette équipe

Réaliser un audit interne régulier

### **Objectif 9 : S'engager dans le déploiement de la politique de gestion de la qualité et prévention des risques.**

ATS - DAS (en général) : Transmettre à l'ATS la procédure en place pour l'envoi des médicaments périmés ou non utilisés (procédure Cyclamed).





Plus largement, participation à l'élaboration et la validation de procédures par spécialité et formations des soignants. Avec, le cas échéant, mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Planification de la mise en œuvre du Plan Blanc

Mettre en œuvre les recommandations des experts HAS sur les réserves formulées après le Diagnostic de situation en rapport avec la procédure de certification HAS juin 2014 - Cf. en annexe XXX le diagnostic réalisé, et les non-conformités majeures et moyennes, qui portent essentiellement sur l'absence de politique qualité, de procédures, de traçabilité des actes réalisés.

Identification et prévention des risques en développant une culture de déclaration des E.I

Responsabilisation et accompagnement des équipes dans la mise en place des actions correctives

**Objectif 10 : Accompagner la mise en place des EPP et le suivi des indicateurs.**

Intégrer les recommandations des experts HAS relatives aux pratiques médicales

Mise en place des EPP

Réponse aux Pratiques Exigibles Prioritaires

Formation des cadres à l'EPP.

**Objectif 11 : Elaborer un projet Qualité / Gestion des Risques à destination de l'ensemble des professionnels.**

Rapport IGAS juin 2014 - Poursuivre les travaux de préparation à la certification et établir avec la HAS le calendrier de la visite. Pour cela,

Ouverture d'un 1<sup>er</sup> compte qualité : janvier 2016 sur des thématiques ciblées :

- \* Management de la qualité et des risques
  - \* Parcours patient ciblé sur la continuité et la coordination des soins
  - \* Risque infectieux
  - \* Prise en charge médicamenteuse
  - \* Dossier patient
  - \* D'autres thématiques ?
- Visite intermédiaire : juillet 2016.  
- 2<sup>ème</sup> compte qualité : janvier 2017 (complet)  
- Visite initiale 6 mois après réception du 2<sup>ème</sup> CQ : juillet 2017

Ou

- 3<sup>ème</sup> compte qualité : janvier 2018 (complet)
- Visite initiale 6 mois après réception du 3<sup>ème</sup> CQ : juillet 2018

Inscrire dans le compte Qualité, dès janvier 2016 :

- Au moins 1 pilote et 1 référent par thématique ;
- Identifier les risques par criticité et maîtrise pour en retenir les prioritaires ;
- Mettre en face un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) pour les prioritaires ;



- Mettre en place un suivi du PAQ avec des indicateurs ;

Intégrer les recommandations des experts HAS sur les réserves

Création d'un projet Qualité et mise en œuvre d'une politique qualité à orientation de l'ensemble des acteurs du soin

Contractualisation d'un partenariat avec un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de métropole

Contractualisation d'un partenariat avec un Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) de métropole

**Objectif 12 : Elaborer et mettre en œuvre une politique de sécurité des biens et des personnes.**

Création d'un poste de responsable sécurité incendie et sensibilisation de l'ensemble du personnel au risque incendie

Ecriture de l'ensemble des procédures relatives à la sécurité des biens et des personnes

**Axe 3 : La gouvernance médicale et le recrutement médical et soignant favorisent la responsabilisation dans des organisations du travail visant la complémentarité des prises en charge médicales, soignantes et sociales.**

**Objectif 13: Optimiser la structuration des services et accompagner les équipes pour coordonner les actions des différents acteurs de santé et optimiser la prise en charge patient.**

Rapport IGAS juin 2014 - Partenariat structuré avec un CHU de métropole pour un recrutement médical adapté et assurer la continuité des soins.

Rapport CTC - Postes de praticiens en temps partagé avec des établissements de métropole, dans le but de diminuer la fréquence des missions de spécialistes et de maintenir un haut niveau de compétences soignantes

Interne de médecine (*Penser à HUGO, Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest*) & Assistants spécialistes en temps partagés

ATS - Violences faites aux femmes : accueil victimes (certif médical, protocole, hospitalisation) / volet psy / dépistage des violences faites aux femmes : formation des professionnels.

ATS - Formation des professionnels : Mise en œuvre du DPC (projet CHFD, transmission attestations des professionnels...)

Réorganisation de la gouvernance médicale avec des responsables ou référents médicaux et faire des réseaux de soins :

- SNP
- Bloc/Chirurgie
- Médecine

Réorganiser l'équipe de l'USLD en augmentant les effectifs devant une inadéquation entre les moyens préconisés en 2014 et les besoins ressentis sur le terrain ;

Proposer de laisser le libre choix au résident de l'EHPAD de son médecin traitant, permettant de définir un temps de coordination médicale réalisée par le gériatre pour l'EHPAD selon le nombre de



lits (0.25 ETP si le nombre de places est inférieur à 44 ; 0.4 ETP entre 45 et 59 places). Un mi-temps pour l'USLD serait toujours assuré par le gériatre, le reste du temps permettrait d'assurer les autres fonctions de coordination du SSIAD, atelier mémoire, évaluation gériatrique, etc..

Adapter la composition de l'équipe du SSIAD et le mode de tarification (PA handicapées) après création de places de HAD et le rapprochement SSIAD-RCN en SPASAD

Renforcement de la coordination des acteurs à l'échelle de l'archipel en améliorant la collaboration avec les soins de ville, les médecins et l'association « restons chez nous » pour optimiser les plans d'aide.

Identifier et mettre en place du temps de secrétariat dédié :

- à la gériatrie avec notamment pour objet le classement des documents relatifs à la gériatrie afin de permettre la pérennité de leur utilisation et celle de la base documentaire
- en MCO
- au CMP

Réflexion autour de la notion de parcours patient et identification des flux patients

Définition de la mutualisation des moyens humains et matériels ainsi que des limites de la mutualisation

Mise en place de réunions de services régulières et développement de la communication interservices

Identification des bonnes pratiques et formation des professionnels au respect des bonnes pratiques identifiées :

- Identification des axes de formation prioritaires par l'encadrement en concertation avec les équipes soignantes et validés en CSIRMT ;
- Mise en place d'une politique d'évaluation des bénéfices des formations réalisées et formalisation d'outils de suivi.

Développement de réflexions thématiques sur les organisations du travail

Participation active des équipes à l'évolution organisationnelle de leur service

Optimiser le positionnement des cadres de santé au sein de l'institution :

- Identification et optimisation des circuits de communication institutionnels
- Evaluation de la charge de travail des cadres de santé et réflexion sur la taille de l'équipe d'encadrement
- Assurance de transmissions régulières d'informations relatives à l'institution aux projets et aux plans nationaux

Faciliter la prise de poste des agents en tenant compte de leurs souhaits et accompagner chacun dans leur vie professionnelle :

- Mise en place des fiches de poste au travers du projet GPMC institutionnel
- Formalisation d'une politique d'accueil et de tutorat du nouvel arrivant
- Distribution systématique du livret du nouvel arrivant
- Pérennisation et réajustement de l'entretien d'évaluation annuel pour tous les agents
- Développement en lien avec le service du personnel d'un accompagnement des projets professionnels de chaque agent



#### **Objectif 14 : Accompagner et s'impliquer dans le schéma directeur de l'information.**

Mettre en place le DMC sur l'archipel.

Mettre en place le DPI au CMP et en maternité.

Développer les échanges de données avec le DMU pour le SMUR

Développer les échanges de données entre le CDS, le CMP et le SNP

ATS - Echange de données (charte et type de données)

Imposer l'utilisation de Cristal Net en assurant une formation à tout nouvel arrivant préalablement à toute activité afin de permettre une traçabilité des actes.

Renforcement de la politique des référents informatisation dans les services et l'accompagnement des équipes lors de la mise en place des logiciels en lien avec le service informatique

Veiller au développement de l'outil informatique mis en place dans les services

Participation active des équipes terrain au choix des logiciels

#### **Objectif 15 : Mieux identifier une activité « Ambulatoire & Hôpital de jour » et optimiser sa structuration ainsi que la formation du personnel dédié.**

Identifier l'activité ambulatoire intégrant des activités de chirurgie et d'hospitalisation de jour.

Créer une salle blanche aux consultations pour de la petite chirurgie à titre externe.

Formalisation du parcours patient en hospitalisation de jour et en ambulatoire

Renforcement de la formation en vue du développement des prises en charge

Mise en place d'une politique de gestion des lits avec les différents secteurs de l'établissement

#### **Axe 4 : adapter et améliorer l'offre de services des personnes âgées en assurant une prise en charge de qualité**

**Objectif 16 : Fédérer les équipes au service de la personne âgée en développant une cohérence et une coordination des actions de l'ensemble des professionnels (projet de vie individualisé, prise en charge globale, soins dispensés par des personnels formés et accompagnés dans le quotidien et dans l'analyse de leurs pratiques).**

##### **Anticiper l'organisation des soins :**

Procédures et protocoles :

- Mettre en place une procédure ou un référentiel pour orienter les personnes âgées vers l'USLD ou l'EHPAD selon des critères médicaux, paramédicaux et sociaux formalisés, en concertation avec les acteurs de terrain, et les accueillir après une visite de pré admission en collaboration avec la MTA pour évaluer la demande d'entrée en institution et instaurer ou améliorer un plan d'aide domicile pour favoriser le maintien à domicile en attendant la disponibilité des lits.



- Dans ce cadre, envisager une convention avec la CPS ou la mutuelle pour un bilan dentaire à chaque admission et le suivi des résidents (prévention des caries, alimentation et nutrition).
- Vérifier la validation institutionnelle des procédures et protocoles, en assurer le classement.
- Appliquer les procédures et protocoles de prise en charge de la douleur.
- Utiliser les échelles d'évaluation gériatrique dans les différents axes gériatriques.

Elaborer un projet de vie et un projet de soin individualisé pour les résidents, ceux transférés de MDR à USLD et les nouveaux admis, en assurer le suivi dans le cadre de réunions interdisciplinaires.

Mise en place d'une fiche « habitude de vie » dont l'utilisation sera obligatoire dans les 48 heures suivant l'admission

Mettre en place des réunions d'équipe pour l'analyse des pratiques et l'analyse des événements indésirables : étude sur les chutes, la contention, la violence sur le lieu de travail... permettant de faire des propositions de correction et d'amélioration, Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP) sur la prescription médicamenteuse de la personne âgée au sein du pôle gériatrique en partenariat avec la pharmacie.

Continuer l'évaluation interne débutée en 2013, sur la base de la grille d'évaluation de la FHF Nord Pas-de-Calais.

Afin de repérer la population gériatrique ayant des troubles cognitifs et d'avoir des données pour réfléchir à ce qui pourrait être proposé dans le futur (accueil de jour dans la future maison de retraite, préparation à la création d'un PASA, etc) : formation à des groupes homogènes en ateliers pouvant inclure certains des résidents et des patients suivis par le SSIAD, ce qui permet de leur proposer un complément de prise en charge, dans un partenariat qui s'inscrit dans le réseau et la filière gériatrique.

