



PROJET D'ETABLISSEMENT 2017 - 2021

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan,
un établissement tourné vers l'avenir



Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

avenue Pierre de Coubertin
40 024 Mont-de-Marsan cedex

☎ : 05 58 05 10 10



Ouverture en 2007 du Service d'Accueil des Urgences

Bâtiment regroupant le S.A.U, l'H.T.C.D et le SMUR et disposant d'une réserve foncière sur deux étages supérieurs.



Réhabilitation des services d'hospitalisation de chirurgie achevée en janvier 2011

Travaux sur la totalité des services de chirurgie avec une amélioration des conditions de travail et de la prestation hôtelière.



Hôpital de Nouvelle

Bâtiment regroupant l'USLD, un EHPAD et le service de soins de suite et le service de MPR



Système d'information performant

Déploiement du dossier patient informatisé, système de PACS, transmission des résultats de laboratoire par serveur informatique.



Travaux d'extension du bloc opératoire

Création d'une salle d'intervention supplémentaire et agrandissement de la salle de S.S.P.I.

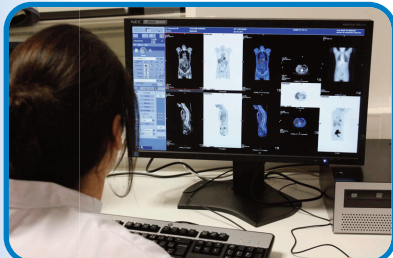


Unité d'Hébergement Renforcé

Création d'une unité de 14 places en EHPAD.



Ophtalmologie



Médecine Nucléaire



Sommaire

Préambule.....	6
Chapitre I.....	7
Analyse de la situation.....	7
Données générales sur le département des Landes.....	8
Le département des Landes aujourd’hui.....	8
Panorama de l’offre de soins dans les Landes.....	12
Historique du centre hospitalier.....	15
Diagnostic de l’établissement.....	18
Chapitre II.....	23
Le projet médical et soignant.....	23
La stratégie médicale pour 2017 – 2021 Le projet médical.....	24
L’attractivité :.....	24
La compétitivité :.....	24
La décentralisation de l’offre de soins :.....	24
La citoyenneté dans la dynamique de l’esprit des lois et de la réflexion éthique.....	25
Les thèmes du projet médical.....	29
Thème n°1 – La chirurgie.....	29
Thème n°2 – La médecine.....	32
Thème n°3 – La gériatrie et le médico-social – Le MPR et le SSR.....	38
Thème n°4 – La psychiatrie.....	41
Thème n°5 – Les urgences.....	46
Thème n°6 – Le plateau technique.....	47
Thème n°7 – Le projet de santé publique.....	48
Le projet de soins.....	50
Le contexte.....	50
Des professionnels engagés.....	50
Le contenu du projet de soins infirmiers.....	52
Elaboration du projet de soins infirmiers.....	54
Conclusion.....	55
Le projet droits des usagers, éthique et culture.....	56
Chapitre III.....	59
Les conditions de mise en œuvre : vers une amélioration de l’efficacité et de l’évaluation des résultats.....	59
La gestion de l’efficacité.....	61
Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers et développement durable.....	61
AXE 1 : Consolider notre démarche d’amélioration de la qualité et de gestion des risques.....	62
Renforcer la gouvernance de notre système de management de la qualité.....	62



Sommaire (suite)

Accompagner la mise en œuvre du projet d'établissement.....	62
Optimiser la gestion documentaire.....	63
Piloter la qualité – gestion des risques au sein des pôles.....	63
Renforcer la culture de sécurité.....	64
Poursuivre les démarches d'évaluation externe.....	65
Optimiser le système d'information.....	66
Poursuivre la dynamique de développement durable.....	66
Renforcer les liens avec les structures régionales et nationales d'appui.....	66
Consolider la gestion de crise.....	66
AXE 2 : Optimiser la qualité et la sécurité des soins en rendant le patient co-acteur de sa prise en charge.....	67
Poursuivre la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.....	67
Apporter une réponse adaptée à toutes les situations.....	68
Optimiser les parcours patient.....	68
Poursuivre la réflexion éthique.....	68
AXE 3 : Développer l'évaluation.....	69
Poursuivre l'analyse de la satisfaction.....	69
Poursuivre le suivi des indicateurs liés aux soins.....	69
Poursuivre la mise en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles dans tous les secteurs d'activité.....	70
Mettre en place des audits qualité en intégrant les usagers.....	70
Garantir le bon fonctionnement et la coordination des dispositifs de vigilance.....	71
Axe 4 : Former, Informer, communiquer, impliquer.....	71
Compléter les programmes internes de formation sur la Qualité et Gestion Des Risques	72
Formaliser le projet de communication Qualité et Gestion Des Risques.....	72
Le projet social.....	73
Rappel du cadre réglementaire.....	73
Bilan du projet social 2008/2012 et la suite.....	73
Les liens avec les autres projets.....	73
Méthodologie d'élaboration du projet social.....	73
Les valeurs du projet social.....	73
AXE 1 : Les conditions de gestion du personnel dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance.....	74
Définir les rôles de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Soins et des Responsables de pôle (en lien avec les contrats de pôle).....	74
Etablir les principes de politique de mobilité interne.....	75
AXE 2 : Un plan d'intégration et de fidélisation pour le personnel.....	75
Faire connaître le Centre Hospitalier et ses projets.....	75
Définir une politique d'accueil et d'insertion du nouvel arrivant.....	75
Définir une politique d'accueil des étudiants pendant leur stage.....	76
AXE 3 : L'adéquation qualitative entre les besoins et les ressources humaines.....	76



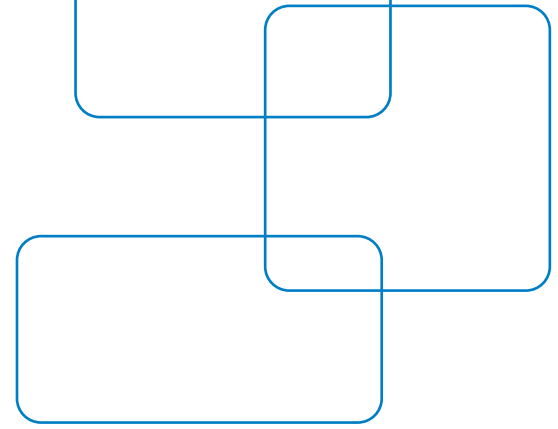
Sommaire (suite)

Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et compétences.....	76
Développer une politique de formation en lien avec la GPMC et l'évaluation.....	76
Promouvoir le dispositif VAE, en particulier pour les ASHQ.....	76
Poursuivre la politique de formations diplômantes et qualifiantes donnant accès à une promotion dans tous les secteurs.....	76
AXE 4 : La communication et l'information.....	77
Définir une politique de communication.....	77
Favoriser l'expression sur le terrain.....	77
AXE 5 : La qualité de vie au travail.....	77
Pilotage de la politique QVT.....	77
Prévention des risques psychosociaux.....	77
Conditions de travail et santé au travail.....	78
Employabilité, développement professionnel.....	78
Egalité des chances.....	78
Sentiment d'appartenance au Centre Hospitalier.....	78
Amélioration du processus de gestion de la QVT.....	78
AXE 6 : Les conditions de travail.....	78
Institutionnaliser le rôle du CHSCT.....	78
Développer la politique de prévention des risques en lien avec le CHSCT.....	78
Développer le service de Santé au travail.....	78
Mettre en place une gestion des répercussions de l'absentéisme imprévu pour toute catégorie professionnelle.....	78
Adapter certains postes de travail à travers une politique de reclassement.....	78
Aménagement du poste de travail en cas de restrictions par la médecine du travail.....	78
Travail à mener sur la logistique et les besoins en matériel dans les services.....	78
Mise en œuvre et suivi du projet.....	78
Projet de gestion.....	79
Chapitre IV.....	87
Le projet architectural et son financement.....	87
Le Schéma Directeur du Système d'Information.....	88
Avant-propos.....	88
Axe 1 : Conforter la qualité de la gestion de l'identité, des mouvements du patient et des référentiels de structure.....	89
Axe 2 : Conforter la fiabilité et la disponibilité du SI.....	89
Axe 3 : Conforter la protection des données et de leur confidentialité.....	89
Conforter le Dossier Patient Informatisé CROSSWAY en étendant son périmètre fonctionnel.....	90
Remettre à plat le SI du Bloc Opératoire.....	90
Le projet technique, structurel et le plan directeur.....	92
Etat des réalisations depuis 2000.....	92
Etat diagnostic du patrimoine.....	93
Etat des lieux des structures.....	93



Sommaire (suite)

Etat des lieux des installations techniques.....	95
Les autres installations techniques et équipements.....	96
Etat des lieux de Sécurité incendie.....	96
Nouvelle / Lesbazeilles.....	96
Crèche.....	98
Blanchisserie.....	98
Etat des lieux de la Sûreté.....	98
Hôpital Layné.....	98
Nouvelle / Lesbazeilles.....	98
Sainte Anne.....	98
Crèche.....	98
Blanchisserie.....	98
Les orientations du plan directeur.....	100
Les Projets.....	100
La filière gériatrique.....	100
Les plateaux techniques médico-chirurgicaux.....	101
Les unités d'hébergements médico-chirurgicales.....	101
La filière psychiatrique.....	101
La Logistique.....	101
Les mises en conformité.....	101
Planning envisagé.....	101
Le projet de la filière gériatrique.....	101
Le projet.....	101
Etat des capacités.....	102
Les plateaux techniques médico-chirurgicaux.....	102
Le projet.....	102
Le programme.....	102
L'hébergement médico-chirurgical.....	103
Le projet.....	103
Le programme.....	103
Le projet de la filière psychiatrique.....	103
Le projet.....	103
Le programme.....	103
Le projet technique et structurel.....	103
Le projet.....	103
Le programme.....	103
CONCLUSION.....	113



Préambule



Préambule

Qu'avons-nous fait de 2008 à 2016 ?

Le précédent projet d'établissement couvrait la période allant de 2004 à 2008. C'est donc seulement sept ans plus tard que l'établissement reprend l'élaboration de son projet. Pour autant, l'établissement n'a pas connu de pause dans les projets pendant cette période, bien au contraire.

Ces sept années ont d'abord permis l'aboutissement d'actions inscrites dans le projet précédent (2004-2008) et dont l'élaboration et/ou la mise en œuvre nécessitait un temps supplémentaire.

Cette période a aussi permis l'émergence de nouveaux projets, liés à des documents stratégiques dont la publication est intervenue postérieurement à celle du projet d'établissement du centre hospitalier. Il s'agit d'abord du schéma régional d'organisation sanitaire (2012 – 2016) et ensuite du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (2007 – 2011).

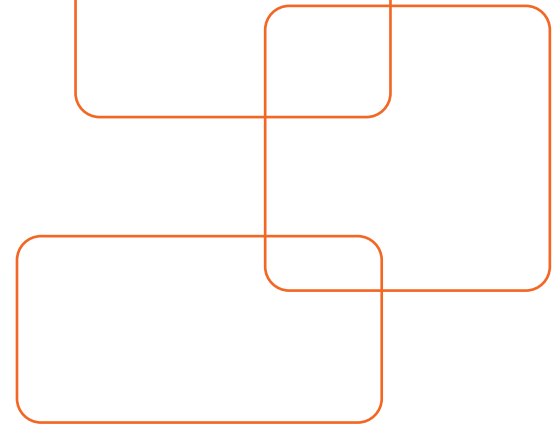
L'année 2006 a été marquée par la mise en place de la nouvelle gouvernance, sans pour autant que celle-ci soit devenue réellement effective (exemple : absence de contrat de pôle). A ce jour en 2016, nous avons six pôles cliniques et médicotechniques au centre hospitalier de Mont-de-Marsan. A ces six pôles, nous devons rajouter trois pôles administratifs (stratégie, ressources matérielles et ressources humaines).

