



# Projet de prise en charge du patient 2015-2020

[12/03/2015]

Projet de prise en charge – 2015-2020



## **SYNTHÈSE ..... 7**

## **INTRODUCTION..... 21**

<b>I. Le contexte du projet 2015-2020 de prise en charge du patient au centre hospitalier de Roanne.....</b>	<b>21</b>
1. Un territoire de santé en déclin démographique .....	21
2. Une offre sanitaire et médico-sociale diversifiée.....	24
2.1 La médecine de ville : une faible densité de spécialistes .....	24
2.2 Les établissements de santé.....	25
2.3 L'offre médico-sociale.....	25
2.4 La médecine pénitentiaire .....	26
3. Des évolutions de parts de marchés contrastées .....	26
4. Des séjours en faible progression avec des DMS élevées.....	30
4.1 Des évolutions d'activité différenciées .....	30
4.2 Des durées moyennes de séjour nettement supérieures aux moyennes nationales.....	31
<b>II. L'ambition du projet 2015-2020 du projet de prise en charge du patient .....</b>	<b>32</b>
1. L'articulation entre le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	32
2. La définition d'orientations stratégiques en cohérence avec le projet régional de santé .....	33
2.1 La cohérence avec le plan stratégique de santé .....	33
2.2 La cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS) .....	33

## **Le projet médical..... 35**

<b>I. AXE 1 - AFFIRMER LE RÔLE DE RÉFÉRENT TERRITORIAL .....</b>	<b>35</b>
1. Conforter les activités de référence du centre hospitalier .....	35
1.1 Garantir une réponse rapide et adaptée aux soins urgents et critiques .....	35
1.2 Renforcer la prise en charge des pathologies chroniques.....	36
1.3 Affirmer la place du centre hospitalier dans la dynamique territoriale entourant la prise en charge de la personne âgée.....	36
1.4 Proposer une offre structurée en cancérologie .....	36
1.5 Conforter les activités des spécialités médicales répondant aux besoins du bassin de santé .....	37
1.6 Faciliter l'accès aux compétences hospitalières en les déployant sur le territoire .....	38
1.7 Conforter le rôle de recours en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique.....	38
1.8 Affirmer la place de référent en psychiatrie et santé mentale .....	39
1.9 Conforter l'expertise dans les domaines de la biomédecine, de la médecine légale et de la médecine pénitentiaire .....	39
2. Structurer l'offre de soins chirurgicaux en complémentarité avec la clinique du Renaison et les CHU.....	40
2.1 Organiser la prise en charge chirurgicale .....	40
2.2 Développer les partenariats avec les CHU .....	41
2.3 Développer la complémentarité avec la clinique du Renaison.....	41
<b>II. AXE 2 - FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT .....</b>	<b>42</b>
1. Structurer le parcours intra-hospitalier pour assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente .....	42
1.1 Améliorer les délais et les modalités de prise en charge aux urgences .....	42
1.2 Optimiser les séjours dans les unités de soins : .....	43

1.3	Améliorer les modalités de sortie des patients .....	44
2.	Inscrire le parcours dans une dynamique de filière territoriale .....	44
2.1	Conforter la filière gérontologique .....	44
2.2	Structurer les filières de prise en charge par pathologies .....	45
3.	Développer la collaboration avec les professionnels de santé de ville .....	46
<b>III.</b>	<b>AXE 3 - PROMOUVOIR L'ÉDUCATION ET LA PRÉVENTION .....</b>	<b>47</b>
1.	Pour les patients porteurs de maladie chronique .....	47
2.	Pour les enfants et femmes enceintes.....	48
3.	Pour les personnes en perte d'autonomie.....	48
4.	Pour les populations en situation de précarité.....	50
5.	Pour les patients atteints par la maladie psychiatrique.....	50
6.	Pour les détenus.....	51
<b>IV.</b>	<b>AXE 4 - RENFORCER LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES.....</b>	<b>51</b>
1.	Développer la chirurgie ambulatoire .....	51
2.	Mieux structurer l'hospitalisation de jour.....	52
3.	Développer l'hospitalisation à domicile .....	52
4.	Encourager les modes de prise en charge extérieurs à l'institution en santé mentale.....	52
<b>V.</b>	<b>AXE 5 - AMÉLIORER LA PERFORMANCE.....</b>	<b>53</b>
1.	Garantir aux usagers la qualité de la prise en charge.....	53
2.	Améliorer les conditions hôtelières et d'accessibilité des patients et résidents actuellement pris en charge sur le site de Bonvert .....	54
3.	Ajuster les organisations à l'évolution des prises en charge et à l'évolution technologique.....	55
3.1	Redimensionner les capacités d'hospitalisation et densifier les surfaces .....	55
3.2	Optimiser le fonctionnement du plateau technique .....	56
3.3	Adapter les organisations aux fluctuations d'activité notamment saisonnières	56
4.	Contribuer aux missions d'enseignement, recherche et innovation .....	57

## **Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques .....**

**58**

### **I. INTRODUCTION .....**

**58**

### **II. CONTEXTE JURIDIQUE ET LÉGISLATIF .....**

**58**

### **III. POLITIQUE GÉNÉRALE DES SOINS.....**

**59**

1.	PHILOSOPHIE DES SOINS.....	59
2.	ORGANISATION DES SOINS.....	60
2.1	Répartition des professionnels rattachés à la direction des soins .....	60
2.2	Organisation de la communication au sein de la direction des soins.....	60
3.	LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO TECHNIQUES (C.S.I.R.M.T.) .....	61
4.	LA PERMANENCE DES ACTIVITÉS PARAMÉDICALES .....	61

### **IV. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET DE SOINS.....**

**62**

### **V. BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014 (annexe 2) .....**

**62**

### **VI. AXES STRATÉGIQUES DU PROJET DE SOINS .....**

**63**

1.	AXE 1 : Décliner le parcours patient dans un souci d'amélioration de la fluidité des prises en charge et promouvoir le respect des droits des usagers. ....	63
1.1.	Inscrire l'organisation de la prise en charge intra hospitalière dans un parcours de soins de territoire .....	64

1.2.	Promouvoir la cohérence et la continuité des prises en charge adaptées aux patients.....	65
1.3.	Garantir à la personne soignée le respect de ses droits.....	65
2.	AXE 2. Renforcer la complémentarité entre les professionnels afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la gestion des risques liés aux soins.....	66
2.1.	Développer la complémentarité entre les acteurs concourants à la prise en charge du patient .....	66
2.2.	Contribuer au développement de la culture d'amélioration continue de la qualité .....	67
2.3.	Contribuer à la prévention des risques liés aux soins .....	68
3.	AXE 3 Promouvoir le management des compétences individuelles et collectives .....	70
3.1.	Accompagner les professionnels afin de développer les compétences individuelles et collectives.....	70
3.2.	Adapter les missions et le management du cadre à l'évolution des organisations et des professionnels.....	71
4.	AXE 4 Développer un partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers .....	71
4.1.	Accompagner l'étudiant dans son parcours d'apprentissage et d'acquisition des compétences.....	72
4.2.	Poursuivre la formation des tuteurs et faciliter leurs reconnaissances .....	72
4.3.	Développer la collaboration et la coordination de nos actions avec l'institut de formation en soins infirmiers et instaurer une collaboration avec les autres instituts de formation. ....	72

**VII. CONCLUSION ..... 72**

**Le projet médico-social ..... 73**

**INTRODUCTION..... 73**

**I. LE PROJET DE VIE..... 74**

1.	Des droits garantis.....	74
2.	Améliorer la citoyenneté des résidents .....	75
3.	Optimiser l'aide à la toilette et l'habillement .....	75
4.	L'animation au cœur de la prise en charge .....	75

**II. LE PROJET DE SOINS..... 75**

1.	Une prise en charge médicale coordonnée et adaptée à la population accueillie .....	75
2.	La spécificité des besoins en soins.....	76
3.	Les prises en charge spécifiques .....	76

**III. LE PROJET HÔTELIER..... 77**

1.	Améliorer l'offre de restauration .....	77
2.	Etendre le traitement du linge des résidents .....	77
3.	Un bâtiment adapté aux enjeux de demain.....	77

**ANNEXES ..... 79**

- **Annexe 1 : Liste des fiches-actions du projet médical 2015-2020 ; ..... 79**
- **Annexe 2 : Bilan du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2008-2014 ;..... 79**
- **Annexe 3 : Liste des fiches-actions du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2015-2020. .... 79**





## ***LA QUALITÉ DES SOINS SELON L'OMS***

« Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

# SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Roanne est situé dans un bassin de santé en déclin démographique, avec une faible densité de médecins libéraux. Les taux de fuite des séjours en dehors de la zone d'attractivité sont limités et les parts de marché de l'établissement sont en légère baisse. Les séjours sont en faible progression avec des DMS supérieures à la moyenne nationale en médecine et en chirurgie.

Le projet 2015-2020 de prise en charge du patient vise à une bonne articulation entre le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le projet médico-social du centre hospitalier et à la définition d'orientations stratégiques en cohérence avec le projet régional de santé et le SROS définis par l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes.

## Le projet médical

Il se décline au travers de cinq grands axes stratégiques, comportant des objectifs permettant de répondre aux besoins du bassin de santé, les principales actions envisagées faisant l'objet de fiches-actions, listées en annexe, dont la validation reposera sur un équilibre *a minima* entre les moyens requis et les recettes supplémentaires générées.

Les principaux objectifs et projets que le centre hospitalier s'engage à mettre en œuvre sont précisés ci-dessous.

### **I. Axe 1- Affirmer le rôle de référent territorial**

#### **1. Conforter les activités de référence du centre hospitalier**

Le centre hospitalier se doit de conforter ses possibilités de recours et d'expertise, tant à l'égard de la population que des professionnels de santé du territoire.

- Garantir une réponse rapide et adaptée aux soins urgents et critiques : structuration d'une filière interne de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), avec la création d'une unité neuro-vasculaire (UNV et UNVI) ;
- Renforcer la prise en charge des pathologies chroniques : augmentation capacitaire du centre de dialyse ; développement de la polysomnographie ;
- Affirmer la place du centre hospitalier dans la dynamique territoriale entourant la prise en charge de la personne âgée : développement des consultations avancées en EHPAD, expérimentation de la télé-expertise ;
- Proposer une offre structurée en cancérologie : structuration du centre de coordination en cancérologie (3C), introduction de l'arc thérapie dynamique en radiothérapie, renforcement de l'équipe mobile de soins palliatifs et création de lits dédiés ;
- Conforter les activités des spécialités médicales répondant aux besoins du bassin de santé : développement de la rythmologie, mise en place d'une équipe mobile d'infectiologie, développement des consultations mémoire ;
- Conforter le service de médecine physique et de réadaptation, en l'intégrant sur le site de Roanne à proximité des services de court séjour, et en mettant en conformité le plateau technique de rééducation, notamment vis-à-vis de l'activité SSR spécialisé en affections de l'appareil locomoteur ;

- Conforter les activités de consultation spécialisée multidisciplines « douleur chronique », consultations « migraine et céphalées » en diminuant les délais de consultation ;
- Faciliter l'accès aux compétences hospitalières en les déployant sur le territoire : soutien au démarrage des maisons médicales, antennes locales de psychiatrie de l'enfance ;
- Conforter le rôle de recours en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique : maintien de la qualification 2B de la maternité, amélioration de l'accès à la consultation d'IVG, aménagement d'une zone d'hospitalisation de courte durée au niveau des urgences pédiatriques ;
- Affirmer la place de référent en santé mentale : création d'une équipe de liaison en pédopsychiatrie ; mise en place de l'électro-convulsivothérapie ;
- Conforter l'expertise dans les domaines de la biomédecine, de la médecine légale et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Poursuivre la mise en œuvre de la plateforme référentielle pour les détenus auteurs d'infractions sexuelles ;

## **2. Structurer l'offre de soins chirurgicaux en complémentarité avec la clinique du Renaison et les CHU**

L'offre de soins chirurgicaux du centre hospitalier, avec un plateau technique et un service de réanimation performant, doit être améliorée dans une logique de partenariat territorial.

- Organiser la prise en charge chirurgicale : réorganisation du bloc opératoire selon les recommandations de l'audit de bloc, développement de la chirurgie viscérale nécessitant le recours à la réanimation, organisation de la prise en charge médicale postopératoire des patients âgés en unité de médecine ;
- Développer les partenariats avec les CHU de Lyon et de Saint-Etienne ;
- Développer la complémentarité avec la clinique du Renaison : recours à la réanimation et à l'équipe mobile de soins palliatifs, formation et gestions des situations sanitaires exceptionnelles, ...

## **II. Axe 2 : Fluidifier le parcours du patient**

### **1. Structurer le parcours intra-hospitalier pour assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente**

- Modéliser le parcours du patient dans toutes les unités de soins ;
- Améliorer les délais et les modalités de prise en charge aux urgences : création d'une consultation de suite de soins en traumatologie ; mise en place d'une infirmière d'accueil 24H/24 ; réactivation de la commission des admissions non programmées, création d'un pôle de formation en matière de soins d'urgence ;
- Optimiser les séjours dans les unités de soins : diminution des DMS des séjours en cohérence avec les indicateurs nationaux, structuration de l'unité de médecine polyvalente, structuration, en lien avec la médecine gériatrique, de l'orientation post-chirurgicale des personnes âgées ; distinction de filières physiologique et pathologique de prise en charge en obstétrique ;



- Améliorer les modalités de sortie des patients : activation plus précoce de la cellule des sorties complexes, consolidation de la mise en place du programme PRADO en orthopédie, implantation des soins de suite et de réadaptation sur le site de Roanne ; instauration de staffs médico-sociaux ;

## **2. Inscrire le parcours dans une dynamique de filière territoriale**

- Conforter la filière gérontologique : animation de la filière, création de places d'hébergement temporaire ; création d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) ;
- Structurer les filières de prise en charge par pathologies : en particulier la filière AVC, la filière oncologie et la filière coronarographie ;

## **3. Développer la collaboration avec les professionnels de santé de ville**

- Amélioration de la communication avec les médecins traitants : réduction des délais de transmission des lettres de sortie, projet ZEPRA ; identification d'un médecin responsable des admissions par spécialités, avec un numéro de téléphone dédié ;
- Fluidification du compte-rendu des résultats aux professionnels de ville : transmission électronique des résultats d'analyses biologiques, connexion au PACS ville-hôpital ;
- Association des médecins de ville aux projets institutionnels : structuration de l'information et de la communication ; formation par la voie des enseignements postuniversitaires, coopération avec les pôles de santé et les réseaux de santé ;

### **III. Axe 3 : Promouvoir l'éducation et la prévention**

- **Pour les patients porteurs de maladie chronique :** Mutualisation entre les spécialités concernées des séances d'éducation thérapeutique du patient ; poursuite des programmes de suivi mis en place en endocrinologie ; développement des actions de dépistage du cancer (mise en place d'une filière sénologique, développement des endoscopies pour le dépistage du cancer colorectal) ;
- **Pour les enfants et femmes enceintes :** Développement du dépistage de la surdité (mise en œuvre des protocoles du réseau ELENA) ; développement des actions de planification et d'éducation familiale ; amplification des actions de prévention en tabacologie ;
- **Pour les personnes en perte d'autonomie :** Mise en place d'un dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ; structuration de consultations spécialisées autour de la chute répétée ; mise en place d'une consultation mémoire de premier niveau ; identification du pôle gériatrie comme référent pour la prévention de la dénutrition ; développement de l'activité de l'hôpital de jour ; évaluation des pratiques professionnelles pour favoriser la bientraitance ;
- **Pour les populations en situation de précarité :** en construisant notamment des actions de prévention à partir de la PASS ;
- **Pour les patients atteints par la maladie psychiatrique :** en finalisant en particulier le projet de réhabilitation psychosociale en l'adossant à une unité de soins ;
- **Pour les détenus :** développement des actions d'éducation à la santé ; poursuite de la mise en œuvre du programme *Rester parent en prison* ;

#### **IV. Axe 4- Renforcer les prises en charge ambulatoires**

##### **1. Développer la chirurgie ambulatoire**

- Atteindre courant 2016 la cible de 60% de prise en charge en chirurgie ambulatoire ;
- Optimiser le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire en intégrant l'activité ambulatoire gynécologique ;

##### **2. Mieux structurer l'hospitalisation de jour**

- Regrouper les chimiothérapies sur l'hôpital de jour d'oncologie ;
- Regrouper dans un hôpital de jour polyvalent l'éducation thérapeutique, les bilans de maladies chroniques et les prises en charge aiguës (endoscopies, ponctions, transfusions ...) ;
- Développer l'hospitalisation de jour en médecine physique et de réadaptation, et en gériatrie ;

##### **3. Développer l'hospitalisation à domicile**

- Mettre en œuvre un plan d'actions de développement de l'HAD ;
- Mener une réflexion sur l'opportunité d'une HAD psychiatrique ;

##### **4. Encourager les modes de prise en charge extérieurs à l'institution en santé mentale**

- Finaliser la constitution de l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA) ;
- Renforcer les thérapies familiales systémiques ;
- Evaluer l'opportunité de nouvelles alternatives pour la prise en charge des adolescents ;

#### **V. Axe 5- Améliorer la performance**

##### **1. Garantir aux usagers la qualité de la prise en charge**

- Consolider la structuration de la démarche qualité : obtenir la certification V 2014 ; obtention de la certification COFRAC pour la biologie ; sécurisation du circuit du médicament ;
- Développer les actions d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Systématiser la réalisation de cartographies des risques ;
- Mettre en œuvre un plan d'action pour diminuer le risque iatrogène, en lien avec l'équipe mobile d'infectiologie ;
- Mettre en œuvre un plan d'action d'amélioration de la prise en charge de la douleur, en liaison avec les préconisations du CLUD ;

- Mettre en œuvre un plan d'action pour réduire le risque nosocomial, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (suivi renforcé des infections de sites opératoires) ;
- Contractualiser avec les pôles les objectifs d'amélioration de la pertinence des prises en charge, des prescriptions et des actes (évaluation des pratiques professionnelles) ;
- Obtenir la labellisation de pratiques en psychiatrie par la Haute autorité de santé (HAS) ;
- Développer une réflexion éthique pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ;

## **2. Améliorer les conditions hôtelières et d'accessibilité des patients et résidents actuellement pris en charge sur le site de Bonvert**

- Transférer le service de médecine physique et de réadaptation dans le bâtiment de médecine du site de Roanne ;
- Relocaliser le service de soins de suite et de réadaptation sur le site de Roanne ;
- Programmer la reconstruction ou la rénovation du site de personnes âgées de Bonvert (USLD et EHPAD) ;

## **3. Ajuster les organisations à l'évolution des prises en charge et à l'évolution technologique**

### **3.1 Redimensionner les capacités d'hospitalisation et densifier les surfaces**

- Ajustement de la capacité d'hospitalisation en médecine, en tenant compte de l'activité, des besoins des patients, et des impératifs de poursuite d'adaptation de la DMS aux standards nationaux ;
- Structuration et développement d'un hôpital de jour polyvalent : + 4 places ;
- Regroupement de l'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales en un lieu unique ;

### **3.2 Optimiser le fonctionnement du plateau technique**

- Mise en œuvre du plan d'actions d'optimisation du bloc opératoire, à partir de l'audit réalisé en 2014 ;
- Poursuite de l'évolution technologique du laboratoire de biologie : introduction de la spectrométrie de masse ;
- Internalisation de certaines analyses biologiques sous-traitées ;
- Développement et réorganisation du centre de prélèvement ;
- Robotisation de la pharmacie ;

### 3.3 Adapter les organisations aux fluctuations d'activité notamment saisonnières

- Maintien de la variabilité capacitaire de l'unité de pédiatrie ;
- Organisation de l'unité saisonnière de médecine.

## 4. Contribuer aux missions d'enseignement, recherche et innovation

### Le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (PSIRMT) est une composante du projet de prise en charge du patient et s'inscrit comme un complément au projet médical.

Il est une référence commune pour les paramédicaux en valorisant la dimension du soin et donnant du sens aux actions. Il s'inscrit dans une dimension territoriale par un partage de certaines actions avec les professionnels du territoire de santé. Le PSIRMT doit concourir au renforcement de la performance de l'établissement et participer à la réponse aux besoins des usagers. Il est encadré par plusieurs textes juridiques lui donnant toute sa légitimité, et en particulier le décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique qui prépare le projet de soins et émet un avis sur son élaboration.

Le PSIRMT définit quatre axes d'amélioration qui vont se décliner dans les projets de pôles d'activités cliniques et médico-techniques :

- Améliorer le parcours du patient ;
- Renforcer la complémentarité des professionnels afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la gestion des risques liés aux soins ;
- Promouvoir le management des compétences individuelles et collectives ;
- Développer un partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers.

Ces quatre axes stratégiques seront déclinés en objectifs, chaque objectif faisant l'objet d'une fiche action afin de visualiser les résultats à atteindre.

#### 1. AXE 1 : Décliner le parcours patient dans un souci d'amélioration de la fluidité des prises en charge et promouvoir le respect des droits des usagers.

Dans un contexte d'évolution à la fois des pathologies, des attentes des patients et de la démographie des professionnels de santé, la prise en charge des patients doit intégrer la continuité au travers d'un parcours de soins qui n'est pas seulement médico-soignant mais aussi médico-social.

Pour répondre à ce nouveau paradigme, plusieurs thèmes ont été retenus :

- **Inscrire l'organisation de la prise en charge intra hospitalière dans un parcours de soins de territoire**

L'évolution du séjour en parcours de soins nous impose d'améliorer ou de conforter nos processus et nos supports, dans le cadre des fiches-actions suivantes :

- Formaliser les principaux processus de prise en charge adaptés aux types d'admission ;

- Améliorer la tenue du dossier de soins et accompagner l'informatisation ;
- Développer la prévention et l'éducation en santé ;
- Poursuivre et coordonner la gestion de la sortie des patients avec le service médico-social.

➤ **Promouvoir la cohérence et la continuité des prises en charge adaptées aux patients**

- Coordonner les actions et les interventions des équipes transversales ;
- Collaborer avec l'ensemble des partenaires du territoire ;
- Consolider l'inscription des équipes de nuit dans une logique de continuité des soins.

➤ **Garantir à la personne soignée le respect de ses droits**

- Inscrire les professionnels de santé dans une démarche éthique ;
- Promouvoir la bientraitance ;
- Améliorer les pratiques en matière d'information et de communication avec les patients et leurs proches.

## **2. AXE 2. Renforcer la complémentarité entre les professionnels afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la gestion des risques liés aux soins**

L'organisation des soins dans le cadre d'un parcours de soins suppose une réflexion sur les interfaces, les articulations entre les différentes prestations au service de la qualité de la prise en charge. Cet axe vise à développer tous les aspects du soin pouvant accompagner la démarche qualité.

### **2.1 Développer la complémentarité entre les acteurs concourant à la prise en charge du patient**

- Prise en charge de la douleur dans une vision holistique en incitant les professionnels à développer des pratiques non médicamenteuses ;
- Prise en charge de la fin de vie dans tous les secteurs avec la collaboration de l'EMSP ;
- Développer la mise en place de l'éducation thérapeutique dans une logique de parcours et d'évaluation ;
- Impliquer les professionnels en matière d'hygiène hospitalière en particulier dans le cadre de la collaboration avec l'EOH ;
- Améliorer nos interfaces avec le service d'imagerie médicale au niveau de l'information des patients et de la préparation aux examens ;
- Collaborer avec le service de transport des patients afin d'améliorer les besoins en transport et le suivi ;
- Articuler le travail du service médico-social avec le projet de soins du patient et l'organisation du service ;
- Collaborer avec le service de restauration au niveau des prestations repas.

### **2.2 Contribuer au développement de la culture d'amélioration continue de la qualité**

- Accompagner les professionnels dans l'acquisition de la démarche qualité et gestion des risques ;
- Piloter les unités en sensibilisant les professionnels à l'utilisation des indicateurs qualité ;

- Contribuer à la gestion des fiches d'évènements indésirables relevant du champ des paramédicaux ;
- Développer la culture du retour d'expérience au sein des unités de soins.

### **2.3 Contribuer à la prévention des risques liés aux soins**

- Inscrire les professionnels dans la démarche d'amélioration du circuit du médicament en participant à sa sécurisation ;
- Optimiser la prise en charge nutritionnelle du patient ;
- Améliorer la prévention, le traitement et le suivi des chutes ;
- Améliorer la prise en charge de l'escarre constituée par le respect des protocoles ;
- Poursuivre l'amélioration du suivi de la gestion de la douleur ;
- Poursuivre la politique concertée en matière d'hygiène des locaux et de l'environnement des patients ;
- Développer la prévention des sorties à l'insu du service ;

## **3. AXE 3: Promouvoir le management des compétences individuelles et collectives**

Cet axe relève d'une volonté de la direction des soins d'accompagner les cadres dans un management plus centré sur la qualité des soins et de vie au travail. Cela suppose de tenir compte du contexte mais aussi et surtout des professionnels, dans une construction effective de cartographie des compétences, afin de valoriser les acquis et de développer le potentiel des professionnels en lien avec les besoins des patients.

### **3.1 Accompagner les professionnels afin de développer les compétences individuelles et collectives**

- Poursuivre la construction et mise en œuvre de l'accueil des nouveaux arrivants au niveau des unités de soins ;
- Développer et valoriser les compétences et l'expertise ;
- Promouvoir le travail en équipe et la qualité de vie au travail ;
- Poursuivre le projet de recherche en soins.

### **3.2 Adapter les missions et le management du cadre à l'évolution des organisations et des professionnels**

- Définir les fonctions des cadres dans le contexte de la gestion par pôles ;
- Redéfinir la notion de continuité de fonctionnement des services au travers de la permanence des cadres de santé ;
- Poursuivre le travail sur le suivi et la mise en place des indicateurs de charge en soins ;
- Inscrire le rapport d'activité annuel des cadres de santé comme outil de qualité et de management.

## **4. AXE 4 : Développer un partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers**

- Accompagner l'étudiant dans son parcours d'apprentissage et d'acquisition des compétences ;
- Poursuivre la formation des tuteurs et faciliter leurs reconnaissances ;
- Développer la collaboration et la coordination de nos actions avec l'institut de formation en soins infirmiers et instaurer une collaboration avec les autres instituts de formation.

## CONCLUSION

Ce travail s'inscrit dans la continuité du précédent projet tout en intégrant de nouvelles dimensions en particulier socio-économiques. Il a été présenté dans sa forme synthétique à l'ensemble de la communauté paramédicale et participe au déploiement du projet médical et d'établissement. Il se veut constructif d'une collaboration active avec le projet social et la politique qualité et gestion des risques du centre hospitalier.

Il ne peut être dissocié d'une politique de formation active déjà présente comme le prouvent les plans de formation pluriannuelle. En effet, chaque objectif peut faire l'objet d'une formation permettant soit la mise en œuvre du projet soit l'accompagnement. Cette politique sera déclinée tout au long de la réalisation du PSIRMT.

Ce projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ancre sa dynamique dans une dimension réaliste centrée sur le patient, un souci d'articulation avec la demande des usagers, il est ouvert sur le territoire de santé.