Coordination :

- Accroître le temps médical dédié à la coordination
- Organiser la coordination entre les différents intervenants : ergothérapeute (à créer) kinésithérapeutes, orthophoniste, diététicienne
  - Kinésithérapie : formalisation de réunion avec le kinésithérapeute pour évaluer chaque résident et fixer les objectifs, coordonner l'intervention des deux kinésithérapeutes ; création de l'atelier ACTI GYM.
  - Orthophonie : réalisation de bilan personnalisé, participation à des ateliers thérapeutiques en groupe, formation des équipes aux troubles de déglutition et à l'approche de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées avec troubles psycho comportementaux
  - Diététique-nutrition : réalisation de bilan personnalisé, participation à la commission des menus, participation au CSAN, formation du personnel sur la nutrition de la PA
  - Praticienne de bien-être et confort dans le cadre de l'accompagnement palliatif, de la prise en charge de la dépression et de l'anxiété en favorisant les techniques de relaxation.
- Disposer de temps de travailleur ou d'assistante sociale permettant de coordonner les admissions en pôle gériatrique et d'étudier les plans d'aide
- Améliorer l'information aux bénévoles : discussion avec formateurs, réunion avec l'animatrice pour partager le planning des interventions

Formalisation systématique du projet de vie du résident



Organisation de réunions à thème pour les résidents et leurs familles

Organisation de réunions de synthèse cliniques (concertation équipes médicales et paramédicales)

Organisation d'une action de sensibilisation des personnels à la prise en charge de la douleur de la personne âgée

Renforcement de l'écoute et de la communication entre les soignants

Contractualisation et sécurisation du partenariat avec les bénévoles dans le cadre d'une association et de l'entourage, formation des équipes, intervention ciblée par la praticienne de bien-être et confort

**Objectif 17 : Favoriser les souhaits, choix, valeurs, désirs de chaque personne âgée pour qu'ils deviennent les principes de sa prise en charge (prise en compte des avis, participations aux activités, maintien de l'autonomie dans un cadre de vie agréable).**

Intervenir dans le secteur MCO pour évaluer les personnes âgées de plus de 75 ans.

Favoriser l'intervention des différents acteurs de la prise en charge :

- Partenariat avec la MTA sur l'évaluation au domicile et en hospitalisation avec poursuite de la convention sur l'évaluation AGGIR au domicile.
- Travailler avec les partenaires du réseau sur la promotion du bien vieillir chez la personne âgée.
- Développer le soutien aux aidants familiaux en partenariat avec le réseau gériatrique.

Participation aux événements relatifs à la personne âgée : Semaine Bleue, débats publics

Mise en place d'une enquête de satisfaction à l'intention des résidents et des familles

Renforcement du programme d'animation

**Objectif 18 : Prendre soin de la personne âgée au cours de sa vie quotidienne est une préoccupation constante des équipes (attentes et souhaits relatifs au repas et actes de la vie quotidienne pris en compte, soins réfléchis en équipe et validé par des professionnels compétents, accompagnement quotidien et fin de vie par les familles et les équipes).**

Mettre en place et faire fonctionner les comités transversaux pour la prise en charge de la douleur, nutrition, infection nosocomiale

Disposer de psychologue avec temps dédié à la gériatrie permettant d'améliorer les conditions d'accompagnement des personnes âgées.

Amélioration de la Prise en charge palliative des personnes âgées en fin de vie : réunion pluridisciplinaire, accompagnement psychologique de la personne et de l'entourage, formation des équipes, intervention ciblée par la praticienne de bien-être et confort.

Collaborer avec l'association restons chez nous :

- sur des ateliers thérapeutiques avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ou faisant des chutes.

Proposer des consultations à orientation mémoire avec dépistage des troubles cognitifs, diagnostic validé par un centre de référence mémoire en partenariat avec le CHU de Rennes permettant une télé



expertise et/ ou une téléconsultation ; consultation avec évaluation pluridisciplinaire et proposition de plan d'aide, en partenariat avec les différents acteurs du réseau.

Formation sur l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée à envisager au sein du CHFD et auprès du réseau de ville avec l'appui de la pharmacie et du COMEDINS.

Organisation d'interventions sur les thèmes gériatriques : maladies de mémoire, chute et personnes âgées, médicaments et personnes âgées, nutrition et personnes âgées.

Etude de la réorganisation des services afin de favoriser l'instant repas

Mise en place d'un groupe de réflexion « escarres, chutes et contention »

Renforcement de la protocolisation

**Objectif 19 : Faire du respect des droits des résidents une priorité pour l'ensemble des professionnels de la maison de retraite (respect de la charte des droits et libertés, respect de l'intimité, prise en charge bien-être).**

Développer les consultations classiques en gériatrie et faire connaître des médecins de ville la possibilité de consultations gériatriques, notamment à orientation mémoire. Proposer des évaluations gériatriques standardisées et avis spécialisés gériatriques :

- A la demande des médecins traitants
- A la demande des médecins hospitaliers
- A la demande des patients

Soit en consultation sur le site de l'hôpital, soit en hospitalisation de jour avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, soit en consultation à domicile dans des cas particuliers en créant une équipe mobile.

Définir le niveau et le contenu de la prise en charge de la Gérontopsychiatrie et la mettre en place

Consolider la participation au réseau gériatrique.

Mettre en place à l'USLD une instance représentant les familles ou organiser leur expression

Faire fonctionner le conseil de la vie sociale de l'EHPAD

Mise en place d'un groupe de réflexion soignant en charge de produire une charte de la prise en charge de la personne âgée au C.H.F.D. (addendum au livret d'accueil)

Affichage de la charte

Renforcement de la sensibilisation des personnels à la prise en charge bien-être

Mise en place de procédures favorisant la bien-être

Renforcement de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles

**Axe 5 : Optimiser l'offre de soin par le développement des nouvelles technologies, en favorisant l'essor de la télémédecine et des coopérations.**

**Objectif 20 : Renforcer les partenariats professionnels existants et contractualiser de nouveaux partenariats professionnels et offrir un télé accompagnement aux acteurs du C.H.F.D.**



Rapport IGAS juin 2014 - Elaborer un projet médical tenant compte des évolutions intervenues ces dernières années (chirurgie ambulatoire, télémedecine...) en collaboration avec le CHU retenu pour le partenariat ci-dessus. Prendre en compte la télé expertise, la télésurveillance et la téléassistance et déposer un dossier « TSN » (Télésanté numérique)

Rapport IGAS juin 2014 - Favoriser le partenariat entre le CH-FD et la CPS. Projet territorial de Télémedecine

Rapport CTC - Poursuivre la Télémedecine (avec des hôpitaux parisiens de préférence), dans le but de faciliter les transferts de patients qui pourraient en découler (dont Coopération locales et provinciales)

Rapport CTC - En accord avec la CPS, réorienter les partenariats de transferts vers des hôpitaux parisiens pour limiter les coûts des EVASAN.

ATS - Coopération régionale : Approfondir les réflexions sur l'accueil de patients étrangers (USA, Canada) pour certaines prestations.

ATS - Premier et second recours : organisation/optimisation de la synergie entre les offreurs ; Développer la coopération avec le CDS pour une meilleure complémentarité.

Psychiatrie - Convention Guillaume REGNIER et/ou VAUCLAIRE pour ce qui concerne les placements en SPDT (anciens HDT) et SPR (anciens HO)

Formalisation des échanges avec le CHU de Rennes permettant d'offrir de la téléconsultation pour des patients ayant des troubles cognitifs, faire des Consultations mémoire (soutien à distance de neuropsychologues), de la télé expertise (avis sur dossiers) et une aide dans la fonction de médecin coordonnateur.

S'appuyer sur l'expertise du CHU de Rennes pour valider les protocoles et procédures spécifiques à la gériatrie, pour valider l'organisation interne grâce à la télémedecine.

Proposer une expertise en ergothérapie en envisageant un partenariat avec le CHU de Rennes ou avec la CPS ou avec le secteur privé (entreprise de matériel médical)

Disposer d'avis de rééducateurs en partenariat avec le CHU de Rennes ou avec la CPS (mission de l'UGECAM)

Mise en place de consultations spécialisées par voie de télémedecine :

- Orthopédie
- SNP

Télémedecine pour CLUD, CLAN, diabéto, Soins Palliatifs, RCP, Pneumo, etc. et tous les EFR

Dermato - passer convention avec Tours pour télé expertise avec l'équipe mobile Plaie et Cicatrisations

Bilans neuropsychiatriques - pratiqués en dehors de l'archipel. N'y aurait-il pas un moyen pour les pratiquer sur Saint Pierre ? Peut-être qu'un partenariat avec un centre de dépistage en métropole serait à envisager.

Instauration d'un référent TLM dans tous les services et par équipe





Mettre en place des partenariats professionnels avec la métropole par la visioconférence et par la télémédecine

Evolution du dossier de soin en regard de la réglementation

**Objectif 21 : Instaurer une réflexion de fond sur l'évolution des pratiques en réponse aux réalités de la télémédecine.**

Assurer une consultation ou avis gériatrique pour les personnes âgées de Miquelon à la demande du médecin traitant, grâce à la télémédecine ou des consultations sur place.

Avoir accès à l'expertise de médecins du CHU de Rennes pour les résidents, dans le cas de pathologies complexes, pour avis thérapeutiques, pour valider les propositions de prise en charge notamment palliative.

Développement des coopérations interprofessionnelles et mise en œuvre des délégations formalisées d'actes professionnels réalisés sous contrôle par le personnel soignant

Mise en place d'un groupe de réflexion et d'actions destiné à définir et à optimiser la prise en charge et la relation avec le patient dans le cadre de la télémédecine ainsi que la relations avec les médecins requis et requérants

Renforcement des pratiques professionnelles de traçabilité des actes des équipes soignantes dans le cadre des activités de télémédecine



### 3 LE PROJET DE SOINS

#### INTRODUCTION

---

Le projet de soins est l'une des composantes du projet d'établissement, au même titre que le projet médical dont il constitue le corolaire. Il est élaboré en respect de l'ensemble des projets directeurs et en cohérence avec la politique institutionnelle menée au Centre Hospitalier François Dunan de Saint Pierre

et Miquelon.

Il constitue la résultante d'une réflexion multi professionnelle et pluridisciplinaire, largement portée par l'encadrement soignant, médico-technique et médical.

A ce titre, il a été présenté et/ou débattu lors des réunions de CSIMRT des 10 janvier 2012, 17 janvier et 23 mai 2013.

Centré sur le patient et ses proches, envisagés en tant qu'acteurs de leur santé, dans le cadre d'une prise en charge individualisée, le Projet de Soins veille à promouvoir une prise en charge de l'utilisateur sécurisée, efficiente, dans un environnement organisationnel, relationnel et managérial optimisé.

S'inscrivant résolument dans une logique d'amélioration constante de la qualité ainsi que dans une politique réfléchie et active de gestion des risques, le Projet de Soins s'adresse à l'ensemble des personnels qui interviennent directement dans les missions de soin : équipes soignantes, médicotéchniques et de rééducation, à l'exception du Corps Médical. Le projet de soins rayonne également sur l'ensemble des professionnels connexes qui participent au péri-soin : équipes techniques et logistiques, équipes administratives, ...

Basé sur une approche résolument participative, le Projet de Soins est construit dans le respect des idées et propositions de chacun, et assure une approche globale des soins, coordonnée, cohérente et cohésive.

Fil conducteur des acteurs du soin, le Projet de Soins trouve sa déclinaison dans les projets de service élaborés au sein des unités de soin et animés par l'encadrement. Il constitue par là même un outil stratégique permettant aux équipes terrain de trouver un sens à leurs actions quotidiennes, et de le conserver, dans un environnement mouvant et soumis à des mutations accélérées.

Cadre de référence, il est conçu en respect de la réglementation, des recommandations de l'H.A.S. et des dernières réformes des établissements de santé.