En 2016, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan est donc un établissement engagé dans une mutation importante pour se moderniser, se développer et assurer son positionnement en tant qu'acteur de santé du territoire sur le long terme.

Le nouveau projet d'établissement de 2017 à 2021 est conçu dans cet état d'esprit. Il s'agit de maintenir la dynamique enclenchée.

Le projet médical 2017 – 2021 s'inscrit donc dans une continuité. Mais il tient également compte des changements intervenus dans l'environnement dans lequel évolue désormais l'établissement :

- Organisationnels : Les pôles inscrits clairement et durablement dans le paysage sanitaire, avec les contrats de pôle et les projets de pôle,
- Financiers : La tarification à l'activité, appliquée en totalité depuis 2007,
- Stratégiques : Le nouveau SROS P.R.S paru le 1er avril 2012,
- Territoriaux : La création de la Communauté Hospitalière de Territoire des Landes en 2012 et l'identification au sein de l'établissement d'une fonction dédiée aux coopérations avec la transformation en 2016 en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) par la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant loi de santé pour 2016, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan a été désigné en qualité d'établissement support et assure la gestion des ressources liées aux achats, à la direction des systèmes d'information et au département d'information médicale pour 3 établissements du groupement.
- Fonctionnels : Le développement du système d'information au service des professionnels et des usagers,
- Démographiques : Les difficultés de recrutement médical dans certaines spécialités fortement positionnées dans le secteur privé et/ou très déficitaires en nombre de praticiens formés,
- Réglementaires : De nouvelles normes imposent de nouvelles contraintes de fonctionnement dans différentes spécialités (cardiologie interventionnelle, biologie médicale, ...)



Chapitre I

Analyse de la situation

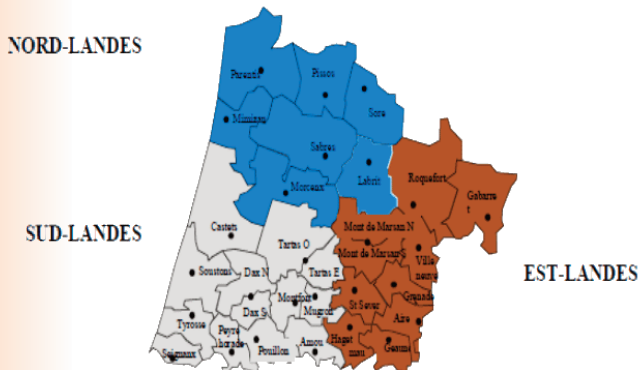


Analyse de la situation

Données générales sur le département des Landes

Le département des Landes aujourd'hui

Les 3 territoires de proximité



Trois territoires de proximité composent le département des Landes – avec les anciens cantons :

- **Nord Landes** : Cantons de Labrit, Mimizan, Morcenx, Parentis-en-Born, Pissos, Sabres et Sore
- **Sud Landes** : Cantons de Dax, Tartas, Amou, Castets, Monfort-en-Chalosse, Mugron, Peyrehorade, Pouillon, Saint-Martin-de-Seignanx, Saint-Vincent-de-Tyrosse et Soustons
- **Est Landes** : Cantons de Mont-de-Marsan, Aire sur l'Adour, Gabarret, Geaune, Grenade-sur-l'Adour, Hagetmau, Roquefort, Saint-Sever, Villeneuve-de-Marsan

Au 1er janvier 2017, les Landes comptent 414.090 habitants et représentent 12 % de la population régionale avec au nord, un territoire vaste et peu peuplé, à l'exception de sa partie littorale, à l'est un territoire plus réduit et plus peuplé, et au sud, le territoire le plus peuplé et le plus urbanisé du département.

Un nouveau découpage est intervenu pour les cantons sans changement du périmètre des trois territoires :

La nouvelle carte cantonale

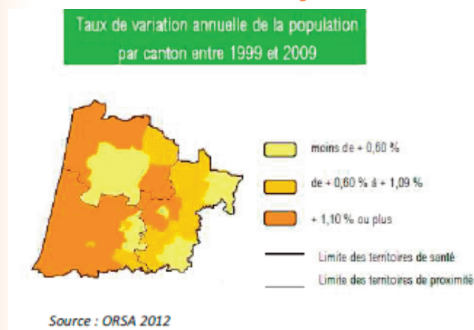




Analyse de la situation

Les autres éléments sociodémographiques significatifs pour caractériser le département sont :

La croissance importante de sa population



Depuis 1999, la population s'est accrue à un rythme annuel de 1,4 %. C'est le plus fort accroissement départemental observé dans la région (0,8%). Cet essor démographique a bénéficié principalement aux zones urbaines, c'est-à-dire les deux chefs-lieux d'arrondissement, Dax et Mont-de-Marsan, ainsi qu'aux zones littorales du nord et du sud du département.

Son dynamisme démographique

Ce dynamisme s'explique uniquement par les flux migratoires, le solde naturel du département, quant à lui est nul. On constate ce phénomène au niveau régional également, mais il est particulièrement significatif dans les Landes.

La faible densité de sa population

La densité de population des Landes est de 42 habitants par km² contre 78 pour l'Aquitaine et 95 pour la métropole, hors Île-de-France. La situation est cependant très contrastée au sein du département :

- 64,9 habitants par km² au sein du territoire de proximité sud des Landes,
- 18,1 habitants par km² au sein du territoire de proximité nord des Landes,
- 41,1 habitants par km² au sein du territoire de proximité est des Landes.

Une natalité insuffisante

En 2012, le taux de natalité est de 9,9 naissances pour mille habitants, soit un niveau proche de celui de l'Aquitaine. L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,96 enfant par femme dans les Landes, taux supérieur à l'indice régional de 1,80 enfant par femme en 2012. L'Aquitaine est l'une des régions les moins fécondes de France, l'indice conjoncturel de fécondité se situant à 1,98 en 2012 pour la France métropolitaine. Le taux constaté au niveau départemental demeure cependant éloigné du seuil du renouvellement des générations de 2,1 enfants par femme (Cf. INSEE Première, n° 1482, janvier 2014).

Le net vieillissement de la population

Les Landes enregistrent un indice de vieillissement de la population sensiblement plus élevé que la moyenne nationale.

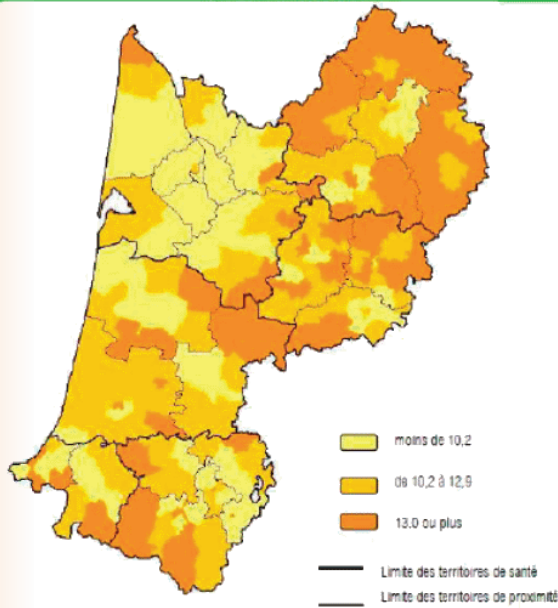
	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine	France métropolitaine
Indice de vieillissement	102,7	71,2	95,4	106,2	95,9	90,5	70,7

Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Données au 1er janvier 2012.



Analyse de la situation

Pourcentage de personnes de 75 ans ou plus par canton en 2009



Source : Insee

L'âge moyen de la population landaise est estimé à 43,1 ans. La part de la population âgée de moins de 20 ans est inférieure à celle de la population âgée de 60 ans ou plus. Elle est de 22 % (< 20 ans) contre 29 % (60 ans).

Les données issues du recensement de la population en 2012 montrent qu'en Aquitaine, les personnes âgées se situent davantage dans les territoires ruraux.

Le diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du projet territorial de santé des Landes précise que « la part des personnes de plus de 75 ans est la plus forte sur le territoire du sud des Landes, en particulier au niveau des cantons de Tartas. Mais le canton le plus âgé du département se situe sur le territoire du nord des Landes, dans le canton qui est par ailleurs celui où l'on trouve des communes dont la densité est de 2,4 et 6 habitants au km², traduisant une fois encore les particularités des besoins liés au risque d'isolement des personnes âgées de ce canton. »

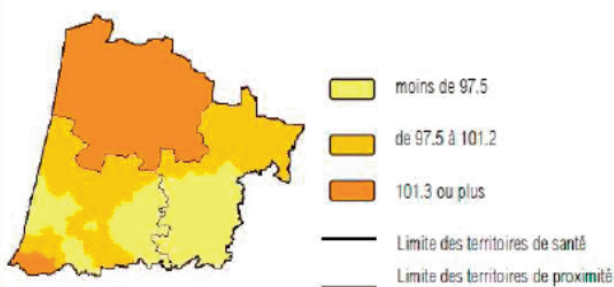
Une mortalité prématurée moins élevée pour les femmes

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine	France métropolitaine
Hommes	271,1	261,4	280,8	252,4	264,7	220,2	270,0
Femmes	120,0	115,1	114,6	112,7	117,1	115,6	123,5

Indice comparatif de mortalité en 2009-2010-2011 (décès pour 100.000 habitants), Insee

La situation des Landes est plus favorable pour les femmes qu'en Aquitaine et qu'au niveau national aussi bien en termes de mortalité prématurée que pour certains indicateurs de santé spécifiques : taux d'admission en affection de longue durée pour diabète, psychiatrie, Alzheimer.

Indices comparatifs de mortalité prématurée* par canton en 2005-2009 (Aquitaine = 100)



* double lissage pondéré

Cependant, pour les autres indicateurs et par rapport à quelques grandes pathologies, le département des Landes a un positionnement plus défavorable, encore plus marqué sur le territoire nord du département.

La situation est globalement favorable au sud des Landes. Le territoire à l'est des Landes occupe lui une position intermédiaire.



Analyse de la situation

Le département des Landes à l'horizon 2040

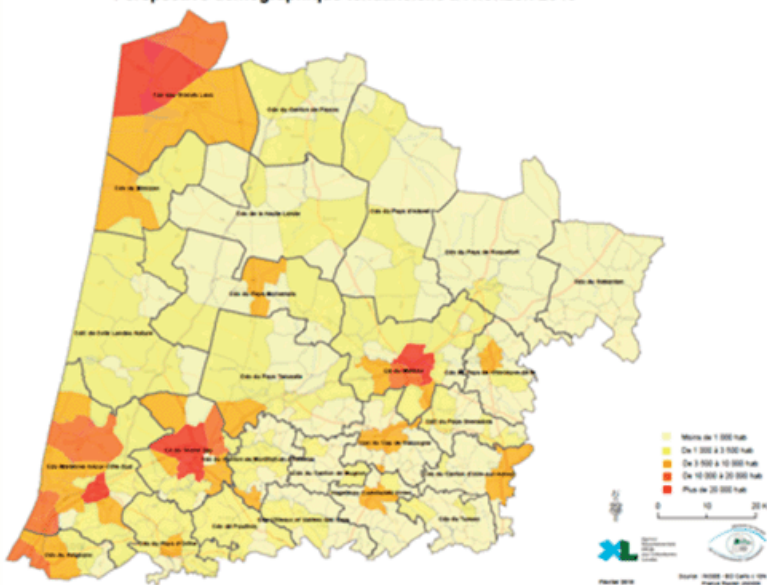
Au cours des prochaines années, le contexte départemental sera marqué par deux évolutions majeures :

- La poursuite de la croissance de la population,
- Le poids croissant des personnes âgées au sein de la population.