## LE PROJET MÉDICO-SOCIAL

Le centre hospitalier de Roanne dispose de trois structures médico-sociales :

- EHPAD AURELIA : 80 lits et son ACCUEIL DE JOUR PHILEMON ET BAUCIS : 8 places
- UHPAD BONVERT : 59 lits
- SSIAD : 65 places

Les structures médico-sociales jouent un rôle important dans le maillage et dans la qualité de prise en charge de la population du Roannais. A domicile ou en EHPAD, l'objectif des professionnels des structures est d'accompagner les personnes au mieux dans leur espace de vie, pour les résidents des EHPAD ou les usagers du SSIAD. Ainsi, les agents des structures, portés par la valeur de bienveillance se mobilisent pour leur apporter au quotidien une aide dans tous les actes de la vie.

Ancrées sur leur territoire, les structures médico-sociales sont pleinement inscrites dans le territoire, tout d'abord à travers les liens tissés autour de la prise en charge des patients mais aussi par leur participation active au GCS du Roannais et à la filière gériatrique.

Dotées d'une politique d'admission adaptée, les structures médico-sociales du CH de Roanne s'inscrivent pleinement dans la dynamique du centre hospitalier. Elles participent à l'amélioration de la fluidité du parcours patient et répondent aux besoins des patients hospitalisés à travers sa politique d'admission.

Les besoins en soins augmentent, les structures médico-sociales voient le niveau de dépendance ainsi que les besoins de soins des usagers augmenter. La proximité avec le centre hospitalier permet d'assumer cette médicalisation grâce à la présence de gériatres qui assurent des fonctions de médecins coordonnateurs.

Le volet médico-social du projet d'établissement s'appuie sur les axes du projet de prise en charge et sur les conclusions de l'évaluation externe réalisée en 2014. Ainsi le volet médico-social du projet d'établissement s'articule autour de 5 axes :

### **I. Le projet de vie**

Le recours à une structure médico-sociale signe un état de fragilité certain de la personne âgée. Cette fragilité nécessite d'être prise en compte tout au long de la prise en charge. L'institution doit donc offrir la garantie du respect de la totalité des droits des personnes

âgées. Les agents du centre hospitalier de Roanne mettent les personnes âgées au centre de la prise en charge pour leur permettre de rester acteurs de leur vie.

Ainsi le projet de vie personnalisé constitue le fil rouge de la prise en charge. Celui-ci commence à se construire avant l'entrée et se poursuit jusqu'à la fin de la prise en charge.

## 1. Des droits garantis

Pour offrir une bonne qualité de prise en charge, les droits individuels et collectifs doivent être connus de l'ensemble des acteurs et garantis aux personnes âgées.

- **Les droits individuels et collectifs de la personne accueillie renforcés :** Maintenir la politique d'affichage des droits des résidents et veiller à la bonne délivrance de l'ensemble des documents permettant une bonne compréhension du fonctionnement du lieu de vie ;
- **Améliorer le respect de la liberté des résidents :** Il convient de garantir l'accès à la citoyenneté dans tous les actes de la vie et d'assurer la liberté d'aller et venir et la concilier avec l'accès à la sécurité des personnes désorientées ;
- **Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance :** Garantir une prise en charge de qualité est une priorité. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance est un des axes prioritaire pour assurer une bonne qualité de prise en charge. Cet axe donne lieu à plusieurs types d'actions : sensibilisation sur les modes d'interpellation des résidents, affichage des coordonnées de ALMA, suivi des situations de maltraitance si il y en a ;
- **Affirmer le droit à la sûreté :** Parfaire le droit à la sûreté pour les personnes âgées à travers la conduite d'actions : pouvoir garantir le maintien d'affaires personnelles par la détention de tiroirs fermant à clef, être détenteur de sa clef de chambre ; mais aussi garantir la protection des personnes en maintenant un système de surveillance d'accès à l'EHPAD ainsi que des rondes de nuit organisées ;

## 2. Améliorer la citoyenneté des résidents

L'exercice des droits et libertés est garanti à toute personne prise en charge : citoyenneté (vote – Lien avec sa famille et ses proches- Respect de sa dignité, le libre choix des prestations), une prise en charge et un accompagnement individualisés (contrat de séjour – projet personnalisé – livret d'accueil adapté), recherche du consentement ou à défaut recherche du consentement de son représentant légal, le droit à la confidentialité des informations, accès aux informations le concernant, une information sur ses droits fondamentaux et sur les voies de recours existantes (Référént affichage), participation directe ou par la voie de son représentant au projet d'accueil qui le concerne (recueil des éléments de vie).

- **Accompagner l'entrée en maison de retraite :**
  - Améliorer la procédure d'admission : Les résidents admis en EHPAD du CH de Roanne sont en très grande majorité issus du secteur MCO ou du SSR du CH de Roanne. La procédure d'admission doit intégrer cette spécificité. Elle comprend la mise en place de la commission d'admission commune aux deux EHPAD ;
  - L'entrée : Continuer à personnaliser l'entrée en EHPAD avec la mise en place d'un référent ;



- **Répondre aux besoins d'hébergement temporaire :** Les EHPAD du CH ne disposent pas à ce jour de places d'hébergement temporaire alors qu'il y a un véritable besoin. Le CH est fortement sollicité pour des patients en attente de place en EHPAD et pour lesquels aucune solution n'est envisageable. L'hébergement temporaire constituerait une opportunité certaine pour les personnes âgées dans le cadre d'un séjour de répit ou en suite d'hospitalisation pour une attente d'EHPAD ;
- **Personnalisation du projet de vie :** Améliorer la personnalisation du projet de vie par le recueil des éléments de vie, la bonne intégration de la famille à la prise en charge et l'élaboration du projet de vie avec la personne âgée en équipe pluridisciplinaire.

### **3. Optimiser l'aide à la toilette et l'habillement**

Les soins paramédicaux constituent une part importante de la prise en charge. Le travail déjà engagé sera poursuivi avec le recueil des habitudes de vie, la réalisation des toilettes évaluatives, l'accès à l'hygiène bucco-dentaire et la personnalisation des soins paramédicaux. Le projet architectural permettra d'envisager l'équipement en sanitaires dans toutes les chambres.

### **4. L'animation au cœur de la prise en charge**

Maintenir l'accès aux animations collectives et personnalisées par la mise en place d'un projet d'animation.

## **II. Le projet de soins**

Le projet de soins est conduit par le médecin coordonnateur de la structure médico-sociale de référence. Le personnel paramédical y participe activement. Les résidents en EHPAD disposent du libre choix du médecin traitant.

### **1. Une prise en charge médicale coordonnée et adaptée à la population accueillie**

- **Population prise en charge :** Les personnes admises dans les structures médico-sociales du CH de Roanne viennent principalement du centre hospitalier. Ceci explique le fort niveau de dépendance des personnes âgées. Les personnes sont orientées et intègrent les EHPAD suite à un problème de santé important, nécessitant une hospitalisation ;
- **Renforcer la place du médecin coordonnateur :** Le projet médical rédigé par le médecin coordonnateur rappellera les missions du médecin coordonnateur. Le projet sera déployé en conséquence dans le respect de ces axes. Le temps de médecin coordonnateur devra être augmenté à l'occasion du renouvellement de la prochaine convention tripartite ;
- **Permanence des soins :** Garantir la permanence des soins aux résidents est un point fort des EHPAD du CH de Roanne. La proximité avec le CH de Roanne permet d'assurer cette permanence des soins ;
- **Le consentement aux soins :** Rechercher de consentement aux soins de façon systématique et assurer la possibilité de désigner une personne de confiance.
- **Le circuit du médicament :** Améliorer le circuit du médicament et rechercher la diminution de la consommation de médicaments.

### 3. La spécificité des besoins en soins

Le projet de soins vise à améliorer les différents aspects essentiels de la prise en charge de la personne âgée :

- La nutrition ;
- L'hydratation ;
- L'incontinence et l'hygiène de l'élimination ;
- La contention ;
- Les chutes ;
- La prévention et la prise en charge des escarres ;
- La prise en charge de la douleur.

### 4. Les prises en charge spécifiques

La population accueillie nécessite une prise en charge adaptée aux pathologies telles que les maladies neuro-dégénératives.

- **Les troubles psychologiques et psychiatriques** : Améliorer la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques par la recherche des troubles de l'humeur à l'entrée, le passage des MMS, la surveillance des évaluations des troubles du comportement et la recherche systématique des troubles dans le cadre de la visite de pré-admission ;
- **La prise en charge des personnes désorientées** : Favoriser la prise en charge des personnes désorientées en réalisant l'évaluation de la maladie lors du premier mois d'entrée et en proposant des animations permettant d'exercer la mémoire. Les conditions d'entrée et de sorties du service doivent être discutées avec les familles ;
- **La fin de vie** : Proposer un accompagnement de fin de vie de qualité en informant sur les directives anticipées et sur la personne de confiance (IDE ou médecin) et en améliorant la prise en charge globale sur ce temps.

## III. Le projet hôtelier

### 1. Améliorer l'offre de restauration

Il convient d'adapter l'offre de restauration aux besoins des résidents par la construction de propositions adaptées comme le « manger-main ». La durée du jeûne nocturne doit être ramenée à 12h maximum.

### 2. Etendre le traitement du linge des résidents

La qualité du traitement du linge des résidents est certaine pour la résidence AURELIA. Il s'agit d'étudier la possibilité de traiter de la même façon le linge des résidents de l'UHPAD Bonvert.

### 3. Un bâtiment adapté aux enjeux de demain

- Un bâtiment éco-responsable (basse consommation sous réserve d'une absence d'augmentation des frais de maintenance / isolation phonique et thermique...) ;

- Une ergonomie du bâtiment adaptée aux besoins des agents (objectifs : réduction des TMS et de l'absentéisme, limitation des déplacements et des manutentions de personnes âgées...) ;
- Un bâtiment intégrant les besoins futurs des personnes âgées dépendantes (durée de vie d'un bâtiment estimée à 30 ans qui servira à la génération des baby-boomers), et intégrant les évolutions suivantes :
  - Augmentation de la dépendance (installation de rails / Salles kiné / projet de coordination des soins / intégrer les contraintes d'accessibilité) ;
  - Augmentation des maladies chroniques ;
  - Augmentation des maladies neuro-dégénératives (unités sécurisées / unités Alzheimer / Prise en soins non médicamenteuse / construction de PASA / lieu de déambulation / sécurisation de la prise en charge / Accès RDC) ;
  - Intégration de la domotique pour améliorer la prise en charge et prévenant l'aggravation de la dépendance (Chemins lumineux / mécanisation de certaines tâches...) ;
  - Diminution de la Durées moyennes de séjours (Entrées tardives/accompagnement fin de vie...) ;
  - Evolution des séjours en EHPAD (Développement de l'hébergement temporaire, des séjours de répit, accompagnement des soignants, avoir des espaces modulables) ;
  - Conciliation de l'espace de vie et espace de soins ;
    - Espace de soins ouvert sur la ville ;
    - Espaces de vie commune (place du village / libre accès au culte) ;
    - Espace d'accès à l'extérieur ;
  - Un projet d'établissement axé sur le projet de vie (restauration / activités quotidiennes / animation) ;
  - Accueil des personnes handicapées vieillissantes, répondre aux besoins des habitants du territoire ;
- Un projet architectural mobilisant les équipes de soins (développer des organisations soignantes performantes).



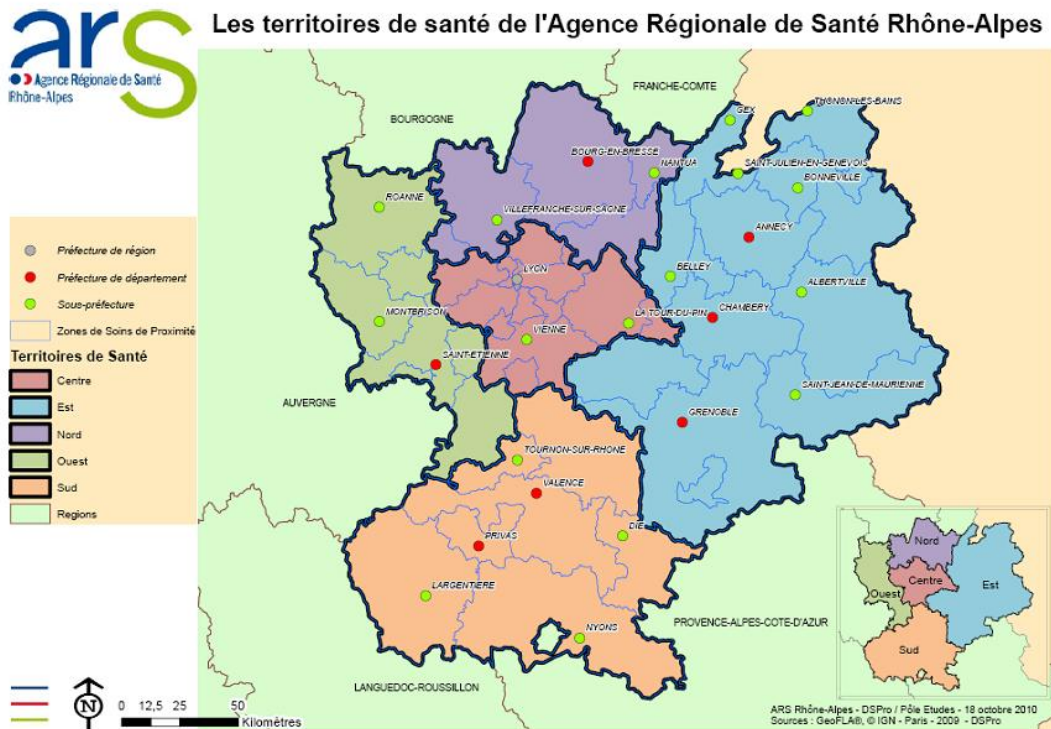
# INTRODUCTION

## I. Le contexte du projet 2015-2020 de prise en charge du patient au centre hospitalier de Roanne

### 1. Un territoire de santé en déclin démographique

La région Rhône-Alpes compte cinq territoires de santé. Le CH de Roanne est situé au nord du territoire N°4 appelé territoire ouest.

Schéma 1 : Territoires de santé en Rhône-Alpes



Source : ARS Rhône-Alpes

Le territoire ouest est composé de deux bassins hospitaliers, celui de Saint-Etienne et celui de Roanne. Le bassin hospitalier de Roanne correspond également à la zone de soins de proximité du même nom. Le bassin hospitalier de Saint-Etienne regroupe les zones de soins de proximité de Saint-Etienne, Saint-Chamond, Montbrison, Feurs, Firminy et Annonay.

Le CH de Roanne dessert un bassin de population de 176 268 habitants<sup>1</sup>, qui correspond au nord du département de la Loire (155 208 habitants) et à quelques communes de l'est du Rhône (21 060). Il est à noter que ce bassin s'étend également aux communes de l'extrême sud du département de la Saône-et-Loire, mais appartenant à la région Bourgogne.

Entre 1999 et 2007, le territoire ouest a connu le plus faible accroissement annuel moyen de la population (0,2 %). Il connaîtra la plus faible évolution démographique de la région, à horizon 2015 ou 2020. L'évolution prévue est même négative pour la part des 20/59 ans.

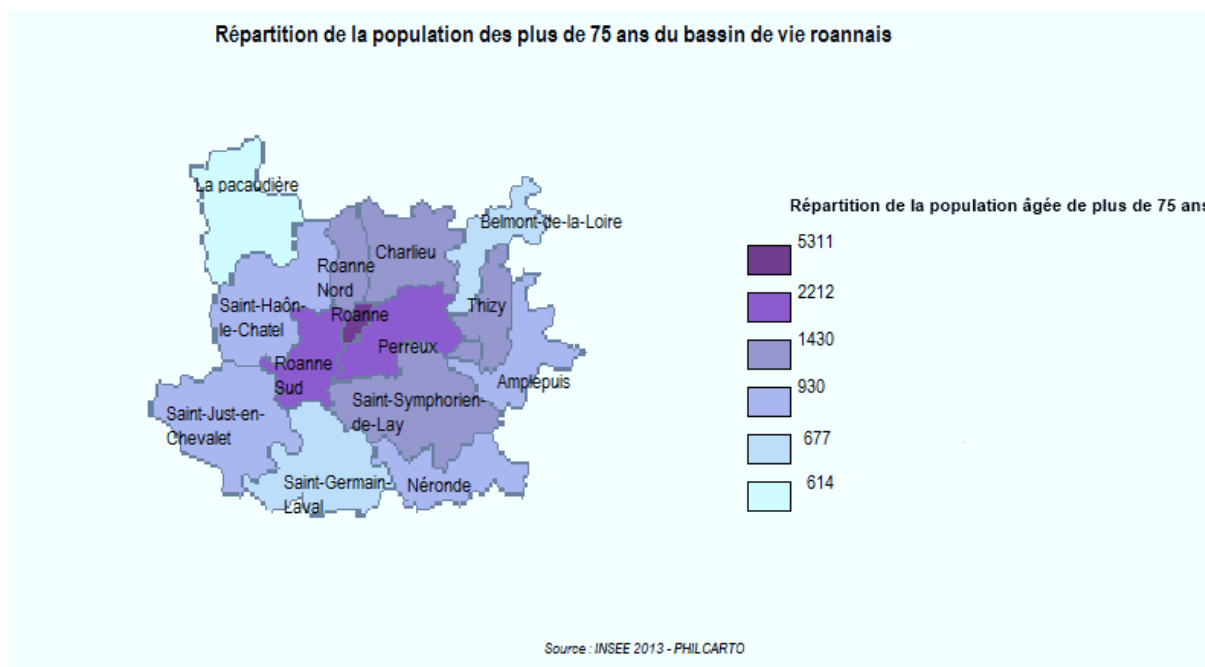
Après trente ans de baisse, le Roannais regagne des habitants. La population de l'aire urbaine de Roanne, contrairement à celle de Saint-Étienne, augmente entre 2006 et 2011, passant de 105 100 à 107 500 habitants. Comme ailleurs, la couronne roannaise progresse plus fortement que le pôle urbain. La population de la commune de Roanne, qui a diminué

<sup>1</sup> Population officielle au 1<sup>er</sup> janvier 2013

d'un quart entre 1982 et 2006, se stabilise (36 100 habitants) : le déficit migratoire s'atténue grandement. Au sein de l'agglomération roannaise, Villerest et Riorges connaissent un accroissement démographique très fort (+ 1,2 % et + 1,0 % en moyenne annuelle). Dans la seconde couronne, le territoire de Belmont-de-la-Loire progresse particulièrement, sous l'effet des migrations et de sa proximité avec le département du Rhône. Les espaces ruraux autour de la Pacaudière et Saint-Just-en-Chevalet maintiennent leur population.

L'indice de vieillissement<sup>2</sup> (76,2) du territoire est nettement supérieur à ceux de la région (58,4) et de la France (65,9). La moitié de personnes de plus de 75 ans vivent seules, ce qui rend plus complexe leur retour au domicile, en cas d'hospitalisation.

La population des plus de 75 ans représente environ 13 %<sup>3</sup> de la population du territoire de la filière gérontologique de Roanne en 2013<sup>4</sup>. La concentration des personnes âgées de plus de 75 ans du bassin roannais se situent sur Roanne et son agglomération, à savoir Roanne Nord et Roanne Sud. Les cantons Charlieu, Thizy et Saint-Symphorien-de-Lay comprennent environ 2 300 personnes âgées de plus de 75 ans chacun. Enfin la densité des plus de 75 ans est orientée vers l'ouest du bassin roannais, là où il y a le moins d'offre de soins.



La même étude dénombre sur Roanne et son agglomération environ 3 266 personnes vivants seules contre 1 784 personnes vivant en couple<sup>5</sup>. Ces personnes âgées vivant seules à domicile ont plus de risque d'isolement et de perte d'autonomie au long terme qui posent très souvent des problèmes de retour à domicile après hospitalisation.

En septembre 2013, l'INSEE de Rhône-Alpes a réalisé des projections démographiques à 2040 pour l'ensemble des contrats locaux de développement durable de Rhône-Alpes (CDDRA). Le Roannais apparaît comme celui qui aura la croissance moins forte, un solde naturel négatif, un solde migratoire prédominant, une très faible part de jeunes en 2040 relativement aux autres territoires et un très fort vieillissement. Le Roannais est l'un des deux bassins dont les prévisions démographiques sont les plus péjoratives. Le contraste est saisissant au regard des bassins proches du Beaujolais et de l'Ouest Lyonnais-Monts du Lyonnais dont toutes les évolutions sont favorables.

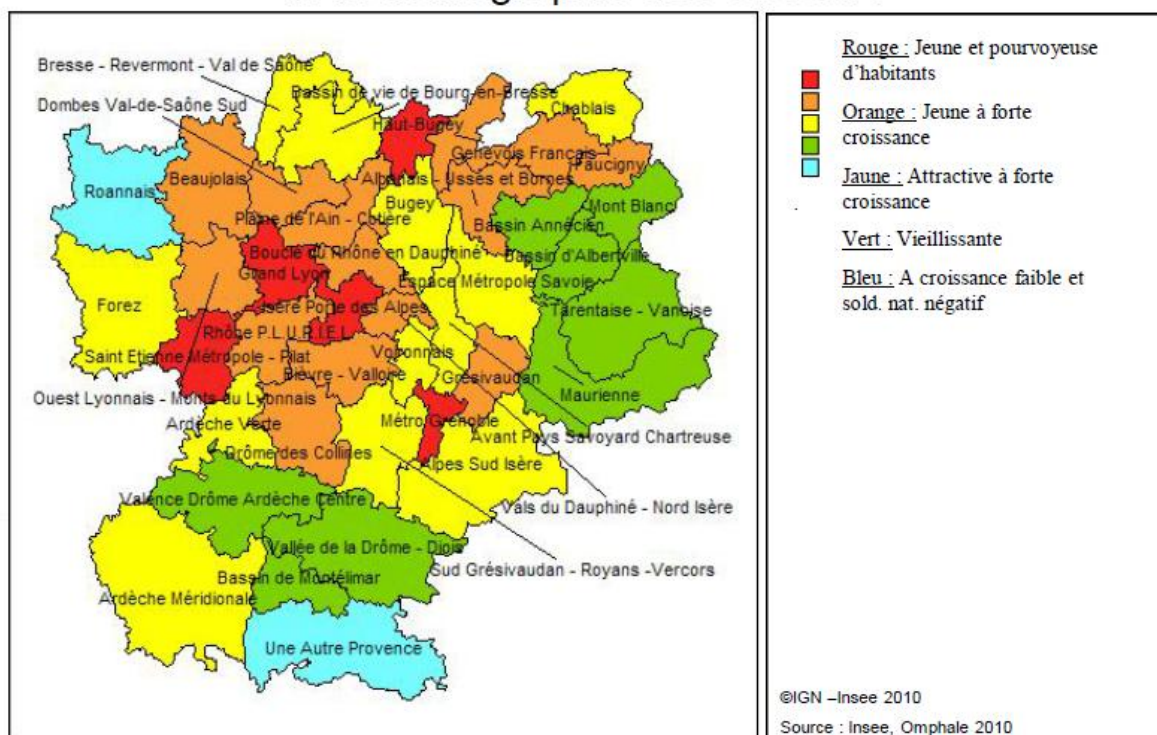
<sup>2</sup> Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

<sup>3</sup> Données INSEE 2013

<sup>4</sup> Lina GUERS : *Parcours de sante de la personne âgée, Diagnostic local de santé du bassin roannais*

<sup>5</sup> Données INSEE 2013

## Evolution 2007-2040 et situation en 2040 de la démographie des CDDRA



Les indices de précarité du territoire ouest sont non seulement les plus défavorables de la région, mais pour certains sont même en dessous de la moyenne nationale (revenu moyen par foyer fiscal, part de foyers fiscaux non imposables, part de bénéficiaires de la CMUC, bénéficiaires du RSA, non diplômés, part des ouvriers, famille monoparentale...).

Les indicateurs de santé sont contrastés, plutôt bons dans le domaine de la périnatalité/petite enfance, plutôt mauvais dans le domaine de la santé mentale, des pathologies diabétiques et cardio-vasculaires.

Dans la région, la zone de soin de proximité de Roanne a la mortalité la plus élevée par cancer, cancer du sein, suicide et alcoolisation chronique<sup>6</sup> (données 2000 – 2005).

Le CDDRA du Pays Roannais a réalisé un diagnostic en 2013 sur les données 2010. Il se distingue par une importante proportion de patients sous traitement antiasthmatique, antidépresseur, psychotrope et anti-Alzheimer.

<sup>6</sup> Thèse de Benoît Otton 2010 : étude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé. La Médecine Générale dans le Roannais: État des Lieux et Perspectives

## 2. Une offre sanitaire et médico-sociale diversifiée

### 2.1 La médecine de ville : une faible densité de spécialistes

Selon les données 2013 de C@rtoSanté de Rhône-Alpes, le nombre de généralistes est de 151 sur la zone de soins de proximité dont 77 ont plus de 55 ans. Il est à noter une très forte disparité entre les cantons comme le démontre le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Les médecins généralistes sur le bassin roannais en 2011

Cantons	Population	population plus 65 ans	Médecins généralistes	Médecins Généralistes plus de 55 ans	Densité pour 100 000 habitants
La Pacaudière	8 724	24 %	8	4	92
St Haon-le-Châtel	12 947	19 %	10	7	77
Roanne Nord	9 784	23 %	7	4	72
Roanne Sud	23 270	21 %	13	6	56
Roanne	36 147	24 %	50	28	138
Charlieu	15 664	20 %	16	6	102
Belmont de la Loire	5 620	21 %	1	1	18
St Just en Chevalet	4 677	27 %	3	3	64
Perreux	16 617	24 %	13	4	78
St Germain Laval	5 961	21 %	4	2	67
Néronde	8 732	20 %	5	2	57
Amplepuis	8 684	21 %	5	3	56
Thizy	11 856	24 %	7	6	59
St Symphorien de Lay	13 489	19 %	9	1	67
<b>TOTAL</b>	<b>182 172</b>	<b>22 %</b>	<b>151</b>	<b>77</b>	<b>83</b>

Source : C@rtoSanté Rhône-Alpes

Ces statistiques sont possiblement surévaluées, car ces données, issues de l'assurance maladie, comptabilisent probablement les médecins à exercice particulier et les médecins généralistes exerçant en établissements de santé avec une activité libérale comme les médecins urgentistes de clinique. Le nombre de médecins généralistes actifs avoisine plus certainement le nombre de 140.

Les densités de médecins généralistes sont respectivement de 103 pour 100 000 habitants dans la Loire, 105 en Rhône-Alpes et 106 en France métropolitaine<sup>7</sup>.

Le CDDRA du pays Roannais<sup>8</sup> compte 88 médecins généralistes et 42 chirurgiens pour 100 000 habitants. La densité de chirurgiens dentistes est sensiblement inférieure à celle observée en Rhône-Alpes (58 pour 100 000 habitants).

Les taux de recours aux médecins généralistes et aux dentistes sont légèrement supérieurs à ceux observés en région.