Il tient également compte des réalités locales (insularité, organisation et déploiement de l'offre de soin sur le territoire de santé, déménagement de l'hôpital et implantation dans une nouvelle structure ...) et des contraintes actuelles (exigence croissante et légitime de l'utilisateur, contraintes économiques des structures hospitalières, évolution et vieillissement de la population, ...)

Le Projet de Soins se veut une réponse cohérente à plusieurs demandes croisées : les attentes, exigences et droits des usagers, les demandes des équipes soignantes en matière d'outils de soins efficaces,



d'encadrement, d'accompagnement et de développement des compétences, la politique nationale en matière de dépenses de santé, ...

Ni passéiste, ni corporatiste, le Projet de Soins est un outil innovant qui annonce et priorise les actions et projets d'avenir, dans une logique transversale d'amélioration constante de la qualité, et dans le plus profond respect de l'éthique soignante.

## **POLITIQUE GENERALE DES SOINS**

Le Projet de Soins est ancré dans un cadre règlementaire composé principalement de :

- la Loi du 4 mars 2002 qui définit et reconnaît les droits de la personne soignée
- les ordonnances du 24 août 1996 qui identifient les principes d'amélioration de continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et de la gestion des risques
- les différentes lois hospitalières préconisant la mise en œuvre de démarches évaluatives
- le décret du 19 avril 2002 instituant la coordination des filières infirmières, médicotechniques et de rééducation

Pour ce qui est de la télémédecine, axe phare du projet d'établissement du C.H.F.D. , le Projet de Soins prendra pour base les textes suivants :

- Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 délimitant le champ de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, téléassistance) et fixant les conditions de la mise en œuvre et de l'organisation de la télémédecine, ainsi que les professionnels concernés
- Circulaire D.G.O.S. référence DGOS/PF3/2011/451 du 1<sup>er</sup> décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine
- Décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé
- Loi H.P.S.T. (Hôpital Patient Santé et Territoire) de 2009 définissant notamment au travers de l'article 51 les transferts d'actes ou d'activités de soins et la réorganisation des modes d'intervention sur la base des protocoles écrits

En dehors de ce cadre législatif, le Projet de Soins s'appuie sur une philosophie humaniste qui place l'utilisateur au centre des préoccupations et prend en considération l'individu en qualité d'être « bio-psycho-socio-culturel » et spirituel. Il accorde donc une place importante à l'expression personnalisée des maladies, aux réactions comportementales de l'individu soigné face à sa maladie, ainsi qu'à sa vision de son séjour, de son hospitalisation, voire de son placement.

Il se construit sur un cadre conceptuel de référence qui assure son lien avec le modèle conceptuel de Virginia Henderson et la conception « holistique » de la personne soignée. Ce cadre conceptuel est enrichi par la méthodologie de la démarche clinique centrée sur l'individu qui permet une prise en charge globale du patient par l'ensemble des professionnels de santé.

Le Projet de Soins est pourvoyeur de sens pour les différents professionnels qui vont cheminer dans le raisonnement clinique tout comme pour la coordination des différents raisonnements cliniques développés.

Il s'articule autour d'un certain nombre de valeurs professionnelles parmi lesquelles :



**LE RESPECT** : qui recouvre les notions d'ouverture d'esprit, de tolérance, d'acceptation de la différence, de confidentialité, de secret professionnel et se traduit par l'engagement de l'ensemble des soignants à respecter la dignité, l'intégrité, l'individualité, la liberté des usagers mais également leurs droits,

**LA LOYAUTE** : qui se traduit principalement par une honnêteté intellectuelle et une intégrité professionnelle et se développe au travers de comportements tels que l'esprit d'équipe et la confiance,

**LA RESPONSABILITE** : qui s'évalue à la capacité des individus à prendre des décisions dans les limites strictes de leurs domaines de compétences et d'expertise et à se porter garant de leurs actes et d'en répondre le cas échéant. Ce champ de valeur s'exprimera notamment au travers des notions de compétences et d'information du patient,

**L'EQUITE** : qui doit permettre d'accorder à chacun et sans discrimination aucune ce qui lui est dû, qu'il soit patient, proche de patient, ou professionnel de santé. Cette valeur va s'articuler autour de notions telles que l'écoute et l'empathie,

**LA BIENTRAITANCE** : « posture professionnelle et active » (1), la bientraitance est un projet qui n'est jamais acquis et nécessite un travail permanent. Elle se déploie autour de plusieurs axes forts dont le point commun est constitué par une approche humaniste du soin, dans ses dimensions individuelles et collectives :

- Analyse préventive des risques, contraintes et sources d'inconfort liées à la pathologie et au contexte de l'hospitalisation
- Prise en compte des besoins et attentes spécifiques du patient / résident
- Développement d'une confiance pérenne entre la personne soignée et l'équipe soignante dans le cadre d'une triangulation des rapports incluant les proches du patient
- Interrogation régulière des pratiques professionnelles avec remise en cause technique et éthique de la part de l'ensemble du personnel soignant et amélioration constante des pratiques professionnelles
- Centration du soin sur la personne soignée et ses proches et adaptation du soin au patient
- Conservation de la dignité de la personne soignée envisagée au travers de tout acte soignant comme une personne humaine et citoyenne
- Exercice des bonnes pratiques au quotidien, délivrance du « bon soin » au « bon moment », et mise en place de règles institutionnelles et d'organisation du travail assurant conjointement un respect de la personne soignée et de ses proches mais également des équipes soignantes
- Prise en charge de la souffrance et promotion de l'autonomie de la personne
- Conservation de la dimension de « lieux humains » aux lieux de soins
- Etc...

Enfin, le Projet de Soins se développe en association à la politique et aux principes d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques qui constituent une préoccupation constante dans toutes les activités de soin entreprises et réalisées.

La Direction des Soins s'inscrit activement dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, en assurant le rôle de Responsable Qualité institutionnel.

Par la déclinaison du Projet de Soins en projet de services, les cadres sont chargés d'impulser la dynamique d'amélioration continue au sein des différentes unités fonctionnelles.



## **Un fil conducteur : le projet thérapeutique personnalisé tout au long du processus de soin**

Les étapes du processus de soin se déclinent de manière à développer un lien avec la personne soignée et sa famille de l'accueil jusqu'à la fin du séjour.

En ce sens, l'usager et sa famille doivent constituer des partenaires dans l'élaboration du projet thérapeutique et contribuer à son suivi.

Parallèlement, l'évaluation initiale et la réflexion clinique et bénéfique/risque tout au long de la prise en charge du patient constituent le cœur de la démarche soignante.

Ces fondamentaux sont tracés dans le dossier patient et le consentement de l'usager est recherché, accueilli et recueilli.

L'information donnée au patient et sa famille se doit d'être coordonnée et pertinente tout au long du parcours de soin, les pratiques professionnelles se doivent d'être réalisées conformément aux référentiels de bonnes pratiques en vigueur.

La prise en charge de l'usager tout au long de la trajectoire patient est par conséquent structurée, harmonisée et optimisée en permanence.

- **L'accueil** : il est défini, anticipé, planifié, organisé, coordonné et personnalisé. La politique d'accueil est déterminée et l'accueil est permanent.
- **Le diagnostic** : il constitue, par l'évaluation médico-soignante initiale de l'état de santé de la personne, la base de l'élaboration du projet thérapeutique individualisé. Celui-ci étant présenté, argumenté, contractualisé et réactualisé tout au long du séjour.
- **La prescription** : répond à des règles strictes permettant de garantir la sécurité de soins. Elle est tracée dans le dossier patient, et actualisée pour les situations courantes ou spécifiques.
- **La réalisation des soins** : elle s'inscrit dans une exigence de sécurité et de qualité, en coordination avec l'ensemble des professionnels afin de garantir une parfaite continuité ainsi qu'une cohérence dans la prise en charge de la personne soignée. Elle respecte le principe du consentement éclairé, tracé dans le dossier patient, s'accompagne d'informations constantes et adaptées en direction du patient ou de ses proches, et prend en compte l'éducation thérapeutique, la douleur, la fin de vie et son accompagnement ainsi que les soins palliatifs.
- **La sortie** : est organisée, planifiée, anticipée, le cas échéant négociée, et coordonnée. Elle invite l'institution et les équipes médico-soignantes au développement des liens externes et internes (SSIAD, libéraux, etc.) et d'un circuit d'information et d'outils formalisés. La sortie par décès s'inscrit quant à elle dans le respect des croyances du défunt, rendu possible par le recueil préalable des données psycho-sociales et spirituelles du patient pris en charge. L'accompagnement des proches constitue par ailleurs un acte de soin privilégié.

**Axe 1 : L'ensemble des professionnels de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques assurent à la personne soignée et à son entourage une prise en charge coordonnée, en complémentarité avec les partenaires hospitaliers et extrahospitaliers**

**Objectif 1.1 : Améliorer la qualité de l'accueil du patient et de son entourage**



- 1.1.1 Action 1 : Diffusion d'une information adaptée
- 1.1.2 Action 2 : Distribution systématique d'un livret d'accueil
- 1.1.3 Action 3 : Elaboration d'une procédure d'accueil, d'admission ou de pré admission
- 1.1.4 Action 4 : Amélioration de l'accueil par une meilleure identification du personnel soignant
- 1.1.5 Action 5 : Création de lieux appropriés à l'attente
- 1.1.6 Action 6 : Evaluation de la qualité d'accueil par une enquête de satisfaction
- 1.1.7 Action 7 : Instauration du recueil systématique des directives anticipées
- 1.1.8 Action 8 : Instauration de l'identification systématique de la personne de confiance
- 1.1.9 Action 9 : Formation du personnel à la bientraitance
- 1.1.10 Action 10 : Contractualisation et sécurisation du partenariat avec les associations de bénévoles dans une logique de continuité du soin et de respect du travail mutuel des bénévoles et des équipes soignantes

### **Objectif 1.2 : Dispenser des soins individualisés et coordonnés**

- 1.2.1 Action 1 : Optimisation de la gestion des lits
- 1.2.2 Action 2 : Assurance de la continuité de soins interservices
- 1.2.3 Action 3 : Optimisation du recueil des informations patients en rendant obligatoires certains critères
- 1.2.4 Action 4 : Création ou optimisation des plans de soins dans chaque service
- 1.2.5 Action 5 : Evaluation de la pratique des transmissions ciblées
- 1.2.6 Action 6 : Optimisation de la coordination de la prise en charge en favorisant les transmissions et diffusion
- 1.2.7 Action 7 : Inventaire des protocoles et des procédures à écrire
- 1.2.8 Action 8 : Développement de l'information patient durant le séjour
- 1.2.9 Action 9 : Amélioration de la fonction restauration
- 1.2.10 Action 10 : Evaluation du dossier soins
- 1.1.10 Action 10 : Contractualisation et sécurisation du partenariat avec les associations de bénévoles dans une logique de continuité du soin et de respect du travail mutuel des bénévoles et des équipes soignantes

### **Objectif 1.3 : Organiser une sortie planifiée et coordonnée pour chaque patient**

- 1.3.1 Action 1 : Anticipation et préparation de la sortie
- 1.3.2 Action 2 : Formalisation de la collaboration entre les services
- 1.3.3 Action 3 : Optimisation de la sortie par l'instauration d'une conseillère en économie sociale et familiale (CESF)
- 1.3.4 Action 4 : Etablissement d'un bilan avec les relais et partenaires extérieurs et développement d'outils formalisés de liaison



### **Objectif 1.4 : Développer un programme de gestion de la douleur aiguë et chronique**

1.4.1 Action 1 : Renforcer la politique d'évaluation de la douleur

1.4.2 Action 2 : Développer les protocoles de prise en charge de la douleur

1.4.3 Action 3 : Renforcer la formation des équipes à la prise en charge de la douleur

### **Objectif 1.5 : Participer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique conformément aux orientations définies**

1.5.1 Action 1 : Structuration de projets éducatifs spécifiques à chaque unité en lien avec le projet médical et les priorités nationales

1.5.2 Action 2 : Sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé à l'éducation thérapeutique

1.5.3 Action 3 : Renforcement de l'information sur la promotion de la santé dans l'institution en conformité avec les recommandations de l'H.A.S.