L'augmentation de la population landaise

À l'horizon 2040, si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, l'Aquitaine comptera 3,7 millions d'habitants, soit une progression de 15 % par rapport à 2006. Le département des Landes aurait la plus forte croissance relative sur l'ensemble des départements de la région, avec une progression de 23% par rapport à 2006. C'est sur le territoire du nord des Landes que ce développement va être le plus significatif. « La région des Grands Lacs dans le Pays de Born devrait voir sa population augmenter de manière exponentielle d'ici à 2030 » précise le diagnostic pour le projet territorial de santé. Biscarrosse deviendrait la deuxième ville du département avec 24 800 habitants en 2040.

Perspective démographique tendancielle à l'horizon 2040



A ce jour, la population landaise est majoritairement rurale, mais une évolution se dessine. Le développement des infrastructures et notamment la mise en service de la Ligne à Grande Vitesse d'ici 2017, devrait s'accompagner d'une diminution de la population dans les zones rurales et parallèlement, de l'apparition d'axes d'urbanisation : Au nord, en direction de Dax et en direction de Mont-de-Marsan.

	Population		Évolution relative annuelle moyenne (%)		Contribution solde naturel (%)		Contribution solde migratoire (%)	
	2012	2040	1990-2007	2007-2040	1990-2007	2007-2040	1990-2007	2007-2040
Landes	392 000	493 000	0,98	0,89	-0,10	-0,14	1,07	1,04
Aquitaine	3 285 000	3 880 000	0,71	0,63	0,04	-0,04	0,66	0,67

Sources : Insee, RP 1990 et RP 2007 - Omphale 2010-2013



Analyse de la situation

Le vieillissement de la population

En Aquitaine, le vieillissement de la population est plus marqué qu'au niveau national. Les Landes s'inscrivent dans cette tendance, l'indice de vieillissement de la population constaté au 1er janvier 2009 étant plus élevé (91,7) que la moyenne nationale (67,9).

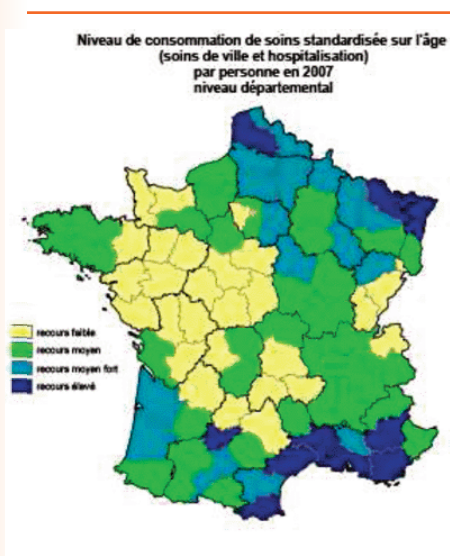
Le département occupe la 29ème place sur 96 dans le classement des départements au regard du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans dans leur population (indice de vieillissement Insee).

Le développement démographique attendu d'ici 2030 aura nécessairement une incidence sur la progression de la population âgée dans le département, dans les années à venir. En effet, la croissance de la population est principalement liée à un phénomène migratoire : 34% viennent d'Aquitaine (hors Landes) et 20% d'une autre région française.

Entre 2007 et 2040, le nombre de personnes de 60 ans ou plus augmenterait de 70 %. Et celui des personnes de 75 ans ou plus devrait doubler d'ici 2040.

	Âge médian (années)		Répartition par âge en 2007 (%)			Répartition par âge en 2040 (%)		
	2007	2040	Moins de 20 ans	60 ans ou plus	75 ans ou plus	Moins de 20 ans	60 ans ou plus	75 ans ou plus
Dordogne	46	53	20,6	30,2	12,8	18,4	42,4	21,0
Gironde	39	43	23,8	21,1	8,6	21,5	30,3	14,2
Landes	43	50	22,2	26,7	10,7	19,9	38,4	18,0
Lot-et-Garonne	44	50	22,1	28,0	11,8	19,8	38,6	19,0
Pyrénées-Atlantiques	42	48	22,2	25,6	10,6	19,5	35,8	17,6
Aquitaine	42	47	22,7	24,6	10,1	20,4	34,7	16

Panorama de l'offre de soins dans les Landes

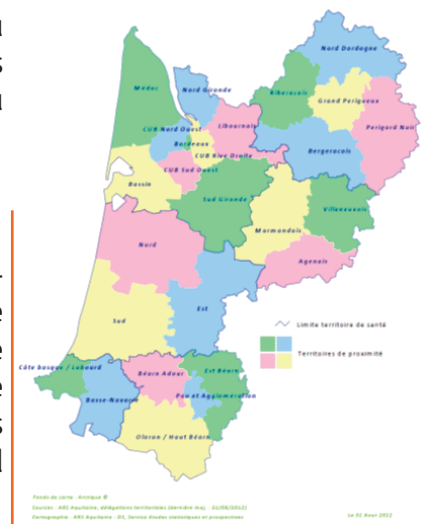


En Aquitaine, il existe de fortes disparités entre les départements au niveau de la consommation des soins ambulatoires et hospitaliers. Ce niveau est fort dans les Landes.

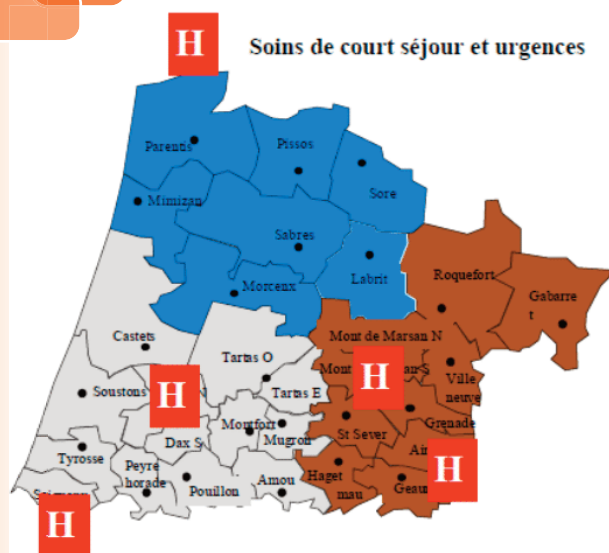
L'offre de soins hospitaliers

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan se situe sur le territoire de santé des Landes, lui-même découpé par la conférence de territoire du 8 avril 2012 en trois territoires de proximité : Nord, Sud et Est.

Les territoires de santé en Aquitaine



Analyse de la situation



L'offre de soins hospitaliers est exclusivement présente sur les territoires sud et est, qu'elle soit publique ou privée :

- Au sud, un centre hospitalier et une clinique à Dax, et l'accès au centre hospitalier et cliniques de Bayonne et d'Orthez,
- A l'est, un centre hospitalier et une clinique à Mont-de-Marsan, une clinique à Aire sur l'Adour et l'accès au centre hospitalier et cliniques paloises.

Le nord ne dispose, sur son territoire, d'aucune offre de soins hospitaliers. La population dépend donc des établissements situés à Arcachon, Mont-de-Marsan, Dax ou le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

Dans le secteur public, les centres hospitaliers de Dax et de Mont-de-Marsan, implantés sur chacun de ces territoires, proposent une palette complète d'activité de soins de médecine.

Sur le département, ce sont les seuls établissements à proposer une prise en charge en obstétrique.

Le SAMU 40 est basé sur le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan avec des services d'urgence au Centre Hospitalier de Dax, au Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan et à la Polyclinique Les Chênes à Aire sur l'Adour. Avec le déploiement du « Plan SMUR » depuis 2008 et notamment la création des SMUR Nord Landes et Landes Gers, l'objectif d'un accès en moins de 30 minutes à un SMUR pour la population landaise est pratiquement atteint.

La création de deux unités neurovasculaires, l'une au centre hospitalier de Dax en 2010 et l'autre au centre hospitalier de Mont-de-Marsan en 2011 est un facteur essentiel de la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux.

En santé mentale, le diagnostic pour le projet territorial de santé des Landes indique que « les centres médico-psychologiques sont harmonieusement répartis sur tous les territoires, y compris dans les zones les plus isolées ».

L'offre de soins ambulatoires

Afin de garantir le maintien d'une prise en charge de premier recours en proximité, la présence de maisons de santé pluridisciplinaires se développe sur le nord et l'est du département et le Centre Hospitalier envisage de créer une maison de santé sur Mont-de-Marsan.

En revanche, compte tenu de l'offre de soins existante au sud des Landes et notamment de la densité de médecins libéraux, aucune maison de santé pluridisciplinaire n'y est implantée. Cet atout est toutefois contrebalancé par le fait que les médecins de ce secteur sont aussi en moyenne les plus âgés des trois territoires landais.

	Nord des Landes	Sud des Landes	Est des Landes
Densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants	102,5	121,8	107,5

Ces écarts de densité se doublent d'une différence en termes de charge de travail d'un secteur à l'autre, celle-ci étant plus lourde sur le secteur est, où d'après l'analyse du diagnostic pour le projet territorial de santé, l'accès aux soins serait vécu comme étant plus difficile par les patients.



Analyse de la situation

	Nord des Landes	Sud des Landes	Est des Landes	Landes	Région
Tout public	980	887	1124	952	1020
Patients de plus de 75 ans (>)	105	98	115	103	96

Nombre moyen théorique de patients suivis par chaque médecin libéral

Pour les autres professions de santé, les données disponibles montrent :

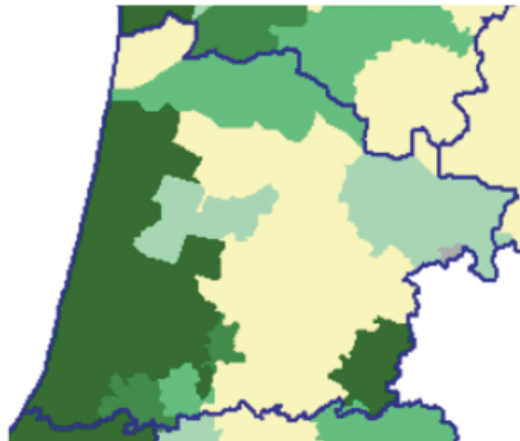
- Un territoire moins bien doté pour les infirmiers

	Nord des Landes	Sud des Landes	Est des Landes	Landes	Région
Tout public	800	763	1042	833	649
Patients de plus de 75 ans (>)	85	85	106	90	67

Nombre moyen théorique de patients suivis par chaque infirmier libéral

- Une densité plus faible des chirurgiens-dentistes dans les territoires nord et surtout est,
- Une concentration des masseurs-kinésithérapeutes sur la zone côtière, et une offre très faible dans cette profession sur le territoire est,

Densité des kinésithérapeutes libéraux
Ecart à la moyenne au 1er/1/2010



- De fortes disparités s'agissant des spécialités médicales et notamment des spécialités en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie) et d'autres spécialités ajoutées à cette analyse (cardiologie, gastroentérologie, neurologie, O.R.L et radiodiagnostic)

	Nord des Landes	Sud des Landes	Est des Landes
Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants	28,4	68,3	100



Analyse de la situation

Historique du centre hospitalier

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan tel qu'il existe aujourd'hui est le fruit de la fusion de trois établissements :

--> **1982** : entre le Centre Hospitalier Général (Hôpital LAYNÉ) et l'hôpital NOUVIELLE,

--> **2000** : entre le Centre Hospitalier des Landes (Hôpital SAINTE ANNE) spécialisé en psychiatrie et le Centre Hospitalier Général.