Concernant les médecins spécialistes libéraux, la Loire a une densité 78 pour 100 000 habitants pour 94 en Rhône-Alpes et en France métropolitaine<sup>9</sup>. Toutefois, la grande majorité de ces spécialistes exercent à Saint-Etienne. A titre d'exemple, il n'y a pas de psychiatres ; un seul neurologue, un seul pneumologue, sept cardiologues exercent à Roanne.

<sup>7</sup> Statiss 2013

<sup>8</sup> Diagnostic réalisé en 2013 sur la base des données 2010

<sup>9</sup> Drees 2013



Tableau 2 : Autres professionnels de santé libéraux

	Nombre 2013	Densité bassin Pour 100 000H	Densité Loire 2011	Densité Rhône Alpes 2011	Densité France 2011
Kinésithérapeutes	123	12 3	79	95	82
Infirmiers	209	115	130	106	106
Chirurgiens dentistes	69	38	46	57	57
Pharmaciens			50	48	50

Source : C@artoSanté et www.ecosante.fr

Le territoire est également caractérisé par l'existence de modalités novatrices d'exercice de la médecine de ville, avec l'implantation :

- D'un pôle de santé à Saint-Symphorien-de-Lay ;
- D'une maison de santé pluridisciplinaire à Régnny.

## 2.2 Les établissements de santé

Les établissements de santé sur le nord du territoire ouest sont les suivants :

- Le centre hospitalier de Roanne : MCO, SSR, PSY, USLD, EHPAD, HAD, SSIAD ;
- La clinique du Renaison : MC et urgences ;
- La clinique des Monts du Forez à Commelle-Vernay : PSY ;
- L'ex hôpital local de Saint Just la Pendue : SSR, EHPAD ;
- L'ex hôpital local de Charlieu : SSR, EHPAD, SSIAD ;
- L'ex hôpital local d'Amplepuis : SSR, EHPAD ;
- L'hôpital intercommunal de Thizy, Bourg de Thizy et Cours la Ville : M, SSR, USLD, EHPAD, SSIAD.

Tableau 3 : Lits et places des établissements du bassin hospitalier roannais

Lits/Places	M	C	O	PSY	SSR	USLD	EHPAD	HAD
CH Roanne	257/14	85/15	52/4	52/56	106/2	149	80	xx
Clinique du Renaison	22	135/19						
Clinique des Monts du Forez				67				
CH St Just la pendue					12		82	
CH Charlieu					35		85	
CH Amplepuis					30		109	
HLI Thizy	10				47	30	281	

Source : SAE 2012

## 2.3 L'offre médico-sociale

Outre les places en EHPAD dans établissements de santé, il existe :

- Dans la ville de Roanne:
  - EHPAD Korian *Villa d'Albon*: 80 lits d'hébergement permanent et 8 lits d'hébergement temporaire
  - EHPAD *Notre Maison* : 60 lits
  - EHPAD *Le Rivage* : 80 lits
  - EHPAD *Ma Maison* : 66 lits
  - EHPAD du Clair-Mont : 60 lits

- Dans le canton Roanne Sud (hors Roanne):
  - EHPAD *Résidence Quiétude* à Riorges: 78 lits
  - EHPAD *Saint Sulpice* à Villerest: 70 lits
- Dans le canton Roanne Nord (hors Roanne):
  - EHPAD *Joie de vivre* à Briennon: 62 places
- Dans le canton de Charlieu:
  - EHPAD *Les Mignonettes* à Saint-Nizier-sous-Charlieu: 84 lits
- Dans le canton de Saint-Haon-le-Châtel:
  - EHPAD *Les Gens d'Ici* à Saint Alban Les Eaux : 44 places
  - EHPAD *Les Morelles* à Renaison: 60 lits
- Dans le canton de Perreux:
  - EHPAD *Les Hirondelles* à Coutouvre: 54 lits
  - EHPAD *Les Floralties* à Montagny: 50 lits
  - EHPAD du Parc au Coteau: 80 lits
  - EHPAD *La Providence* au Coteau: 180 lits

Le bassin de vie bénéficie d'un équipement en lits d'EHPAD globalement moyen (107‰) mais très diversement réparti, entre les deux cantons de Roanne nord et Roanne sud (ville de Roanne comprise) qui ont un taux d'équipement de 87‰, et le canton de Perreux dont le taux d'équipement s'élève à 212‰. Ces chiffres sont à rapprocher de la moyenne nationale (101‰).

En revanche, si l'on rapproche le nombre de places pour personnes atteintes de troubles de l'orientation du nombre de personnes atteintes réellement de ces troubles, on se rend compte de l'existence d'un sous équipement, un récent rapport de l'ORS Champagne Ardenne évaluant le besoin d'institutionnalisation à 40% du nombre total de personnes souffrant de ces troubles.

Concernant l'offre en SSIAD, le CH de Roanne dispose de 65 places et celui du Coteau de 34 places soit un taux de 12 pour mille personnes de plus de 75 ans sur les communes concernées (Roanne, Mably, Riorges, Villerest et Le Coteau). Le taux de la Loire et de la région est de 17,3, le taux national est de 19,7.

## 2.4 La médecine pénitentiaire

Un centre de détention de près de 600 places théoriques est implanté sur le territoire de Roanne.

Le CH de Roanne dispose d'une unité sanitaire de niveau 1 au sein de cet établissement. Outre les soins relevant des missions habituelles de ce type d'unité, le CH de Roanne s'assure de la continuité des soins à la sortie des personnes qui le nécessitent en liaison avec les structures sanitaires et médico-sociales et le service pénitentiaire d'insertion et de probation territorialement compétent.

## 3. Des évolutions de parts de marchés contrastées

La zone d'attractivité<sup>10</sup> est estimée par la BDHF<sup>11</sup> à 149 392 habitants en 2013 avec un recul d'environ 1 400 habitants par rapport à 2012.

<sup>10</sup> Définition de la zone d'attractivité de l'établissement :

La méthodologie de détermination de la zone d'attractivité est la suivante : on classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants) de l'établissement concerné. On sélectionne les zones qui ont les plus forts taux de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80 % du recrutement total de l'établissement. Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances.

Tableau 4 : Zone d'attractivité du CH de Roanne

	Commune	Nb d'hospit au CH de Roanne	Population	Taux hospit /1000 hab.	PdM 2013	PdM 2012
	ROANNE	7 835	48 791	161	55,9 %	57,5 %
	LA PACAUDIERE	446	2 937	152	54,9 %	57,4 %
	REGNY	502	3 307	152	53,3 %	52,2 %
	LE COTEAU	2 006	13 912	144	53,1 %	48,8 %
	CORDELLE	234	1 696	138	55,1 %	52,5 %
	ST DENIS DE CABANNE	293	2 178	135	58,5 %	54,5 %
	POUILLY SOUS CHARLIEU	863	6 669	129	49,9 %	50,6 %
	ST MARTIN D ESTREAUX	164	1 273	129	48,2 %	54,0 %
	CHARLIEU	978	7 712	127	52,0 %	53,1 %
	CUINZIER	656	5 284	124	49,5 %	49,3 %
	RIORGES	1 301	10 697	122	46,1 %	48,3 %
	ST SYMPHORIEN DE LAY	437	3 601	121	49,6 %	50,6 %
	BELMONT DE LA LOIRE	298	2 546	117	43,1 %	43,8 %
nouveau en 2013	ST JUST EN CHEVALET	441	3 771	117	43,8 %	40,1 %
nouveau en 2013	ST JUST LA PENDUE	392	3 355	117	45,6 %	43,0 %
	THIZY	862	7 544	114	43,4 %	48,8 %
	IGUERANDE	404	3 539	114	45,8 %	51,4 %
	AMBIERLE	207	1 816	114	42,3 %	42,3 %
	COURS LA VILLE	513	4 551	113	42,8 %	44,7 %
	RENAISON	824	7 547	109	42,9 %	47,1 %
	CHAUFFAILLES	727	6 666	109	39,9 %	40,0 %
disparue en 2013	<i>NEULISE</i>	<i>326</i>	<i>3 005</i>	<i>108</i>	<i>45,8 %</i>	<i>45,8 %</i>
disparue en 2013	<i>MONTAGNY</i>	<i>158</i>	<i>1 539</i>	<i>103</i>	<i>41,9 %</i>	<i>54,5 %</i>
disparue en 2013	<i>ST GERMAIN LESPINASSE</i>	<i>399</i>	<i>3 992</i>	<i>100</i>	<i>43,5 %</i>	<i>48,2 %</i>

Source : BDHF et PMSI 2013

Certaines spécialités rayonnent au-delà des limites du territoire et même pour certaines au-delà de celles de la région, notamment au sud de la Bourgogne.

Les deux établissements roannais ne laissent fuir que 25 % des séjours de leur zone d'attractivité. Le CH de Roanne réalise 50 % des parts de marché sur sa zone d'attractivité et la clinique du Rensaison fait moitié moins. Les offreurs suivants sont le CHU de Saint-Etienne et les HCL à chacun environ 5 %.

Le diagnostic du CDDRA va dans le même sens puisqu'il démontre que trois hospitalisations sur quatre ont lieu au sein du territoire. Parmi les 41 144 séjours hospitaliers des habitants du Pays Roannais en 2010, 75% ont eu lieu sur le territoire. Les territoires les plus attractifs sont Saint-Etienne Métropole et le Grand-Lyon avec chacun 8% du total des séjours puis le Forez avec 4%. A noter que 3% des séjours s'effectuent hors de la région.

Les établissements les plus attractifs pour les habitants de ce territoire sont le centre hospitalier de Roanne, qui accueille 49% des séjours, la clinique du Rensaison (26%), le CHU de Saint-Etienne (6%) et les Hospices Civils de Lyon (4%).

La zone ainsi déterminée représente la zone d'attractivité de l'établissement et c'est sur cette zone que seront calculées les parts de marché.

<sup>11</sup> Banque de données hospitalière de France

Le Pays Roannais a accueilli 4 284 séjours d'habitants des autres CDDRA de Rhône-Alpes en 2010. 3 515 de ces séjours, soit 82% des « attractions hospitalières » sont originaires du Beaujolais, 9% du Forez et 3% du Grand-Lyon.

Tableau 5 : Parts de marché

TOTAL ACTIVITE	Part du privé lucratif : 32.6 %						
	Etablissement	Type EJ	Nb séj. (issus de la zone)	PdM 2013	PdM 2012	PMCT relatif	PdM séances 2013
CH DE ROANNE	CH	20 383	50,6 %	51,5 %	98	88 %	25 373
CLIN. DU RENAISON	Privé	10 490	26,0 %	25,6 %	84	1 %	13 980
CHU SAINT ETIENNE	CHR	2 146	5,3 %	5,3 %	127	1 %	74 443
HOSPICES CIVILS DE LYON	CHR	2 037	5,1 %	5,1 %	132	4 %	241 884
CH DE PARAY	CH	363	0,9 %	0,8 %	86	0 %	15 635
CLIN. DU TONKIN VILLEURBANNE	Privé	304	0,8 %	0,6 %	206	0 %	25 024
POLYCL PERGOLA - VICHY	Privé	303	0,8 %	0,7 %	66	0 %	8 261
CENTRE LEON BERARD	CLCC	284	0,7 %	0,0 %	139	2 %	15 948
HOPITAL PRIVE JEAN MERMOZ	Privé	283	0,7 %	0,8 %	119	0 %	33 827
CTRE HOSPITALISATION PRIVE DE LA LOIRE	Privé	280	0,7 %	0,5 %	133	0 %	31 863
<i>Autres publics et parapublics</i>		1 949	4,8 %	5,3 %		2 %	
<i>Autres privés lucratif-</i>		1 480	3,7 %	3,8 %		2 %	
TOTAL		40 302			100		

(\*) quelle que soit l'origine géo. du patient

Source : BDHF et PMSI 2013

En médecine, les parts de marché du CH de Roanne sont de 56 %, loin devant la clinique du Renaison (20,7 %), et presque 10 fois plus que celles des HCL et le CHU de PMCT. Le poids moyen du cas traité est supérieur au CH de Roanne au regard de celui des 2 CHU et est le double de celui de la clinique. Concernant les séances, le CH de Roanne réalise 88 % de parts de marché.

<b>Chirurgie</b>		Tableau 6 : Parts de marché en médecine <i>Part du privé lucratif : 50.4 %</i>				
<b>Etablissement</b>	<b>Type EJ</b>	<b>Nb séj. (issus de la zone)</b>	<b>PdM 2013</b>	<b>PdM 2012</b>	<b>PMCT relatif</b>	<b>Activité totale du CH de Roanne (*)</b>
CLIN. DU RENAISON ROANNE	Privé	5 829	37,7 %	38,1 %	86	7 804
CH DE ROANNE	CH	5 525	35,8 %	35,4 %	88	6 932
CHU SAINT ETIENNE	CHR	699	4,5 %	4,4 %	192	19 125
HOSPICES CIVILS DE LYON	CHR	614	4,0 %	4,7 %	189	61 601
POLYCL PERGOLA - VICHY	Privé	284	1,8 %	1,8 %	53	5 788
CTRE HOSPITALISATION PRIVE DE LA LOIRE	Privé	241	1,6 %	0,9 %	113	16 475
HOPITAL PRIVE JEAN MERMOZ	Privé	196	1,3 %	1,4 %	106	19 694
CL MUTUALISTE ST ETIENNE	PNL	158	1,0 %	1,2 %	113	9 123
CLINIQUE DU PARC LYON	Privé	152	1,0 %	1,2 %	78	15 499
CLIN. DU PARC ST PRIEST EN JAREZ	Privé	141	0,9 %	1,0 %	119	11 387
<i>Autres publics et parapublics</i>		666	4,3 %	3,9 %		
<i>Autres privés lucratif-</i>		945	6,1 %	6,2 %		
<b>TOTAL</b>		<b>15 450</b>			<b>100</b>	

(\*) quelle que soit l'origine géo. du patient

<b>Médecine</b>		<i>Part du privé lucratif : 23.6 %</i>					
<b>Etablissement</b>	<b>Type EJ</b>	<b>Nb séj. (issus de la zone)</b>	<b>PdM 2013</b>	<b>PdM 2012</b>	<b>PMCT relatif</b>	<b>PdM séances 2013</b>	<b>Activité totale de l'établ. (*)</b>
CH DE ROANNE	CH	12 651	56,4 %	57,8 %	113	88 %	15 569
CLIN. DU RENAISON	Privé	4 647	20,7 %	20,2 %	62	1 %	6 149
HOSPICES CIVILS DE LYON	CHR	1 404	6,3 %	5,9 %	101	4 %	160 789
CHU SAINT ETIENNE	CHR	1 403	6,3 %	6,3 %	84	1 %	50 535
CH DE PARAY	CH	251	1,1 %	0,9 %	94	0 %	10 592
HL INTERCOMM THIZY COURS LA VILLE	HL	180	0,8 %	0,9 %	176	0 %	198
CENTRE LEON BERARD	CLCC	176	0,8 %	0,0 %	121	2 %	12 232
CLIN. DU TONKIN VILLEURBANNE	Privé	165	0,7 %	0,5 %	119	0 %	10 695
CH DU FOREZ	CH	117	0,5 %	0,0 %	87	0 %	11 544
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LA LOIRE	CHR	112	0,5 %	0,0 %	274	1 %	2 814
<i>Autres publics et parapublics</i>		832	3,7 %	5,1 %		1 %	
<i>Autres privés lucratifs</i>		485	2,2 %	2,3 %		2 %	
<b>TOTAL</b>		<b>22 423</b>			<b>100</b>		

(\*) quelle que soit l'origine géo. du patient

Source : BDHF et PMSI 2013

En chirurgie, la clinique du Renaison devance de peu le CH de Roanne. Les deux établissements captent plus de 70 % des parts de marché sur la zone d'attractivité. Les PMCT sont de mêmes ordres de grandeur, mais inférieurs de plus de la moitié pour les séjours réalisés dans les 2 CHU.

Tableau 7 : Parts de marché en chirurgie  
Source : BDHF et PMSI 2013

En obstétrique, le CH de Roanne est le seul offreur de soins sur son bassin et fait 91 % des parts de marché sur sa zone d'attractivité.

L'analyse du PMSI selon les groupes de planification montre qu'en médecine le CH de Roanne a des parts de marché de 57 % en gastro-entérologie (hors endoscopie), 72 % en endocrinologie, 78 % des affections cardio-vasculaires (hors cathétérisme et interventionnel), 77 % en neurologie, et 78 % en pneumologie. En revanche, 76 % des endoscopies digestives sont réalisées à la clinique pour seulement 18 % à l'hôpital.

En chirurgie, la clinique devance plus ou moins largement le CH de Roanne dans les différentes spécialités. Il est à observer une particularité en ophtalmologie et en chirurgie gynécologique (hors sein) avec une fuite dans un établissement privé de Vichy devant le CHU de Saint-Etienne et les HCL.

Les fuites sont essentiellement orientées vers le CHU de Saint-Etienne et les HCL en médecine et chirurgie avec une petite prédominance pour le CHU de la Loire au total mais pouvant s'inverser dans certaines spécialités. A noter que peu de séjours de patients roannais sont effectués en établissements privés sauf pour la cancérologie prise en charge dans les CLCC stéphanois et lyonnais.

L'audit mené par le CNEH au bloc opératoire en 2014 confirme ce diagnostic pour ce qui concerne les activités chirurgicales. Il conclut au regard de l'analyse du PMSI 2012 : « Un partage de l'activité globalement équilibré entre la clinique et le CH de Roanne. Un taux de fuite vers Lyon et Saint Etienne peu important si l'on prend en compte les rôles d'établissement de référence des CHU. Une activité d'ambulatoire perfectible sur le CH de Roanne. »

#### **4. Des séjours en faible progression avec des DMS élevées**

Le centre hospitalier de Roanne (CH de Roanne) est installé sur deux sites. Le site principal de Roanne regroupe les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et psychiatrie. Le site de Bonvert (sur la commune de Mably à une dizaine de kilomètres) accueille les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR polyvalent, personnes âgées et spécialisé en neurologie)), de longue durée et médico-sociales.

Outre les activités précitées, l'établissement dispose d'autorisations : urgences, SMUR, SAMU, hémodialyse, maternité de niveau 2B, radiothérapie, chimiothérapie, scanner, IRM, réanimation, soins continus, unité de soins intensifs de cardiologie, autorisation de cardiologie interventionnelle (rythmologie), activité clinique de PMA, activité de chirurgie des cancers mammaires, digestifs, urologiques, ORL et maxillo-faciaux.

L'hôpital dispose de 12 salles de bloc opératoire (9 utilisées), 26 postes de dialyse, 1 scanner, 1 IRM, 2 accélérateurs de particules.

##### **4.1 Des évolutions d'activité différenciées**

L'activité en hospitalisation complète comme en ambulatoire, analysée sur les cinq dernières années, tend à montrer une activité de médecine qui décroît, une activité de chirurgie en augmentation et une activité d'obstétrique qui se tasse.

Nombre	2009	2010	2011	2012	2013
RSA de médecine (HC)	13 923	13 593	13 563	13 584	13 147
RSA de chirurgie (HC)	3 953	4 055	4 209	4 131	4 278
RSA d'obstétrique (HC)	2 555	2 672	2 505	2 561	2 376
RSA de médecine (ambulatoire)	2 822	2 426	2 491	2 445	2 361
RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 995	2 230	2 533	2 481	2 659
RSA d'obstétrique (ambulatoire)	545	515	491	469	488
Séances de chimiothérapie	4 332	4 494	4 323	4 613	4 709
Séances de radiothérapie	6 154	12 386	13 410	12 559	11 339
Séances d'hémodialyse	9 770	10 044	10 258	10 581	11 301
Séances autres	703	820	876	841	887
Accouchements	1 942	2 081	1 981	2 039	1 910
Actes chirurgicaux	5 140	5 529	5 893	5 769	5 925
Nb d'ATU	24 466	23 826	26 104	24 483	24 951
Actes d'endoscopies	2 592	2 647	2 741	2 774	2 614
Minimum de racines de GHM pour 80 % des séjours	135	134	134	133	136

Source : Hospidiag

Les séances que ce soit pour la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse, sont en forte progression.

Concernant les activités de psychiatrie, SSR, HAD et USLD, leurs évolutions sont présentées ci-dessous. Elles sont plutôt positives.

Tableau 9 : Activités HAD, psychiatrie, SSR et USLD

	Hospitalisation complète						Hospitalisation partielle		
	2011		2012		2013		2011	2012	2013
	Entrées totales	Nbre. de journées	Entrées totales	Nbre. de journées	Entrées totales	Nbre. De journées	Nbre. de venues	Nbre. de venues	Nbre. de venues
<b>HAD</b>		6 931		6 518		9 131			
<b>Psychiatrie générale</b>	835	15 586	896	15 336	925	16 006	7 619	7 885	7 306
<b>Psychiatrie infanto-juv.</b>							2 566	2 871	
<b>SSR</b>	955	35 444	1 168	35 420	1 142	37 204	749	747	776
<b>Soins longue durée</b>	87	53 449	125	53 219	103	53 719			

Source : SAE

#### 4.2 Des durées moyennes de séjour nettement supérieures aux moyennes nationales

Les IP-DMS de l'établissement sont au 8<sup>ème</sup> décile des établissements les moins performants en médecine et en chirurgie.

Tableau 10 : IP-DMS

IP-DMS	2010	2011	2012	2013	Région 2013		Catégorie 2013		Typologie 2013	
					2 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile	2 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile	2 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile
<b>Médecine</b>	1,222	1,114	1,121	1,102	0,833	1,124	0,934	1,131	0,912	1,075
<b>Chirurgie</b>	1,201	1,086	1,132	1,141	0,881	1,128	0,95	1,144	0,878	1,067
<b>Obstétrique</b>	1,04	0,972	0,98	0,994	0,916	1,027	0,932	1,05	0,933	1,054

Source : Hospidiag

En comparant les huit premiers mois de l'année par PMSI<sup>12</sup>, l'IP-DMS s'améliore depuis 2012. En effet, il était de 1,09 en 2012, 1,08 en 2013 et 1,04 en 2014.

Parallèlement, la prise en charge des séjours en ambulatoire commence à se structurer. L'unité de chirurgie ambulatoire voit son nombre de séjours croître de plus de 20 % entre fin juin 2013 et fin juin 2014.

En médecine, d'une part l'unité de jour d'oncologie a une activité stable mais qui conserve des marges de progression puisque certaines prises en charge relevant de cette unité se font encore dans des unités d'hospitalisation complète. D'autre part, il n'existe pas réellement d'hôpital de jour de médecine excepté en oncologie et les 2 places de gériatrie au sein de l'EHPAD Aurélia. Ces prises en charge se font en hospitalisation complète notamment pour les transfusions.

En 2013, les taux d'occupation étaient de 80 % dans le pôle chirurgie (cible ANAP 85 %), 63 % en gynécologie-obstétrique (cible ANAP 85 %) et de 93 % dans le pôle de médecine (cible ANAP 90 %). En pédiatrie, il est observé de grandes variations comme ailleurs. Les soins critiques sont occupés à un peu moins de 80 %.

Concernant les taux de rotation pour les places en ambulatoire, les marges de progression sont importantes vis-à-vis de la cible de 120 à 150 %.

## **II. L'ambition du projet 2015-2020 du projet de prise en charge du patient**

### **1. L'articulation entre le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

Le projet de soins s'inscrit en cohérence avec le projet médical de manière générale comme soutien paramédical à sa mise en œuvre par le partage et le travail interdisciplinaire au sein de chaque pôle et service dans un souci de décloisonnement des ressources, des compétences et des savoirs.

Il est plus particulièrement orienté vers le projet médical dans le domaine de la qualité, gestion des risques, des compétences et du parcours du patient.

L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux développent la démarche qualité avec un objectif d'amélioration continue et de sécurisation des soins. La démarche de certification implique largement les professionnels soignants et impose une collaboration étroite dans l'élaboration du parcours du patient. L'évaluation des pratiques professionnelles, l'information des patients mais aussi la sécurisation du circuit du médicament, de la douleur et les préventions dans le domaine des escarres, de la dénutrition, des infections nosocomiales sont des exemples de préoccupations communes que nous devons renforcer et maintenir dans des résultats optimisés.

Le parcours du patient devient un objectif phare dans la mesure où non seulement il sera évalué mais aussi parce qu'il est le reflet de notre capacité à fédérer autour d'un projet personnalisé. La formalisation de nos processus de prise en charge doit nous permettre de montrer de la cohérence dans la pertinence de nos actes comme de nos organisations.

Le développement des compétences met en exergue le rôle du management. La cohésion dans la collaboration entre le chef de service et le cadre de santé, entre le chef de pôle et le cadre supérieur de santé du pôle est un atout majeur pour porter les projets et surtout favoriser une dynamique d'équipes, une ambiance de travail propice à la mobilisation et l'implication des professionnels. Il s'agit aussi de repérer les compétences nécessaires demain et de les développer dans un souci de partage et de service rendu à la population du territoire.

---

<sup>12</sup> Suite de logiciels permettant entre autres l'analyse PMSI



Enfin la convergence des deux projets se traduit par large implication médicale dans la formation continue des paramédicaux.

## **2. La définition d'orientations stratégiques en cohérence avec le projet régional de santé**

Le projet régional de santé 2012-2017 regroupe :

- Le plan stratégique régional ;
- Les trois schémas régionaux d'organisation du système de santé : prévention, organisation médico-sociale, organisation des soins ;
- Les programmes d'action dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les populations en situation de précarité (PRAPS), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme régional de gestion du risque (PR GDR), le programme régional Télémédecine et les programmes territoriaux de santé (dont le programme territorial de santé Ouest, dont fait partie le centre hospitalier de Roanne).

Les orientations stratégiques et les objectifs prioritaires retenus dans le projet de prise en charge du patient du centre hospitalier de Roanne ont été définis en référence et en cohérence avec le projet régional de santé, et plus spécifiquement avec les orientations du Plan stratégique de santé et du SROS.

### **2.1 La cohérence avec le plan stratégique de santé**

Le plan stratégique régional de santé 2011-2015, pour la région Rhône-Alpes, qui définit, à partir d'un état des lieux, les orientations de la région dans le domaine de la santé, retient trois axes stratégiques et des orientations prioritaires qui ont guidé l'élaboration du projet de prise en charge du patient du centre hospitalier de Roanne :

**Axe 1 - Le développement de la prévention** : les priorités affichées concernent notamment la lutte contre les infections liées aux soins et l'amélioration de la capacité de la région à faire face aux risques sanitaires et à gérer les situations exceptionnelles ;

**Axe 2 - L'accès à une offre en santé adaptée et efficiente** : les priorités concernent la facilitation à l'accès à la sexualité et à la contraception, l'IVG et aux techniques d'assistance à la procréation ; le renforcement du dépistage précoce et la prise en charge des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage du jeune enfant ; l'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale des populations exposées à la précarité ; la prévention ou la limitation des conséquences de la perte d'autonomie chez la personne âgée ou la personne handicapée ;

**Axe 3 - La fluidité des prises en charge et des accompagnements** : les priorités sont la prévention de la grande prématurité et de ses conséquences, l'amélioration de la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique et leurs aidants ; le développement et l'organisation de la prévention des maladies chroniques et l'amélioration de la coordination de leur prise en charge (maladies neuro et cardiovasculaires, diabète) ; des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes, la cohérence et la continuité des accompagnements des personnes en perte d'autonomie.