### **Objectif 1.6 : Développer une culture des soins palliatifs**

1.6.1 Action 1 : Individualisation de la prise en charge en fin de vie

1.6.2 Action 2 : Assurance du respect des convictions de chacun à l'aide d'une fiche support

1.6.3 Action 3 : Développement d'une réflexion éthique au sein des équipes sur la fin de vie

1.6.4 Action 4 : Assurance à tout moment de l'accompagnement du mourant et de ses proches

1.6.5 Action 5 : Optimisation du processus de soin en favorisant l'intégration de la famille

1.6.6 Action 6 : Assurance d'un accompagnement des équipes

1.6.7 Action 7 : Instauration d'un groupe de réflexion institutionnel et pluri-professionnel autour de notion du "Mourir à l'Hôpital" afin de favoriser chez les professionnels du soin un élargissement de leur appréhension du soin par l'inclusion de la fin de vie

### **Objectif 1.7 : Développer une coordination inter-équipes entre les domaines du soin et de la restauration, considérée en tant qu'actrice du péri-soin**

1.7.1 Action 1 : Mise en place d'un groupe de réflexion regroupant les équipes soignantes et les équipes de restauration autour de l'instant repas et de sa valorisation

1.7.2 Action 2 : Instauration d'une réunion trimestrielle portant sur l'optimisation du lien soin-restauration

1.7.3 Action 3 : Mise en place d'une action de valorisation du secteur de la restauration considéré comme acteur du péri-soin

## **Axe 2 : L'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques correspond à un engagement de l'ensemble des professionnels de soins infirmiers, rééducation et médicotechniques**

### **Objectif 2.1 : développer une culture de l'hygiène hospitalière commune**

2.1.1 Action 1 : Développement de l'information en termes d'hygiène hospitalière

2.1.2 Action 2 : Mise en place d'une campagne « mains propres »



2.1.3 Action 3 : Elaboration du projet d'équipe de bio-nettoyage centralisée ainsi que la mise en place d'un encadrement pour cette équipe

2.1.4 Action 4 : Réaliser un audit interne régulier

### **Objectif 2.2 : S'engager dans le déploiement de la politique de gestion de la qualité et prévention des risques**

2.2.1 Action 1 : Identification et prévention des risques en développant une culture de déclaration des E.I

2.2.2 Action 2 : Responsabilisation et accompagnement des équipes dans la mise en place des actions correctives

### **Objectif 2.3 : Accompagner la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles et le suivi des indicateurs**

2.3.1 Action 1 : Mise en place des EPP

2.3.2 Action 2 : Réponse aux Pratiques Exigibles Prioritaires

2.3.3 Action 3 Formation des cadres à l'EPP.

### **Objectif 2.4 : Elaborer un projet qualité/gestion des risques à destination de l'ensemble des professionnels de soins infirmiers, rééducation et médicotechniques**

2.4.1 Action 1 : Création d'un projet Qualité et mise en œuvre d'une politique qualité à orientation des acteurs du soin infirmier, rééducation et médicotechnique

2.4.2 Action 2 : Contractualisation d'un partenariat avec un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de métropole

2.4.3. Action 3 : Contractualisation d'un partenariat avec un Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) de métropole

### **Objectif 2.5 : Elaborer et mettre en œuvre une politique de sécurité des biens et des personnes**

2.5.1 Action 1 : Création d'un poste de responsable sécurité incendie et sensibilisation de l'ensemble du personnel au risque incendie

2.5.2 Action 2 : Ecriture de l'ensemble des procédures relatives à la sécurité des biens et des personnes

## **Axe 3 : Le management favorise la responsabilisation, l'implication et le développement des compétences de tous les acteurs infirmiers, rééducation et médicotechniques**

### **Objectif 3.1 : Optimiser le positionnement des cadres de santé au sein de l'institution**

3.1.1 Action 1 : Identification et optimisation des circuits de communication institutionnels

3.1.2 Action 2 : Evaluation de la charge de travail des cadres de santé et réflexion sur la taille de l'équipe d'encadrement

3.1.3 Action 3 : Assurance de transmissions régulières d'informations relatives à l'institution aux projets et aux plans nationaux





### **Objectif 3.2 : Faciliter la prise de poste des agents en tenant compte de leurs souhaits et accompagner chacun dans sa vie professionnelle**

- 3.2.1 Action 1 : Mise en place des fiches de poste au travers du projet GPMC institutionnel
- 3.2.2 Action 2 : Formalisation d'une politique d'accueil et de tutorat du nouvel arrivant
- 3.2.3 Action 3 : Distribution systématique du livret du nouvel arrivant
- 3.2.4 Action 4 : Pérennisation et réajustement de l'entretien d'évaluation annuel pour tous les agents
- 3.2.5 Action 5 : Développement en lien avec le service du personnel d'un accompagnement des projets professionnels de chaque agent

### **Objectif 3.3 : participer à la mise en place de la politique du Projet social et notamment de la formation continue**

- 3.3.1 Action 1 : Identification des axes de formation prioritaires par l'encadrement en concertation avec les équipes soignantes et validés en CSIRMT
- 3.3.2 Action 2 : Mise en place d'une politique d'évaluation des bénéfices des formations réalisées et formalisation d'outils de suivi

## **Axe 4 : Les organisations du travail favorisent la complémentarité des prises en charge médicales, infirmières, de rééducation, médicot techniques et sociales**

### **Objectif 4.1 : Optimiser la structuration des services et accompagner les équipes pour coordonner les actions des différents acteurs de santé et optimiser la prise en charge du patient**

- 4.1.1 Action 1 : Réflexion autour de la notion de parcours patient et identification des flux patients
- 4.1.2 Action 2 : Définition de la mutualisation des moyens humains et matériels ainsi que des limites de la mutualisation
- 4.1.3 Action 3 : Mise en place de réunions de services régulières et développement de la c..... interservices
- 4.1.4 Action 4 : Identification des bonnes pratiques et formation des professionnels au respect des bonnes pratiques identifiées
- 4.1.5 Action 5 : Développement de réflexions thématiques sur les organisations du travail
- 4.1.6 Action 6 : Participation active des équipes à l'évolution organisationnelle de leur service
- 4.1.7 Action 7 : Renforcement de la coordination des acteurs à l'échelle de l'archipel

### **Objectif 4.2 : Accompagner et s'impliquer dans le schéma directeur de l'information**

- 4.2.1 Action 1 : Renforcement de la politique des référents informatisation dans les services
- 4.2.2 Action 2 : Veiller au développement de l'outil informatique mis en place dans les services
- 4.2.3 Action 3 : Participation active des équipes terrain au choix des logiciels



4.2.4 Action 4 : Renforcement de l'accompagnement des équipes lors de la mise en place des logiciels en lien avec le service informatique

**Objectif 4.3 : Accompagner la création du secteur « Hôpital de Jour » et optimiser sa structuration ainsi que la formation du personnel dédié**

4.3.1 Action 1 : Formalisation du parcours patient en hospitalisation de jour et en ambulatoire

4.3.2 Action 2 : Renforcement de la formation en vue du développement des prises en charge

4.3.3 Action 3 : Mise en place d'une politique de gestion des lits avec les différents secteurs de l'établissement

**Axe 5 : L'ensemble des professionnels de l'EHPAD s'engage à assurer la satisfaction des résidents, de leurs familles en assurant une prise en charge de qualité**

**Objectif 5.1 : Fédérer les équipes au service de la personne âgée en développant une cohérence et une coordination des actions de l'ensemble des professionnels (Projet de vie individualisé, prise en charge globale et soins dispensés par des personnels formés et accompagnés dans le quotidien et dans l'analyse de leurs pratiques)**

5.1.1 Action 1 : Formalisation systématique du projet de vie du résident

5.1.2 Action 2 : Organisation de réunions à thème pour les résidents et leurs familles

5.1.3 Action 3 : Organisation de réunions de synthèse cliniques (concertation équipes médicales et paramédicales)

5.1.4 Action 4 : Organisation d'une action de sensibilisation des personnels à la prise en charge de la douleur de la personne âgée

5.1.5 Action 5 : Renforcement de l'écoute et de la communication entre les soignants

5.1.6 Action 6 : Contractualisation et sécurisation du partenariat avec les associations de bénévoles dans une logique de continuité du soin et de respect du travail mutuel des bénévoles et des équipes soignantes

**Objectif 5.2 : Favoriser les souhaits, choix, valeurs, désirs de chaque personne âgée pour qu'ils deviennent les principes de sa prise en charge (prise en compte des avis, participation aux activités, maintien de l'autonomie dans un cadre de vie agréable)**

5.2.1 Action 1 : Mise en place d'une enquête de satisfaction à l'intention des résidents et des familles

5.2.2 Action 2 : Mise en place d'une fiche « habitude de vie » dont l'utilisation sera obligatoire dans les 48 heures suivant l'admission

5.2.3 Action 3 : Renforcement du programme d'animation

**Objectif 5.3 : Prendre soin de la personne âgée au cours de sa vie quotidienne est une préoccupation constante des équipes (attentes et souhaits relatifs aux repas et actes de la vie quotidienne pris en compte, soins réfléchis en équipe et validés par des**



**professionnels compétents, accompagnement quotidien et fin de vie par les familles et les équipes)**

5.3.1 Action 1 : Etude de la réorganisation des services afin de favoriser l'instant repas

5.3.2 Action 2 : Mise en place d'un groupe de réflexion « escarres, chutes et contention »

5.3.3 Action 3 : Renforcement de la protocolisation

**Objectif 5.4 : Faire du respect des droits des résidents une priorité pour l'ensemble des professionnels de la maison de retraite (respect de la charte des droits et des libertés, respect de l'intimité, prise en charge bientraitante)**

5.4.1 Action 1 : Mise en place d'un groupe de réflexion soignant en charge de produire une charte de la prise en charge de la personne âgée au C.H.F.D. (addendum au livret d'accueil)

5.4.2 Action 2 : Affichage de la charte

5.4.3 Action 3 : Renforcement de la sensibilisation des personnels à la prise en charge bientraitante

5.4.4 Action 4 : Mise en place de procédures favorisant la bientraitance

5.4.5 Action 5 : Renforcement de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles

**Axe 6 : Optimiser l'offre de soin par le développement des nouvelles technologies, en favorisant l'essor de la télémédecine et le développement d'une expertise auprès des personnels dédiés**

**Objectif 6.1 : Renforcer et pérenniser les partenariats professionnels existants et permettre un téléaccompagnement des professionnels paramédicaux du CH-FD**

6.1.1 Action 1 : Instauration d'un référent télémédecine dans tous les services et par équipe

6.1.2 Action 2 : Mettre en place des partenaires professionnels avec la métropole par la visioconférence et par la télémédecine

6.1.3 Action 3 : Evolution du dossier de soin en regard de la réglementation

**Objectif 6.2 : Instaurer une réflexion de fond sur l'évolution des pratiques soignantes en réponse aux réalités de la télémédecine**

6.2.1 Action 1 : Développement des coopérations interprofessionnelles et mise en œuvre des délégations formalisées d'actes professionnels réalisés sous contrôle par le personnel soignant

6.2.2. Action 2 : Mise en place d'un groupe de réflexion et d'actions destiné à définir et à optimiser la prise en charge et la relation avec le patient dans le cadre de la télémédecine ainsi que la relations avec les médecins requis et requérants

6.2.3 Action 3 : Renforcement des pratiques professionnelles de traçabilité des actes des équipes soignantes dans le cadre des activités de télémédecine

**CONCLUSION**



Dans l'optique de dispenser des soins de qualité au Centre Hospitalier François DUNAN, le Projet de Soins 2015 - 2019, a été élaboré en concertation avec les équipes pluri professionnelles, par le biais de l'encadrement soignant et la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (C.S.I.R.M.T.), en tenant compte des lois, règlements en vigueur, et des orientations du projet d'établissement.