Les premiers établissements montois

Hôpital LESBAZEILLES

Premier site hospitalier qui a ouvert en 1702.

Hôpital LAYNE

On trouve trace au XIIIe siècle de deux hôpitaux implantés dans la ville de Mont de Marsan :

- l'un était destiné à recevoir les pauvres, malades et infirmes de la région,
- l'autre accueillait à l'étape les pèlerins sur le chemin de Saint Jacques de Compostelle.

Hôpital SAINTE ANNE

L'asile d'aliénés Sainte Anne est créé en 1911 sur décision du Conseil Général des Landes en application de la loi de 1838. L'asile fonctionne dans une quasi autarcie jusqu'à la seconde guerre mondiale pendant laquelle tous les locaux sont réquisitionnés par l'armée allemande et les patients répartis dans d'autres établissements.

Hôpital NOUVIELLE

Le sanatorium de Nouvielle, situé sur la commune de Bretagne de Marsan à 6 kilomètres de Mont de Marsan ouvre ses portes en 1935 pour accueillir 200 patients (100 femmes et 100 hommes)

Des années 50 à l'an 2000

C'est une période de mutation avec des soins qui évoluent fortement en psychiatrie et des travaux qui restructurent les différents sites.

1958 : création d'une maison de retraite à Lesbazeilles.

1968 : mise en œuvre de la sectorisation en psychiatrie

- découpage du département en 3 secteurs pour les adultes,
- création d'une école d'infirmière.

1970 : Nouvielle

- ouverture de lits pour insuffisants respiratoires et pour patients porteurs de pathologies à évolution prolongée,
- ouverture des hôpitaux de jour et développement de l'activité extra- hospitalière en psychiatrie.

1972 : création d'un nouveau service de radiologie.

1978 : ouverture du V120 bâtiment réservé à l'accueil des patients convalescents.

1979 : à Nouvielle ouverture de 51 lits de rééducation et réadaptation fonctionnelle, 34 lits de pneumo phtisiologie et 115 lits de maladie à évolution prolongée.

1982 : fusion de l'hôpital Layné et de l'hôpital Nouvielle.



Analyse de la situation

1983 : ouverture d'un nouveau service de réanimation, de nouveaux locaux pour les urgences et installations du SAMU.

1984 : création d'un service de soins intensifs de cardiologie.

1986 : création du centre d'hémodialyse et installation du scanner.

1987 : transfert du service de pneumo phtisiologie du site de Nouvelle au site Layné.

1990/1997 : restructuration complète des sites de Layné et Nouvelle (bloc opératoire – services de soins – cuisine – blanchisserie...).

A partir des années 2000

Après la fusion, l'ensemble des activités de soins et d'hébergement forme une même entité juridique regroupée sous le nom de Centre Hospitalier de Mont de Marsan.

Ce nouvel établissement est constitué de :

- **l'hôpital Layné** : plateau technique urgences – chirurgies – médecines – obstétrique – pédiatrie – laboratoire – pharmacie – imagerie médicale – SAMU - hémodialyse - services administratifs et techniques partiellement - service informatique,
- **l'hôpital Sainte-Anne** : psychiatrie - cuisines - centre de formation des personnels de santé - services administratifs et techniques partiellement,
- **l'hôpital Nouvelle** : médecine physique et de réadaptation – soins de suite et de réadaptation – Unités de Soins de Longue Durée (USLD) – EHPAD - internat - services techniques partiellement,
- **l'hôpital Lesbazeilles** : EPHAD, USLD.

2001: acquisition d'une IRM mobile, partagée avec le Centre Hospitalier de Dax.

2002 : l'école d'infirmières intègre le nouveau Centre de Formation des Personnels de Santé (CFPS).

2003 : extension de la maternité (fusion avec la maternité de la Clinique des Landes).

2006 : acquisition d'une IRM spécifique au Centre Hospitalier de Mont de Marsan et mise en oeuvre de l'activité de prélèvements d'organes et de tissus. Restructuration des lits de médecine.

2007 : ouverture de nouveaux services

- service d'accueil des urgences et service d'hospitalisation de très courte durée (HTCD)
- service mortuaire,
- hôpital de jour de diabétologie,
- unité de psychiatrie de court séjour et de lits d'hospitalisation pour adolescents,
- service de court séjour gériatrique,
- mise en service de l'équipe mobile de gériatrie (EMOG),
- 5 lits de soins palliatifs.

2008 : ouverture de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) au sein du nouveau centre pénitentiaire de Mont de Marsan.

2009 : ouverture de nouveaux services

- lits sécurisés sur l'hôpital de Layné pour l'hospitalisation des détenus,
- ouverture du centre de santé mentale (CSM).



Analyse de la situation

2010 : ouverture de nouveaux services

- création de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière avec le Centre Hospitalier de Dax, regroupant les disciplines de psychiatrie, cardiologie, pédiatrie et urgences,
- ouverture de l'unité sécurisée de psychiatrie – pavillon Fournière,
- création de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie,
- mise en œuvre de l'activité de prélèvement de sang de cordon ombilical,
- création du SAMSAH pour traumatisés crâniens,
- restructuration complète de l'offre de soins en extra-hospitalier (psychiatrie).

2011 : ouverture de nouveaux services

- unité neuro-vasculaire,
- mise en œuvre de l'activité d'angioplastie et de coronarographie,
- ouverture de la consultation mémoire,
- ouverture d'une unité d'hébergement renforcée pour personnes âgées (UHR) – les Rives du Midou,
- déploiement du plan SMUR (Labouheyre – Aire sur l'Adour),
- ouverture des consultations Médecine du Sport.

2012 : CHT et 2ème IRM

- création de la communauté hospitalière de territoire avec le Centre Hospitalier de Dax,
- installation d'une deuxième IRM.

2013 : Ouverture d'une unité Adolescents en psychiatrie

2014 : Ouverture de services

- ouverture d'un service de Médecine Nucléaire,
- restructuration de la Réanimation et création d'une Unité de Soins Continus,
- restructuration des consultations de Cardiologie comprenant le plateau technique,
- ouverture des nouveaux locaux de Soins Intensifs de Cardiologie,
- ouverture du CMP - CATTP Enfants de Parentis-en-Born,
- Direction commune avec le Pôle Gériatrique du Pays des Sources de Morcenx.

2015 : Ouverture de services

- création de 10 lits identifiés de soins palliatifs,
- création du Centre des Troubles des Apprentissages des Landes,
- ouverture du Centre d'Ophtalmologie et d'Orthoptie,
- création d'une Cellule Parcours Patients,
- extension du court séjour gériatrique à 27 lits,
- réorganisation de la chirurgie ambulatoire,
- mise en place de consultations avancées (Hagetmau et Labouheyre),
- acceptation du projet Centre de Santé.

2016 :

- création d'un salon de sortie pour les patients,
- filière pédiatrique aux urgences,
- autorisation de création d'une unité de soins palliatifs, en concertation avec le Centre Hospitalier de Dax,
- création d'un Groupement Hospitalier de Territoire – G.H.T – avec le Centre Hospitalier de Mont de Marsan comme hôpital support,
- dépôt d'un dossier d'autorisation pour un TEP Scan,
- création d'un hôpital de jour de médecine,
- écriture et validation du Projet d'Etablissement 2017-2021.
- Unité de Soins Palliatifs (USP)



Analyse de la situation

Diagnostic de l'établissement

Forces

Une offre de soins diversifiée

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan propose une offre de soins étendue. Elle lui permet de jouer pleinement son rôle d'établissement de proximité et de recours sur son territoire de santé en devenant établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire.

Un positionnement affirmé dans certaines spécialités et prises en charge

De cette diversité, il ressort néanmoins quelques traits dominants, caractéristiques d'une population âgée :

- La prise en charge des affections respiratoires,
- Le court séjour gériatrique,
- La prise en charge des affections de l'appareil circulatoire (pose de stimulateurs cardiaques, infarctus, insuffisances cardiaques, arythmies) et chirurgie vasculaire,
- La prise en charge des affections du rein et des voies urinaires (dialyse),
- La prise en charge des affections neurovasculaires,
- La gastroentérologie,
- La néphrologie.

L'activité obstétricale et néonatale reste un point fort avec une maternité de niveau B2 même si nous constatons une érosion du nombre de naissances.

L'établissement, coopère activement avec le Centre Hospitalier de Dax qui est le coordonnateur du 3C de cancérologie pour en faire un point d'excellence.

Ainsi, l'établissement possède un avantage compétitif dans plusieurs types de chirurgies carcinologiques, et ce, malgré l'activité des établissements privés locaux dans ce domaine. Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan prend en charge les patients en chimiothérapie du cancer, tout en ayant des relations avec le Centre Hospitalier de Dax qui dispose du seul équipement landais de radiothérapie.

Faiblesses

Des projets ralentis par une structure difficilement adaptable architecturalement

Sur un plan architectural, l'établissement est freiné dans ses projets de développement et de restructuration par :

- Un hôpital Layné dont la plus grande partie date des années trente,
- Un hôpital psychiatrique Sainte Anne dont la plus grande partie date des années 1900-1910,
- Un hôpital de Nouvelle qui est à l'origine un sanatorium des années trente,
- L'inadaptation de certaines liaisons physiques entre services, par rapport au séjour des patients,
- Les difficultés de stationnements des usagers,
- La vétusté de certaines installations :
- Les normes de sécurité (incendie),
- La taille insuffisante du bloc opératoire et stérilisation à revoir
- Des EHPAD et un SSR avec hôtellerie à repenser (sites de Lesbazeilles et de Nouvelle)
- Secteurs logistiques vieillissants.

Cette situation complique les réorganisations internes ou le développement de nouvelles activités, et in fine, peut provoquer la fuite de patientèle vers d'autres établissements.

Malgré les efforts de gestion des lits d'aval, nous notons qu'une insuffisance de ceux-ci pénalise également cette activité. Ainsi, l'établissement n'a toujours pas mis en œuvre l'autorisation de 30 lits d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation supplémentaires du fait du plan de retour à l'équilibre.



Analyse de la situation

Forces

Des extensions géographiques

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan dispose d'une réserve foncière par l'acquisition du stade du LOUSTAU qui lui permettra de mettre en place un projet d'établissement ambitieux.

Une embellie financière

Après des années de plan de retour à l'équilibre, une gestion très rigoureuse et un travail acharné du corps médical et du personnel soignant ont permis de redresser la situation financière. Il y a eu une sortie du plan de retour à l'équilibre.

Le positionnement de l'établissement s'affirme aussi à travers certaines filières de soins :

- Celle de la cardiologie : dans le cadre de la fédération de cardiologie des Landes et des autorisations d'équipements des hôpitaux de Mont-de-Marsan et de Dax, une répartition des activités est effective depuis 2015.
- Celle des urgences : Le S.A.U. a été restructuré en 2007, deux nouveaux SMUR ont été créés depuis 2008 et une restructuration architecturale est à venir pour fin 2016 pour un meilleur accueil des patients issus de la pédiatrie et de la psychiatrie.
- Celle des personnes âgées : La filière gériatrique est organisée de manière cohérente et complète, depuis l'équipe mobile de gériatrie jusqu'aux coopérations avec les EHPAD du département.
- Celle de pédiatrie : la filière pédiatrique regroupe les activités somatiques et psychiatriques.
- Celle de la psychiatrie : Cette filière est une préoccupation très suivie de l'établissement.