### **2.2 La cohérence avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS)**

Le volet ambulatoire du SROS met l'accent sur la nécessité d'améliorer la coordination ville-hôpital, en particulier pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques. Il insiste également sur l'importance du recours à

l'hospitalisation à domicile, pour faciliter le retour à domicile à l'issue d'une hospitalisation en établissement de santé.

Le SROS décline par ailleurs les priorités du PSRS selon les trois axes stratégiques définis. Il précise notamment les orientations suivantes à respecter par le Centre hospitalier de Roanne, orientations reprises dans le Projet de prise en charge :

- La création d'une UNV sur Roanne est souhaitée en réponse aux besoins ;
- Le renouvellement de l'autorisation d'activité des urgences du CH de Roanne a été réaffirmé pour une durée de 5 ans, avec une évaluation du fonctionnement du SAMU-Centre 15 au bout d'un an ;
- Les activités de SSR spécialisées pour les affections neurologiques et de l'appareil locomoteur devront être mises en œuvre conformément à la réglementation par le CH de Roanne dans le cadre financier arrêté avec l'ARS ;
- L'optimisation du dispositif de prise en charge gériatrique du territoire Ouest, globalement satisfaisant en termes d'équipement en EMG, hôpital de jour et pôles d'évaluation gériatrique opérationnels, nécessitera la création d'une unité d'hébergement renforcée au sein de l'USLD de Roanne ;
- L'hospitalisation à temps partiel en médecine gériatrique sera développée sur Roanne ;
- Le maintien de l'activité de rythmologie du CH de Roanne est conditionné par les résultats d'une évaluation qui devra, avant le fin du SROS, apprécier le respect des seuils réglementaires ;
- En ce qui concerne la chirurgie des tumeurs mammaires et la radiothérapie, le maintien de l'activité sera conditionné par la confirmation de l'atteinte des seuils réglementaires ;
- La psychiatrie de Roanne doit clairement identifier ses liens avec Lyon et/ou Saint-Etienne suivant les activités spécifiques ;
- Une coopération des opérateurs existants en HAD permettra la couverture des zones blanches au nord de Roanne.

# LE PROJET MÉDICAL

Le projet médical 2015-2020 du centre hospitalier de Roanne se décline au travers de cinq grands axes stratégiques :

- Affirmer le rôle de référent territorial ;
- Fluidifier le parcours du patient ;
- Promouvoir l'éducation et la prévention,
- Renforcer les prises en charge ambulatoires ;
- Améliorer la performance.

## I. AXE 1 - AFFIRMER LE RÔLE DE RÉFÉRENT TERRITORIAL

Le centre hospitalier de Roanne dispose d'activités de référence au sein du bassin de santé, offrant des possibilités de recours et d'expertise, tant à l'égard de la population que des professionnels de santé du territoire. Dans la perspective des évolutions législatives et réglementaires touchant aux supports juridiques de coopération institutionnelle, discutées dans le cadre de l'élaboration de la future loi de santé, le centre hospitalier de Roanne dispose ainsi d'une vocation naturelle à animer un groupement hospitalier de territoire (GHT).

### 1. Conforter les activités de référence du centre hospitalier

#### 1.1 Garantir une réponse rapide et adaptée aux soins urgents et critiques

L'établissement dispose de structures internes permettant de répondre aux situations sanitaires urgentes et critiques, qu'il souhaite développer afin de compléter l'offre de prise en charge. Il est par ailleurs siège d'un SAMU et d'un SMUR. Il accueille également les urgences pédiatriques et en gynécologie – obstétrique.

- Structurer une **filière interne de prise en charge des AVC**, dès le stade pré hospitalier avec la formation de médecins urgentistes à la thrombolyse, mais également avec l'implantation d'une unité de soins intensifs neuro vasculaires de quatre lits au sein du nouveau service des urgences, la mise en place de huit lits d'UNV au sein du service de neurologie, et le rapprochement avec le service de médecine physique et de réadaptation dans une unité de lieu ;
- Conforter et optimiser le fonctionnement de l'unité de **soins intensifs de cardiologie** ;
- Etudier les **modalités de mutualisation envisageables entre les SAMU 42 B et 42 A**, en mesurant le bénéfice du maintien d'un centre de régulation sur le bassin de santé ;
- Optimiser le **dimensionnement et l'occupation de l'unité de réanimation / soins continus**, en lien avec l'activité, notamment à travers l'accueil post opératoire programmé ;
- Etudier l'opportunité d'aménager une **salle d'accueil des urgences vitales en pédiatrie** ;
- Conforter le rôle des **référénts situations sanitaires exceptionnelles**, tant en interne que dans le cadre des relations entre l'établissement et ses partenaires.

## 1.2 Renforcer la prise en charge des pathologies chroniques

- Amplifier la capacité de réponse à la progression régulière des **syndromes d'insuffisance rénale chronique**, par une **augmentation capacitaire** sur les modes de prise en charge en centre lourd et en unité de dialyse médicalisée, et par le développement de la dialyse péritonéale ;
- Développer la prise en charge de l'**insuffisance respiratoire** par le biais de la polysomnographie et du suivi infirmier des apnées du sommeil, ainsi que la prise en charge de l'asthme et de l'allergie ;
- Apporter une réponse complète à la problématique du **diabète**, notamment à travers l'organisation des bilans annuels et la prise en charge du diabète gestationnel ; former l'équipe de pédiatrie à la diabétologie pédiatrique ;
- Contribuer aux filières de prise en charge de l'**obésité** dans une perspective pluridisciplinaire.

## 1.3 Affirmer la place du centre hospitalier dans la dynamique territoriale entourant la prise en charge de la personne âgée

Le territoire roannais bénéficie d'une dynamique avancée en matière de prise en charge de la personne âgée, et la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire qui fédère une grande partie des EHPAD et ex-hôpitaux locaux. Le centre hospitalier de Roanne s'inscrit pleinement dans ce mouvement.

- Jouer un **rôle actif dans le groupement de coopération sanitaire des établissements du territoire de santé du Roannais**, dont les objectifs sont notamment d'améliorer la qualité des soins et d'assurer leur sécurité, de gérer les flux de patients, de développer des actions logistiques communes et de mutualiser des personnels sur des domaines de compétence spécialisés ;
- **Partager l'expertise en gériatrie** par la mise à disposition d'un accès direct aux praticiens réservé aux professionnels de santé du territoire ;
- Développer la **présence sur le territoire** par le biais des consultations avancées en EHPAD à l'instar de ce qui se fait en gériatrie et orthopédie ;
- **Expérimenter la télé-expertise** dans le cadre du projet de Roannais agglomération ;

## 1.4 Proposer une offre structurée en cancérologie

La cancérologie est une discipline majeure du CH de Roanne et un axe important des projets médicaux successifs. L'établissement dispose d'une autorisation d'activité pour la chirurgie des voies aéro-digestives supérieures, l'urologie, la sénologie et la chirurgie digestive, la radiothérapie et l'oncologie médicale. Le service d'hématologie et oncologie médicale vient de se réorganiser après des travaux d'extension à l'hôpital de jour et l'individualisation d'une unité de semaine. Un oncologue médical doit être recruté. Le service de radiothérapie continue de développer les techniques modernes d'IMRT et d'IGRT.

- Structurer un **centre de coordination en cancérologie (3C)** dans le cadre de l'application des plans Cancer, afin de renforcer la coordination et la continuité du parcours de soins, d'assurer une prise en charge conforme aux standards actuels par l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et leur amélioration continue, de garantir le respect des droits du patient et son association aux décisions qui le concernent ;

- Introduire la **radiothérapie par arc thérapie dynamique** ; cette technique apporte un bénéfice direct à la qualité de prise en charge, en proposant des séances plus courtes, en traitant le volume tumoral de façon plus homogène et en protégeant les tissus sains ;
- Développer l'approche spécifique de l'**oncogériatrie**, pour tenir compte des particularités dans l'approche du traitement du cancer chez la personne âgée dans un bassin de population âgé et éloigné des métropoles universitaires ;
- Conforter et développer les **soins de support en oncologie** dans toutes leurs dimensions actuelles (médicale, sociale, psychologique, esthétique...) en pérennisant une offre complète de soins de support faisant intervenir des professionnels spécifiquement formés, en lien également avec le réseau associatif, ainsi que l'**éducation thérapeutique** ;
- **Renforcer l'équipe mobile de soins palliatifs** dans sa dimension médicale, pour améliorer la couverture au sein de l'hôpital mais également du bassin de santé et poursuivre la diversification de ses modes d'intervention (domicile, ex hôpitaux locaux, EHPAD, clinique) ; former des correspondants en soins palliatifs dans les services pour favoriser l'appropriation de la culture palliative dans l'établissement ; identifier des lits dédiés aux soins palliatifs ;

### **1.5 Conforter les activités des spécialités médicales répondant aux besoins du bassin de santé**

- **Enrichir l'offre de prise en charge diagnostique et thérapeutique en cardiologie**, par le développement de la rythmologie, la mise en place de la rééducation cardiaque, l'introduction de l'IRM cardiaque, et l'organisation d'un accès rapide à la coronarographie en lien avec d'autres établissements ;
- Apporter une **réponse experte rapide en infectiologie**, quel que soit le lieu du bassin où le patient est hospitalisé ou réside en institution, à travers la mise en place d'une **équipe mobile en infectiologie** ; conforter l'activité du centre de diagnostic anonyme et gratuit, notamment sur son activité de consultations et de conseil, et sur ses actions de sensibilisation au sein des établissements scolaires ;
- Développer des **consultations spécialisées** : migraines / céphalées, consultations mémoire, pied diabétique en liaison avec une consultation plaies et cicatrisations à mettre également en place ;
- Développer des **partenariats** avec les établissements sanitaires et médico-sociaux voisins dans le domaine de la biologie médicale, pour se positionner en fournisseur de prestations ;
- Conforter le **service de médecine physique et de réadaptation**, en l'intégrant sur le site de Roanne à proximité des services de court séjour, et en mettant en conformité le plateau technique de rééducation, notamment vis-à-vis de l'activité SSR spécialisé en affections de l'appareil locomoteur ;
- Conforter les activités de consultations spécialisées multidisciplines « douleur chronique », « consultations migraine et céphalées » en diminuant les délais de consultations ;

## 1.6 Faciliter l'accès aux compétences hospitalières en les déployant sur le territoire

En tant qu'établissement de référence de son bassin, le CH de Roanne tient à être présent sur son bassin pour faciliter l'accès à ses services pour l'ensemble de la population, y compris pour les résidents des institutions médico-sociales.

- Poursuivre le développement de la pratique des **consultations avancées**, dans les disciplines médicales et chirurgicales, au sein des EHPAD ou de centres de santé ;
- Être présent par le biais d'**antennes locales sur les secteurs de psychiatrie** ;
- **Soutenir le démarrage des maisons médicales** portées par les collectivités territoriales, par le recrutement de praticiens généralistes salariés par l'hôpital et mis à la disposition de ces structures, avec pour objectif de faciliter leur installation ultérieure sous un statut libéral ou selon les évolutions que proposera la future loi de santé ;

## 1.7 Conforter le rôle de recours en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique

Le pôle Femme-enfant regroupe sur un site unique les services de gynécologie – obstétrique et de pédiatrie – néonatalogie permettant un lien fort entre la mère et l'enfant. Le bloc obstétrical est dans le prolongement du bloc chirurgical, et de la néonatalogie. Les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales vont être accueillies dans des locaux dédiés à proximité l'un de l'autre. Le plateau de consultations est bien identifié, avec plusieurs consultations spécialisées. L'hébergement se fait quasi exclusivement en chambre individuelle. En obstétrique, le CH de Roanne est en situation de monopole sur son bassin de santé, et prend en charge environ 2 000 naissances par an. Les services de pédiatrie et néonatalogie voient leur organisation essentiellement centrée sur la prise en charge de l'urgence.

- Maintenir le **niveau de qualification 2B de la maternité**, qui intègre une unité de soins intensifs néonataux, et prend en charge les grossesses à risque et menaces d'accouchement prématuré ;
- Garantir une **réorientation rapide vers le secteur grossesses pathologiques** du CH de Roanne des parturientes relevant de son niveau de qualification, par la poursuite de la coopération avec les CHU de référence niveau 3, via la cellule régionale de transfert ;
- Répondre à la demande d'**échographies de référence** pour satisfaire la demande et éviter des fuites d'activité hors du territoire ;
- Conforter le **diagnostic anténatal** en coopération avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de référence ;
- Maintenir et développer la **procréation médicalement assistée** en coopération avec les praticiens de la clinique du Renaison ;
- Améliorer l'accès à la **consultation d'IVG** et répondre aux besoins de la population et développer l'**IVG médicamenteuse** autour du RU à domicile, avec un réseau de médecins libéraux conventionnant avec l'hôpital ;
- Etudier l'opportunité d'aménager une **zone d'hospitalisation de très courte durée** au niveau des urgences pédiatriques ;
- Poursuivre l'activité de **soins intensifs néonataux et de néonatalogie**, répondant à l'organisation régionale de la prise en charge en réseau. Le service accueille

notamment les enfants de la région du sud de la Loire qui ne peuvent pas être pris en charge sur le secteur stéphanois en particulier, ou du réseau lyonnais ;

- Garantir un haut niveau de technicité par la **ventilation non invasive**, permettant une diminution de l'âge gestationnel de prise en charge entre 30 et 32 semaines d'aménorrhée ;
- Poursuivre la mise en place et de la formation du personnel aux **soins de développement en néonatalogie** ;
- Poursuivre la **prise en charge de la douleur**, et la mise en place de techniques non médicamenteuses ;

### **1.8 Affirmer la place de référent en psychiatrie et santé mentale**

Le pôle Psychiatrie comprend des services de psychiatrie générale et de psychiatrie de l'enfance. L'activité du pôle s'organise entre des activités internes à l'établissement et des interventions sur le territoire de ses secteurs, en institution ou à domicile. Plusieurs modes de prise en charge sont proposés.

- Renforcer la réponse aux **soins psychiatriques non programmés**, pour répondre à la disparition progressive des réponses de la première ligne de soin (psychiatres libéraux, médecins généralistes) et les mauvais indices de santé du territoire roannais (taux de suicide, indice de précarité, recours aux soins psychiatriques) ;
- Mettre en place une **équipe de liaison en pédopsychiatrie**, pour répondre aux difficultés d'accès aux lits départementaux d'hospitalisation, apporter une réponse adaptée aux spécificités de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, et conforter les équipes de pédiatrie ;
- Assurer une **présence sur l'ensemble du territoire**, notamment par le biais d'antennes des services de psychiatrie de l'adulte ou de l'enfance, afin de permettre aux populations les moins mobiles d'accéder aux spécialistes sans avoir à se déplacer jusqu'au CH de Roanne ;
- **Mettre en place l'électro convulsivothérapie** et en ouvrir l'accès aux établissements du territoire ;
- Continuer à être partie prenante dans le **conseil local de santé mentale**, qui coordonne et concerte, dans le cadre de la politique de la ville, les différents acteurs du territoire roannais dans l'objectif d'élaborer une politique commune de prévention ;
- S'investir dans la mise en place d'une **équipe mobile précarité** souhaitée par les collectivités territoriales de l'agglomération ;
- Etablir une **convention avec la clinique des Monts du Forez**, pour organiser la prise en charge des urgences somatiques en lien avec le pôle Urgences-réanimation.

### **1.9 Conforter l'expertise dans les domaines de la biomédecine, de la médecine légale et de la médecine pénitentiaire**

- Consolider le niveau d'activité en **biomédecine**, et augmenter le recensement et le prélèvement des donneurs d'organes *post mortem* ;
- Poursuivre le **partenariat hôpital, police, justice, sous-préfecture**, dans le cadre de l'activité de médecine légale, et dans le cadre du protocole de coopération ;

- Maintenir la diversité des domaines de compétence entourant l'exercice de la **médecine pénitentiaire** au sein du centre de détention de Roanne, en affirmant la place de référent sur la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, notamment en poursuivant la mise en œuvre de la plateforme référentielle pour ce type de patients, et en introduisant la technique de la télémédecine pour limiter les extractions de détenus, et en améliorant la couverture psychiatrique ;
- Développer la **filière victimologie** ;
- **Créer un pôle formation en matière de soins d'urgence** (formations institutionnelles, GSU, SSE, exercices...). Le pôle Urgences-réanimation souhaite capitaliser ses compétences par la création d'un véritable pôle de formation autour d'un responsable médical et d'un cadre de santé, centralisant les demandes de formations et en organisant ces dernières, sur les thématiques suivantes : formations institutionnelles, gestes et soins d'urgence, situations sanitaires exceptionnelles ; réalisation d'exercices (notamment dans le cadre du plan zonal de mobilisation des moyens). Ces formations seraient dispensées dans le cadre, notamment, de partenariats privilégiés : avec la clinique du Renaison et avec le CESU de Saint-Etienne ;

## 2. Structurer l'offre de soins chirurgicaux en complémentarité avec la clinique du Renaison et les CHU

**L'établissement dispose d'un panel étendu de soins chirurgicaux** dans l'ensemble des disciplines chirurgicales : chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie digestive, urologie, stomatologie, gynécologie, chirurgie vasculaire, ORL, ophtalmologie. Le pôle de Chirurgie s'appuie sur un **plateau technique neuf** ; le bloc opératoire vient d'être accompagné en vue d'en rénover la gouvernance et d'améliorer son efficacité. **Le maintien et le développement de l'ensemble de ces disciplines est l'un des axes forts du projet médical.**

### 2.1 Organiser la prise en charge chirurgicale

- Mettre en place une **unité de chirurgie polyvalente** (regroupant les spécialités chirurgicales hors orthopédie et ophtalmologie) ;
- **Réorganiser le bloc opératoire** selon les recommandations de la mission d'accompagnement du bloc réalisée en 2014/2015 ;
- Développer la **chirurgie coelioscopique** en urologie et en gynécologie, pour permettre des gestes moins invasifs et donc moins exposés aux complications, au bénéfice de la réduction des durées d'hospitalisation ;
- Développer la **chirurgie viscérale** nécessitant le recours à la réanimation ;
- Conforter la **chirurgie gynécologique**, afin de conserver l'attractivité professionnelle du pôle Femme-enfant pour les jeunes médecins obstétriciens souhaitant conserver la double valence gynécologie / obstétrique ;
- Maintenir et renforcer la **chirurgie cancérologique mammaire** du ganglion sentinelle et en oncoplastie ; participer à la prise en charge des cancers gynécologiques, dans le cadre de consultations multidisciplinaires et de l'unité de concertation ;
- Relancer la **chirurgie endo-laryngée** à l'aide du laser CO<sub>2</sub> ;



- Conforter l'activité d'**implantologie** ainsi que l'activité d'**injection de toxine botulique** en stomatologie ;
- Développer la **chirurgie cutanée en s'appuyant sur les compétences chirurgicales et anatomo-pathologiques présentes** ;
- Favoriser la **délégation de tâches anesthésiste-infirmiers anesthésistes** dès la consultation d'anesthésie pour libérer du temps médical ;
- **Conforter l'offre de consultation douleur**, mettre en place le Qutenza® et les perfusions de Ketamine® ;
- Développer l'**hypnose** comme alternative aux modalités d'anesthésie conventionnelles en identifiant un médecin référent. Cette technique qui connaît en France un fort développement permet d'améliorer la prise en charge des patients et d'avoir des suites plus simples. Il s'agit d'amplifier les formations des infirmiers mais surtout du personnel médical ;

## 2.2 Développer les partenariats avec les CHU

- **Développer des partenariats en orthopédie avec des centres de référence** : avec le centre hospitalier Henri-Mondor à Paris, pour les arthroscopies d'épaule et les prothèses discales ; avec les orthopédistes des CHU de la région pour la prise en charge des cas complexes ;
- Amplifier la collaboration en synergie avec le service d'**ORL** du CHU de Saint-Etienne pour la prise en charge des **pathologies cancéreuses lourdes** ;
- Pérenniser la **participation au projet ophtalmologie nouvelle génération** porté par le CHU de Saint-Etienne, pour maintenir un vivier de jeunes professionnels (internes, assistants spécialistes, mise à disposition de praticiens contractuels) ;
- Développer des **partenariats avec les CHU** dans le domaine de la biologie médicale sous forme de contrats de collaboration, pour bénéficier de leur expertise dans des domaines hautement spécialisés, pour participer à la réalisation d'analyses biologiques dans le cadre de protocoles de recherches cliniques académiques, ou pour s'associer dans leurs démarches d'accréditation ISO 15189 sous forme d'audits croisés.

## 2.3 Développer la complémentarité avec la clinique du Renaison

La clinique du Renaison est un partenaire incontournable du centre hospitalier. Les deux établissements ont vocation à assurer des relations de complémentarité et à développer les collaborations nécessaires en vue d'assurer à la population du bassin du roannais la meilleure offre de soins, dans le respect des orientations arrêtées par l'agence régionale de santé Rhône-Alpes. Cette relation de complémentarité s'exprime dans le cadre d'une convention de partenariat, conclue au début de l'année 2015.

- Renforcer la pratique des **réunions de concertation pluridisciplinaires**, ouvertes à tous les acteurs de santé publics ou libéraux, en vue de permettre des échanges dans le cadre du site identifié de cancérologie du territoire de santé du Roannais, et d'élaborer des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patient et déterminées avant le début de chaque traitement ;
- Faciliter l'**intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs** auprès des patients, pour donner des avis et contribuer à l'élaboration de leurs projets de soins et projets ;

- Favoriser l'accès des praticiens de la clinique aux **avis d'un infectiologue de l'hôpital**, en vue de l'obtention d'un conseil diagnostique ou thérapeutique pour une personne hospitalisée à la clinique du Renaison ;
- **Favoriser l'accès des patients de la clinique à la réanimation de l'hôpital**, dans la mesure des possibilités d'accueil de cette dernière ;
- Construire un modèle partenarial pour la **formation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles**.

## II. AXE 2 - FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT

Le centre hospitalier de Roanne s'engage à proposer aux patients les soins les plus pertinents au regard de leurs besoins, au niveau correspondant à celui des standards de référence, et selon un mode de prise en charge le plus adapté et efficient.

### 1. Structurer le parcours intra-hospitalier pour assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente

La réflexion sur le parcours intra-hospitalier prend en compte l'ensemble des impératifs que constituent la qualité et la sécurité des soins, à un coût justifié, au bénéfice de la santé et du confort du patient.

L'atteinte de cet objectif passe prioritairement par la coordination des intervenants autour des besoins du patient ; il s'agit d'ériger en principe l'hospitalisation pertinente de chaque patient selon le meilleur mode de prise en charge (consultation, ambulatoire, hospitalisation complète, HAD) pour une juste durée.

Les pôles d'activité, constitués autour d'une logique de filière, constituent l'échelon privilégié mais non exclusif d'élaboration des parcours internes.

Le bénéfice escompté de ces efforts se traduira aussi concrètement dans l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels grâce à la régulation des besoins en personnels, la simplification des tâches d'allocation des lits et un meilleur lissage des mouvements des patients.

#### 1.1 Améliorer les délais et les modalités de prise en charge aux urgences

- **Améliorer la fluidité du parcours du patient au départ des urgences**, par le développement de la **pratique des avis spécialisés aux urgences** en vue d'éviter des hospitalisations non justifiées, ainsi que la création d'une véritable **consultation de suite de soins en traumatologie** ;
- Mettre en place d'une **infirmière organisatrice de l'accueil 24h/24**, et former l'intégralité de l'équipe infirmière des urgences à la fonction accueil ;
- **Améliorer la collaboration entre urgentistes et spécialistes d'organes, en réactivant la commission des admissions non programmées**, dont les attributions consistent à prévoir la contribution de chaque service et à garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, valide les propositions de fermeture temporaire de lits et fixe les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence ;
- **Améliorer le recours à l'unité mobile de gériatrie intra hospitalière dès le passage en unité d'hospitalisation de courte durée**, au niveau du service des urgences, afin d'apporter une réponse pertinente le plus en amont possible ;
- **Protocoller l'admission directe en hospitalisation à domicile depuis les urgences** ;

- **Améliorer le parcours des détenus au sein du centre hospitalier**, tant dans le cadre des prises en charge somatiques que psychiatriques ; limiter les extractions aux cas strictement nécessaires, éviter le passage par les urgences des urgences psychiatriques lorsque cela n'est pas justifié au plan clinique, et veiller à la fluidité de la transmission des informations administratives entre les différents intervenants dans le cadre de l'urgence psychiatrique ;
- **Augmenter la part des hospitalisations directes dans les services**, particulièrement en gériatrie, en s'appuyant sur la commission des admissions en SSR, ou en hébergement ;

## 1.2 Optimiser les séjours dans les unités de soins :

- **Modéliser le parcours patient au sein de chaque unité de soins**, pour garantir au patient le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus.
- La réalisation de cet objectif passe par la bonne coordination des interventions professionnelles, médicales et paramédicales, fondées sur de bonnes pratiques, tout en développant les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Cette coordination requiert une attention particulière sur les patients polypathologiques, ou présentant une problématique sociale.
- **Optimiser la durée des séjours en cohérence avec les indicateurs nationaux**, en tenant compte, le cas échéant, des spécificités de chaque situation. Initier, pour chaque séjour, un travail d'anticipation des conditions de sortie, au plan médical et social, dès le stade de l'entrée dans le service, voire dès le stade de la programmation et en utilisant la check-list de sortie mise en œuvre dans le cadre l'action menée pour la gestion des lits avec l'ANAP ;
- **Conforter et structurer le fonctionnement de l'unité de médecine polyvalente**, dont la vocation est d'accueillir les patients non programmés entrés par les urgences ;
- **Structurer, en lien avec la médecine gériatrique, l'orientation post chirurgicale des personnes âgées**. Les services d'hospitalisation complète de chirurgie reçoivent un éventail de population à la fois de chirurgie programmée et de chirurgie urgente, au sein duquel on observe un important recrutement de patients âgés poly pathologiques. Pour ces patients, l'objectif sera une prise en charge de type gériatrique, axée sur la récupération avec des prises en charge systématiques, pour ce qui est du dépistage des troubles cognitifs, des syndromes post chute, de la réhabilitation à la marche ou de la nutrition ;
- **Distinguer deux filières de prise en charge en obstétrique, physiologique ou pathologique**, avec une orientation des parturientes à l'issue de la consultation du premier trimestre. Confier la gestion de la filière physiologique aux sages-femmes, en conformité avec l'évolution de leur statut : leur faire réaliser des examens de la grossesse et du post-partum, développer des plages de consultations, d'échographie, identifier une salle de naissance physiologique et former du personnel aux soins de développement. Confier la filière pathologique à un gynécologue-obstétricien, tant pour les consultations que pour les suivis ;
- **Améliorer le parcours du patient diabétique** (dont la prévalence est estimée à 25% parmi les patients hospitalisés) par la **mise en place d'une équipe mobile diabète** ;

- **Diminuer le délai de rendez-vous en consultations externes et pour les examens d'imagerie**, notamment pour les primo consultants, et en consacrant un créneau à l'urgence ;
- **Optimiser le délai de rendu des examens** d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie ;
- **Déployer la prescription connectée** des actes de biologie médicale et d'imagerie ;

### 1.3 Améliorer les modalités de sortie des patients

- **Conforter le fonctionnement de la cellule des sorties complexes**, en abaissant le seuil d'analyse systématique des dossiers, pour permettre une analyse croisée médicale, soignante et médico-sociale, pour déterminer les solutions de sorties les plus adaptées ;
- Consolidation de la mise en place du **programme de retour à domicile (PRADO en orthopédie)**, pour limiter le temps d'hospitalisation ;
- **Structurer la sortie de maternité selon les recommandations de la HAS** en organisant des consultations de retour précoce des bébés après une sortie rapide de la maternité ;
- **Rationaliser le parcours des patients admis en soins de suite et de réadaptation**, en **implantant les unités de SSR sur le site de Roanne**, à proximité du plateau technique et des services de court séjour ;
- **Prendre en compte l'impact de la précarité** dans la problématique du retour à domicile, en **instaurant des staffs médicosociaux** dans les services afin de dépister précocement les sorties potentiellement problématiques ;

## 2. Inscrire le parcours dans une dynamique de filière territoriale

### 2.1 Conforter la filière gériatrique

Sur le territoire roannais, l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la personne âgée sont déjà constitués en filière, au sein de laquelle le centre hospitalier souhaite prendre toute sa place, compte tenu de la dynamique démographique du bassin roannais, de la sur représentation des patients de plus de 75 ans parmi les patients accueillis dans l'établissement, et de l'inadéquation des structures hospitalières face à certains profils.