L'appropriation du Projet de Soins par l'ensemble des acteurs du terrain devra permettre sa déclinaison en projets de service.

La mobilisation de l'ensemble des professionnels sous l'impulsion de l'encadrement est donc une condition essentielle pour faire vivre ce projet.

L'enjeu est de trouver la meilleure adéquation possible entre mobilisation des compétences et moyens mis à disposition par l'établissement, pour répondre efficacement aux besoins des usagers.

Les axes et objectifs du Projet de Soins ont été progressivement réfléchis et construits avec la volonté de parvenir à définir des actions réalistes et réalisables, en fonction de l'évolution des projets menés par l'établissement.

Les fiches action en résultant devront permettre de donner du sens au projet, dédié et destiné à l'ensemble des professionnels du soin.



## 4 LE PROJET QUALITE

Le Centre Hospitalier François Dunan (CHFD) s'était engagé officiellement dans la procédure de certification en juillet 2010 pour une visite des experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014. Toutefois, pour des raisons internes à la structure, la démarche n'a pu aboutir et l'établissement n'a toujours pas fait l'objet d'une certification. La HAS a proposé un accompagnement qui s'est traduit par la visite hors procédure de deux experts visiteurs en juin 2014. Ceux-ci ont réalisé un diagnostic à blanc de la situation et ont défini les priorités, dans la perspective d'un nouvel engagement dans la procédure.

Depuis, le CHFD a poursuivi sa démarche qualité avec pour objectif la mise en œuvre des recommandations émises par les deux experts et la formalisation des organisations. Le CHFD pratique depuis toujours des soins reconnus comme étant de qualité par la population et les spécialistes qui y interviennent sans pour autant que la démarche qualité ne soit formalisée.

Dans le nouveau projet d'établissement, la qualité et la sécurité des soins sont inscrits comme l'une des deux priorités du projet d'établissement et de faire entrer ce dernier dans la démarche proposée par la HAS en juillet 2015.

Ainsi, le CHFD a décidé de mettre en place les moyens nécessaires en :

- faisant appel à un consultant externe, responsable qualité et gestion des risques, intervenant dans l'établissement une semaine par mois pour accompagner la démarche ;
- nommant une assistante qualité ;
- dédiant du temps au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, également hygiéniste ;
- accordant du temps dédié à la qualité pour les référents qualité et gestion des risques des services.

**Aujourd'hui, l'établissement, activement engagé dans la procédure V2014, affiche un objectif clair : promouvoir une dynamique qualité efficace et pérenne.** Conformément aux textes réglementaires et dans le cadre de la démarche de certification, l'établissement s'est fixé pour mission de fournir aux patients des soins de qualité en impliquant tous les professionnels mais aussi les usagers. Cet objectif inclut la gestion du risque infectieux associé aux soins, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et la coordination des vigilances sanitaires.

La politique qualité et sécurité des soins du Centre Hospitalier François Dunan est élaborée par le Directeur de l'établissement, la CME et le Copil Qualité. Elle se déploie autour de trois axes principaux :

- le système qualité ;
- le développement d'une culture qualité et sécurité des soins ;
- le développement de la qualité et gestion des risques aux points clés des processus ;
- l'évaluation comme levier de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le patient et le professionnel au cœur du soin.

### I- Le système qualité

L'organisation fonctionnelle du management de la qualité et de la sécurité des soins se décline sur 3 niveaux : La gouvernance, La coordination et l'animation, La mise en œuvre opérationnelle.



### **I.1. La gouvernance**

Le COPIL est l'instance décisionnaire. Il fixe la stratégie qualité et sécurité des soins. Il définit les orientations de l'évaluation des pratiques professionnelles. Il suit l'état d'avancement du programme d'amélioration qualité et sécurité des soins (PAQSS). Le comité de pilotage est animé par le directeur et le président de la CME.

Tous les travaux sont présentés à la CME et aux autres instances.

### **I.2. La coordination et l'animation**

Une cellule qualité composée de la responsable qualité et gestion des risques, de la coordinatrice gestion des risques associés aux soins, de la coordinatrice générale des soins et de l'assistante qualité prépare les travaux du COPIL, coordonne toutes les actions qualité, accompagne les pilotes des thématiques du compte qualité et les référents dans la mise en pratique des démarches. Elle les assiste et fournit la méthodologie.

Elle s'appuie aussi sur :

- Un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Un coordonnateur hygiène et sécurités liées au travail et à l'environnement
- Des correspondants des vigilances réglementées
- Des cadres de santé
- Des référents qualité dans les services.

### **I.3. La mise en œuvre opérationnelle**

La qualité est mise en œuvre par tous les professionnels de l'établissement. Elle est portée par l'encadrement, les référents qualité et gestion des risques, la cellule qualité et les médecins.



## **II- Développement d'une culture qualité et sécurité des soins**

*« Améliorer la sécurité des soins est un enjeu pour les systèmes de santé. Pour cela deux principaux leviers ont été mis en œuvre : la mise en place des démarches continues d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le développement de la sécurité des soins ».*

*« La culture des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur les croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » HAS, La culture de sécurité des soins : concept à la pratique, décembre 2010*

Pour développer cette culture sécurité, l'établissement a décidé de sensibiliser, former, communiquer sur la sécurité des soins et sur les actions d'amélioration de la qualité mises en place, de donner les moyens aux services de cette politique qualité. Il donne aussi pour habitude, aux professionnels de santé de travailler ensemble dans un contexte où la mobilité est forte et ce, dans tous les secteurs d'activité et en particulier les secteurs d'activité à risques comme le bloc opératoire, la salle de naissance...

### **II.1. Communication**

Considérant la culture de sécurité comme un levier de performance, le CHFD mène des actions de communication auprès des professionnels ainsi que des usagers. Un affichage régulier au sein de l'établissement, la présentation d'un point sur la qualité à la CME, au CHSCT et à la CSIRMT, la présentation du compte qualité aux instances et l'intégration de la qualité dans les staffs animés par les cadres illustrent la place privilégiée de la qualité comme un des enjeux majeurs du Centre Hospitalier François Dunan.

La création d'une affiche mensuelle permet de communiquer régulièrement et positivement sur la gestion des risques, l'organisation du management de la qualité et de la sécurité des soins, le suivi des actions menées, ou sur des thèmes ciblés.

Les actions nationales sont relayées au CHFD. Elles sont promues par le personnel et les usagers et visent à favoriser l'implication des patients dans leur propre prise en charge : journée mondiale de l'hygiène des mains, semaine nationale de la sécurité des patients...

### **II.2. La promotion de la déclaration des évènements indésirables**

Le signalement est dématérialisé via l'application YES et intègre tous les évènements présentant ou pouvant présenter un risque pour les patients, les visiteurs ou le personnel.

Le directeur de l'établissement s'est engagé dans la promotion du signalement à travers la publication d'une charte de non punition en cas de déclaration d'un évènement indésirable.

Les évènements indésirables sont analysés de façon hebdomadaire par la cellule qualité. Les situations sont présentées de façon anonyme chaque semaine au comité de Direction. Les évènements indésirables médicamenteux sont analysés en REMED, et les évènements non médicamenteux peuvent être traités en CREX ou en RMM selon leur niveau de gravité.



Un retour d'information est effectué aux déclarants via le forum de l'application YES. Le personnel est informé du fonctionnement de ce logiciel grâce à des formations dispensées par la cellule qualité ainsi que par une fiche technique consultable sur la gestion documentaire.

### **II.3. Vigilances réglementaires**

Dans le cadre de la gestion des risques, le Centre Hospitalier François Dunan participe aux programmes nationaux de vigilance. Des correspondants sont identifiés pour chaque vigilance : pharmacovigilance, matériovigilance et hémovigilance. Le développement de l'identitovigilance est récent. Elle se concrétisera notamment par la mise en place d'une cellule d'identitovigilance.

### **II.4. Programme d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)**

Le programme d'actions du compte qualité est décliné par les pilotes des thématiques; il est intégré dans le PAQSS de l'établissement.

Il comprend toutes les actions d'amélioration issues de la gestion des risques a priori (document unique d'évaluation des risques professionnels, cartographie des risques), de la gestion des risques a posteriori (analyse des déclarations d'évènements indésirables, CREX, REMED, RMM), du diagnostic à blanc des deux experts visiteurs de la HAS en 2014, du suivi des indicateurs, de la mesure de la satisfaction des usagers, de l'évaluation des pratiques professionnelles, des rapports d'inspection, du compte qualité, etc.

Chaque action d'amélioration doit être mise en place par un responsable désigné, selon un échéancier défini et évalué par un indicateur de suivi.

### **II.5. Formation**

Le CHFD a adapté son plan de formation en intégrant des formations qualité (certification V2014, accompagnement des pilotes de thématiques, EPP) et gestion de risques (mise en place d'un Comité de Retour d'EXpérience), signalement des évènements indésirables, annonce d'un dommage associé aux soins, identitovigilance, ainsi que des formations ciblées sur des risques spécifiques (iatrogénie chez le sujet âgé).

La plupart des formations sont assurées par des organismes extérieurs, et certaines sont animées par des professionnels bénéficiant d'une expertise dans leur domaine de compétence.

De plus, le Centre Hospitalier François Dunan a choisi de se faire accompagner par un consultant ingénieur qualité, qui assure un accompagnement à la préparation de la certification V2014.

### **II.6. Gestion documentaire**

La gestion documentaire est dématérialisée et permet de regrouper l'ensemble des documents qualité de l'établissement (politique, procédures, modes opératoires, fiches de fonctions...) sur une application accessible depuis tous les postes informatiques de l'établissement (YES). La recherche documentaire s'effectue par saisie des mots-clés.

L'informatisation de la gestion documentaire permet une meilleure accessibilité aux documents, une maîtrise de la diffusion des documents (alerte par mail lors de la création ou de la révision d'un





document, émargements de prise de connaissance du document, diffusion de la version en cours seulement) ainsi qu'une sécurisation de la documentation.

### **III- Le développement de la qualité et gestion des risques aux points clés des processus**

L'établissement souhaite définir des actions phares dans les secteurs à risques comme le bloc opératoire, l'endoscopie, l'obstétrique et salle de naissance et aussi dans l'outil clé de la prise en charge du patient qui est le dossier.

L'établissement va mettre en place une politique de prise en charge de la douleur et de la prise en charge des patients en fin de vie.