Elle se développe et fait parallèlement l'objet de restructurations périodiques, la dernière à venir étant la création d'une filière de prise en charge psychiatrique sur les urgences en H24 avec un psychiatre de garde (projet CAP 24).

Faiblesses

Certains objectifs du SROS (2012-2016) en attente de mise en œuvre

Les soins de suite et de réadaptation sont essentiellement spécialisés en gériatrie à l'heure actuelle. La diversification attendue, notamment par rapport à la filière onco-gériatrie tarde à se mettre véritablement en place.

Des difficultés de recrutement médical dans certaines spécialités

Malgré une dynamique positive, le Centre Hospitalier rencontre des difficultés pour recruter des praticiens dans certaines spécialités, qui sont démographiquement déficitaires :

- Néphrologie,
- Psychiatrie,
- Pédiopsychiatrie,
- Urgences.

Des difficultés organisationnelles dans certaines spécialités

Dans quelques disciplines, le centre hospitalier pâtit d'un dynamisme insuffisant voire d'une baisse de l'activité, alors même que certaines d'entre elles ne sont pas dans une position concurrentielle sur le territoire :

- Obstétrique,
- Chirurgie gynécologique.

Une communication à améliorer

La communication de l'établissement, de nature institutionnelle ou émanant des praticiens de l'établissement est à améliorer malgré la mise en place d'un site Internet et d'un Intranet perfectibles.



Analyse de la situation

Forces

Pour l'essentiel, une conformité par rapport aux objectifs du SROS-PR

Par rapport aux objectifs du SROS-PR (2012-2016), un grand nombre d'activités de soins sont opérationnelles. Celles qui ne le sont pas encore relèvent de restructurations engagées ou validées récemment :

- Création des SMUR,
- Restructuration du plateau technique (réanimation / unité de surveillance continue, cardiologie interventionnelle, bloc opératoire)
- Organisation de la filière gériatrique,
- Réorganisation de l'activité de psychiatrie,
- Ouverture de la 2ème I.R.M,
- Implantation de la médecine nucléaire avec deux gamma-caméras,
- Création d'une unité de soins palliatifs (USP),
- Projet d'installation d'un PET-SCAN (tomographie par émission de positons).

Le dynamisme de certaines spécialités

Un des principaux points forts de l'établissement tient à la progression régulière de son activité et des recettes qui en découlent avec paradoxalement une durée moyenne de séjour plus basse que la moyenne nationale et une réfaction de la valeur sur les séjours.

Certaines spécialités, dont le dynamisme est un de ses atouts (exemple : développement des consultations avancées / télémédecine) œuvrent pour se développer sur le territoire.

C'est notamment le cas de la gastro-entérologie et de la diabétologie qui sont un des principaux points forts de l'établissement. L'activité dans ces disciplines a été confortée par l'extension de la capacité d'accueil en ambulatoire, pour libérer des lits en hospitalisation traditionnelle.

L'extension de la capacité de l'ambulatoire profite également aux spécialités chirurgicales, dont le nombre de séjours dans ce service et en hospitalisation traditionnelle augmente régulièrement. Ce dynamisme se traduit également

Faiblesses

Manque de culture « qualité »

Alors que la qualité est à prendre en compte dans les établissements depuis la fin du siècle dernier, nous constatons que celle-ci a du mal à faire partie de la réflexion quotidienne des acteurs hospitaliers. Elle est plutôt vue comme une contrainte que comme une aide à la réalisation de gestes médicaux et paramédicaux plus sûrs.

Une population rurale et dispersée sur un territoire étendu

La population landaise est majoritairement rurale avec un territoire vaste et peu peuplé, à l'exception de sa partie littorale et de sa partie sud, plus peuplées et plus urbanisées.



Analyse de la situation

Forces

par la mise en place de consultations avancées, du projet TSN (Cellule Parcours-Patient), du projet de télémédecine et de la mise en place du salon de sortie.

Le développement des coopérations

Au niveau régional, l'établissement a consolidé ses liens avec le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, formalisés à travers un accord cadre.

Au niveau départemental, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan, le Centre Hospitalier de Dax, le Centre Hospitalier de Saint-Sever et le centre gériatrique de Morcenx ont créé un Groupement Hospitalier de Territoire depuis le 1er juillet 2016 qui fait suite au CHT qui avait été créé en 2012. Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan est devenu l'établissement support.

Au niveau des territoires de proximité est et nord des Landes, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan a engagé un processus de rapprochement d'une part avec le secteur médico-social (personnes handicapées, personnes âgées) et d'autre part avec les correspondants libéraux du territoire. Dans ce dernier cas, cette volonté réciproque de travailler ensemble prend forme au sein d'une commission dite « ville-hôpital » associant des médecins généralistes libéraux, des praticiens du centre hospitalier et des membres de la direction.

Coopération avec la clinique des landes : depuis de nombreuses années les deux établissements coopèrent sur le territoire pour éviter une concurrence déloyale et délétère. Un projet est en cours sur l'ouest du département du Gers pour fidéliser ses populations autour de l'agglomération aturine.

Un système d'information performant

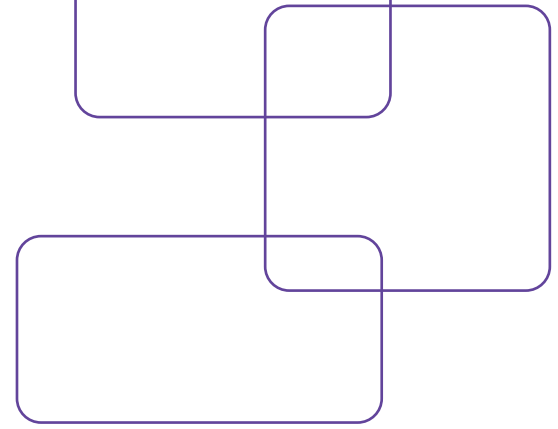
Le département d'information médicale et la direction du système d'information disposent des outils performants qui permettent une gestion pointue des activités hospitalières.

Faiblesses



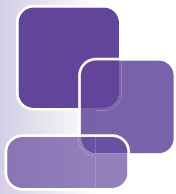
Analyse de la situation

Forces	Faiblesses
<p><i>L'expansion démographique du territoire</i></p> <p>À l'horizon 2030, le département des Landes devrait enregistrer une croissance de 20 % du nombre de ses habitants, par rapport à la population de 2016. Cette expansion démographique sera particulièrement marquée sur le nord du département, dans la région des Grands Lacs. Biscarosse devrait devenir la deuxième ville du département à cet horizon.</p> <p><i>L'évolution des infrastructures de transport</i></p> <p>La mise en service en 2011 de l'autoroute A 65 et l'ouverture de la Ligne à Grande Vitesse d'ici 2021 devraient entraîner l'accroissement de l'urbanisation de certaines zones du département, en particulier au nord.</p>	



Chapitre II

Le projet médical et soignant



Le projet médical et soignant

La stratégie médicale pour 2017 – 2021

Le projet médical

L'idée générale que nous avons suivie au cours des travaux sur le projet médical est celle de la continuité des soins. Il s'agit de préparer l'établissement à entrer dans une autre logique de prise en charge du patient : Celle du parcours. Pour reprendre les termes du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans son avis du 22 mars 2012, le parcours consiste à substituer à « *une succession d'actes ponctuels et indépendants* » une médecine dont « *l'objectif est d'atteindre une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante* ».

L'établissement est cependant conscient qu'un travail important est à faire pour parvenir à un tel résultat et qu'il en est seulement à l'amorce d'un important chantier. Le projet médical engage donc des pistes de travail pour que cette culture de la transversalité se diffuse auprès des acteurs et dans les pratiques.

Pour autant, ce projet ne manque pas d'ambition, à savoir de garantir une offre de soins publique, de proximité, en partenariat avec les autres acteurs institutionnels du territoire et les professionnels intervenant en ambulatoire, compte tenu du contexte global de rationalisation de l'offre de soins.

Par rapport à la période précédente, ce nouveau projet intervient alors que le poids de la contrainte financière sur le fonctionnement quotidien et les projets de l'établissement se sont accrus. Le terme d'efficience est désormais un qualificatif incontournable dans la définition des organisations, de travail ou de soins, médicales ou soignantes, administratives et logistiques. Si l'offre de soins traditionnelle subsiste pour une large part, elle ne peut plus être le seul mode de réponse à la demande de soins. Nous devons penser l'action de notre établissement dans le cadre départemental et la création en 2016 du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT 40) est l'occasion de mettre en œuvre une politique départementale. Il fait suite à la Communauté Hospitalière de Territoire qui avait été créée en 2012.

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan a été désigné comme établissement support du nouveau groupement.

Au vu de ces enjeux, ce projet médical doit être pour l'établissement un moyen de réflexion et un levier d'action sur ce qui va conditionner sa capacité, dans les prochaines années, à conforter sa position sur le territoire de santé et à développer son activité, à savoir :

- Son attractivité,
- Sa compétitivité,
- La décentralisation de son offre de soins,
- Sa citoyenneté dans la dynamique de l'esprit des lois et de l'éthique.

L'attractivité :

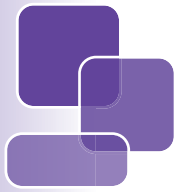
- ▶ Continuer à faire venir des professionnels de santé, médicaux, paramédicaux et non médicaux, non seulement pour son implantation géographique avantageuse, mais aussi pour la qualité de ses installations techniques, de ses pratiques et de l'environnement de travail proposé.
- ▶ Conserver la patientèle existante et faire revenir les patients qui s'étaient tournés vers d'autres établissements publics ou privés.
- ▶ Mieux répondre aux besoins de proximité des patients

La compétitivité :

- ▶ Mettre en place les conditions humaines, médicales, techniques et organisationnelles pour être un acteur performant et reconnu dans les différents aspects de son offre de soins.
- ▶ Doter l'établissement de la capacité à continuer à absorber l'activité au niveau qu'il connaît actuellement et à pouvoir encore se développer.

La décentralisation de l'offre de soins :

- ▶ Faire de la médecine hospitalière hors-les-murs pour une meilleure accessibilité aux soins.
- ▶ Concevoir et mettre en place des modes de prise en charge coordonnés avec les acteurs institutionnels et libéraux du territoire.



Le projet médical et soignant

La citoyenneté dans la dynamique de l'esprit des lois et de la réflexion éthique

La citoyenneté oriente le projet hospitalier sous le signe du développement durable, d'un environnement de qualité, du respect des droits et de la dignité du patient, tout en soulignant qu'il est l'acteur principal de sa prise en charge.

Il va sans dire que notre action aura pour trame de fond ces enjeux qui font de notre établissement un acteur de santé du territoire en lien avec les autres établissements et sous l'égide de la nouvelle l'Agence Régionale de Santé Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin créée au 1er janvier 2016 et qui vient de prendre la dénomination de « Nouvelle Aquitaine ».

Ces thèmes transversaux transcendent l'activité de notre établissement qui a pour objectif ultime de soigner les landais avec des soins de qualité dans le respect des politiques nationales et/ou régionales.

Avant d'entrer dans le détail de ces thèmes et de ces projets, un résumé des principales mesures sur lesquelles le centre hospitalier doit et entend faire porter son action permet de mieux situer la stratégie de l'établissement pour les cinq prochaines années :

La chirurgie

Un taux cible national à 66,2% à l'horizon 2020, tel est l'objectif stratégique rappelé par la DGOS dans son instruction DGOS/R3/2015/296 du 15 septembre 2015. Celle-ci détaille les orientations retenues dans le programme quinquennal de développement de la chirurgie ambulatoire.