- **Développer, coordonner et participer à l'animation de la filière gériatrique**, dont l'objectif est de rassembler des acteurs de tous horizons afin de faciliter le parcours de la personne âgée, afin de permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité et au recours, la cas échéant, à un plateau technique. Le centre hospitalier s'investit notamment dans le fonctionnement du GCS associant les EHPAD et les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux. Il s'engage à favoriser les partenariats avec le réseau de santé du roannais, le dispositif MAIA du conseil général, et les structures de soins de suite et de réadaptation environnantes, pour garantir une bonne coordination des soins entourant la personne âgée ;
- S'inscrire dans la **filière de gérontopsychiatrie** à venir ; la réponse à cette problématique est assurée **par l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé**, dont l'intervention précoce au sein des établissements médico-sociaux permet d'éviter des dégradations qui conduiraient à des hospitalisations ;

- Créer au sein du centre hospitalier des **places d'hébergement temporaire**, dont le territoire manque, afin d'offrir une période de répit aux aidants, d'expérimenter l'accompagnement vers l'institutionnalisation de la personne âgée, ou encore de permettre d'articuler deux projets de vie entre domicile et établissement préservant les acquis de la personne ;
- Créer une **unité cognitivo-comportementale** en soins en lien étroit avec le service de médecine gériatrique en vue d'y accueillir des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

## 2.2 Structurer les filières de prise en charge par pathologies

### ✓ Les filières dans le bassin de santé :

L'approche en filière est, au premier rang, inhérente à la prise en charge de pathologies chroniques, pour lesquelles il existe des réseaux de soins dans lesquels il convient d'inscrire les patients.

- Structurer la **filière AVC dans le cadre de la mise en place d'une unité neurovasculaire (UNV)**, en collaboration avec le CHU, le service des urgences et la filière d'aval avec les SSR du territoire ;
- Structurer une **filière oncologie** organisée, fluide, sans rupture, réactive, clairement définie et lisible tant pour les patients que pour les praticiens du bassin roannais. L'hospitalisation d'un patient atteint d'un cancer sera prioritairement orientée vers l'unité d'oncologie ou vers l'unité de spécialité selon l'évolution de sa pathologie. L'ensemble des constituants de la filière est alors concerné : prise en charge médicale, consultation d'annonce, soins de support... De même, seront consolidés les liens avec le centre Léon-Bérard pour permettre aux patients d'accéder aux **techniques innovantes en radiothérapie**, et sera recherché le  **rapprochement avec l'institut de cancérologie Lucien-Neuwirth** ;
- Renforcer l'**organisation territoriale du suivi de la grossesse** en y associant les sages-femmes libérales ;
- Assurer l'effectivité de la **convention d'accueil des suites de couches** avec la maison périnatale de Feurs, pour les parturientes accouchant à Roanne et transférées à Feurs ;
- Formaliser la **sortie des patients vers les services de soins de suite et de réadaptation**, par l'utilisation systématique de l'outil Trajectoire, et par la préparation de la sortie ;
- Développer et formaliser la **coordination des acteurs hospitaliers** (somatiques et psychiatriques), médico sociaux et de ville **en addictologie** ;
- **Etendre l'expérimentation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, déjà effective au pôle de santé de Saint-Symphorien de Lay et en cours de déploiement sur le sud du territoire (dispositif SAMEAD), à la partie nord-ouest du territoire (Charlieu).

### ✓ Les filières de recours spécialisées :

- **Formaliser des filières de recours** prévoyant l'accès à un service de **coronarographie**, notamment pour le traitement des syndromes coronariens aigus ; il est nécessaire de prévoir plusieurs filières d'adressage, en fonction du lieu

de résidence du patient, pour apporter une réponse médicale dans les meilleurs délais, pour prémunir le patient d'une éventuelle perte de chance ;

- Formaliser la filière d'adressage en **neurochirurgie** ;
- Continuer de s'inscrire dans le cadre du travail en **réseau de prise en charge des urgences néonatales** piloté par la cellule de transfert Rhône-Alpes ;
- Renforcer les partenariats avec le CHU de Saint-Etienne, notamment dans le domaine de la **néphrologie**, de la **neurologie**, du **diabète**, de la **chirurgie pédiatrique** et de la **recherche, au travers d'une convention-cadre de coopération** ;
- Renforcer les **partenariats avec les hospices civils de Lyon, notamment dans le domaine de la biologie** ;

### 3. Développer la collaboration avec les professionnels de santé de ville

Le centre hospitalier de Roanne se doit de consolider ses liens avec les professionnels de ville. Le principal enjeu porte sur la fluidification de la communication entre l'hôpital et l'ensemble de ses partenaires, qui commence par une accessibilité améliorée aux professionnels de l'établissement, soit en vue de l'organisation d'une hospitalisation directe, soit en vue d'obtenir un avis spécialisé.

Le centre hospitalier de Roanne édite annuellement un annuaire de ses praticiens, qu'il diffuse auprès des professionnels de santé de ville. Le site Internet de l'hôpital a été conçu dans l'optique de faciliter l'identification des interlocuteurs pertinents et leur sollicitation.

L'expérimentation de la mise en place de numéros dédiés et uniques au sein de certaines spécialités est plébiscitée et a vocation à être généralisée. Elle suppose une organisation à définir au sein de chaque service.

Enfin, la prise en charge des pathologies chroniques implique des allers retours entre le domicile, les acteurs de santé libéraux et les services d'hospitalisation, et nécessite un suivi au long cours qu'il convient d'organiser.

- **Améliorer la communication en direction des médecins traitants, en rendant systématiques les lettres de sortie** ou en cours de séjour pour séjours longs, la remise des ordonnances aux patients en fin de séjour ;
- **Développer les outils de transmission des informations dans le cadre du projet ZEPRA** (zéro papier Rhône-Alpes) ;
- **Individualiser, pour chaque spécialité de médecine, un médecin responsable des admissions et du lien avec la ville**, dans le but de transformer, autant que faire se peut, les admissions non programmées en admissions programmées et organiser à l'avance les hospitalisations en prévoyant les prescriptions d'examen complémentaires, en organisant les demandes d'avis spécialisés hors unité d'hébergement et en anticipant les modes de sortie dès l'entrée ;
- **Mettre en place un numéro d'appel unique pour chaque spécialité**, communiqué aux praticiens extérieurs à l'établissement, et organiser la continuité de la réponse aux appels ;
- **Mettre à la disposition des prescripteurs la liste des prestations du pôle médico-technique** : analyses de biologie médicale, examens d'imagerie, actes d'anatomopathologie ;
- Fluidifier le rendu des résultats d'analyse biologique aux professionnels de ville en mettant à leur disposition un mode de **transmission électronique des résultats**,

et leur permettre d'accéder à l'imagerie médicale en leur proposant une connexion au PACS ville-hôpital ;

- **Concevoir et mettre en œuvre une coordination des prises en charge** afin qu'il n'y ait pas de rupture dans les soins, ce qui implique de **recenser tous les partenaires de l'établissement, et de formaliser avec eux des relations par voie de convention** ;
- **Identifier les professionnels qui interviennent auprès des patients** en systématisant le remplissage de la fiche de DPU ;
- **Identifier un infirmier responsable de la coordination** dans le cadre du centre de coordination en cancérologie (3C) ;
- **Inscrire le centre hospitalier dans les démarches innovantes**, notamment celles promues par l'assurance maladie (dispositif PRADO...), et impliquant une diversité d'acteurs de santé ;
- **Associer les médecins de ville** aux projets institutionnels, **les informer** de l'actualité de l'établissement et **concourir à leur formation**, notamment par la voie des enseignements post universitaires.

### III. AXE 3 - PROMOUVOIR L'ÉDUCATION ET LA PRÉVENTION

En tant qu'acteur de santé publique, l'hôpital se doit de contribuer, en complémentarité avec les professionnels de ville, à la promotion de l'éducation et de la prévention. Il s'agit à la fois d'assumer de mettre en place des actions qui lui sont directement confiées dans le cadre de missions spécifiques ou d'appels à projets, mais également de développer des programmes entourant la prise en charge de certains publics et de faire bénéficier les patients de l'expertise des professionnels de l'établissement.

La conduite de ces actions se fera dans le cadre du périmètre d'intervention reconnu à l'hôpital, et donnant lieu, le cas échéant, à un financement approprié.

#### 1. Pour les patients porteurs de maladie chronique

Au niveau du pôle Médecine, l'éducation thérapeutique s'est structurée autour des prises en charge en cardiologie, endocrinologie, néphrologie et pneumologie ; il est important de consolider l'organisation actuelle, par mutualisation des moyens.

- Poursuivre les **programmes de suivi mis en place en endocrinologie**, répondant au cahier des charges de l'ARS, en matière de diabète gestationnel, d'insulinothérapie fonctionnelle, de mise sous pompe à insuline externe, mais également autour des programmes de prise en charge des diabètes de type 2 et de prise en charge de l'obésité ; développer la **collaboration avec le réseau ville DEDICAS**, dont l'objet porte sur le dépistage des diabètes de type 2 et la prévention des complications liées aux diabètes de type 1 et 2 grâce à la mise en place d'un suivi adapté ; la contribution de l'hôpital de Roanne se manifeste par l'apport d'un soutien logistique au réseau et l'accès des patients au plateau technique pour les patients relevant de la zone d'attraction, ainsi que par un rôle de référence pour les médecins généralistes du réseau, notamment sous forme de conseils téléphoniques ;
- Poursuivre et mutualiser entre les spécialités concernées la mise en place des **séances d'éducation thérapeutique du patient**, puisque 45% des plus de 50 ans ont plus de deux maladies chroniques. La meilleure appréhension de sa ou ses maladie(s) permet d'améliorer la qualité de vie en apportant des compétences d'autosoins ;

- Contribuer aux **actions de dépistage du cancer**, et notamment le cancer du sein **en mettant en place une filière sénologique** ; réaliser pleinement le projet Endo 2012 de **dépistage du cancer colorectal** par voie endoscopique.

## 2. Pour les enfants et femmes enceintes

- **Dépister la surdité néonatale, de la petite enfance et adulte**, en lien avec la médecine du travail. Ce projet vise notamment à mettre en œuvre les protocoles établis par le réseau de périnatalité ELENA. Sa réalisation implique l'acquisition d'un appareil permettant de tester les potentiels évoqués auditifs automatisés, et passe également par la mise en place d'un partenariat avec le CHU de Saint-Etienne autour du partage d'assistants spécialistes disposant de compétences en audio-phonologie de l'enfant ;
- **Conforter la consultation d'infirmier anesthésiste en pédiatrie**, à destination des enfants devant passer au bloc opératoire, dans le but de leur présenter le déroulement de leur journée d'hospitalisation et diminuer leur stress au bloc opératoire ;
- Participer à la **prévention de l'obésité en pédiatrie** ;
- **Prévenir la morbidité pédiatrique**, par le biais de réunions de puéricultrices *ante* ou *post* natales ;
- Prévenir la **grande prématurité** et ses conséquences ;
- Prévenir les **risques psychosociaux** chez les femmes enceintes liés à la grande vulnérabilité et à la précarité ;
- Poursuivre l'activité de **préparation à l'accouchement** ;
- Amplifier les **actions de prévention en tabacologie** ;
- Assurer la promotion et le suivi de l'**allaitement maternel** en consolidant le dispositif actuel de consultations allaitement ;
- **Développer les actions de planification et d'éducation familiale : maintenir le travail avec la maternité**, principalement pour les populations cibles, les mineures et les personnes en très grande précarité ; **participer à des actions de santé publique auprès des jeunes filles** en collaboration avec le conseil général et la caisse d'allocation familiale ; **conduire des actions de sensibilisation et d'information auprès des jeunes** sur les thèmes de la sexualité, de la contraception et de la grossesse pour la prévention des maternités précoces chez les jeunes filles mineures ; **développer les actions de prévention en santé publique**, notamment dans le domaine de la contraception.

## 3. Pour les personnes en perte d'autonomie

La vulnérabilité des personnes en perte d'autonomie implique une attention particulière et le développement d'actions spécifiques en leur direction, qu'ils soient hospitalisés, en institution d'hébergement ou à domicile. Le pôle Gériatrie-MPR, qui concentre les compétences autour de cette thématique, est le principal porteur de projets. L'un des principaux défis tient à la prévention de l'apparition de la perte d'autonomie, dont les causes potentielles sont diverses.



- **Prévenir l'apparition de la perte d'autonomie**, notamment en faisant connaître les facteurs de fragilité, en mettant en place un dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, en améliorant et valorisant l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques, en développant l'éducation thérapeutique pour les familles et/ou aidants des patients atteints de maladie d'Alzheimer et en sensibilisant les patients et les professionnels de santé de ville au repérage des déficits sensoriels ;
- **Structurer les consultations spécialisées autour de la chute répétée**. Les chutes répétées sont fréquentes avec une prévalence de 10 et 25 % chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et accélèrent le processus de perte d'indépendance et d'autonomie. Ces consultations permettent une évaluation multifactorielle et de proposer des axes de prise en charge adaptés. Il s'agit de mener des actions de sensibilisation en direction des patients, des aidants et les professionnels de santé, de faire connaître au grand public les consultations chutes à Aurélia, de mettre en place avec les urgentistes des fiches de signalement des patients âgés ayant chuté et de mettre en place des ateliers à destination des personnes à domicile, des résidents et en lien avec la consultation chutes en partenariat avec l'association SIEL Bleu ;
- **Mettre en place une seule consultation mémoire pluridisciplinaire de premier niveau** chargée d'évaluer les fonctions cognitives et en cas d'anomalies d'en rechercher la ou les causes, et de permettre la mise en place, le cas échéant, d'un projet de soins personnalisé et de l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain, tout en participant au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, neurologues, psychiatres...) et les professionnels médico-sociaux. Ce type de consultation permet également de participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels ;
- **Prévenir la dénutrition**, pathologie fréquente de la personne âgée, dont l'incidence risque de s'aggraver avec le vieillissement de la population et le fait que les personnes âgées font le choix de rester le plus longtemps à domicile. L'objectif est de traiter la dénutrition le plus précocement, notamment en améliorant les échanges entre les professionnels. En pratique, il est souhaité d'initier un groupe de travail dans le cadre de la filière gérontologique et au niveau du GCS, d'identifier le pôle Gériatrie-MPR comme centre de référence et / ou de conseil pour le programme de ré nutrition dans le territoire, et d'inclure la dénutrition comme critère de demande d'intervention de l'unité mobile gériatrique ;
- **Prévenir l'isolement social**, par la mise en place d'un système de signalement, l'adaptation des hébergements selon les handicaps et sur la base des évaluations gériatriques, la mise en place d'un partenariat avec les collectivités locales, la Maison Loire autonomie et la MAIA, l'alerte systématique des collectivités locales dans les situations complexes, le travail autour du conseil de l'orientation avec les réseaux sociaux, le développement des visites à domicile, notamment des ergothérapeutes et les psychomotriciens ;
- **Développer le conseil en intra établissement**, comme par exemple le conseil en stomathérapie au sein des unités de long séjour, d'EHPAD et d'UHPAD ;
- **Développer l'activité d'hôpital de jour**, structure de soins à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé. Ses missions la positionnent en recours pour le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus ; la structure propose des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et s'assure de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents

acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour ;

- **Augmenter les orientations en accueil de jour ;**
- **Renforcer le rôle des équipes mobiles** (équipe mobile gériatrique, unité mobile de gériatrie) comme vecteurs de prévention ;
- **Prévenir la iatrogénie**, notamment en sensibilisant les médecins (généralistes et hospitaliers), les pharmaciens, les infirmiers libéraux et en participant avec les médecins spécialistes pour élaborer un projet de soins pour les patients âgés atteints de maladies chroniques ;
- **Favoriser la bientraitance** au sein des services par la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles sur cette thématique.

#### **4. Pour les populations en situation de précarité**

Le constat est celui d'une nette augmentation de la précarité sur l'agglomération roannaise. Par ailleurs, la thématique de la précarité renvoie non seulement à la problématique de l'accès aux soins somatiques, mais est également intimement liée à celle de la prise en charge des pathologies psychiatriques, ces dernières pouvant être génératrices d'exclusion sociale.

- **Construire des actions de prévention** à partir de la PASS ;
- Soutenir activement l'action du **conseil local en santé mentale**.

#### **5. Pour les patients atteints par la maladie psychiatrique**

Dans ce domaine, le centre hospitalier de Roanne souhaite non seulement participer à des programmes portés par les centres de référence régionaux, mais également développer des programmes en propre, dans le cadre des orientations définies par ces centres.

- **Participer au programme départemental de rappel au suicidant** mis en place par le CHU de Saint-Etienne, pour la prévention de la récurrence. La lutte contre le suicide est un axe majeur de travail des services de psychiatrie du territoire de santé au regard des taux observés ;
- **Développer un partenariat avec le secteur associatif local en matière de suicide** (Loire prévention suicide), dans le but d'orienter les patients de l'hôpital en vue de confier leur suivi et leur accompagnement, mais également d'apporter une réponse rapide des praticiens de l'hôpital face à des situations aiguës détectées par l'association. La réactivité des professionnels hospitaliers passe par la mise en place d'un numéro unique. Ce projet est piloté par le pôle Psychiatrie, en lien étroit avec le pôle Urgences-réanimation ;
- **Finaliser le projet de réhabilitation psychosociale** en l'adossant à une unité de soins. L'objectif est de continuer d'étendre le champ d'intervention du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), en proposant à l'attention des patients de l'ensemble des unités, quel que soit leur mode d'entrée dans le soin psychiatrique, des modules d'éducation thérapeutique, des groupes de remédiation cognitive et des groupes d'habiletés sociales. L'ensemble de ces actions seront organisées en mutualisant des moyens des différentes unités mais aussi en s'appuyant sur la structure CATTP ; elles requièrent un renfort en personnel infirmier et ergothérapeute.

## 6. Pour les détenus

La présence du centre hospitalier au sein du centre de détention, à travers l'unité sanitaire de niveau 1, confère des obligations particulières en direction des détenus, en matière de prévention et d'éducation à la santé. L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) depuis leur création en 1994. Les missions de l'unité sont définies par le *guide méthodologique des personnes placées sous main de justice* de 2012.

Par ailleurs, en Rhône-Alpes, les plateformes référentielles relatives à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) ont été créées, notamment au sein du centre médico psychologique du CH de Roanne, à la suite du plan de prévention de la récidive de 2009. En lien avec le CRIAVS (centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle), elles répondent à quatre missions : accueillir, évaluer, orienter et éventuellement soigner.

- **Développer les actions d'éducation à la santé à destination des détenus**, concernant leur mode de vie, les comportements et les facteurs de risque, l'environnement des personnes et la capacité à recourir aux ressources existantes dans le domaine de la prévention et de la santé, du social, de l'éducation ; assurer l'adéquation des actions de promotion et d'éducation pour la santé à la population carcérale présente dans l'établissement pénitentiaire, à ses besoins en la matière ainsi qu'aux politiques de santé publiques ; coordonner les actions notamment au regard de la multiplicité des intervenants et des financeurs ;
- **Poursuivre la mise en œuvre du programme *Rester parent en prison***, pour favoriser le maintien du lien de parentalité.

## IV. AXE 4 - RENFORCER LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES

L'évolution des modes de prise en charge tend à la réduction de la durée de la séquence hospitalière proprement dite, voire dans certains cas à son évitement. Ce mouvement est sous-tendu par plusieurs évolutions souhaitables : une accessibilité renforcée à l'expertise hospitalière, une prise en charge précoce gage d'évitement de perte de chance, une amélioration du confort de l'utilisateur, un recentrage de l'hôpital sur son domaine d'excellence, un impératif d'efficacité médico-économique. Ceci implique de développer des alternatives à l'hospitalisation complète.

### 1. Développer la chirurgie ambulatoire

La structure de chirurgie ambulatoire se voit assigner des objectifs spécifiques, au titre de la déclinaison d'objectifs nationaux.

- **Atteindre courant 2016 la cible de 60% de prise en charge en chirurgie ambulatoire ;**
- **Optimiser le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire**, en y intégrant l'activité ambulatoire gynécologique (en matière de procréation médicalement assistée, d'interruptions volontaires de grossesse, de conisations) et en améliorant le taux de rotation sur une place par la signature des départs en fin de matinée.

## 2. Mieux structurer l'hospitalisation de jour

La restructuration de l'hospitalisation de jour de médecine doit être appréhendée globalement, autour des différentes disciplines ayant vocation à se développer dans ce cadre.

- **Mieux répondre à la demande dans des délais plus courts en oncologie médicale, en matière de chimiothérapies** et poursuivre le **regroupement de toutes chimiothérapies** sur l'hôpital de jour d'oncologie ;
- **Regrouper dans un hôpital de jour polyvalent l'éducation thérapeutique, les bilans de maladies chroniques et les prises en charge aiguës** (endoscopies, ponctions, transfusions...)
- **Regrouper l'hospitalisation de jour MPR et l'hospitalisation de jour gériatrique.**

## 3. Développer l'hospitalisation à domicile

L'augmentation de la fréquence du recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue l'un des axes de développement des activités. La promotion de ce mode de prise en charge suppose l'introduction d'une véritable culture de l'HAD chez les praticiens, une diffusion de l'information auprès des patients, mais également une coordination efficace des différents acteurs de la prise en charge.

- **Promouvoir le recours à l'HAD** tant en adressage de patients externes qu'en suite d'hospitalisation de court séjour ;
- Mettre en œuvre un **plan d'actions de développement de l'HAD** pour garantir le maillage de l'offre sur l'ensemble du territoire ;
- Mettre en place les **chimiothérapies à domicile** ;
- Mener une réflexion sur l'opportunité d'une **HAD psychiatrique.**

## 4. Encourager les modes de prise en charge extérieurs à l'institution en santé mentale

La diversification des modes de prise en charge extérieurs à l'institution sont également inhérents au domaine de la psychiatrie.

- **Finaliser la constitution de l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA)**, dont la valeur ajoutée en termes de dépistage précoce des problématiques gérontopsychiatriques a été mise en évidence dès le démarrage du projet, se traduisant par l'évitement d'hospitalisations ;
- Renforcer les **thérapies familiales systémiques** ;
- Maintenir l'**offre de psychodrame analytique** ;
- Évaluer l'opportunité de **nouvelles alternatives pour la prise en charge des adolescents.**

## V. AXE 5 - AMÉLIORER LA PERFORMANCE

L'amélioration de la performance constitue un défi continu, pour maintenir le soin au niveau des plus hauts standards de qualité au regard des référentiels nationaux, à un coût réaliste et justifié. Si la qualité et la sécurité des soins guident les options stratégiques de l'établissement, une attention particulière est portée sur le maintien d'une trajectoire financière soutenable. Le maintien d'un équilibre financier sain est la condition pour permettre à l'établissement de conserver ses capacités à investir et à se désendetter, pour consolider ses activités sans transiger sur le niveau des prestations, et en développer de nouvelles.

La mise en œuvre de tout projet est systématiquement précédée d'une réflexion globale sur l'adéquation des moyens à engager.

### 1. Garantir aux usagers la qualité de la prise en charge

La démarche qualité est transversale et imbriquée dans l'ensemble des activités, et fait l'objet de la préoccupation de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Les projets énumérés s'inscrivent dans la continuité et l'approfondissement de ceux dans lesquels l'établissement est déjà largement engagé.