#### **III.1. Le Bloc opératoire et endoscopie**

Le bloc opératoire et l'endoscopie vont réactualiser tous les documents qualité pour être en conformité avec les recommandations. Les processus d'endoscopie seront sécurisés notamment en révisant toutes les procédures d'hygiène. Toutes ces procédures seront intégrées dans le système documentaire Yes.

La charte du bloc sera réactualisée en tenant compte des exigences de la HAS et des outils de l'ANAP accessibles aux établissements de santé. Le bloc opératoire définit des indicateurs qualité comme :

- Ecart entre la programmation prévue et réalisée : taux d'annulation
- Taux d'occupation des salles opératoires
- Taux de débordement
- Les urgences
- Taux d'erreurs pour la programmation des interventions ophtalmologiques.
- Le suivi des contrôles bactériologiques.

#### **III.2. Politique en Maternité-Obstétrique et salle de naissance**

Un travail de formalisation des pratiques est effectué. Les audits existant mettent en évidence la conformité des pratiques par rapport aux recommandations, cependant le travail de formalisation (rédaction de procédures) est à poursuivre.

L'équipe (sages-femmes, gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur) s'est engagée dans un processus d'amélioration de la qualité en mettant en place des retours d'expérience par simulation, encadrées par un pédiatre référent en métropole.

Un partenariat avec le CHU de Rennes permet de solliciter le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDP) dont l'équipe composée d'obstétriciens, d'échographistes, de généticiens, de pédiatres, de biologistes, de sages-femmes et de psychologues apporte un accompagnement et une expertise dans le cadre du diagnostic prénatal, ainsi qu'une aide à la décision grâce à la mise en place de staffs de présentation des dossiers obstétricaux. Les relations entre le CHU de Rennes et le CHFD pour ce qui concerne le secteur Maternité-Obstétrique sont renforcées par des formations en immersion sur site.

#### **III.3. Le Dossier Patient**



Pour une meilleure prise en charge du patient, l'établissement va étendre l'informatisation du dossier patient à toutes les spécialités et à tous les métiers. Il favorise les échanges dématérialisés avec les autres établissements et notamment

- avec le centre hospitalier de St John's au Canada où sont transférés les patients en cas de besoin,
- avec le CHU de Rennes (en cours)

Cette informatisation sécurise la prise en charge en facilitant les échanges d'information et en mettant à disposition les données nécessaires. L'objectif est de limiter les données sous format papier et de constituer un dossier unique et électronique transmis de manière sécurisée et confidentielle.

Les professionnels de santé seront accompagnés dans cette mise en place par des personnes ressources. Une information sera donnée systématiquement aux nouveaux arrivants.

Pour avoir une visibilité de la qualité de la tenue du dossier patient, l'établissement souhaite participer au recueil national des indicateurs IPQSS, dans la mesure du possible.

#### **III.4. La prise en charge de la douleur et la prise en charge des patients en fin de vie**

Le CHFD va redynamiser le CLUD qui sera chargé de réactualiser les protocoles de la prise en charge de la douleur. L'objectif est d'harmoniser les pratiques et de rendre accessibles les protocoles à tous les professionnels.

Des formations sur l'évaluation de la douleur et sur la prise en charge des patients en fin de vie sont organisées. Des formations sont réalisées en interne auprès des professionnels médicaux et paramédicaux.

Une équipe présente mensuellement des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire sous forme de visioconférences avec le CHU de Rennes.

Une organisation se met en place pour prendre en charge les patients en fin de vie avec une réflexion éthique.

### **IV- L'Evaluation comme levier de la qualité**

#### **IV.1. Analyse des risques a priori**

La gestion des risques a priori repose sur les différentes cartographies des risques réalisées (bloc opératoire, risque médicamenteux en médecine, chirurgie et USLD) et sur le document unique d'évaluation des risques professionnels, élaboré en 2014.

#### **IV.2. Revue des Erreurs Médicamenteuses Et Dispositifs médicaux associés**

Les événements indésirables médicamenteux sont analysés en REMED, méthode à laquelle le personnel a été formé en mai 2015 par un intervenant extérieur spécialiste de la méthodologie puisqu'ayant participé au groupe de travail national chargé de rédiger le cahier Excel.



Les revues sont animées par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les erreurs médicamenteuses traitées sont définies en fonction de l'occurrence des événements indésirables, la demande des professionnels, et l'intérêt de leur analyse pour définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

#### **IV.3. Comité de Retour d'Expérience**

Les CREX analysent tous types d'évènements indésirables (excepté médicamenteux qui sont analysés en REMED, et les événements graves ayant occasionné le décès d'un patient ou des dommages majeurs). La méthodologie utilisée est ORION. Les professionnels ont été formés à cette méthode et à la mise en place des CREX en janvier 2016 (formation in situ par un intervenant extérieur).

Les CREX sont animés par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

#### **IV.4. Evaluation des pratiques professionnelles**

La définition de la politique de l'EPP relève de la CME et du Copil qualité. Celui-ci coordonne la mise en œuvre des EPP qui sont pilotées sur le terrain par les cadres de santé. Le choix des thèmes est fait selon les critères définis par la HAS (enjeux de santé publique, thème porteur d'enjeu d'amélioration), ainsi que selon les priorités de l'établissement. Les secteurs d'activités concernés par les EPP sont la MCO, l'USLD, le SNP, la dialyse, le bloc opératoire. Certains thèmes sont transversaux et concernent plusieurs secteurs.

La méthodologie fait l'objet d'une réflexion concertée entre les cadres, les pilotes des thématiques, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la CME.

Le suivi de l'état d'avancement des EPP est assuré par la cellule qualité par le biais du tableau de bord des EPP et présenté au COPIL.

Les résultats des EPP sont communiqués à l'ensemble des professionnels.

#### **IV.5. Revues de Morbidité et de Mortalité**

Les événements indésirables graves ayant occasionné le décès d'un patient ou ayant causé des dommages majeurs sont traités en RMM. Les RMM sont animées par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. La fréquence des réunions dépend de l'occurrence des événements indésirables relevant d'une analyse en RMM.

### **V. Patients et professionnels au cœur du soin**

Le CHFD développe l'idée que patients et professionnels sont au cœur du soin. Pour cela, il est important que les deux soient bien ensemble pour une collaboration efficace et une bonne prise en charge.

*Etre bien dans son travail permet d'être bien auprès du patient.*

#### **V.1. Qualité de vie au travail et sécurité des soins**

Le CHFD s'est engagé dans une politique de qualité de vie au travail. Pour cela, il a notamment renforcé le management de proximité en augmentant l'effectif des cadres de santé.



Le CHFD a pour culture d'associer les professionnels dans les réflexions stratégiques de l'établissement. Il partage des valeurs fortes connues des professionnels.

Le bien-être au travail est une source de motivation et une condition pour assurer des soins techniques et relationnels de qualité.

### **V.2. La promotion de la bientraitance**

Parallèlement, le Centre Hospitalier François Dunan développe une culture de la bientraitance des usagers. Le déploiement de cette culture est une démarche collective qui s'appuie sur le développement de valeurs communes et partagées. La première étape consiste en une identification des situations à risques tout au long du parcours du patient. Pour cela, le CH-FD a sollicité une intervenante dès 2015 qui a assuré du 2 au 13 mars une formation aux équipes de gériatrie tout particulièrement sur les thèmes « Dignité et droits des patients – Ethique » et « Prise en charge du résident en EHPAD – prise en charge de la personne atteinte de troubles cognitifs – Prise en charge de la douleur ». Elargies le 12 mars aux équipes confrontées à la fin de vie, les réflexions ont conduit à reprogrammer en avril 2016 cette dernière formation et de lui adjoindre un module « Ethique et soins palliatifs » en octobre.

### **V.3. Le Comité d'Ethique**

Un Comité d'Ethique est constitué au Centre Hospitalier François Dunan afin d'engager une réflexion en présence de professionnels de disciplines différentes. Il a pour vocation d'aider à la décision des professionnels qui ont à résoudre des questionnements d'ordre éthique durant l'exercice de leur activité, ainsi que de sensibiliser et former les professionnels de santé à l'éthique.

### **V.4. Evaluation de la satisfaction des usagers**

#### **L'enquête satisfaction patient**

L'évaluation de la satisfaction des usagers est effectuée par le biais de l'analyse des questionnaires de sortie qui sont remis aux patients dans les différents services de l'établissement.

La cellule qualité effectue un traitement informatique de ces questionnaires. Les résultats sont transmis au Copil Qualité et à la CRUQPC. Les actions d'amélioration issues de l'analyse de ces résultats sont intégrées au PAQSS.

#### **Reconnaître l'expérience du patient : le patient traceur**

La méthode du « patient traceur » est utilisée afin d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement, prenant en compte l'expérience du patient et de ses proches à travers un interrogatoire guidé par une grille de questions adaptée au contexte de l'établissement.

### **V.5. Information des usagers pour rendre le patient acteur de sa prise en charge**

Rendre le patient acteur de sa prise en charge passe par l'information, la formation et l'éducation du patient.

#### **L'information des patients sur leur prise en charge**



Les professionnels de santé informent le patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'objectif est d'impliquer le patient et de le rendre acteur de sa prise en charge. Il est important que le CHFD donne les moyens aux patients d'avoir un regard sur la prise en charge mais aussi une implication dans la prise en charge de sa maladie.

### **L'information du patient sur la politique qualité**

La communication de la politique d'amélioration de la qualité auprès du public (patients et visiteurs) se fait par le biais d'un affichage dans l'atrium ainsi que par l'organisation d'actions de sensibilisation (journée hygiène des mains, semaine sécurité des patients).

Une information sera également donnée via internet.

### **V.6. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge**

Présidée par le directeur de l'établissement et composée de représentants des usagers, de médecins, des professionnels de santé et de l'administration, la CRUQPC a pour mission de veiller au respect des droits des patients. Elle examine les plaintes et réclamations et propose des recommandations afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des patients.

Le partenariat entre les usagers et l'institution est consolidé par la représentation de ceux-ci au sein des différentes instances.



## 5 LE PROJET SOCIAL

### AVANT-PROPOS

#### Une structuration nécessaire

« *Au-delà des orientations en matière de gestion des ressources humaines, le projet social a vocation à déterminer des actions concrètes de nature à moderniser les relations sociales, améliorer les conditions de travail et favoriser la promotion professionnelle.* »

Au-delà de cette définition posée par la circulaire du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale, en conséquence du protocole du 14 mars 2000, il convient, dans une collectivité humaine, de considérer le projet social comme la véritable ossature d'une politique sociale et de gestion des ressources humaines, *a fortiori* lorsque la mission première de cette collectivité consiste en la prise en charge de patients.

À cette fin, le projet social doit conjuguer un double impératif :

- mobiliser les ressources et compétences requises afin de permettre à l'établissement public de santé au sein duquel il est élaboré d'assurer ses missions et d'atteindre les objectifs fixés, en particulier par les projets médicaux, de soins et de recherche ;
- répondre aux aspirations des différentes composantes du corps social, gage notamment d'une motivation pérenne au service de l'hôpital et de ses usagers.

Notre établissement, après le déménagement réalisé en 2013 sur le site des Graves, a mis en place de nouvelles organisations en décembre 2014 et juin 2015, qui se sont accompagnées de la création de plus de 40 postes paramédicaux, soit 20% de leurs effectifs environ. Cela n'a pu se faire qu'en recourant à des contrats courts, générateur d'un turn-over assez conséquent. Il lui reste à conclure en réunissant les acteurs dans une culture commune et concrétiser ainsi sa spécificité originelle.