La DGOS dévoile les objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020. L'objectif, rappelé par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, est bien d'atteindre un taux global national à 66,2% à l'horizon 2020. Et cela en tenant compte du nouveau périmètre défini depuis cette année par la DGOS, lequel élargit la base de calcul pour englober sept racines de groupes homogènes de malades supplémentaires. Pour cela, la cible est désormais fixée à 52,5% cette année puis 54,7% en 2016, 57,6% en 2017, 60,5% en 2018, 63,4% en 2019 et donc 66,2% en 2020.

L'ANAP vient de confirmer, en janvier 2016 que l'Hexagone garde du retard au regard d'autres exemples européens, notamment des taux oscillant entre 60% et plus de 70% dans les pays scandinaves. La France atteint un taux de 48,8% en 2014 selon les données recueillies dans le PMSI.

Le Centre Hospitalier a fait de cet objectif stratégique ministériel, un objectif d'établissement pour accélérer la prise en charge et la sortie des patients avec le maximum de sécurité.

Le projet médical 2017-2021 s'inscrit dans la continuité de cette démarche.

L'établissement doit poursuivre son investissement sur le plan humain et sur le plan matériel pour faire reconnaître la qualité de ses différentes filières de prise en charge du cancer (digestif, urologie, sein, VADS ...)

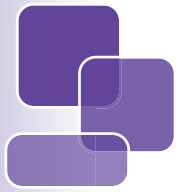
La médecine

Le département des Landes est un de ceux où le vieillissement de la population est le plus marqué¹. Ce constat, établi au regard des dernières données démographiques disponibles², va se confirmer dans les dix à vingt prochaines années et même se renforcer. Les besoins de santé actuels et à venir des personnes de plus de soixante-cinq ans rendent plus que jamais nécessaire l'affirmation par l'établissement de sa vocation gériatrique. Le centre hospitalier affiche sa volonté de faire de la prise en charge de la personne âgée et l'organisation de son parcours de soin, un des axes majeurs et structurants de sa stratégie médicale. L'ambition n'est pas moins que d'adapter l'hôpital aux personnes âgées, dans son organisation interne et dans les liens à établir et/ou à renforcer avec le domicile.

Concrètement, la culture gériatrique doit, plus que jamais, imprégner les pratiques professionnelles. Les compétences en gériatrie doivent donc être renforcées, au sein du pôle de gériatrie évidemment, mais aussi dans les autres secteurs de l'hôpital. Vieillir implique des conséquences différentes d'un individu à un autre, notamment en termes d'autonomie et donc des besoins de prise en charge distincts. Prendre en compte la spécificité de la personne en situation de vieillissement passe également par la mise en place d'un accueil plus personnalisé et plus adapté au

¹ Nous devons également noter que les Landes sont également un département ayant un revenu par tête d'habitant relativement faible par rapport à la moyenne régionale et surtout aux zones urbanisées de Bordeaux, Bayonne et Pau.

² Au 1^{er} janvier 2016.



Le projet médical et soignant

patient âgé. L'hôpital doit mettre en place des outils destinés à prévenir les hospitalisations évitables, prévenir les risques liés à l'âge, anticiper les besoins d'hospitalisation ainsi que la sortie du patient.

Il ne s'agit pas uniquement de prendre en charge les personnes vieillissantes et répondre à un besoin générationnel mais également d'avoir une politique d'ouverture vers les personnes plus jeunes ayant des pathologies non différenciées impliquant une prise en charge sur des lits de médecine polyvalente. Il ne s'agit pas d'une idée récente puisque la circulaire DHOS n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (BO n° 2003-20) préconisait que «la création de lits de médecine polyvalente doit être favorisée». Il s'agit de freiner la sur spécialisation et redonner du sens à l'accueil des patients.

Ce dernier point ne remet pas en cause la spécialisation nécessaire de l'hôpital dans ses domaines d'excellence (cardiologie, neurologie, pneumologie, diabétologie, médecine interne, gastro-entérologie, ...). Il apparaît nécessaire de faire droit à la mise en place d'une unité d'addictologie qui ferait le lien avec les autres disciplines médicales. En effet, nous constatons depuis des années une recrudescence des pathologies liées à l'abus de tabac et d'alcool dans le département des Landes malgré une lutte acharnée contre ces fléaux.

Un autre volet de la prise en charge des patients après la médecine ou chirurgie de spécialité doit aboutir à la pérennisation de la lutte contre la douleur et l'admission de patients en soins palliatifs. Dans le cadre du Plan National (2015-2018) sur le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, il est prévu au point n° 14-1, de compléter le maillage territorial en structures de soins spécialisées (USPLISP) et en équipes mobiles de soins palliatifs. Ainsi, le centre hospitalier dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs et de 10 lits identifiés (LISP) avec une demande en cours de création d'une LISP de 10 lits.

La gynéco-obstétrique, la pédiatrie et la pédopsychiatrie

Le maintien d'un pôle de maternité-pédiatrie performant a pour objectif principal de conforter un secteur fort pour une prise en charge optimale de nos

nouveaux-nés dans un contexte de baisse du nombre de naissances domiciliées, lié au vieillissement général de la population landaise (2010 : 3990 / 2014 : 3696) et de continuer à disposer d'une maternité de niveau 2B³ avec un effectif médical et paramédical approprié. Le projet de refonte du bloc opératoire reprend l'obligation de le mettre à proximité immédiate des salles d'accouchement pour répondre à la réglementation et renforcer la sécurité des soins autour de la naissance.

Le rôle des sages-femmes doit être valorisé au regard de leurs compétences avec la création de consultation de gynécologie et échographie sous leur responsabilité.

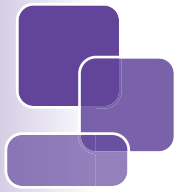
Le pôle mère-enfants a une transversalité importante et un lien étroit doit se développer avec le service des urgences pour un fonctionnement en filières (obstétrique et pédiatrique).

La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse doit être améliorée sur le territoire landais et le centre hospitalier s'inscrit dans la perspective de l'élaboration de protocoles communs à l'ensemble des acteurs aquitains de santé sous l'égide du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

Repenser les consultations externes médico-chirurgicales

Les consultations médicales sont, à l'heure actuelle, au rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'hôpital Layné, dans des locaux qui datent, pour partie, des années 40. Cette situation devient préoccupante car le nombre croissant de praticiens et de consultants a obligé l'établissement à organiser des consultations dans des lieux de plus en plus éloignés et sur des niveaux différents pour tenir compte de la demande et des besoins des praticiens. C'est pour cela qu'il convient de réaliser un nouvel immeuble de consultations externes situé sur le devant de l'hôpital Layné, en lien avec les services pour repositionner la totalité des consultations médico-chirurgicales et s'assurer de l'amélioration du parcours patients.

³ Les centres de niveau 2B sont habilités à prendre en charge des nouveau-nés prématurés nés à un terme supérieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhée. Ils doivent disposer d'une unité de soins intensifs située au sein d'une unité de néonatalogie dans le même bâtiment ou à proximité immédiate permettant de réaliser une ventilation non invasive et de bénéficier d'une présence médicale continue sur place.



Le projet médical et soignant

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients aux urgences

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan s'est doté en 2007 d'un outil de travail performant pour prendre en charge les urgences. Le SMUR, le S.A.U et l'H.T.C.D ont été installés dans un bâtiment neuf et à la fonctionnalité reconnue. Depuis cette date, nous assistons à une augmentation régulière du nombre de passage au S.A.U. et actuellement nous comptabilisons plus de 35.000 passages.

Le recours croissant aux urgences est un phénomène national qui montre l'attachement de la population à ce service public. Le vieillissement de la population et les perspectives d'évolution de la démographie médicale montrent que cette tendance ne va pas s'inverser.

Or, les risques liés à la prise en charge augmentent avec la durée d'attente : agressivité, sorties contre avis médical, sorties à l'insu du service, événements indésirables liés aux soins ... Les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et par suite, les conditions de travail des professionnels des urgences doivent être repensées et adaptées à ce contexte et pouvoir s'inscrire durablement dans une logique de qualité et de sécurité des soins.

Ce travail ne concerne évidemment pas les seules urgences. La prise en charge du patient non programmée implique en effet une chaîne de responsabilités en amont et en aval des urgences.

C'est donc à partir d'une vision globale du parcours du patient non programmé qu'il faut envisager les actions à mettre en œuvre, actions qui dépasseront le cadre des seules urgences : anticipation de la sortie des patients, sortie en hospitalisation à domicile à partir des urgences, répartition des capacités d'hospitalisation au sein de l'établissement en fonction des spécialités ...

Un fonctionnement en filières de prise en charge est à renforcer pour une prise en charge optimale : filière générale, filière gynécologique, filière pédiatrique, filière psychiatrique et filière gériatrique.

Créer des filières pour le retour à domicile

La difficulté principale de nos établissements est de trouver des lieux d'hébergement dans le cadre de sorties après un séjour hospitalier. Dans la grande majorité des cas le patient rejoint son domicile mais

avec le vieillissement de la population et les familles éclatées, il se pose souvent la question de trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation (Hospitalisation à Domicile) et/ou à l'intégration dans des filières de soins de suite (SSR) ou à l'insertion dans des établissements médico-sociaux en fonction du handicap.

Affirmer la vocation sanitaire de la psychiatrie et développer une offre de soins adaptée aux besoins des personnes accompagnées

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale⁴ délimitait ainsi la finalité de l'hospitalisation en psychiatrie : « *La finalité de toute hospitalisation devrait être de mettre en œuvre de façon immédiate, intensive et continue, tous les moyens nécessaires à la réussite, dans les meilleures conditions, du retour de la personne dans son environnement ordinaire, dans le délai le plus court possible.* »

Le recours à l'hospitalisation prolongée, par défaut d'autres solutions plus appropriées aux besoins de la personne, existe dans plusieurs secteurs de l'institution et notamment en psychiatrie où il soulève différentes problématiques :

- En terme de qualité des soins et donc de capacité de l'institution à prendre en compte les besoins de la personne dans sa globalité,
- Par rapport à la mission de service public de l'établissement et la nécessité de conserver des ressources pour satisfaire les demandes d'hospitalisation complète.

En réponse, l'hospitalisation complète en psychiatrie doit avoir pour vocation de préparer le patient soit à un retour dans son environnement social antérieur soit à un passage de relais avec d'autres modalités de suivi, au sein de la communauté.

Pour cela, nous devons repenser la psychiatrie avec des objectifs stratégiques simples :

- Redécoupage de la sectorisation psychiatrique ;
- Développement de la prise en charge vers l'extrahospitalier ;
- Transformation de lits de psychiatrie et de lits de géro-psi-chiatrie ;
- Transformation de lits de psychiatrie en lits pour une maison d'accueil spécialisé ;
- Création d'une unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie ;

⁴ Juin 2011, MNASM, « Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie »



Le projet médical et soignant

La coordination interne, idée du parcours, dès la porte des urgences (arrivée du patient aux urgences)

Près d'un patient sur deux, hospitalisé dans l'établissement, est passé au préalable par les urgences. L'activité des urgences structure donc fortement celle des services de soins. La fluidité des passages aux urgences et le temps d'attente et de prise en charge, dépendent de la qualité du lien entre les urgences, les services médico-techniques et les services d'hébergement.