- **Consolider la structuration de la démarche qualité**, en visant les plus hauts niveaux de résultats sur les différents cadres d'évaluation : maintien du plus haut qualité globale suite à l'obtention de la certification sans réserve ni recommandation par la haute autorité de santé, obtenir la certification COFRAC du plateau de biologie médicale, inscrire le service d'imagerie dans une démarche qualité, notamment sur le thème de la radioprotection, et garantir la sécurité du circuit du médicament ;
- **Engager des actions d'évaluation des pratiques professionnelles**, pour permettre une réflexion collective centrée sur le patient, en référence aux bonnes pratiques professionnelles, avec pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que le service médical rendu au patient ;
- **Systématiser la réalisation de cartographies des risques**, pour identifier en amont les causes potentielles d'événements indésirables et en éviter la survenue ;
- Mettre en œuvre un plan d'action d'amélioration de la prise en charge de la douleur, en liaison avec les préconisations du CLUD ;
- Garantir aux usagers la **qualité de l'accueil**, l'accès facilité à une information claire, précise et compréhensible, sur sa pathologie, sur les soins entourant sa prise en charge, les conditions hôtelières et sa situation administrative ; s'engager, d'une manière générale, sur le **respect de leurs droits** ;
- **Permettre aux usagers de s'exprimer**, soit directement auprès du département clientèle pour évoquer leur situation personnelle ou celle de leurs proches, soit dans le cadre de la vie institutionnelle par la voix de leurs représentants ; associer systématiquement les usagers aux projets structurants de l'établissement ;
- **Lutter contre le risque iatrogène**, en lien notamment avec l'équipe mobile d'infectiologie, le coordonnateur des risques médicaux et le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- **Réduire le risque nosocomial**, en lien notamment avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, et suivre les infections de sites opératoires, en lien notamment avec la sous commission de la CME en charge de la lutte contre les infections nosocomiales ;

- Conduire une **réflexion sur la pertinence des prises en charges, des prescriptions** (notamment en antibiothérapies) et **des actes** (diagnostiques et thérapeutiques) au regard de situations concrètes et en prenant en compte le service médical rendu. Cette réflexion fera l’objet d’une évaluation des pratiques professionnelles ;
- **Obtenir la labellisation de pratiques en psychiatrie** par la haute autorité de santé ; cette démarche vise à valoriser les travaux de qualité menés à l’initiative des professionnels pour engager une dynamique de productions de référence de bonne pratique autour de problématiques concrètes ;
- **Conduire une réflexion éthique pluri professionnelle et pluridisciplinaire**, tant en interne par le biais du comité d’éthique qu’en externe, par la contribution au comité d’éthique territorial *Terre d’éthique*, sous l’égide du CHU de Saint-Etienne ;
- Permettre aux patients du centre hospitalier de Roanne d’**accéder à des thérapeutiques innovantes** et de bénéficier des avancées sur les modes de prise en charge, en leur proposant d’entrer dans des protocoles de recherche clinique ;
- Améliorer le **recours au pôle d’évaluation gériatrique** pour permettre de proposer des aides appropriées au terme d’évaluations pluridisciplinaires ;
- **Promouvoir la bientraitance**, en particulier dans le secteur de l’hébergement des personnes âgées ;

## 2. Améliorer les conditions hôtelières et d’accessibilité des patients et résidents actuellement pris en charge sur le site de Bonvert

Si la reconstruction récente et pratiquement intégrale de l’hôpital permet de considérer que les conditions hôtelières sont très satisfaisantes dans beaucoup de secteurs du court séjour, il n’en demeure pas moins que les unités d’EHPAD, de moyen et long séjour du site de Bonvert ne sont plus au niveau des standards hôteliers actuels. Il convient de rénover ces structures de manière à les rendre conformes aux normes d’accessibilité pour handicapés, à doter les chambres de salles de bains et d’augmenter de manière significative le nombre de chambres à un lit.

Trois opérations peuvent être envisagées pour répondre à cet objectif. Leur réalisation totale ou partielle est toutefois conditionnée par leur faisabilité financière, le Centre hospitalier ne pouvant raisonnablement recourir à l’emprunt pour financer ces opérations.

- **Transférer le service de médecine physique et de réadaptation dans le bâtiment de médecine du site de Roanne.** Ce transfert sera réalisé dans un premier temps par l’ouverture de 20 lits de MPR et du plateau technique (avec 10 lits d’hôpital de jour) puis de 20 lits supplémentaires dans un second temps,
- **Relocaliser le service de soins de suite et de réadaptation sur le site de Roanne :** cette opération, permettra de rapprocher le SSR du plateau technique du Centre hospitalier et d’éviter des déplacements de patients entre sites ;
- **Programmer la reconstruction ou de la rénovation du site de Bonvert :** le faible niveau du prix de journée hébergement en USLD et en EHPAD à Bonvert permet d’envisager un financement partiel d’une telle opération par ce biais.

### 3. Ajuster les organisations à l'évolution des prises en charge et à l'évolution technologique

L'évolution des prises en charge, la diversification et l'amplification des alternatives à l'hospitalisation complète, nécessitent d'adapter et de rationaliser les organisations.

#### 3.1 Redimensionner les capacités d'hospitalisation et densifier les surfaces

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire et l'existence de durées moyennes de séjour supérieures à la moyenne nationale ont conduit à la fermeture d'une unité d'hospitalisation complète de chirurgie en décembre 2014. Précédemment, a été créée en septembre 2014 une unité mixte de grossesses pathologiques et de gynécologie, permettant la fermeture d'une unité d'hospitalisation.

Il reste à ajuster la capacité d'hospitalisation en médecine, en tenant compte de l'évolution de l'activité et de la patientèle, le vieillissement de la population engendrant un besoin de prise en charge accrue de patients poly pathologiques.

Les conséquences en termes de dimensionnement des capacités d'hospitalisation en médecine sont les suivants :

- **Ajustement de la capacité d'hospitalisation en médecine**, en tenant compte de l'activité, des besoins des patients et des impératifs de poursuite d'ajustement de la DMS aux standards nationaux : le recentrage des services de spécialité de médecine sur leur domaine d'expertise invite à diminuer le nombre de lits de ces unités pour accueillir les patients nécessitant des soins aigus dans la spécialité considérée. Ce mouvement de concentration des spécialités permet d'envisager des rapprochements de spécialités, qui seront à définir autour d'un principe de cohérence de mode de prise en charge médicale et soignante. Des rapprochements seront également envisageables en fonction d'une logique de parcours médico-chirurgicale.

Afin de tenir compte de l'augmentation d'activité pendant la période hivernale, la capacité d'hospitalisation en médecine sera augmentée dans le cadre de l'ouverture d'une unité saisonnière, pour permettre notamment l'accueil dans de bonnes conditions des patients en provenance des urgences.

- **Création d'une unité de médecine polyvalente (effective depuis novembre 2014) dotée de compétences généralistes**, avec recours à des avis spécialisés en tant que de besoin, permettant une prise en charge plus appropriée aux profils poly pathologiques et accueillant prioritairement des patients en provenance des urgences ;
- **Développement d'un hôpital de jour polyvalent**
- **Regroupement de l'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales en un lieu unique**

### 3.2 Optimiser le fonctionnement du plateau technique

En lien avec les évolutions technologiques, cette stratégie d'optimisation affecte l'ensemble des secteurs d'activité du pôle médico-technique, ainsi que le bloc opératoire. Parallèlement, le plateau technique se doit de tenir compte des évolutions technologiques, pour maintenir son niveau de technicité.

- **Mise en œuvre du plan d'actions d'optimisation du bloc opératoire, à l'issue de l'audit réalisé en 2014 :** le bloc opératoire, récemment accompagné dans la réorganisation de son fonctionnement, capitalisera cette expérience afin de permettre d'absorber le niveau d'activité de manière plus rationnelle, en veillant à la bonne adéquation des moyens au niveau et à la technicité de l'activité, à maintenir des indicateurs de performance de haut niveau tant sur le plan qualitatif qu'organisationnel. Une réévaluation de l'attribution des plages de bloc opératoire à chaque discipline interviendra semestriellement, en fonction du niveau réel de l'activité. L'encadrement du bloc continuera à s'inscrire dans le benchmarking régional ;
- Poursuivre l'**évolution technologique du laboratoire de biologie** pour le maintenir au niveau des techniques de référence, en particulier sur la bactériologie par l'introduction de la **spectrométrie de masse** ;
- **Ré internalisation d'analyses de biologie médicale sous-traitées**, pour les analyses réalisées dans des volumes de nature à même de générer des économies d'échelle. Cette logique économique se double d'une stratégie de maintien d'un haut niveau de compétences des professionnels du secteur, facteur d'attractivité professionnelle ;
- **Organisation de la biologie délocalisée**, et s'appuiera pour ce faire sur une réflexion qualitative et sur les coûts induits, en termes de maintenance et de consommables ;
- **Développement du centre de prélèvement et réorganisation** de manière à le rendre davantage en phase avec les attentes des usagers ;
- **Déploiement de la prescription connectée** : ce projet, qui répond à un impératif d'efficacité, est également facteur de renforcement de la sécurité, en raccourcissant la chaîne des acteurs entre prescripteur et réalisateur, réduisant ainsi le risque d'erreur et la perte de temps ;
- **Robotisation de la pharmacie** ;
- **Informatisation de la régulation des transports internes**, en connexion avec l'ensemble des services, pour optimiser la gestion du flux de patients

### 3.3 Adapter les organisations aux fluctuations d'activité notamment saisonnières

Partant du constat que l'activité ne se répartit pas de manière linéaire et homogène sur l'année, l'organisation de l'établissement se doit de tenir compte du phénomène de saisonnalité (période d'épidémies, congés scolaires...). Ce constat vaut particulièrement pour les secteurs de pédiatrie – néonatalogie et de médecine.

- **Maintenir la variabilité capacitaire de l'unité de pédiatrie** de 12 lits en été et de 18 lits en hiver ;
- **Maintenir la variabilité capacitaire de l'unité saisonnière de médecine.**



#### 4. Contribuer aux missions d'enseignement, recherche et innovation

Si ces missions relèvent prioritairement des centres hospitaliers universitaires, le CH de Roanne participe pleinement à les rendre effectives.

- **Contribuer à la formation des internes** dans le cadre d'une politique visant à les fidéliser de manière pérenne, après la fin de leur cursus, soit sur l'établissement, soit sur le bassin de santé ;
- **Contribuer à la recherche clinique**, notamment académique dans le cadre de protocoles portés par les CHU de la région, sous le statut d'investigateur associé, pour permettre aux patients de l'établissement de bénéficier de thérapeutiques innovantes ; consolider les moyens mis à la disposition des investigateurs en pérennisant un attaché de recherche clinique.

# LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES

## I. INTRODUCTION

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (PSIRMT) piloté par la direction des soins, est une partie intégrante du projet d'établissement et contribue à la mise en œuvre du projet médical. Il participe à la définition du projet de prise en charge du patient du Centre Hospitalier de Roanne. Il est une référence commune pour tous les membres du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il valorise les dimensions du soin et donne du sens aux actions. Il est fédérateur des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social.

Le contexte médico-économique du centre hospitalier de ROANNE, sous administration provisoire pour un an depuis le 10 juin 2014, conduit à envisager ce projet en tenant compte du juste soin, au juste moment et au juste prix en intégrant prioritairement la qualité de la prise en charge du patient. Cela impose de centrer nos actions sur le travail en collaboration et l'interdisciplinarité.

Ce projet s'inscrit dans une dimension territoriale qui vise à impliquer l'ensemble des acteurs internes et externes.

Le PSIRMT doit concourir au renforcement de la performance de l'établissement. Il est un outil au service des pôles garantissant une approche commune des changements et des évolutions.

La prise en compte de l'avis des usagers dans la construction et la validation de ce projet met au cœur de nos actions la satisfaction des besoins et l'amélioration continue de la qualité.

Le PSIRMT concourt à la mise en œuvre du projet de prise en charge du patient. Il définit les actions à entreprendre pour :

- Améliorer le parcours du patient ;
- Renforcer la complémentarité des professionnels afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la gestion des risques liés aux soins ;
- Promouvoir le management des compétences individuelles et collectives ;
- Développer un partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers.

## II. CONTEXTE JURIDIQUE ET LÉGISLATIF

Le PSIRMT fait partie intégrante du projet d'établissement, comme précisé dans l'article L 6143-2 du code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.

Plusieurs textes participent à identifier le projet de soins dans son contexte juridique et législatif :

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires- Chapitre II : Statut et gouvernance des établissements publics de santé ; Article 10 « Art. L. 6143-7-4. -Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. »
- Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

« Art.R.6146-10. – I. – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L.6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

« 1 – Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ; »

- Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 : le coordonnateur général des soins élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.

Ces textes positionnent le PSIRMT comme fédérateur des professionnels de santé en lien en particulier avec le projet médical et social.

### **III. POLITIQUE GÉNÉRALE DES SOINS**

#### **1. PHILOSOPHIE DES SOINS**

Le PSIRMT dans sa philosophie est guidé par un système de valeurs qui fédère l'ensemble des professionnels de santé autour du respect, de l'esprit d'équipe, de la responsabilité et de la bienveillance. Ces valeurs constituent aussi la base éthique sur laquelle les soins sont dispensés au Centre hospitalier de Roanne.

La politique des soins s'appuie sur le modèle conceptuel de Virginia Henderson qui prend en compte la satisfaction des besoins et une conception des soins fondée sur deux approches complémentaires :

- Un principe qui consiste à donner du sens aux soins tel que décrit par Walter HESBEEN: *« ce sens qui imprègne nos actes s'exprime par un accueil attentif et personnalisé, par un geste, une technique, un regard, une écoute, un sourire, une information, l'instauration d'un dialogue, un accompagnement... bref un comportement adapté et chaleureux où tous les éléments, parfois simples, parfois sophistiqués, témoignent de nos connaissances et de l'intérêt que l'on porte aux personnes soignées et du souci de répondre à leurs attentes avec rigueur, souplesse, et créativité. »*
- Un principe et une réalité qui consiste à mettre à disposition des patients et résidents des compétences individuelles et collectives inscrites dans un engagement professionnel.

Ainsi les professionnels s'engagent à assurer une prise en charge individualisée, globale et continue du patient, du résident et de ses proches dans le respect de ses choix et ouverts sur le territoire. L'identité professionnelle des personnels paramédicaux doit pouvoir s'affirmer à travers les valeurs du service public, les valeurs de déontologie et les devoirs de confidentialité et de respect du secret professionnel. Dans un souci d'amélioration des soins, les professionnels paramédicaux s'inscrivent dans le contexte évolutif des soins.

La mise en œuvre de cette politique s'appuie sur l'interdisciplinarité, la complémentarité, la coordination des acteurs intra et extra hospitaliers, le partage des moyens et des connaissances qui développent l'esprit d'équipe nécessaire à la prise en charge des usagers et des résidents.

L'encadrement est le moteur de cette politique. Conscient de la dimension humaine de son rôle, il s'inscrit dans un management relationnel visant à guider l'action des professionnels vers plus d'efficacité de l'organisation et de la sécurité dans les soins.

*Notre politique de soins s'appuie donc sur la mobilisation de l'ensemble des ressources institutionnelles et le développement des liens interprofessionnels afin de répondre aux besoins de santé de la population en mettant en œuvre notre conception du soin.*

## 2. ORGANISATION DES SOINS

La structuration de la direction des soins participe à la cohérence des organisations au travers de l'organigramme et des missions décrites dans la politique des soins.

### 2.1 Répartition des professionnels rattachés à la direction des soins

L'ensemble des effectifs rattachés à la direction des soins et gérés en coopération avec la direction des ressources humaines, représente 1300 ETP qui se décomposent de la manière suivante :

- 9 cadres supérieurs de santé (6 sur les pôles cliniques, 1 sur le pôle médico-technique, 1 détaché à la direction des soins, 1 cadre supérieur à la Direction des soins) ;
- 55 cadres de santé, en règle générale un par unité de soins ;
- 620 infirmiers et infirmiers spécialisés ;
- 444 aides-soignantes, auxiliaires de puéricultures et brancardiers ;
- 210 agents des services hospitaliers ;
- 39 rééducateurs, diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ;
- 93 médico-techniques :
  - manipulateurs de radiologie ;
  - techniciens de laboratoire ;
  - préparateurs en pharmacie ;
- 35 socio éducatifs.

Concernant les ressources humaines, le contexte du centre hospitalier, inscrit dans un plan de retour à l'équilibre budgétaire, a nécessité d'accompagner plusieurs plans d'actions et de mener une réflexion sur la gestion des effectifs afin de répondre au plus juste et au plus prêt à la réalité des besoins. Cette démarche s'est concrétisée par l'affectation, pour une partie de sa mission, d'un cadre supérieur de santé à la gestion des ressources humaines. Ceci a permis de structurer la collaboration avec la direction des ressources humaines. Cette approche n'a été possible que par la mise en place d'une gestion rigoureuse des effectifs par chaque cadre soignant. La charge en soins devrait nous permettre d'argumenter davantage le besoin et inscrire la direction des soins en cohérence avec le projet social sur la gestion de l'absentéisme et l'accompagnement des professionnels.

### 2.2 Organisation de la communication au sein de la direction des soins

La communication interne au sein de la direction des soins est une démarche privilégiée dans la vie des organisations, à poursuivre et renforcer. Chacun doit pouvoir se situer dans l'organisation en comprenant mieux les activités et les objectifs. Cette communication permet de recevoir et de donner de l'information et donc d'être en capacité à analyser les situations et à répondre aux professionnels.

➤ La direction des soins

Un staff de Cadres Supérieurs de Santé (CSS) a lieu tous les jeudis matins. Il a pour but de faire le point sur les dossiers en cours et de transmettre de l'information institutionnelle. Il est ouvert à l'ensemble des cadres en position transversale, aux assistantes sociales et aux directions.

Un entretien avec les Cadres de Santé (CS) est programmé tous les deux ans dans le but d'échanger sur l'évolution du poste ou du fonctionnement de l'unité.

Un entretien avec les cadres supérieurs de santé est programmé tous les ans en dehors du temps d'évaluation afin de faire le point sur les projets, les résultats et les difficultés rencontrées en lien avec l'évolution des organisations de chaque pôle.

Une réunion des cadres de santé est organisée tous les deux mois en dehors des périodes d'été dans le but d'informer les cadres de santé, de recueillir leurs avis et d'instaurer une cohésion.

➤ Les pôles d'activité

Une réunion gérée par le CSS a lieu soit une fois par semaine, soit tous les quinze jours avec l'ensemble des cadres du pôle.

Une réunion de travail au sein de chaque pôle est organisée de manière régulière en présence du directeur référent et du chef de pôle. Le rythme de ces réunions est défini dans le contrat de pôle.

➤ Les unités

Les cadres de santé organisent des réunions de service conjointement avec les chefs de service, au moins une fois par an.

### **3. LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO TECHNIQUES (C.S.I.R.M.T.)**

La C.S.I.R.M.T. est présidée par le Directeur des soins – coordonnateur général des soins. Au Centre hospitalier de Roanne, elle est composée de 16 membres répartis en trois collèges : un pour les cadres de santé, un pour le personnel infirmier, de rééducation et médico-techniques et un pour les aides soignants.

La C.S.I.R.M.T. vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique des soins et à construire et faire vivre le PSIRMT.

Elle est consultée pour avis sur le projet de soins, l'organisation générale des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de la politique de développement professionnel continu.

Elle se réunit en moyenne 5 fois par an et apporte, en complément de sa mission, des informations liées à la situation de l'établissement comme le plan de retour à l'équilibre budgétaire ou le bilan financier. Un bilan est présenté tous les ans et fait partie du rapport d'activité du centre hospitalier.

### **4. LA PERMANENCE DES ACTIVITÉS PARAMÉDICALES**

Elle est essentielle pour maintenir une réponse adaptée aux professionnels face à des situations rencontrées hors de la présence des cadres ou cadres supérieurs de santé. Elle permet d'assurer une continuité dans l'organisation des activités paramédicales. Cette permanence est constituée de plusieurs astreintes :

- Astreinte des cadres de santé de jour le samedi, dimanche et les jours fériés de 6h30 à 20h30, le relais étant pris par les cadres de santé de nuit entre 20h30 et 6h30. Le tableau des astreintes est géré par le secrétariat de la direction des soins en lien avec le secrétariat de la direction générale ;
- Astreinte des cadres supérieurs de santé la semaine de 17h à 20h30. Le tableau est géré par le secrétariat de la direction des soins ;
- Astreintes spécifiques UCSA et BIOMEDECINE gérées par le cadre supérieur de santé du pôle REA/SAU.

#### **IV. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET DE SOINS**

Ce PSIRMT est une continuité du précédent projet de soins 2008-2012. Il a été rédigé en tenant compte :

- du bilan du projet de soins organisé en lien avec la direction qualité dans le cadre du PACQSS et en lien avec les responsables des activités transversales ;
- des rapports de certification ;
- du projet régional de santé notamment au niveau du territoire Ouest;
- des projets de pôle réalisés par les trios de pôle en tenant compte des forces, faiblesses, opportunité et menaces.

Un groupe de pilotage a été constitué en 2012, composé d'Infirmiers, de cadres de santé, de cadres supérieurs de santé, du cadre socio-éducatif, de la responsable des diététiciennes, d'un représentant des étudiants de l'IFSI, d'un CSS de l'IFSI, du représentant médical à la CSIRMT, d'un masseur kinésithérapeute... Au total, 28 personnes le composaient représentant les différentes catégories professionnelles. Ce groupe avait pour objectif de déterminer les différents axes du PSIRMT. La préparation des axes du PSIRMT a donné lieu à 6 réunions entre décembre 2011 et avril 2013. Les CSS avec le Directeur des soins ont rédigé la trame du PSIRMT. Le PSIRMT a été validé en CSIRMT le 26 septembre 2013 après avoir été transmis aux différents membres de la CSIRMT.

Il a été présenté pour information :

- à l'ensemble des cadres de santé lors de la réunion du 22 novembre 2012
- à la CME du 22 janvier 2013.

Cette trame, comportant les grands axes détaillés du projet de soins, a dû être mise en attente de la refonte du projet médical. Depuis octobre 2014, sous l'impulsion des administrateurs provisoires, le projet de prise en charge a été structuré et présenté aux différents trios de pôle dans le cadre d'un comité de pilotage. Le PSIRMT a été repris, les axes rédigés en lien avec le projet de prise en charge et proposés à la CSIRMT.

Le PSIRMT a été présenté à la CSIRMT du 29 janvier 2015 et à la réunion cadres de santé du 26 février 2015.

Le PSIRMT est construit selon des axes de progrès, déclinés en objectifs, lesquels feront l'objet de fiches actions qui seront priorisées et évaluées chaque année en commission des soins. Ces fiches actions seront rédigées par un groupe de travail mené par un pilote et seront portées par ce groupe à l'ensemble des professionnels concernés.

Une communication de l'avancée du projet de soin sera insérée dans la page intranet de la DSI.

La CSIRMT évaluera tous les ans l'avancée des actions du PSIRMT et annoncera les objectifs cibles qui seront conduits sur l'année suivante.

#### **V. BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014 (annexe 2)**

L'analyse, a posteriori, du projet de soins précédent du Centre Hospitalier de Roanne montre une nette évolution en faveur de la prise en charge des personnes soignées :

Le projet 2008/2014 comportait trois axes stratégiques :

- Le parcours du patient ;
- L'accompagnement des changements dans les pratiques de soins et l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- Le développement et le maintien des compétences des paramédicaux quel que soit leur secteur d'activité.

Les fiches actions traitaient cinq à dix domaines par axes et ont été évaluées dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins après avis des professionnels.

Le constat permet de noter une avancée notable.

### **Axe 1 : Renforcer la prise en charge de la personne soignée dans la déclinaison du parcours du patient**

De nombreuses initiatives ont permis d'améliorer l'accueil et l'information du patient en particulier au travers de documents d'informations : de la gestion dans la remise du livret d'accueil, de la refonte de ce livret, d'une sensibilisation des professionnels à l'information des patients, au respect de la confidentialité avec rédaction d'une charte de bientraitance, l'intégration de la participation du patient au travers du développement de l'éducation thérapeutique par en particulier le positionnement d'une infirmière dédiée à cette mission, la structuration de la gestion de la sortie par la mise en place d'outils, d'une cellule de situation complexe et l'affectation d'un cadre à la gestion des lits....

### **Axe 2 : Accompagner les changements dans les pratiques de soins et améliorer les pratiques professionnelles**

Le principal travail a consisté à fédérer les soignants et les médecins sur l'amélioration du circuit du médicament au côté de l'équipe qualité et a conduit à une certification permettant de lever réserve et recommandations dans ce domaine, une avancée notable au niveau de la prise en charge des escarres avec une infirmière dédiée en particulier à cette mission, la refonte du dossier de soins dans le cadre de la réfection du dossier patient unique... ;

### **Axe 3 : Développer et maintenir les compétences des paramédicaux**

Cet axe marqué par la mise en place du nouveau programme du diplôme d'état infirmier de 2009, a permis la mise en place d'un accompagnement des étudiants en stage en particulier dans la rédaction des offres de stages, un accompagnement des compétences en particulier des cadres avec un objectif de formation à l'encadrement et un positionnement de professionnels compétents dans les secteurs spécifiques (bloc opératoire, pédiatrie...) Cette période a vu aussi la mise en place de différents référents à l'identique des référents hygiène : douleur, linge, restauration, qualité.

Le projet de soins 2015/2020 s'appuie donc sur ce bilan et tient compte des évolutions des organisations et des politiques.

## **VI. AXES STRATÉGIQUES DU PROJET DE SOINS**

Chaque axe est décliné en objectifs qui feront l'objet d'une fiche action.

### **1. AXE 1 : Décliner le parcours patient dans un souci d'amélioration de la fluidité des prises en charge et promouvoir le respect des droits des usagers.**

Dans un contexte d'évolution à la fois des pathologies, des attentes des patients et de la démographie des professionnels de santé, la prise en charge des patients doit intégrer la continuité au travers d'un parcours de soins qui n'est plus que médico-soignant mais aussi médico-social. Il s'agit de ne pas créer de rupture mais de répondre aux besoins des patients avec des solutions intégrant le soin, l'éducation, la prévention, l'information, le confort de vie dans une dimension sociale, familiale, psychologique, culturelle et professionnelle.

Dans ce contexte la place du patient et la coordination des acteurs est à repenser en dépassant l'approche sanitaire pour une coordination ville-hôpital. Une dimension est aussi à intégrer, la place en tant qu'acteur de l'utilisateur, bénéficiant de droits et de plus en plus demandeur d'informations.

Pour répondre à ce nouveau paradigme, plusieurs thèmes ont été retenus :

## **1.1. Inscrire l'organisation de la prise en charge intra hospitalière dans un parcours de soins de territoire**

Le parcours de soins du patient débute avant son admission et se prolonge après sa sortie. Cette trajectoire est déterminée par des exigences de temps et d'efficacité. Plusieurs facteurs interviennent dans ce parcours : la pathologie, la situation sociale du patient, les différents acteurs hospitaliers et extra hospitalier. L'objectif est de répondre à la demande des besoins des usagers en structurant le parcours et en l'adaptant pour une prise en charge personnalisée.

L'évolution du séjour en parcours de soins nous impose d'améliorer ou de conforter nos processus et nos supports.

### **1.1.1. Formaliser les principaux processus de prise en charge adaptés aux types d'admission**

Il s'agit de décrire le parcours des patients dans le cadre d'admission directe, programmée ou d'admission en urgence.

Certains parcours de soins sont complexes et concernent des pathologies particulières qui sont inscrites comme prioritaires dans le projet régional de santé publique de Rhône-Alpes. Cela concerne la prise en charge de l'enfant, la personne âgée, la personne atteinte de maladie chronique, la personne handicapée, la personne atteinte de troubles psychiques, la personne démunie, la personne détenue et la personne en fin de vie.

### **1.1.2. Améliorer la tenue du dossier de soins et accompagner l'informatisation**

L'ensemble du travail sur l'amélioration du processus de prise en charge des patients ne peut se dissocier de la traçabilité de nos actions et de la communication aux acteurs. Le dossier de soins paramédical est l'outil spécifique et réglementaire qui permet de tracer l'efficacité et le respect des bonnes pratiques. Il fait partie intégrante du dossier patient. L'informatisation du dossier médical rend indispensable l'informatisation du dossier de soins afin de constituer un dossier unique. Le déficit de l'informatisation sera néanmoins de maintenir une cohérence du dossier patient et surtout l'intégrité du dossier de soins.

### **1.1.3. Développer la prévention et l'éducation en santé**

Dans certains secteurs spécifiques, des actions de prévention dans le cadre de la santé publique sont menées par différents professionnels. L'objectif est de maintenir et de développer ces initiatives axées par exemple sur les risques de diabète, dénutrition, obésité, addiction, AVC... Il s'agit d'associer les paramédicaux à l'objectif de santé publique inscrit dans le projet médical.