Le projet social constitue en effet, au-delà de la dynamique qu'initie par elle-même sa méthodologie d'élaboration, une opportunité essentielle dans la conduite d'un établissement public de santé, tant en termes de définitions stratégiques que par l'apport qui peut être le sien dans la capacité de chaque acteur de l'hôpital, et de la collectivité qu'ils constituent, à donner du sens à l'action quotidienne.

#### De l'importance du sens collectif et individuel

Si la stratégie est « l'art de coordonner des actions pour atteindre un but », il ne peut certainement y avoir à l'hôpital de stratégie sans prise en compte de sa principale richesse que sont les hommes et les femmes qui y travaillent. En effet, l'hôpital a ceci de particulier qu'il est une collectivité humaine dont la mission première est de prendre en charge d'autres êtres humains, généralement en situation de souffrance, ce qui a pour conséquence, comme le dit André Comte-Sponville, que l'exercice professionnel hospitalier n'est pas un exercice anodin, l'hôpital étant un lieu de confrontation : de confrontation à l'autre, de confrontation à la mort et donc au pire et, *in fine*, de confrontation à soi-même.

En raison de ces caractéristiques, la notion de sens est essentielle dans le champ de l'exercice professionnel hospitalier. Mais il ne peut probablement y avoir de sens sans projets, qu'ils soient



collectifs ou individuels, et de projets sans stratégie, tant en termes de politique d'établissement que pour et dans le champ social. Aussi, la politique sociale est un support à une stratégie d'établissement, tout en considérant les enjeux stratégiques propres à une politique sociale et de gestion des ressources humaines. L'affirmation de ce principe peut, pour le CH-FD, se résumer ainsi :

Afin de répondre aux besoins en compétences nécessaires à la réalisation de ses activités, et dans le respect des équilibres budgétaires, l'établissement se fixe comme objectif de **pourvoir l'ensemble des postes permanents en veillant au respect des règles statutaires.**

Pour cela, il développe **une politique de modernisation des relations sociales et de gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences, de formation initiale et continue, en veillant à la qualité et à l'amélioration des conditions de vie au travail, dans une approche collective et personnalisée de la gestion des ressources humaines.**

## **RAPPEL DU CORPUS REGLEMENTAIRE**

- 1.1. La loi du 31 juillet 1991
- 1.2. Le protocole du 14 mars 2000
- 1.3. La circulaire du 3 juillet 2001
- 1.4. Les textes législatifs successifs
- 1.5. Le manuel d'accréditation des établissements de santé d'avril 2011

## **SECTION 1 - LA POLITIQUE SOCIALE ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN APPUI D'UNE STRATEGIE D'ETABLISSEMENT**

## **SECTION 2 - LA STRUCTURE RH DU CH-FD**

## **SECTION 3 - UNE DEMARCHE PARTAGEE ET MOBILISATRICE**

## **SECTION 4 - LE PILOTAGE DE LA DEMARCHE**

## **SECTION 5 - RECAPITULATIF DES ORIENTATIONS ET OBJECTIFS**

- OS n°1. Améliorer la communication interne, les relations et décloisonner les services
- OS n°2. Initialisation d'une véritable politique de développement des Ressources Humaines basée sur la GPEMC
- OS n°3. Améliorer l'efficacité des Ressources Humaines en maîtrisant et renforçant leur disponibilité
- OS n°4. Garantir la Sécurité, la Santé et le Bien-être au travail

## **CONCLUSION**

Toute approche stratégique suppose à la fois d'anticiper et d'avoir une vision large des problématiques. Cette approche n'est pas nécessairement stabilisée et est parfois délicate dans le



champ social ; mais elle n'en est pas moins essentielle tant « il n'est que de richesses que d'hommes et de femmes ».

Il s'agit là très certainement d'un challenge collectif essentiel que d'être en capacité de favoriser la mobilisation du corps social pour poursuivre ensemble la construction de l'hôpital de demain ; ceci conditionne la capacité de l'établissement d'être à la hauteur des missions qui sont les siennes au service des usagers, dont la collectivité des femmes et des hommes qui œuvrent quotidiennement à l'hôpital a la responsabilité de la prise en charge.

***Tableau de suivi en annexe 8.6.4***





## 6 LE SCHEMA DIRECTEUR INFORMATIQUE

Le tableau joint en annexe 8.6.5 présente l'ensemble des travaux, développements et applications à réaliser.

L'informatique au CH-FD est structurante, dans ses fonctionnalités comme en cas d'empêchement : le choix a été fait il y a plusieurs années de se doter d'un DPI « CristalNet », dont toutes les fonctionnalités ne sont pas encore exploitées. Il y a donc lieu, notamment :

- la nécessité de disposer de référents utilisateurs-paramétreurs pour en améliorer l'usage.
- Structurer notre utilisation du logiciel.
- Avoir trois ou quatre utilisateurs administrateurs au sens de la gestion de l'utilisation logicielle, le service informatique du CHFD étant souvent sollicité pour des problèmes d'utilisation ce qui n'est pas son rôle.

Toutefois, l'abandon de CristalNet par l'opérateur ouvrira une période d'incertitude en 2017/2018. L'expérience acquise sera néanmoins préservée.

Par ailleurs, le CH-FD utilise des outils de télémédecine (télédiagnostic avec l'ECHO du Mans, PACS avec le CH Ste Anne ainsi que le CHU de St John's à Terre-Neuve) et va en développer l'utilisation :

- Téléconsultations, télétransmissions de données (EEG, EMG, ECG, EFR, etc.) et visioconférences avec le CHU de Rennes dans le cadre du réseau de télésanté E-santé Bretagne ;
- Idem avec le CHU de St John's à Terre-Neuve ;
- Dématérialisation des demandes d'avis à distance et de téléconsultations, avec aide au diagnostic et au codage des actes.

Le projet informatique du CH-FD consistera :

1. à généraliser l'utilisation du dossier médical informatisé ;
2. dématérialiser l'ensemble des données devant y figurer (relevés d'enregistrements, compte-rendu, etc.) ;
3. permettre l'échange et l'envoi des données médicales ;
4. fiabiliser et sécuriser les données médicales et économiques ;
5. les rendre accessibles et exploitables pour un suivi médical et économique ;



## 7 LES MOYENS

### 7.1 : En personnel

#### 7.1.1 : médicaux : + 4

Coordonnateur médical (création du poste) : 1 ETP, avec économie de remplacement de l'Anesthésiste-Réanimateur, pour le moment.

Missions de spécialistes : 1 ETP supplémentaire

- Chirurgie orthopédique, ophtalmologique, ORL, stomatologique
- Pédopsychiatrie : 1 semaine par mois ?
- Pédiatrie : 1 semaine par mois
- Radiologie : Missions spécialisées (arthro par exemple)

Médecine :

- 2 PH, spécialisés dont 0.3 pour la CSAPA (addictologie) et 0.1 pour le Centre pénitentiaire, soit + 1 présent (à recalculer en ETP au regard de l'économie de missions de cardio, pneumo, gastro),

SSR : 0.25 ETP

#### 7.1.2 : soignants : + 14

Chirurgie : 6

- 2 IBODE
- 2 IADE
- 2 IDE de SSPI

Psychiatrie : 3 ETP IDE, 2 pour le CMP dont 0.5 pour le CSAPA (addictologie), 1 pour la pédopsychiatrie soit + 2

SSIAD :

- 2 ETP AS pour changement des organisations (passage en 12h coupées) au SSIAD de Saint Pierre
- 1 ETP AS ou IDE pour changement des organisations (passage en 12h coupées) au SSIAD de Miquelon
- 1 ETP IDE & 1 ETP AS pour l'HAD ou l'HDJ
- 1 ETP IDE pour Centre Pénitentiaire

#### 7.1.3 : médico techniques, éducatifs et socioéducatifs, psychologues : + 9

Assistante socioéducatrice : 1

- Psychiatrie : 0.5 ETP assistante sociale
- Hôpital : 0.5 ETP assistante sociale

Éducateur spécialisé : 1

- Pédopsychiatre : 1 ETP



Ergothérapeute : 1

- Gériatrie : 0.5 ETP
- Psychiatrie : 0.5 ETP

Kinésithérapeutes : 3

- Gériatrie : 1.5 ETP
- SSR en orthopédie : 0.5 ETP
- Psychiatrie : 1 ETP

Actuellement le kiné de l'hôpital assure les matinées en MCO, 3 après midi en USLD et 2 après midi en MDR. Le fait de travailler sur deux sites est un peu complexe pour le kiné de l'hôpital. L'idéal serait d'avoir un kiné toutes les après-midi sur l'USLD permettant la prise en charge des résidents, en individuel et en collectif, un travail collaboratif avec les équipes, la formation sur les techniques de manutention pour le personnel. Pour la maison de retraite c'est le même constat.

Une présence plus formalisée sur les sites de l'USLD et MDR de chacun des deux kinés (planning fait en collaboration entre les deux kinés selon prescription) permettra une meilleure intégration des remplaçants.

Psychologues : 2

- Pédopsychiatre : 1 ETP
- Addictologie, mutualisé avec le CSAPA : 0.5 ETP (plutôt comportementaliste)
- Psychiatrie adulte : 0.5 ETP

Psychomotricien : 1

- Pédopsychiatre : 1 ETP

#### **7.1.4 : administratifs, logistiques, techniques : + 8**

Secrétariat médical : à définir, audit en cours (4)

- Secrétariat des services : 2 (MCO & Gériatrie)
- Secrétariat des missions : 1
- Secrétariat de la coordination médicale/TIM : 1

Service du personnel : 2

- Gestion des ressources humaines : 1
- Développement des ressources humaines : 1

Services informatique et biomédical : 2

- 1 TSH chacun, internalisation de prestations extérieures

### **7.2 : En équipements**

Chirurgie : accompagner l'activité par un plan d'équipement suffisant (Matériel à UU ou non selon les cas, faire des boîtes complètes en coelioscopie, aspirateur, des pinces, etc. mais pas à UU. On doit avoir un kit seulement, en secours)

Insuffisance des moyens de coelioscopie donc à accroître

Ophthalmologie :

- OCT
- Eventuellement, réthinographe



Radiologie :

- Echo doppler
- Renouvellement du scanner
- Ostéodensitomètre
- IRM ?

SNP : télémétrie

Pour la salle de déchoquage, et moyens informatiques afin de pouvoir identifier des événements paramétriques même brefs (troubles du rythme cardiaque, désaturation brutale, ...) et les capturer pour les analyser.

### **7.3 : en locaux**

Bloc opératoire : agrandissement de la salle de réveil

Chirurgie ambulatoire & Consultations :

- Salle blanche
- Unité d'hospitalisation de jour

EHPAD existante :

- Augmenter la capacité d'accueil sur le site de la maison de retraite Eglantine en ouvrant 2 secteurs sur 3 étages et en permettant :
  - l'accueil (type PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés) de 12 personnes ayant des maladies d'Alzheimer ou des maladies apparentées avec troubles psycho comportementaux dans un secteur aménagé dédié ;
  - l'accueil de 30 personnes âgées dépendantes ne relevant pas de l'USLD, dans des conditions d'accueil respectant la dignité et l'intimité de la personne, en favorisant les chambres seules et l'accueil de couple.
  - l'accueil temporaire de 3 personnes soit à la journée soit à la nuit, sur des périodes déterminées lors du contrat de séjour. Selon les disponibilités de lit, cet hébergement temporaire pourra s'adresser à des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ou à des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Meilleure accessibilité aux personnes handicapées
- Adapter les locaux afin que l'espace et l'aménagement des chambres soit suffisant et respectent l'intimité et le confort des résidents et leurs famille
- Réfection et création de salles de bain pour des soins d'hygiène convenables.
- Permettre un hébergement temporaire et d'accueillir des aidants

Psychiatrie :

- "unité" de psychiatrie (2 lits, à prendre sur MCO dans un 1<sup>er</sup> temps)
- CMP : à relocaliser selon position de la Collectivité Territoriale
  - A l'étage non actuellement occupé de la MDR ?
  - Quid des locaux de l'annexe de la MDR dans le cas contraire ?