Garantir son attractivité et sa compétitivité en développant une offre de proximité par une présence accrue sur le territoire de santé et en faisant sortir la médecine hospitalière hors-les-murs et dans les murs

L'établissement doit se penser comme un acteur de territoire. Il faut être présent sur le territoire, en proximité pour une offre spécialisée de consultations, pour mieux préparer la venue de patients en hospitalisation, éviter des passages inutiles aux urgences, et éviter les fuites de patientèle sur d'autres territoires. Les zones « naturelles » d'attractivité de l'établissement sont le nord, l'est et le Gers.

L'établissement doit aussi se penser comme l'acteur d'une chaîne d'intervenants, à partir des professionnels libéraux, jusqu'aux acteurs du secteur médico-social. Le précédent projet médical a permis de développer des liens avec le CHU et de créer le GHT des Landes. D'autres partenaires privilégiés sont à prendre en considération : les médecins libéraux, les EHPAD, les institutions médico-sociales dans le domaine du handicap.

Les patients viennent actuellement pour des périodes de plus en plus courtes et cela ne signifie nullement la fin de la maladie ou une guérison totale. Les anciens étaient partis du constat que l'hygiène de vie a une influence très positive sur l'évolution des maladies comme le cancer, les maladies cardiologiques, l'obésité, le diabète, A ce titre, l'Agence Régionale de Santé priorise des actions d'éducatives thérapeutiques qui sont nécessaires et indispensables et que notre établissement doit mener.

Un département de médecine manuelle est en cours de création dans le nouveau projet d'établissement et il permettra une prise en charge différenciée par rapport à la médecine hospitalière classique.

Moderniser les EHPAD dépendant du Centre Hospitalier

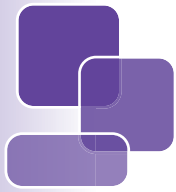
Avec le vieillissement de notre population, nous devons absolument offrir des conditions d'hébergement de nos aînés qui sont dignes du XXI^{ème} siècle et la modernisation des infrastructures des établissements pour personnes âgées dépendantes est un objectif à mettre en œuvre. La principale difficulté proviendra de la répercussion du coût lié à la reconstruction ou modernisation des équipements existant car cela impacte le tarif d'hébergement payé par le résident ou sa famille.

Mieux prendre en charge le handicap

Dans ce domaine qui est bien souvent étranger à l'hôpital, nous devons avoir une action car le handicap installé n'est pas pris en charge correctement. Nos secteurs de psychiatrie accueillent des malades handicapés chroniques qui n'ont rien à faire dans ces unités de soins. Notre volonté, comme nous l'avons déjà écrit, est de créer une unité de maison d'accueil spécialisé de 65 lits pour des adultes handicapés psychiatriques et un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) qui est un établissement médico-social de travail protégé, réservé aux personnes en situation de handicap et visant leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle. Ces lits et places seraient créés par transformation de lits de psychiatrie.

Accompagner les professionnels dans le changement

Réussir le projet médical, également en lien avec le projet des ressources humaines, passe par l'accompagnement des professionnels au changement. Il doit y avoir une aide pour faire évoluer les pratiques médicales et de soins et ainsi renforcer les performances quotidiennes de notre établissement envers nos patients.



Le projet médical et soignant

Les thèmes du projet médical

Thème n°1 – La chirurgie

Thème n°1	Projets
Contribuer à une meilleure prise en charge des patients dans le secteur chirurgie	Développer la chirurgie ambulatoire (objectif national)
	Moderniser le bloc opératoire
	Prendre en charge de nouvelles techniques chirurgicales
	Asseoir la chirurgie carcinologique dans les pratiques de l'INCA

Développer la chirurgie ambulatoire

La chirurgie est, de tout temps à jamais, une des activités phares de l'hôpital et en ce nouveau siècle, les progrès sont si importants que nous devons envisager une transformation radicale de notre prise en charge des patients.

La chirurgie ambulatoire concerne « *des actes chirurgicaux [...] réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire [...] permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention* », tels que, pour les actes les plus courants, la chirurgie de la cataracte ou la libération du canal carpien, mais aussi des interventions plus complexes, de l'épaule par exemple. Son développement, s'il répond à des objectifs de santé publique, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficacité du système de santé, est aussi un levier pour une meilleure maîtrise des dépenses de soins.

L'introduction de la chirurgie ambulatoire en France a été plus tardive que dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Vingt ans après sa reconnaissance légale en 1991, quatre interventions chirurgicales sur dix sont désormais pratiquées sous cette forme. Initialement mise en place pour des interventions comme le traitement de la cataracte, des hernies, des varices et des affections de la main, la chirurgie ambulatoire s'est par la suite étendue à des pathologies plus importantes.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'est

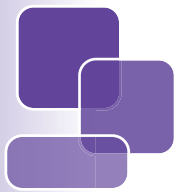
longtemps heurté aux réticences des communautés hospitalières publiques, installées dans une organisation centrée sur les spécialités, le service et les lits. La pratique ambulatoire implique la réorganisation des activités autour du patient, une articulation encore plus étroite des équipes chirurgicales et des anesthésistes-réanimateurs, la mise en place de procédures transversales rigoureuses nécessaires à la maîtrise des flux, et souvent des restructurations immobilières dès lors qu'il s'agit de créer des unités spécifiques.

Ces changements sont d'autant plus vécus comme des contraintes qu'ils sont censés s'accompagner d'une diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle.

Le desserrement des contraintes réglementaires ou financières à partir de 2003, a participé à la mobilisation plus active des acteurs du secteur public. Cette dernière traduit également un changement de vision de la chirurgie ambulatoire, longtemps perçue comme uniquement axée sur la productivité, avec un enchaînement d'actes rémunérateurs dans un bloc opératoire, relevant davantage d'une logique lucrative que du service public. Pour autant, des freins subsistent, qu'il s'agisse de la formation des praticiens, du mode d'articulation avec la médecine de ville pour le retour à domicile, ou de l'éligibilité et de l'information des patients, sans préjudice de la lisibilité de la politique tarifaire.

L'étude **du taux de chirurgie ambulatoire**⁵ met en exergue une augmentation du taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire au sein du Centre Hospitalier

⁵ Le taux de chirurgie ambulatoire mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire (hors endoscopie). Les endoscopies sont hors champs car elles constituent « une variable d'ajustement » d'une activité chirurgicale qualifiée.



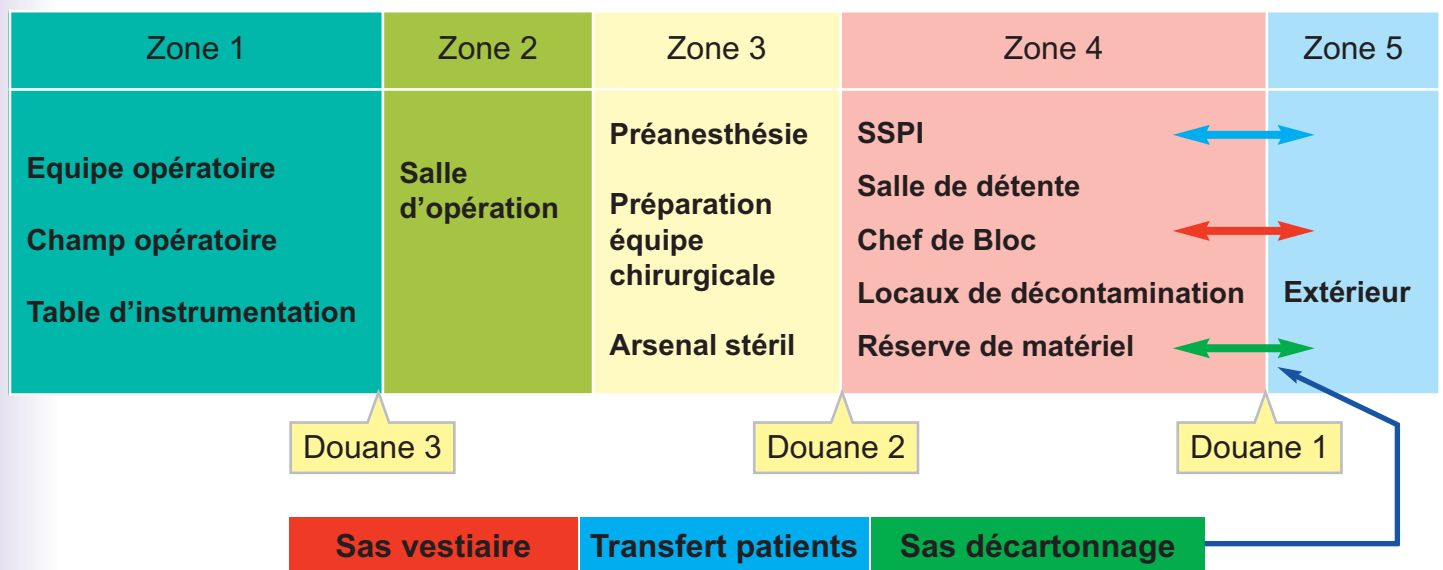
Le projet médical et soignant

de Mont de Marsan. Ce constat se confirme pour l'étude **du taux des 18 gestes marqueurs⁶** qui ont souvent des causes liées à l'organisation interne de

l'hôpital et que nous pouvons améliorer, tant dans la gestion des lits d'aval que dans l'organisation de la sortie avec l'aide de l'assistante sociale.

Moderniser le bloc opératoire

La réalisation de cet objectif passe par une refonte du bloc opératoire qui est actuellement de 8 salles. La réorganisation vise à scinder le circuit « sale » du circuit « propre » avec une salle de réveil modernisée, le tout selon le modèle suivant :



Le projet de nouveau bloc ne se limite pas à la refonte des salles mais également au volet logistique, informatique et de stérilisation, le tout dans un souci de réussite du parcours du patient en ambulatoire.

Un des reproches concernant le fonctionnement du bloc opératoire est lié à l'absence de proximité de la maternité qui oblige les parturientes et les personnels à parcourir une centaine de mètres pour se rendre en salle de césarienne en cas d'accouchement par voie haute. **Le bloc obstétrical doit faire partie du bloc central et se trouver à proximité immédiate des salles d'accouchements.** Cela renforcera la sécurité des soins autour de la naissance.

La refonte de ce bloc est également attractive pour faire venir des intervenants libéraux extérieurs qui pourraient ainsi offrir à leurs patients des conditions optimales pour une prise en charge.

Lors d'une réunion le 19 juillet 2016, il a été actée la modernisation du bloc avec le début d'une phase de programmation des travaux pour septembre 2016, avec l'aide d'un organisme extérieur.

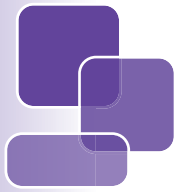
Le CCLIN Sud-Ouest est venu le 28 septembre 2016 et a conclu que le bloc doit faire l'objet d'une refonte pour respecter les règles d'hygiène. Dans cette attente et pour reprendre les préconisations de l'inspection de l'A.R.S de 2015, il est mis en œuvre une réorganisation minimaliste (suppression du WC interne au bloc – création d'un vestiaire séparé – suppression de la prise de repas dans le bloc – différenciation des activités au bloc orthopédique).

Prendre en charge de nouvelles pratiques chirurgicales

La chirurgie est en pleine évolution et la réduction de la durée des séjours passe par le déploiement de nouvelles techniques opératoires. Il faut encourager les chirurgiens à les développer dans le but de réduire non seulement les durées de séjour mais également le risque infectieux.

Développer la chirurgie des membres supérieurs

Actuellement la quasi-totalité de l'activité d'orthopédie porte sur les membres inférieurs et la chirurgie du rachis et à l'exception notable des interventions sur le canal carpien ou sur la maladie



Le projet médical et soignant

de Dupuytren, le centre hospitalier n'opère pas les membres supérieurs avec un taux de fuite important. Il s'agit d'une lacune qui doit pouvoir être comblée par le recrutement d'un chirurgien spécialiste des membres supérieurs.