### **1.1.4. Poursuivre et coordonner la gestion de la sortie des patients avec le service médico social**

Lors du précédent projet de soins nous avons construit une organisation visant à améliorer la qualité de la sortie dans le but de garantir le bon suivi du patient. Une cellule de sortie complexe est en place. Elle a permis une meilleure connaissance des difficultés grâce à un travail en amont dans la préparation et en aval dans la recherche de solutions adaptées aux patients. Il s'agit de consolider ce travail par la rédaction de la procédure de sortie et l'évaluation de nos actions (résumé de sortie, information des patients et des proches, utilisation des outils) mais aussi d'améliorer notre gestion (connaissance anticipée de la date). La collaboration avec les partenaires extérieures (réseaux, libéraux, filière) est aussi à poursuivre.



## **1.2. Promouvoir la cohérence et la continuité des prises en charge adaptées aux patients**

La notion de parcours de soins suppose l'intégration de tous les partenaires contribuant à la prise en charge et en particulier les professionnels extérieurs. Il s'agit de contribuer à la mise en place d'une culture du travail en collaboration et en coordination. Il est aussi indispensable de poursuivre le travail engagé avec les équipes de nuit afin d'améliorer la coordination des interventions de soins et une meilleure connaissance des problématiques en lien avec l'évolution des hospitalisations.

### **1.2.1. Coordonner les actions et les interventions des équipes transversales**

Plusieurs structures sont en place ou se sont transformées et travaillent à l'amélioration des prises en charges et à la qualité des soins. Ce sont les équipes douleur, EMSP, UMG, UPLI, EOH, addictologie, éducation thérapeutique, stomathérapie, gestion des escarres, cellule gestion des risques...

L'amélioration de l'accessibilité aux avis spécialisés paramédicaux et permettre l'articulation entre ces professionnels et les unités de soins, la formalisation de leur intervention et la communication entre équipe, est une garantie de continuité dans la qualité des soins.

### **1.2.2. Collaborer avec l'ensemble des partenaires du territoire**

Le travail sur les sorties complexes a permis de montrer l'intérêt d'une bonne coordination avec les professionnels d'amont et d'aval. L'objectif est de construire ce partenariat qui reste individualisé et non institutionnel. Ce projet consiste à trouver des actions innovantes pour permettre une information sur nos pratiques au sein du territoire.

### **1.2.3. Consolider l'inscription des équipes de nuit dans une logique de continuité des soins**

Le travail initié qui a constitué une première étape, c'est la gestion des équipes de nuit par les cadres de jour. Le décroisement des équipes de nuit doit se poursuivre par une organisation permettant une meilleure complémentarité, une harmonisation des pratiques au bénéfice du patient. Cela peut se traduire par un échange des personnels jour / nuit pour faciliter la formation des agents mais aussi par la reconnaissance de l'activité spécifique de nuit. Les admissions la nuit ont augmenté de façon significative.

## **1.3. Garantir à la personne soignée le respect de ses droits**

L'évolution du positionnement des usagers et l'implication des patients dans le parcours de prise en charge avec comme exemple l'évolution de la certification vers le patient traceur nous amène naturellement à poursuivre le travail engagé lors du précédent projet de soins, à savoir l'amélioration de l'information, par une approche plus spécifique et centrée sur les besoins exprimés lors des rencontres avec les usagers et les patients au travers des fiches de satisfactions.

### **1.3.1. Inscrire les professionnels de santé dans une démarche éthique**

Le comité éthique très récent devrait permettre de faciliter les échanges sur des questions difficiles mais aussi un éclairage des professionnels sur des propositions de conduite à tenir. L'objectif est de faire connaître le comité éthique et de promouvoir la démarche éthique dans le soin ou la relation aux patients.

### **1.3.2. Promouvoir la bientraitance**

Un travail réalisé en 2014 sur le pôle gériatrie a permis de mettre en évidence la visualisation par les professionnels de santé de la notion de bientraitance. Il pourra être intéressant de poursuivre sur l'ensemble de l'établissement afin de consolider l'implication des professionnels en faveur du respect des droits des patients. La bientraitance reflète

plusieurs aspects souvent mal connus mais dans le cadre du projet de soins il s'agit de mettre au cœur de nos pratiques de soins, le « prendre soin » et d'allier humanité et technicité. Il s'agit aussi de rechercher une nécessaire adaptation de nos organisations dans un contexte hospitalier contraint.

### **1.3.3. Améliorer les pratiques en matière d'information et de communication avec les patients et leurs proches**

Un audit réalisé en 2011 sur « information et droit des patients » a été suivi d'un certain nombre d'actions qu'il faut poursuivre ou mettre en œuvre et évaluer par exemple : le respect des procédures gestion des biens, identification des patients, personne de confiance, directives anticipées, collaboration à la gestion des réclamations...

## **2. AXE 2. Renforcer la complémentarité entre les professionnels afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la gestion des risques liés aux soins**

L'organisation des soins dans le cadre d'un parcours de soins suppose une réflexion sur les interfaces, les articulations entre les différentes prestations au service de la qualité de la prise en charge. Cet axe vise à développer tous les aspects du soin pouvant accompagner la démarche qualité.

### **2.1. Développer la complémentarité entre les acteurs concourants à la prise en charge du patient**

Cette complémentarité dans le soin est le fait de considérer qu'agir auprès d'une personne ne peut pas être dissociée de l'intervention d'une autre. L'objectif est de s'inscrire dans une relation contractuelle afin d'assurer aux patients une meilleure lecture de nos organisations. Plusieurs domaines sont à explorer afin de permettre une prise en charge efficiente.

#### **2.1.1. Prise en charge de la douleur dans une vision holistique en incitant les professionnels à développer des pratiques non médicamenteuses**

Les paramédicaux ayant acquis des compétences sur la prise en charge de la douleur souhaitent développer ou maintenir des techniques telles que l'hypnose, les massages, la RESC (Résonance Energétique par Stimulation Cutanée) par afin de suppléer ou compléter les traitements médicamenteux. Il s'agit de travailler en collaboration avec le CLUD et les nombreux professionnels référents douleur au sein de l'établissement. Le CLUD a initié en 2013 une enquête visant à vérifier l'intérêt des pratiques non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur auprès des patients. Celle-ci a montré l'intérêt d'inscrire les professionnels de santé dans cette démarche en lien avec le CLUD.

#### **2.1.2. Prise en charge de la fin de vie dans tous les secteurs avec la collaboration de l'EMSP**

Suite à une enquête réalisée en 2013 par l'équipe de l'EMSP, il a été constaté un manque de connaissances de la prise en charge en soins palliatifs et un retard de l'interpellation de l'équipe pour assurer une prise en charge adaptée à la personne en fin de vie. De plus, plusieurs équipes éprouvent le besoin d'être accompagnées dans leurs pratiques afin d'assumer psychologiquement l'accompagnement des patients. Cette action vise à structurer nos organisations afin d'être le plus aidant possible pour les patients mais aussi pour les soignants.

#### **2.1.3. Développer la mise en place de l'éducation thérapeutique dans une logique de parcours et d'évaluation**

Lors du précédent projet de soins, des programmes d'éducation thérapeutique ont été mis en place en collaboration avec les médecins et validés par les tutelles. Le recrutement d'une IDE formée (DU en éducation thérapeutique) a facilité la mise en place de certains

programmes. Des soignants ont continué à se former (DU...), une formation interne à l'établissement a eu lieu. L'éducation thérapeutique se développe aussi sur le secteur de psychiatrie, Il est nécessaire de poursuivre la formation mais aussi de structurer ces actions afin de les rendre lisibles par tous dans le cadre du parcours patient.

#### **2.1.4. Impliquer les professionnels en matière d'hygiène hospitalière en particulier dans le cadre de la collaboration avec l'EOH.**

L'objectif est de faciliter la communication des protocoles auprès des paramédicaux, qu'ils leur soient explicités afin de rendre leur lecture lisible et leur pratique réalisables, puis dans un second temps d'évaluer leur utilisation. Il s'agit aussi d'accompagner l'équipe opérationnelle d'hygiène dans sa mission de formation et d'aide au plus près des professionnels. C'est aussi formaliser le dispositif d'alerte en cas d'épidémie et former les professionnels de santé à ce signalement.

#### **2.1.5. Améliorer nos interfaces avec le service d'imagerie médicale au niveau de l'information des patients et de la préparation aux examens**

- Améliorer la conformité des demandes d'examen conformément aux exigences de la certification
- Optimiser la planification des examens médicalisés afin de réduire le nombre d'examens à traiter en urgence au quotidien
- Améliorer le contenu du site intranet notamment pour ce qui relève de l'information à communiquer au patient et faire évoluer ce contenu par des échanges réguliers entre les unités de soins et l'imagerie
- Rendre possible l'édition du déroulement des examens afin de le communiquer au patient si il en exprime le besoin

#### **2.1.6. Collaborer avec le service de transport des patients afin d'améliorer les besoins en transport et le suivi**

L'objectif est d'adapter la demande, cibler la bonne utilisation du transport à la réalité du besoin et d'analyser l'organisation afin de l'optimiser.

#### **2.1.7. Articuler le travail du service médico-social avec le projet de soins du patient et l'organisation du service**

Les délais d'hospitalisation de plus en plus courts imposent une réactivité des cadres dans l'interpellation des assistants sociaux mais aussi une implication et une charge de travail accrue de ces personnels. La population âgée et la difficulté à trouver des solutions d'aval nécessitent donc une collaboration étroite afin de proposer des solutions adaptées et de répondre efficacement aux besoins des patients et des familles.

#### **2.1.8. Collaborer avec l'équipe de restauration au niveau des prestations repas**

Plusieurs actions ont été menées afin d'améliorer la prestation repas ainsi que des formations à l'encontre des professionnels concernés. Il s'agit de consolider ces actions, de les faire connaître et de les évaluer. Considérer l'instant repas comme un soin inscrit les professionnels dans une relation étroite avec le service diététique et la restauration mais aussi dans une démarche de qualité de la prestation.

### **2.2. Contribuer au développement de la culture d'amélioration continue de la qualité**

Le centre hospitalier de Roanne fait de la politique qualité et gestion des risques liés aux soins une priorité que partage largement la direction des soins, tout d'abord dans la collaboration entre les deux structures gérés par le directeur des soins et d'autre part au

travers du projet de prise en charge qui vise à développer la qualité comme un outil de performance.

### **2.2.1. Accompagner les professionnels dans l'acquisition de la démarche qualité et gestion des risques**

L'identification et le partage des valeurs professionnelles dans le domaine de la qualité des pratiques soignantes et la prévention des risques liés aux soins devraient permettre l'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques dans le parcours de prise en charge des patients. Il convient de réaffirmer l'engagement des soignants dans les instances en charge de la qualité mais aussi favoriser leur participation à des groupes de travail afin de diffuser au-delà de la certification une motivation pour améliorer nos pratiques professionnelles.

### **2.2.2. Piloter les unités en sensibilisant les professionnels à l'utilisation des indicateurs qualité**

Un groupe de cadres de santé, référents qualité, a déjà contribué à la mise en place d'indicateurs qualité inscrit dans le rapport d'activité des cadres soignants. Les outils à disposition des professionnels doivent pouvoir être utilisés comme des aides au management de la qualité par les professionnels (évaluations des pratiques professionnelles, indicateurs IPAQSS, dossier de soins...).

### **2.2.3. Contribuer à la gestion des fiches d'évènements indésirables relevant du champ des paramédicaux**

La fiche d'évènement indésirable est en place depuis 2008, elle est utilisée par un grand nombre de professionnels. Néanmoins, son circuit, sa gestion sont mal connus. De même, les unités doivent pouvoir proposer des actions d'amélioration au regard des situations décrites, évaluer et transmettre les résultats à la Direction des Soins et à la Direction qualité.

### **2.2.4. Développer la culture du retour d'expérience au sein des unités de soins**

Les comités de retour d'expérience visent à traiter au plus près de l'évènement une situation potentiellement à risques pour le patient. Ils existent dans le domaine de la radiothérapie, du bloc opératoire et du circuit du médicament et montrent l'intérêt de cette forme de gestion du risque pour atteindre l'ensemble des professionnels et les impliquer. Il est nécessaire de poursuivre notre gestion du risque selon cette méthode et de permettre à plusieurs soignants d'être pilote dans son domaine.

## **2.3. Contribuer à la prévention des risques liés aux soins**

Cette contribution relève d'un principe d'évaluation constructive visant à transformer les audits ou enquêtes en élément de management pour les cadres et les professionnels. Plusieurs risques ont été identifiés comme prioritaires soit lors de la certification soit au travers d'enquêtes ou de dysfonctionnements constatés.

### **2.3.1. Inscrire les professionnels dans la démarche d'amélioration du circuit du médicament en participant à sa sécurisation**

La certification a permis de montrer le potentiel d'évolution dans ce domaine, mais nécessite un maintien d'organisation tant au niveau théorique que pratique au travers d'un groupe de référents, du CREX médicament et de la traçabilité de l'administration.

### **2.3.2. Optimiser la prise en charge nutritionnelle du patient**

Un travail de collaboration avec le CLAN a montré l'intérêt des professionnels pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients. La poursuite au travers de l'amélioration de l'instant repas se situe dans une continuité du précédent projet. De même, en lien avec le résultat des indicateurs IPAQSS, il est nécessaire de poursuivre pour certaines prises en charge la traçabilité poids/taille/IMC en particulier dans le suivi du poids.

### **2.3.3. Améliorer la prévention, le traitement et le suivi des chutes**

Depuis plusieurs années, la Direction des soins puis la direction qualité recensent les chutes survenues au sein de l'établissement. Nous constatons une évolution régulière avec un nombre de chutes égale à 937 en 2013 et stable en 2014 à 926. Un travail engagé sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles a permis de modifier la fiche de déclaration et d'intégrer les causes, d'agir sur certaines comme les chaussures des patients ou résidents, le suivi des veilleuses la nuit. Il est nécessaire de poursuivre ce travail afin de recenser toutes les causes et de proposer une action visant à diminuer le nombre de chutes par la prévention.

### **2.3.4. Améliorer la prise en charge de l'escarre constituée par le respect des protocoles**

L'enquête de prévalence réalisée au sein de l'établissement en 2013 a montré une réelle amélioration de la prévention. Néanmoins, il est nécessaire de coordonner nos actions au niveau de la prise en charge de l'escarre constituée par le respect des protocoles et une meilleure explication de ces derniers auprès des professionnels, en particulier dans le domaine de la gestion des plaies.

### **2.3.5. Poursuivre l'amélioration du suivi de la gestion de la douleur**

L'audit de 2014 et les résultats IPAQSS ont montré que l'évaluation de la douleur à l'entrée est réalisée et tracée puisque les résultats ont nettement progressé passant de 52% en 2011 à 75% en 2014. Cependant, le suivi de la gestion de la douleur reste à améliorer. Certains secteurs comme la psychiatrie ou la pédiatrie ont mis en œuvre des actions à évaluer et réajuster.

### **2.3.6. Poursuivre la politique concertée en matière d'hygiène des locaux et de l'environnement des patients**

La préoccupation en matière d'hygiène doit aussi comprendre l'implication des personnes en charge de l'hygiène des locaux auprès des patients. Une action de sensibilisation et de valorisation des agents de service hospitalier a été conduite, en particulier en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et le service de formation continue. Ce projet est à poursuivre et à valoriser afin que l'ensemble des professionnels puissent y accéder et en comprendre le sens. Un plan d'action visant à évaluer le travail est à mettre en œuvre. De même, la direction des soins va intégrer la prise en charge de l'hygiène des locaux transversaux (couloirs et autres secteurs) et mettra en place une organisation visant à coordonner les actions de tous les secteurs.

### **2.3.7. Développer la prévention des sorties à l'insu du service**

Le système d'information et de communication sur cette problématique est compris et utilisé par les professionnels. Il s'agit de mettre en place des outils ou des méthodes afin de prévenir la sortie à l'insu du service tout en respectant la personne.

### **3. AXE 3 Promouvoir le management des compétences individuelles et collectives**

Cet axe relève d'une volonté de la direction des soins d'accompagner les cadres dans un management plus centré sur la qualité des soins et de vie au travail. Cela suppose de tenir compte du contexte mais aussi et surtout des professionnels dans une construction effective de cartographie des compétences afin de valoriser les acquis et de développer le potentiel des professionnels en lien avec les besoins des patients

#### **3.1. Accompagner les professionnels afin de développer les compétences individuelles et collectives.**

Le principal enjeu de l'hôpital consiste à évoluer dans un environnement incertain, ce qui oblige à se positionner sur le plan de la dynamique « ressources humaines » interne. La réduction des coûts constitue, certes, un élément du changement nécessaire, mais sont tout aussi importants, le déploiement stratégique et le changement culturel visant à développer la coopération entre les acteurs du soin. La compétence reconnaît la valeur de l'implication des professionnels dans une activité, est de l'ordre de l'action et relève du savoir, du vouloir et du pouvoir. Elle ne s'appréhende pas en termes d'état mais en termes de processus d'interactions au sein du collectif de travail.

Guy Le BOTERF, décrit les compétences individuelles et collectives. La compétence collective est valorisée dans cet axe du projet de soins.

Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective. On peut de moins en moins être compétent tout seul. Agir avec compétence suppose de savoir coopérer avec les connaissances et compétences d'autrui et avec des réseaux de ressources collectives...

##### **3.1.1. Poursuivre la construction et mise en œuvre de l'accueil des nouveaux arrivants au niveau des unités de soins**

L'objectif, inscrit comme une continuité avec le précédent projet, est une condition à l'intégration de jeunes professionnels mais aussi un outil servant la mobilité.

La réflexion dans cette démarche nous amènera à installer une organisation visant à permettre à chaque professionnel, quel que soit son grade, de se sentir attendu et accompagné dans le changement, la mobilité devant être vécue comme une source de richesse à soutenir.

##### **3.1.2. Développer et valoriser les compétences et l'expertise**

L'objectif est de s'appuyer sur un existant déjà riche au regard des formations individuelles ou collectives inscrites dans le plan de formation. Recenser et accompagner les compétences, définir les besoins en expertise et formaliser une cartographie des compétences en lien avec l'évolution des prises en charge et le projet social.

##### **3.1.3. Promouvoir le travail en équipe et la qualité de vie au travail**

Le contexte du centre hospitalier inscrit, depuis 2008 dans une démarche de retour à l'équilibre budgétaire, impose de concilier politique économique et bien être au travail. Une enquête sur les conditions de travail à l'initiative du CHSCT et les informations transmises par l'encadrement justifient d'inscrire dans ce projet de soins la volonté de développer la notion de bienveillance en management. Il s'agit de parvenir à une culture hospitalière plus partagée, au sein de laquelle direction, médecins et soignants acceptent de devenir partenaires d'une institution publique, sans faire l'impasse sur l'organisation, les modes de bonne gouvernance hospitalière et l'économie de la santé. Ainsi, s'intéresser non plus seulement au contenu du travail mais aussi au processus et au sens est incontournable. Cet objectif vise à valoriser le travail en équipe et à mettre au cœur de l'organisation la qualité des soins.

### **3.1.4. Poursuivre le projet de recherche en soins**

L'objectif est de continuer le travail réalisé avec le groupe recherche. La finalisation du travail entrepris devrait permettre de structurer et organiser la recherche en soins au sein du centre hospitalier et de créer une dynamique de recherche dans la communauté soignante. A terme, il s'agit d'améliorer la qualité des pratiques et de faire émerger de nouveaux savoirs.

### **3.2. Adapter les missions et le management du cadre à l'évolution des organisations et des professionnels**

Le cadre de santé est la clé de voûte du dispositif d'évolution du management car, en proximité avec les équipes de soins, il occupe un rôle pivot dans la mobilisation et le soutien des équipes. Il apparaît ainsi légitime de questionner la fonction et les missions au regard des évolutions, d'une certaine perte de repère et d'une demande croissante des patients.

#### **3.2.1. Définir les fonctions des cadres dans le contexte de la gestion par pôles**

L'objectif est de susciter une réflexion sur l'évolution du positionnement du cadre, d'intégrer la problématique du temps de travail, de poser les principes d'une politique managériale alliant gestion des compétences, bienveillance et qualité des soins.

#### **3.2.2. Redéfinir la notion de continuité de fonctionnement des services au travers de la permanence des cadres de santé**

Il s'agit de réaffirmer la notion de continuité et formaliser l'implication des professionnels dans cette démarche (astreintes, information transversale, profile poste cadre de nuit...).

#### **3.2.3. Poursuivre le travail sur le suivi et la mise en place des indicateurs de charge en soins**

Le manque d'interface entre l'outil CORA et l'outil PHARMA dans la gestion du dossier patient et de la prescription ne permet pas d'inscrire l'établissement dans le développement d'un outil de charge en soins automatisé. La formation de 2010 sur la mise en place des indicateurs est une base qui va permettre de pérenniser les indicateurs existants ou les faire évoluer selon les pôles. Il s'agit de construire un outil de recensement de la charge en soins afin de valoriser le travail, d'équilibrer les charges et de suivre les évolutions d'activité.

#### **3.2.4. Inscrire le rapport d'activité annuel des cadres de santé comme outil de qualité et de management**

Depuis 2010, les cadres de santé réalisent un rapport d'activité visant à conserver en mémoire l'évolution de l'unité et de montrer le travail réalisé par les professionnels. Il s'agit de valoriser ce travail et de l'utiliser comme outil de management.

## **4. AXE 4 Développer un partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers**

Un arrêté du 26 septembre 2014 relatif au diplôme d'état infirmier précise les modalités d'évaluation des compétences sur le terrain. Une instruction DGOS du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière préconise l'élaboration d'une politique de stage et d'une charte d'encadrement.

Ainsi, un partenariat existant est à renforcer en vue de mettre en commun nos efforts et de réaliser notre objectif d'encadrement des étudiants en vertu de nos missions respectives.

#### **4.1. Accompagner l'étudiant dans son parcours d'apprentissage et d'acquisition des compétences**

Le précédent projet de soins a mis l'accent sur la réforme des études infirmières et la préparation des services à l'accueil des stagiaires. Ce projet de soins a pour ambition d'objectiver les résultats dans la pratique de l'encadrement au niveau de l'acquisition des compétences à la fois pour les étudiants et pour les professionnels encadrants. Il s'agira de mettre en œuvre l'instruction au travers des outils préconisés.

#### **4.2. Poursuivre la formation des tuteurs et faciliter leurs reconnaissances**

L'action des tuteurs est essentielle dans le processus de formation des étudiants infirmiers. Cet objectif vise à structurer l'action des tuteurs, à poursuivre leurs formations et à accompagner leurs implications.

#### **4.3. Développer la collaboration et la coordination de nos actions avec l'institut de formation en soins infirmiers et instaurer une collaboration avec les autres instituts de formation.**

Il s'agit de formaliser l'organisation actuelle et de proposer une évolution vers une professionnalisation de la coordination des apprentissages. L'objectif est la création d'un poste transversal de coordination pédagogique, chargé de faire le lien entre les unités et les instituts de formation.

### **VII. CONCLUSION**

Ce travail s'inscrit dans la continuité du précédent projet tout en intégrant de nouvelles dimensions en particulier socio-économiques. Il a été présenté dans sa forme synthétique à l'ensemble de la communauté paramédicale et participe au déploiement du projet médical et d'établissement. Il se veut constructif d'une collaboration active avec le projet social et la politique qualité et gestion des risques du centre hospitalier.

Il ne peut être dissocié d'une politique de formation active déjà présente, comme le prouvent les plans de formation pluriannuelle. En effet, chaque objectif peut faire l'objet d'une formation permettant soit la mise en œuvre du projet soit l'accompagnement. Cette politique sera déclinée tout au long de la réalisation du PSIRMT.

Ce projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ancre sa dynamique dans une dimension réaliste centrée sur le patient, un souci d'articulation avec la demande des usagers. Il a été présenté en CRUQPEC et est ouvert sur le territoire de santé.

La réalisation des fiches actions permettra de visualiser de façon concrète les réalisations futures, et d'impliquer les professionnels tout au long de la déclinaison de ce projet.



# LE PROJET MÉDICO-SOCIAL

## INTRODUCTION

Le centre hospitalier de Roanne dispose de 3 structures médico-sociales :

- EHPAD AURELIA : 80 lits et son ACCUEIL DE JOUR PHILEMON ET BAUCIS : 8 places
- UHPAD BONVERT : 59 lits
- SSIAD : 65 places

Les structures médico-sociales jouent un rôle important dans le maillage et dans la qualité de prise en charge de la population du Roannais. A domicile ou en EHPAD, l'objectif des professionnels des structures est d'accompagner les personnes au mieux dans leur espace de vie, pour les résidents des EHPAD ou les usagers du SSIAD. Ainsi, les agents des structures, portés par la valeur de bienveillance, se mobilisent pour leur apporter au quotidien une aide dans tous les actes de la vie.

Ancrées sur leur territoire, les structures médico-sociales sont pleinement inscrites dans le territoire, tout d'abord à travers les liens tissés autour de la prise en charge des patients mais aussi par leur participation active au GCS du Roannais et à la filière gériatrique. Dotées d'une politique d'admission adaptée, les structures médico-sociales du CH de Roanne s'inscrivent pleinement dans la dynamique du centre hospitalier. Elles participent à l'amélioration de la fluidité du parcours patient et répondent aux besoins des patients hospitalisés à travers sa politique d'admission.

Les besoins en soins augmentent, les structures médico-sociales voient le niveau de dépendance ainsi que les besoins de soins des usagers augmenter. La proximité avec le centre hospitalier permet d'assumer cette médicalisation grâce à la présence de gériatres qui assurent des fonctions de médecins coordonnateurs.

Disposant de compétences importantes, le centre hospitalier de Roanne permet d'offrir des compétences médicales, paramédicales et des fonctions support auxquelles les EHPAD autonomes ont difficilement accès. Ainsi le projet social ou encore le projet qualité, bien qu'ils puissent avoir quelques spécificités liés à la dimension de lieu de vie des établissements, sont portés par le CH de Roanne.

Les structures médico-sociales ont une histoire spécifique: l'UHPAD était une USLD jusqu'en 2008, l'EHPAD AURELIA était un établissement autonome jusqu'à son rattachement au centre hospitalier en 2006. Le SSIAD fonctionne quant à lui comme un service autonome. Un des axes majeurs va consister à avoir une approche homogène de ces services pour les conduire vers une harmonisation des pratiques. La question de la fusion des deux EHPAD est ainsi posée.

Le public accueilli au sein des structures médico-sociales habitait principalement sur le bassin de vie Roannais.

Le projet d'établissement, prévu à l'article L. 311-8 du CASF, s'appuie d'un côté sur les orientations du projet de prise en charge du patient, mais aussi sur les rapports d'évaluation externe réalisés en 2014 pour chacune des structures. L'évaluation externe donne une photographie des structures, et permet de donner des orientations et un plan d'action afin d'améliorer la qualité de prise en charge. Le volet médico-social du projet d'établissement s'inscrit complètement dans cette dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi le volet médico-social du projet d'établissement s'articule autour de 5 axes :

- Le projet de vie ;
- Le projet de soins ;
- Le projet hôtelier ;
- Le projet social ;
- Le projet qualité.