Radiologie :

- IRM



SNP :

- Selon les moyens disponibles en personnel à dédier, ouverture d'un lit pour hospitalisation de très courte durée (ou lit de soins continus courte durée-SCCD) au SNP.

USLD : architecture hospitalière et locaux insuffisamment adaptés à une population gériatrique

- Rangements.
- Si accroissement de la capacité d'accueil de la maison de retraite, réduction de la capacité d'accueil à 20 lits pour disposer de 4 lits de SSR gériatriques (chambre double) sur le site de l'hôpital



**8. ANNEXES .....**

**8.1. ANNEXE 1 : BILAN DES CONVENTIONS PASSES .....**

**8.2. ANNEXE 2 : BILAN DU SCHEMA TERRITORIAL D'ORIENTATIONS SANITAIRES ET SOCIALES 2008-2013.....**

**8.3. ANNEXE 3 : PLAN STRATEGIQUE TERRITORIAL DE SANTE (PSTS) 2014-2019 .....**

**8.4. ANNEXE 4 : AUDIT QUALITE JUIN 2014 .....**

**8.5. ANNEXE 5 : LES TABLEAUX DES ACTIONS .....**

**8.5.1 : DU PROJET MEDICO SOIGNANT**

**8.5.2 : DU PROJET DE SOINS**

**8.5.3 : DU PROJET QUALITE**

**8.5.4 : DU PROJET SOCIAL**



**ANNEXE 1 : Bilan des conventions passées**

| Etablissements  | Type conventions                                       | Signée     | Commentaires  |
|---|--|------------|---|
| <b>Service de Santé des Armées</b>  | Suivi médical des personnels militaires                | 21/01/2014 | <p>Définit les modalités selon lesquelles le CHFD contribue au suivi médical périodique du personnel militaire affecté à SPM (Gendarmerie et marins du patrouilleur Fulmar)</p> <p>La convention définit également les modalités de facturation auprès de la direction des approvisionnements en produit de santé des armées.</p>   |
| <b>Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Anne – Paris<br/>(Unité de neuroradiologie)</b> | Télé-expertise /<br>Téléassistance actes de Radiologie | 04/07/2013 | <p>La convention met en place une coopération pérenne entre le CHSA et le CHFD dans le champ de la télé radiologie.</p> <p>La convention organise les actes de télé expertise et de télé assistance médicale, les actes de télé-expertise permettent d’obtenir un deuxième avis, notamment pour les mammographies (obligatoires). L’ensemble de la démarche au CHFD est pilotée par le Médecin Responsable du service d’imagerie.</p> |
| <b>CHU Tours</b>  | Partenariat médical                                    | 04/05/2005 | <p>Convention tripartite (les deux établissements et le Ministère de la santé)</p> <p>Elle concerne les disciplines (médecine interne, diabétologie, ORL, gastro-entérologie, allergologie, pneumologie, dermatologie).</p> <p>Elle prévoit l’organisation de missions de spécialistes et une filière d’hospitalisation pour les</p>  |



|                        |   |              |   |
|------------------------|---|--------------|---|
|                        | Télé dermatologie                             | 16/07/2013   | <p>patients de SPM.</p> <p>La convention a été conclue initialement pour une durée de deux ans et devait être renouvelée explicitement à l'échéance. Ensuite les renouvellements annuels étaient tacites. Cette convention, est donc peut être caduque.</p> <p>Cette convention organise les échanges d'information entre le CHFD et le CHRU (données médicales et photographiques des lésions permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-D'obtenir des consultations spécialisées à distance</li> <li>-D'optimiser l'organisation des missions.</li> </ul> |
| <b>CHU Bordeaux</b>    | Approvisionnement produits sanguins labiles   | 21/03/2013   | <p>Cette convention organise la fourniture au CHFD de plasmas thérapeutique frais congelés</p> <p>Elle fait habituellement l'objet d'une commande annuelle.</p>   |
| <b>CHU Montpellier</b> | Réseau fertile (REFAM)                        | 13/04/2010   | <p>Il s'agit de d'adhésion à ce réseau qui permet aux couples inféconds de bénéficier d'une assistance médicale à la procréation.</p>   |
| <b>Croix St-Simon</b>  | Mammographie                                  | 30/06/2006   | <p>Cette convention signée en 2006 devait faire l'objet d'un accord express de reconduction au-delà de 3 ans. Elle semble caduque.</p> <p>Par ailleurs son objet qui était d'obtenir des avis sur les mammographies, n'est plus adapté depuis la convention avec Ste Anne.</p>  |
| <b>ECHO Le Mans</b>    | Patients traités en unité dialyse médicalisée | Juillet 2013 | <p>Patients traités en unité de dialyse médicalisée.</p> <p>Cette convention organise le suivi médical des patients bénéficiant</p>   |





|                                |  |            |   |
|--------------------------------|--|------------|---|
|                                |  |            | <p>d'une dialyse.</p> <p>Sont notamment prévus le transfert des données physiologiques des patients pendant les dialyses, le suivi des séances et l'organisation de consultation sous forme de télé conférence.</p>   |
| <b>IMM</b>                     | Partenariat en Cardio/Orthopédie/Imagerie/Gynécologie  | 15/05/2010 | <p>La convention concerne les disciplines de cardiologie, orthopédie, imagerie, gynécologie-obstétrique.</p> <p>Elle prévoit l'organisation de mission dans les disciplines concernées ainsi qu'une filière d'hospitalisation des patients de SPM dans les lits de l'IMM.</p> <p>Initialement conclue pour un an cette convention est renouvelable par tacite reconduction mais l'IMM s'est désengagée de la convention (interruption des missions d'orthopédie).</p> |
| <b>Maison Blanche</b>          | Hospitalisation sous contrainte en Psychiatrie   | 09/11/2010 | <p>Conclue avant la réforme de l'hospitalisation sans contrainte, les termes de la convention ne sont pas adaptés à la nouvelle réglementation.</p> <p>Cette convention permet toutefois de maintenir une relation avec un Etablissement Psychiatrique.</p>   |
| <b>EPRUS</b>                   | Réception, Stockage et mise à disposition produits pharmaceutiques en réponse à certains besoins |            | <p>Il s'agit d'une convention « d'adhésion » permettant au CHFD de faire face à des urgences sanitaires.</p> <p>La convention n'ayant pas été explicitement renouvelée au-delà d'un délai de 4 ans, sa validité n'est pas acquise.</p>  |
| <b>Hospices Civils de Lyon</b> | Coopération de   | 31/03/2015 | Convention de maintenance de  |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | maintenance<br>Cristalnet/Cristalink   |  | la suite logicielle CRYSTAL<br>(Dossier patient informatisé)   |
| <b>Cerba</b>   | Analyses de Biologie<br>médicale   | 21/10/2008   |  |
| <b>ERHA St-John's</b>  | Partenariat Evasan   | 2011   | Convention tripartite (incluant la<br>CPS) organisant les modalités<br>d'évacuation sanitaire d'urgence<br>vers St. Johns  |
| <b>AFMAR/SAC/Air St-Pierre</b>   | Evacuation sanitaire par<br>moyen aérien canadien  | Oct. 2013  | Cette convention organise, en cas<br>d'urgence médicale avec mise en<br>jeu du pronostic vital, et dans<br>l'impossibilité vérifiée, de faire<br>appel à Air St Pierre ou à la<br>SNSM, la possibilité de faire<br>appel « aux hélicoptères de<br>Gander » par l'intermédiaire du<br>Pôle Maritime de la DTAM<br>(POSCAR). |
| <b>DASTRI</b>  | Collecte des Déchets<br>d'Activités de Soins à<br>Risque Infectieux des<br>patients en<br>automédication   | 25/09/2014   | La convention organise le recueil,<br>la centralisation et l'évacuation de<br>ces déchets.<br><br>L'organisme prestataire fournit les<br>collecteurs et rembourse la<br>destruction de ces déchets.  |
| <b>Conseil Territorial<br/>(vétérinaire), Gendarmerie,<br/>Dr POUDER, CPS pour<br/>centre de santé</b> | Elimination des DASRI  | Mars 2015  |  |
| <b>CPS pour Centre de Santé</b>  | Délégation activité du<br>CH au CDS pour les<br>activités de médecine<br>générale<br><br>Soins dentaires du CDS<br>au Bloc du CH<br><br>Permanence des soins<br><br>Intervention Personne<br>Compétente en | 10/11/2006<br><br>10/06/2008<br>10/11/2006<br>10/11/2008 | Conventions anciennes et qui<br>semblent pour la plupart sans<br>objet aujourd'hui.  |



|                               | Radioprotection au CDS  |   |  |
|-------------------------------|---|---|--|
| <b>Conseil Territorial</b>    | <p>Mise à disposition médecin dans le cadre de l'APA</p> <p>Mise à disposition 2 IDE dans le cadre de l'APA</p> <p>Partenariat Maison territoriale de l'Autonomie</p> | <p>28/05/2009</p> <p>13/03/2009</p> <p>23/05/2012</p>                   | <p>Diverses conventions ayant pour objet d'apporter une aide technique de la part de l'hôpital (mise à disposition d'IDE et de Médecin) dans le cadre de « l'APA ».</p> <p>Ces conventions sont dépassées, mais elles pourraient être rediscutées dans le cadre du Schéma Territorial de Gérontologie.</p> |
| <b>Centre pénitentiaire</b>   | <p>Dispensation soins infirmiers</p> <p>Dispensation soins psychiatriques</p> <p>Dispensation soins IDE CMP</p> <p>Livraison de repas</p>                             | <p>16/07/2007</p> <p>16/07/2007</p> <p>24/05/2011</p> <p>01/11/2012</p> | <p>Conventions organisant la prise en charge des détenus (distributions de médicaments, consultations de psychiatre ou d'IDE) ainsi que la distribution de repas.</p> <p>Elles sont en cours de réexamen suite à la décision de l'ATS de confier le suivi sanitaire des personnes détenues au CH-FD.</p>   |
| <b>Centre Georges Gaspard</b> | <p>Temps présence pédopsychiatre en mission</p>   | <p>18/08/2008</p>   | <p>Répartition du temps du pédopsychiatre pendant ses missions.</p>  |



**ANNEXE 2 : Bilan du Schéma Territorial d'Orientations Sanitaires et sociales 2008-2013**



**ANNEXE 3 : Plan Stratégique Territorial de Santé (PSTS) 2015-2019**



**Annexe 4 : Audit qualité juin 2014**



## **Annexe 5 : Tableaux des actions**

### **5.1 : DU PROJET MEDICO SOIGNANT**



## 5.2 : DU PROJET DE SOINS





### 5.3 : DU PROJET QUALITE



## 5.4 : DU PROJET SOCIAL



## 5.5 : DU PROJET INFORMATIQUE