Le projet social et le projet qualité sont portés par le centre hospitalier (référence aux chapitres correspondants).

L'élaboration du volet médico-social du projet de prise en charge des patients a associé les agents (par l'intermédiaire des cadres) et les résidents (présentation en CVS).

Ce projet médico-social a pour objectif de conduire les structures médico-sociales dans le développement de leur activité pour les 5 ans à venir. Il s'agira de relever les défis liés à la prise en charge des personnes âgées et de répondre aux besoins émergents, avec des locaux adaptés à des prises en charge diversifiées.

## **I. LE PROJET DE VIE**

Le recours à une structure médico-sociale signe un état de fragilité certain de la personne âgée. Cette fragilité nécessite d'être prise en compte tout au long de la prise en charge. L'institution doit donc offrir la garantie du respect de la totalité des droits des personnes âgées. Les agents du centre hospitalier de Roanne mettent les personnes âgées au centre de la prise en charge pour leur permettre de rester acteurs de leur vie.

Ainsi le projet de vie personnalisé constitue le fil rouge de la prise en charge. Celui-ci commence à se construire avant l'entrée et se poursuit jusqu'à la fin de la prise en charge.

### **1. Des droits garantis**

Pour offrir une bonne qualité de prise en charge, les droits individuels et collectifs doivent être connus de l'ensemble des acteurs et garantis aux personnes âgées.

- **Les droits individuels et collectifs de la personne accueillie renforcés :** Maintenir la politique d'affichage des droits des résidents et veiller à la bonne délivrance de l'ensemble des documents permettant une bonne compréhension du fonctionnement du lieu de vie.
- **Améliorer le respect de la liberté des résidents :** Il convient de garantir l'accès à la citoyenneté dans tous les actes de la vie et d'assurer la liberté d'aller et venir et la concilier avec l'accès à la sécurité des personnes désorientées.
- **Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance :** Garantir une prise en charge de qualité est une priorité. La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance est un des axes prioritaire pour assurer une bonne qualité de prise en charge. Cet axe donne lieu à plusieurs types d'actions : sensibilisation sur les modes d'interpellation des résidents, affichage des coordonnées de ALMA, suivi des situations de maltraitance si il y en a.
- **Affirmer le droit à la sûreté :** Parfaire le droit à la sûreté pour les personnes âgées à travers la conduite d'actions : pouvoir garantir le maintien d'affaires personnelles par la détention de tiroirs fermant à clef, être détenteur de sa clef de chambre ; mais aussi garantir la protection des personnes en maintenant un système de surveillance d'accès à l'EHPAD ainsi que des rondes de nuit organisées.

## 2. Améliorer la citoyenneté des résidents

L'exercice des droits et libertés est garanti à toute personne prise en charge : citoyenneté (vote – lien avec sa famille et ses proches- respect de sa dignité, le libre choix des prestations), une prise en charge et un accompagnement individualisés (contrat de séjour – projet personnalisé – livret d'accueil adapté), recherche du consentement ou à défaut recherche du consentement de son représentant légal, le droit à la confidentialité des informations, accès aux informations le concernant, une information sur ses droits fondamentaux et sur les voies de recours existantes (Référént affichage), participation directe ou par la voie de son représentant au projet d'accueil qui le concerne (recueil des éléments de vie).

- **Accompagner l'entrée en maison de retraite** : Les résidents admis en EHPAD du CH de Roanne sont en très grande majorité issus du secteur MCO ou du SSR du CH de Roanne. La procédure d'admission doit intégrer cette spécificité. Elle comprend la mise en place de la commission d'admission commune aux deux EHPAD. Il faudra par ailleurs continuer à personnaliser l'entrée en EHPAD avec la mise en place d'un référent.
- **Répondre aux besoins d'hébergement temporaire** : Les EHPAD du CH ne disposent pas à ce jour de places d'hébergement temporaire alors qu'il y a un véritable besoin. Le CH est fortement sollicité pour des patients en attente de place en EHPAD et pour lesquels aucune solution n'est envisageable. L'hébergement temporaire constituerait une opportunité certaine pour les personnes âgées dans le cadre d'un séjour de répit ou en suite d'hospitalisation pour une attente d'EHPAD.
- **Personnalisation du projet de vie** : Améliorer la personnalisation du projet de vie par le recueil des éléments de vie, la bonne intégration de la famille à la prise en charge et l'élaboration du projet de vie avec la personne âgée en équipe pluridisciplinaire.

## 3. Optimiser l'aide à la toilette et l'habillement

Les soins paramédicaux constituent une part importante de la prise en charge. Le travail déjà engagé sera poursuivi avec le recueil des habitudes de vie, la réalisation des toilettes évaluatives, l'accès à l'hygiène bucco-dentaire et la personnalisation des soins paramédicaux. Le projet architectural permettra d'envisager l'équipement en sanitaires dans toutes les chambres.

## 4. L'animation au cœur de la prise en charge

Maintenir l'accès aux animations collectives et personnalisées par la mise en place d'un projet d'animation.

## II. LE PROJET DE SOINS

Le projet de soins est conduit par le médecin coordonnateur de la structure médico-sociale de référence. Le personnel paramédical y participe activement. Les résidents en EHPAD disposent du libre choix du médecin traitant.

### 1. Une prise en charge médicale coordonnée et adaptée à la population accueillie

- **Population prise en charge** : Les personnes admises dans les structures médico-sociales du CH de Roanne viennent principalement du centre hospitalier. Ceci explique le fort niveau de dépendance des personnes âgées. Les personnes sont

orientées et intègrent les EHPAD suite à un problème de santé important, nécessitant une hospitalisation.

- **Renforcer la place du médecin coordonnateur** : Le projet médical rédigé par le médecin coordonnateur rappellera les missions du médecin coordonnateur. Le projet sera déployé en conséquence dans le respect de ces axes. Le temps de médecin coordonnateur devra être augmenté à l'occasion du renouvellement de la prochaine convention tripartite.
- **Permanence des soins** : Garantir la permanence des soins aux résidents est un point fort des EHPAD du CH de Roanne. La proximité avec le CH de Roanne permet d'assurer cette permanence des soins.
- **Le consentement aux soins** : Rechercher de consentement aux soins de façon systématique et assurer la possibilité de désigner une personne de confiance.
- **Le circuit du médicament** : Améliorer le circuit du médicament et rechercher la diminution de la consommation de médicaments.

## 2. La spécificité des besoins en soins

Le projet de soins porte aussi sur les différents aspects essentiels de la prise en charge de la personne âgée. Il vise à améliorer ceux-ci :

- La nutrition ;
- L'hydratation ;
- L'incontinence et l'hygiène de l'élimination ;
- La contention ;
- Les chutes ;
- La prévention et la prise en charge des escarres ;
- La prise en charge de la douleur.

## 3. Les prises en charge spécifiques

La population accueillie nécessite une prise en charge adaptée aux pathologies telles que les maladies neuro-dégénératives.

- **Les troubles psychologiques et psychiatriques** : Améliorer la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques par la recherche des troubles de l'humeur à l'entrée, le passage des MMS, la surveillance des évaluations des troubles du comportement et la recherche systématique des troubles dans le cadre de la visite de pré-admission.
- **La prise en charge des personnes désorientées** : Favoriser la prise en charge des personnes désorientées en réalisant l'évaluation de la maladie lors du premier mois d'entrée et en proposant des animations permettant d'exercer la mémoire. Les conditions d'entrée et de sorties du service doivent être discutées avec les familles.
- **La fin de vie** : Proposer un accompagnement de fin de vie de qualité en informant sur les directives anticipées et sur la personne de confiance (IDE ou médecin) et en améliorant la prise en charge globale sur ce temps.

### **III. LE PROJET HÔTELIER**

#### **1. Améliorer l'offre de restauration**


Il convient d'adapter l'offre de restauration aux besoins des résidents par la construction de propositions adaptées comme le « manger-main ». La durée du jeûne nocturne doit être ramenée à 12h maximum.

#### **2. Etendre le traitement du linge des résidents**

La qualité du traitement du linge des résidents est certaine pour la résidence AURELIA. Il s'agit d'étudier la possibilité de traiter de la même façon le linge des résidents de l'UHPAD Bonvert.

#### **3. Un bâtiment adapté aux enjeux de demain**

- Un bâtiment éco-responsable (basse consommation sous réserve d'une absence d'augmentation des frais de maintenance / isolation phonique et thermique...) ;
- Une ergonomie du bâtiment adaptée aux besoins des agents (objectifs : réduction des TMS et de l'absentéisme, limitation des déplacements et des manutentions de personnes âgées...) ;
- Un bâtiment intégrant les besoins futurs des personnes âgées dépendantes (durée de vie d'un bâtiment estimée à 30 ans qui servira à la génération des baby-boomers), et intégrant les évolutions suivants :
  - Augmentation de la dépendance (installation de rails / Salles kiné / projet de coordination des soins / intégrer les contraintes d'accessibilité) ;
  - Augmentation des maladies chroniques ;
  - Augmentation des maladies neuro-dégénératives (unités sécurisées / unités Alzheimer / Prise en soins non médicamenteuse / construction de PASA / lieu de déambulation / sécurisation de la prise en charge / Accès RDC) ;
  - Intégration de la domotique pour améliorer la prise en charge et prévenant l'aggravation de la dépendance (Chemins lumineux / mécanisation de certaines tâches...) ;
  - Diminution de la Durées moyennes de séjours (Entrées tardives / accompagnement fin de vie...) ;
  - Evolution des séjours en EHPAD (Développement de l'hébergement temporaire, des séjours de répit, accompagnement des soignants, avoir des espaces modulables) ;
  - Conciliation de l'espace de vie et espace de soins ;
    - Espace de soins ouvert sur la ville ;
    - Espaces de vie commune (place du village / libre accès au culte) ;
    - Espace d'accès à l'extérieur ;

- 
- Un projet d'établissement axé sur le projet de vie (restauration / activités quotidiennes / animation) ;
  - Accueil des personnes handicapées vieillissantes, répondre aux besoins des habitants du territoire ;
  - Un projet architectural mobilisant les équipes de soins (développer des organisations soignantes performantes).

# ANNEXES

- **Annexe 1 : Liste des fiches-actions du projet médical 2015-2020 ;**
- **Annexe 2 : Bilan du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2008-2014 ;**
- **Annexe 3 : Liste des fiches-actions du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2015-2020.**

## ANNEXE 1: FICHES ACTION DU PROJET MEDICAL

Thématique	Pôle(s) concerné(s)
1/ Mise en place d'une unité neurovasculaire	Urgences-réanimation Médecine
2/ Transfert de la médecine physique et de réadaptation sur le site principal	Gériatrie – MPR
3/ Extension de la dialyse	Médecine
4/ Développement de la rythmologie	Médecine
5/ Développement de la polysomnographie	Médecine
6/ Structuration de la prise en charge du diabète (bilans, CS pied diabétique)	Médecine
7/ Mutualisation de l'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales	Femme-enfant
8/ Mise en place d'un parcours de soins coordonné en cancérologie	Médecine
9/ Mise en place de l'arc-thérapie dynamique en radiothérapie	Médecine
10/ Reconnaissance de 3 lits identifiés en soins palliatifs (LISP) supplémentaires	Médecine
11/ Relocalisation du service de soins de suite et de réadaptation sur le site de Roanne	Gériatrie – MPR
12/ Programmation de la reconstruction ou de la rénovation du site de Bonvert (EHPAD et USLD)	Gériatrie – MPR
13/ Développement de l'HAD	Gériatrie – MPR
14/Mise en place d'une consultation mémoire pluridisciplinaire	Gériatrie – MPR
13/ Réinternalisation et développement d'activités externes (biologie, ACP, imagerie)	Médico-technique



15/ Réorganisation du centre de prélèvement – plateau consultation externes	Médico-technique Gériatrie – MPR Médecine Chirurgie
16/ Contractualisation avec les services cliniques sur la pertinence des actes (recours au plateau technique, conciliation médicamenteuse, biologie délocalisée)	Médico-technique
17/ Mise en place de l'électro convulsivo thérapie (ECT)	Psychiatrie
18/ Mise en place d'une équipe de liaison en pédopsychiatrie	Psychiatrie
19/ Développement de la réhabilitation psychosociale	Psychiatrie
20/ Développement de la recherche clinique	Transversal

**BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014**

AXES	Fiches action	Réalisation dans le cadre du projet de soins 2008-2012	Bilan des actions à poursuivre 2012-2014	Evaluation 2014
AXE 1 PARCOURS PATIENT	accueil 1 <sup>er</sup> acte de soins	Révision ou mise en place de documents, plaquettes informant le patient (livret d'accueil, plaquettes d'information sur la PEC du patient et déroulement de son séjour ...) Modification d'organisation afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des patient et des familles (création d'un poste IDE en consultation d'anesthésie, permanence d'une IDE d'accueil et d'accompagnement au CMP, création d'un poste d'IDE pour l'accueil des familles dans le cadre du don d'organe Réalisation d'enquête de satisfaction (au niveau des consultations)	Remettre le livret d'accueil dans l'unité d'hébergement à l'arrivée du patient Former les professionnels à l'accueil des patients Mettre en place dans le cadre de la consultation d'annonce, le projet personnalisé et expliquer tout le déroulement de la PEC Faire le passeport patient Réaliser un livret thérapeutique sur le suivi de la PEC des patients stomisés Elaborer la procédure et les locaux pour la prise en charge des patients détenus en chambre sécurisés, en obstétrique et en psychiatrie Mettre en œuvre le PPS en gériatrie Mettre en œuvre l'information des patients sur leur pathologie Sensibiliser aux directives anticipées	Réalisé En fonction des pôles en cours ou réalisé  Procédure transfert et accueil d'un détenu en psychiatrie réalisé, procédure SPDRE réactualisé  En cours
	information du patient		Réaliser un audit sur l'information du patient Evaluer la satisfaction des patients par rapport à l'accueil dans les services	Réalisé sur l'ensemble de l'établissement en 2014 et également enquête interne à certaines unités (1A, 1D, UCSME...) réalisée en 2012 et 2013 sur la réanimation
	améliorer le respect de la confidentialité	Augmentation du nombre de chambres seules dans les restructurations de l'établissement Mise en place de mesure au niveau du dossier pour garantir la confidentialité Suppression des affichages d'identité et les supports au lit du patient	Lors des visites et entretiens demander aux personnes présentes de sortir de la chambre Sécuriser le chariot de visite du médecin et les PC Sensibiliser les professionnels à la confidentialité (ne pas laisser de dossier	Réalisé lors des visites en chirurgie Réalisé en fonction des pôles Fait

## BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014

			<p>ouvert dans le couloir sans surveillance)          Acheter des paravents pour les chambres à deux lits          Supprimer l'affichage des noms des patients en SSR et SLD          Mettre en place les espaces de confidentialité en pharmacie</p>	<p>Non réalisé (coût)          Réalisé          Réalisé</p>
<p>développer l'éducation pour la santé</p>		<p>Développement de l'ETP par la mise en place de programme, le recrutement d'une IDE formée d'éducation en santé          Formation des agents du pôle MPV à l'éducation thérapeutique          Création de document ou support à l'intention des patients pour l'éducation thérapeutique</p>	<p>Créer un carnet d'éducation (lien entre la ville et l'hôpital) pour la stomathérapie          Créer une unité de semaine à l'ETP          Identifier une équipe de CATTP qui réalise l'ETP à temps partiel en psychiatrie (préparation des médicaments...)</p>	<p>Installation des locaux d'ETP au 3<sup>ème</sup> de JB          Démarrage en février 2015 du 1<sup>er</sup> groupe d'éducation pour patients psychotiques</p>
<p>processus de prise en charge de la sortie du patient</p>		<p>Information de la présence d'une AS et transmission de ses coordonnées          Recueil des différentes intervenants concourant à la prise en charge du patient à domicile dès son entrée          Programmation de la sortie du patient avec les différents acteurs          Création d'une unité saisonnière en lien avec l'afflux des patients          Mise en place d'une check- liste pour aider à la sortie          Création et gestion de la cellule des sorties complexes          Organisation des sorties avec les ambulanciers privés avec une liste de garde et une charte de qualité          Organisation d'une rencontre avec les libéraux et réalisation d'une fiche de liaison</p>	<p>Anticiper la sortie du patient le plus tôt possible          Programmer les sorties le matin (en lien avec les équipes paramédicales)          Formaliser la procédure de gestion de la sortie des patients          Réviser les procédures décés en lien avec les décrets du 28 janvier 2011</p>	<p>mise en place de staff médico-sociaux depuis sept 2014 en neuro, 4A et au 5B (existait déjà au 4B et en SSR)          constitution du groupe travail (JP Raberin- N Vergnaud et J Guillermin )          production au premier semestre 2015 de la procédure gestion de la sortie des patients</p>

## BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014

	Favoriser le travail en réseau sanitaire et social	Mise en place d'une plaquette d'information ou de livret regroupant les intervenants externes et les structures existantes sur le bassin Mise en place d'une fiche de liaison entre intervenants extérieurs et le CH afin de communiquer les informations en temps réel	Organiser des temps de rencontre avec les différents partenaires pour mieux se connaître lors de réunion ou journée de formation Mettre en place une cellule de coordination ville hôpital (lien avec le futur réseau roannais de prise en charge des personnes souffrant de pathologies lourdes et complexes)	plusieurs rencontres en 2014 avec CDS (ADEP, réseau DEDICAS? Réseau de santé, MAIA) et avec service sociale ( AS clinique du Renaison, ...) création de 3 instances interinstitutionnelles (instance de coordination de l'autonomie, le groupe Parcours, la cellule de coordination des situations complexes)
AXE 2 : ACCOMPAGNER LES CHANGEMENTS	Sécurisation du circuit du médicament	Uniformisation des pratiques pour les commandes de DM Formalisation de procédures (gestion des médicaments, des armoires à pharmacie) Amélioration des liens entre la pharmacie et les unités de soins	Eviter les retranscriptions, mettre en place l'informatisation du circuit du médicament avec DISPORAO S'assurer de la prise des médicaments et vérifier la concordance prescription et administration Acquérir les chariots de médicaments	En cours finalisation en 2015  Constitution d'un groupe référents médicaux et réécriture des procédures Essai de chariots en cours sur la médecine, réalisé en psychiatrie, gériatrie
DANS LES PRATIQUES DE SOINS AMELIORER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Prévention de la dénutrition et prise en charge des repas	Amélioration de la collaboration entre l'équipe de diététicienne et les unités de soins Mise en place de commissions de restauration	Repenser, adapter et optimiser les organisations (horaires, pratiques, fiche de travail et de recueil...) Mettre en place la formation professionnelle à l'instant repas Mettre en œuvre les repas adaptés aux patients d'oncologie et de gériatrie Réfection de la fiche « habitudes alimentaires » déployer la fiche dans l'établissement avec l'équipe diététique Elaborer et généraliser l'utilisation de la fiche CLAN « prévention dénutrition » pour les patients à risque Mettre en place le recueil systématique du poids par rapport à la taille du patient	Modification de l'horaire du repas du soir à 19h en psychiatrie dans les nouveaux locaux Mise en œuvre de repas adaptés aux patients d'oncologie en 2013 et depuis 2009 existence de menus adaptés pour les résidents Fiche sur les habitudes alimentaires(DPC1) construite en 2010 avec une information sur cette fiche réitérées dans les formations « accueil hôtelier quand le repas fait soin »,





## BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014

			oeuvre	unités
			Développer une politique d'accueil des nouveaux professionnels et assurer un encadrement sur mesure pour permettre une intégration efficace (compagnonnage)	Poursuite de l'inscription à la formation consolidation des savoirs en psychiatrie et inscription des cadres au DU « soins en psychiatrie »
Définir une politique de formation continue	Présentation systématique du plan de validation Modification du profil du correspondant formation de pôle		Inscrire les actions menées sur les pôles	Mise en place de formation spécifique aux pôles en collaboration avec le service formation continue
Adapter effectifs l'activité	Communication des projets, orientations de l'établissement ou des pôles aux agents par des réunions d'information		Elaborer un outil permettant la mesure de la charge de travail Définir une politique de recrutement en lien avec la DRH Identifier les effectifs de base en numérotant les poste Mettre en place un tableau de suivi des effectifs et des remplacements Mettre en place une organisation de suppléance Mettre en place des réunions mensuelles avec la DRH pour la gestion des effectifs Mettre en place une collaboration avec les médecins pour les fermetures de service	Non réalisé Réalisé Réalisé Réalisé dans certains pôles psychiatrie, gériatrie Non réalisé
Développer la mobilité	Collaboration entre DSI et DRH pour favoriser la mobilité en rédigeant une procédure, en accompagnant les agents et notamment en utilisant la formation comme outil pour la mobilité			A reconduire
Valoriser les soignants	Accompagner les nouveaux arrivants afin de leur permettre de s'adapter (fiche de poste...)		Identifier les personnes ressources au sein de l'unité (fiche de poste) Formaliser les entretiens d'évaluation et d'accompagnement individuelle (en dehors de l'évaluation annuelle) Améliorer la gestion des arrêts maladies ou maternité Favoriser la collaboration DRH/DSI pour optimiser la gestion du personnel	Lors des réorganisations, les fiches de postes sont revisitées ou élaborées. Elaboration de la procédure du personnel en difficulté en collaboration avec la DRH Création du poste de CSS adjoint à la DSI dont une des missions est d'assurer

## BILAN DU PROJET DE SOINS 2008-2014

	Favoriser la cohésion d'équipe	Formation de tout l'encadrement à la cohésion d'équipe	Favoriser l'écoute de la part du cadre (disponibilité) Favoriser les temps de paroles et débats autour de sujets fédérateurs lors de temps d'échange	la coordination sur l'ensemble des missions RG Formation à l'adossement managériale à l'ensemble de l'encadrement (CS etCSS)
Promouvoir un management relationnel	Implication des professionnels dans des groupes de travail (nouvelle organisation...)	Programmer des réunions régulières entre le cadre et l'équipe Identifier des compétences et des référents Diminuer le nombre de réunions institutionnelles qui éloignent le cadre de son service et favorise l'impression que le cadre n'est pas là pour son équipe.	Réalisé Les référents sont identifiés. Réalisé	



## **ANNEXE 3 : FICHES ACTION PROJET DE SOINS INFIRMIERS ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **AXE 1**

#### **OBJECTIF 1 : Inscrire l'organisation de la prise en charge intra hospitalière dans un parcours de soins de territoire**

FICHE N°1-1-1 : formaliser les principaux processus de prise en charge

FICHE N°1-1-2 : Améliorer la tenue du dossier de soins par l'informatisation

FICHE N°1-1-3 : Développer la prévention et l'éducation en santé

FICHE N° 1-1-4 : Coordonner la gestion de la sortie des patients

OBJECTIF 2 : Promouvoir la cohérence et la continuité des prises en charge adaptées aux patients

FICHE N°1-2-1 : Coordonner les actions des équipes transversales

FICHE N°1-2-2 : Collaborer avec l'ensemble des partenaires du territoire

FICHE N° 1-2-3 : Consolider l'inscription des équipes de nuit dans une logique de continuité des soins

OBJECTIF 3 : Garantir à la personne soignée le respect de ses droits

FICHE N° 1-3-1 : Développer la démarche éthique

FICHE N°1-3-2 : Promouvoir la bientraitance

FICHE N° 1-3-3 : Améliorer les pratiques l'information et la communication avec les patients et leurs proches

### **AXE 2**

#### **OBJECTIF 1 : Développer la complémentarité entre les acteurs concourants à la prise en charge du patient**

FICHE N°2-1-1 : Développer les pratiques non médicamenteuses dans la Prise en charge de la douleur

FICHE N° 2-1-2 : Améliorer la prise en charge de la fin de vie en collaboration avec l'EMSP

FICHE N° 2-1-3 : Accompagner le développement de l'éducation thérapeutique

FICHE N° 2-1-4 : Collaborer avec l'EOH pour améliorer les pratiques en hygiène hospitalière

FICHE N° 2-1-5 : Améliorer nos interfaces avec le service d'imagerie médicale

FICHE N° 2-1-6 : Développer la prestation transport en lien avec les unités de soins

FICHE N° 2-1-7 : Articuler le travail du service médico-social avec les besoins des services et des patients

FICHE N°2-1-8 : Poursuivre l'amélioration de l'instant repas

FICHE N° 2-1-9 : Accompagner les professionnels dans l'acquisition de la démarche qualité et gestion des risques

OBJECTIF 2 : contribuer au développement de la culture d'amélioration continue de la qualité

FICHE N° 2-2-1 : Piloter les unités en sensibilisant les professionnels à l'utilisation des indicateurs Qualité

FICHE N° 2-2-2 : Contribuer à la gestion des fiches d'évènements indésirables

FICHE N° 2-2-3 : Développer la culture du retour d'expérience au sein des unités de soins

OBJECTIF 3 : Contribuer à la prévention des risques liés aux soins

FICHE N° 2-3-1 : Participer à la sécurisation du circuit du médicament

FICHE N° 2-3-2 : Optimiser la prise en charge nutritionnelle du patient

FICHE N° 2-3-3 : Améliorer la prévention, le traitement et le suivi des chutes

FICHE N° 2-3-4 : Améliorer la prise en charge de l'escarre constituée

FICHE N° 2-3-5 : Poursuivre l'amélioration du suivi de la gestion de la douleur

FICHE N° 2-3-6 : Poursuivre la politique concertée en matière d'hygiène des locaux

FICHE N° 2-3-7 : Développer la prévention des sorties à l'insu du service

### **AXE 3**

#### **OBJECTIF N° 1 : Accompagner les professionnels afin de développer les compétences individuelles et collectives**

FICHE N°3-1-1 : Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants au niveau des unités de soins

FICHE N° 3-1-2 : Développer et valoriser les compétences et l'expertise

FICHE N° 3-1-3 : Promouvoir le travail en équipe et la qualité de vie au travail

FICHE N° 3-1-4 : Poursuivre le projet de recherche en soins

OBJECTIF N°2 : Adapter les missions et le management du cadre à l'évolution des organisations et des professionnels

FICHE N° 3-2-1 : Définir les fonctions des cadres dans le contexte de la gestion des pôles

FICHE N° 3-2-2 : Redéfinir la notion de permanence pour les cadres de santé

FICHE N° 3-2-3 : Poursuivre le travail sur le suivi et la mise en place des indicateurs de charge en soins

FICHE N° 3-2-4 : Développer l'utilisation et valoriser le rapport d'activité annuel des cadres de santé

#### **AXE 4**

FICHE N°4-1 : Accompagner l'étudiant dans son parcours d'apprentissage et d'acquisition des compétences

FICHE N° 4-2 : Poursuivre la formation des tuteurs et faciliter leurs reconnaissances

FICHE N° 4-3 : Développer la collaboration et la coordination de nos actions avec l'IFSI et les autres instituts de formation



28, Rue de Charlieu  
CS 511  
42328 ROANNE Cedex

Tél. 04 77 44 30 00