Création d'une activité de chirurgie bariatrique

Cette chirurgie est à conforter sur le Centre Hospitalier de Mont de Marsan et cette activité consiste à définir le parcours type d'un patient entrant dans un programme d'éducation thérapeutique du patient spécialisé sur l'obésité. Ce projet concerne, plus particulièrement, les services de la chirurgie viscérale et l'Unité de Surveillance Continue. Il s'agit de mettre en place un parcours patient conforme aux recommandations HAS.

Pour pouvoir suivre l'état d'avancement du projet, plusieurs indicateurs ont été définis :

- Nombre d'hospitalisations en chirurgie bariatrique,
- Nombre de complications post opératoires,
- Nombre de patients suivis en post opératoire dans la durée (médical, diététique, psychologue).

L'objectif stratégique consiste à assurer une prise en charge des patients obèses au Centre Hospitalier de Mont de Marsan. Par conséquent, il s'agit de mettre en place et de développer la chirurgie bariatrique au Centre Hospitalier de Mont de Marsan dans le cadre de la mise en œuvre d'un parcours de soins pluridisciplinaire.

La mise en place de cette nouvelle activité de chirurgie se traduit par l'instauration, au préalable, d'un parcours pré opératoire d'une durée de 6 à 12 mois d'éducation thérapeutique. Il permettra de dresser un bilan médical complet obligatoire, un bilan et un diagnostic éducatifs (concernant les thématiques suivantes : diététique, psychologie, médical et activité physique adaptée), un programme éducatif et une réunion d'information sur la chirurgie bariatrique.

Ce parcours pré opératoire pourra se mettre en œuvre au moyen d'une convention avec un autre établissement.

Enfin, il sera nécessaire d'assurer également un suivi post opératoire. Quatre visites auront lieu la première année suivant l'opération, puis une à deux visites seront planifiées par an. Au cours de ces visites, l'équipe médicale dressera un bilan complet comprenant un bilan médical, une évaluation diététique, un suivi psychologique et une évaluation de l'activité physique. Pour ce faire, du personnel qualifié, tels des diététiciens et psychologues, devra être recruté.

Créer une activité de chirurgie de la cataracte

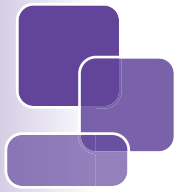
Depuis septembre 2015, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan a mis en place une consultation publique d'ophtalmologie en collaboration étroite avec le Centre Hospitalier de Dax qui met à disposition du temps de médecin et d'orthoptiste. Le complément de personnel est fourni par notre établissement.

Ce fonctionnement perdurera jusqu'à la réalisation de 1000 cataractes annuelles sur le site du Centre Hospitalier de Dax, seuil à partir duquel le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan pourra envisager la réalisation d'une activité de chirurgie de la cataracte.

Asseoir la pratique de la chirurgie carcinologique

Les Centres Hospitaliers de Dax et Mont-de-Marsan sont autorisés à faire de la chirurgie carcinologique pour les organes suivants : sein, ORL, urologie, gynécologie et viscéral. Ces autorisations sont soumises à des seuils d'activité par type d'organe avec des difficultés d'atteinte des objectifs quantitatifs sur certains organes (ORL, gynécologie et urologie).

Des partenariats doivent être mis en place pour éviter la perte de toute autorisation au niveau du département. Ainsi, des actions de coopération sont en cours sur les disciplines ayant un seuil non atteint.



Le projet médical et soignant

Thème n°2 – La médecine

Thème n°2	Projets
Contribuer à une meilleure prise en charge des patients dans le secteur médecine	Création d'une unité d'addictologie
	Réorganiser l'oncologie médicale
	Améliorer la prise en charge des AVC
	Réorganiser le secteur de cardiologie
	Création d'une unité de soins palliatifs de 10 lits et conforter une réponse départementale avec le Centre Hospitalier de Dax dans le cadre du groupement hospitalier de territoire
	Améliorer la prise en charge pédiatrique dans le cadre de la prévention de la petite enfance
	Développer des consultations pédiatriques de spécialité
	Création d'un département de médecine alternative complémentaire
	Création d'un service de médecine polyvalente
	Constitution d'une unité d'hospitalisation de jour de médecine
	Création d'une unité de polysomnographie du sommeil
Centre de Santé du PEYROUAT	

Création d'une unité d'addictologie (niveau II)

Pour notre établissement, la filière sera organisée de façon graduée en deux niveaux assurant les missions définies par les textes et s'appuyant sur une dynamique d'organisation territoriale avec des partenariats formalisés.

La structure d'addictologie sera intégrée dans le pôle référent et les conditions de son fonctionnement seront remplies par une collaboration formalisée inter pôle.

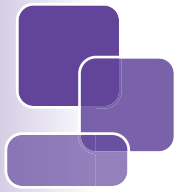
Notre conception des prestations, qui s'appuie sur une coordination et une interdisciplinarité des prises en charge, est guidée par le souci d'une amélioration de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours de soins et une accessibilité facilitée.

La demande vise à obtenir la création d'une unité

d'addictologie comprenant des lits d'hospitalisation complète et des places d'hospitalisation de jour pour réaliser des soins spécialisés en addictologie, gérée par le Centre Hospitalier de Mont de Marsan, sur le territoire de recours des Landes actuellement dépourvu de toute unité d'hospitalisation complète spécialisée en addictologie.

Sa création se justifie par la nécessité pour l'établissement de disposer d'une autorisation pour pratiquer une activité de médecine afin notamment de pouvoir mettre en œuvre les sevrages complexes résidentiels qui faisaient partie intégrante du projet médical du département d'addictologie de l'établissement, et de pouvoir bénéficier du financement T2A qui leur est attaché.

Le projet prévoit la création d'une unité d'hospitalisation complète de 7 lits (dont 3 lits pour sevrages résidentiels complexes et 4 lits pour sevrages simples) et d'une unité de 2 places d'hospitalisation de jour. Ces activités compléteront



Le projet médical et soignant

l'offre de soins du centre hospitalier en addictologie, à savoir :

- l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) fonctionnant depuis 2006,
- l'unité de consultations en tabacologie,
- la consultation de psychiatrie,
- les activités de réseau
- les activités de prévention
- les activités d'enseignement

Réorganisation de l'oncologie médicale

Déplacement de l'oncologie médicale et modernisation du plateau technique :

Dans le droit fil des actions nationales de lutte contre les cancers et pour fluidifier le parcours du patient en cancérologie, le Centre Hospitalier de Mont de Marsan va procéder au déménagement croisé des activités de cardiologie et de cancérologie pour repositionner cette dernière unité sur l'actuel emplacement de la cardiologie en rez-de-jardin. L'implantation d'un PET-SCAN (tomographe à émission de positons) sera d'une grande aide pour la réalisation d'un diagnostic non invasif.

La nouvelle unité sera entièrement repensée en terme d'architecture pour l'accueil des patients et il lui sera adjoint un nouveau bâtiment de 10 lits pour y intégrer l'unité de soins palliatifs. Ceci n'empêchera pas que le service d'oncologie développe une politique de prise en charge des patients en fin de vie en relation avec l'unité susvisée.

L'arrivée de médecins hématologues rend nécessaire le redéploiement de lits d'hématologie clinique et oncologique.

Améliorer la prise en charge des AVC

Le développement de la thrombectomie dans la région Aquitaine confirmant son efficacité, suite à la publication en 2015, a complètement modifié le circuit du patient AVC au sein de notre établissement.

Avant cette date, tous les patients présentant un AVC devaient être admis à l'UNV quel que soit leur degré de gravité et qu'il y ait eu ou non réalisation d'une thrombolyse. Avec le développement de la thrombectomie, qui se fait uniquement au CHU de Bordeaux, certains patients AVC, chez qui le diagnostic d'occlusion d'une artère intra-cérébrale est établi, doivent pouvoir bénéficier d'une thrombectomie. Du fait des délais relativement courts, aussi bien pour la thrombolyse que pour la thrombectomie, est constatée une amélioration de la filière neuro-vasculaire en amont, depuis le début des

symptômes jusqu'à la prise en charge dans une UNV. Actuellement, plus de la moitié des patients admis en urgence thrombolyse ne sont pas régulés par le 15 et lorsque c'est le cas, le neurologue d'astreinte n'est pas toujours mis en alerte, retardant de ce fait les délais de prise en charge et si besoin la thrombolyse et/ou la thrombectomie. Il faut donc repenser la filière en amont par des actions d'éducation de la population et du personnel médical et paramédical du centre hospitalier.

Ceci doit se faire à plusieurs niveaux :

- Information de la population à la reconnaissance des signes d'AVC et les inciter à contacter le 15 le plus vite possible.
- Renforcer les connaissances du personnel du SAMU dans l'orientation des patients suspectés d'AVC.
- Améliorer les conditions d'accueil et d'orientation de ces patients à leur arrivée à l'hôpital afin de placer l'urgence neuro-vasculaire au même niveau que l'urgence cardiaque.
- Faciliter l'accès rapide aux examens complémentaires dès l'arrivée du patient afin de réduire son délai d'attente, en particulier au niveau du laboratoire et de l'imagerie médicale.
- En cas de thrombectomie, favoriser autant que faire se peut le moyen de transport le plus rapide des patients au CHU de Bordeaux.

Prise en charge à l'UNV

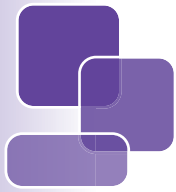
La dynamique créée lors de l'ouverture de l'UNV en novembre 2011 tend à s'essouffler actuellement en raison de plusieurs facteurs :

- Absence de kinésithérapeutes à temps plein pour aider à la récupération physique des patients.
- Absence d'orthophonistes pour la prise en charge des troubles du langage et de la déglutition.

Cas particulier des accidents ischémiques transitoires

Le risque de récurrence neurologique après un AIT reste élevé dans la première semaine et surtout les premières 48 heures, sous la forme d'un nouvel AIT ou d'un déficit neurologique constitué. C'est donc une urgence neurologique qui nécessite une prise en charge dans les meilleurs délais. Cette récurrence dépend de différents facteurs (âge, facteurs de risque vasculaire,...) et l'index ABCD2 permet de distinguer les **AIT à fort risque de récurrence**.

Les patients à faible risque de récurrence après un AIT ou ceux dont l'AIT remonterait à plus de 48h



Le projet médical et soignant

pourraient être admis en hôpital de jour de neurologie si le contact avec l'UNV a lieu avant 12h pour permettre la réalisation d'une IRM encéphalique, un échodoppler des vaisseaux du cou et une courte surveillance de l'ECG et de la TA au scope. Les autres AIT à fort risque de récurrence devront être admis en Unité de soins intensifs neuro-vasculaires comme actuellement.

La filière d'aval est également à restructurer en privilégiant autant que possible le retour à domicile avec l'aide de l'HAD et des aides à domicile. Ceci permettra de réserver le SSR ou la MPR aux patients pouvant tirer un bénéfice médical de ces structures ou ne disposant d'aucun soutien familial à domicile. Un effort de solidarité sera donc demandé aux familles avec l'aide du service social. En contrepartie, le service de neurologie et le service de MPR vont organiser de concert le suivi précoce et à distance des patients pour leur garantir un meilleur pronostic physique et psychologique.

La participation des gériatres dans la filière neuro-vasculaire est également requise, surtout pour les patients âgés, déjà poly-pathologiques, dont le séjour prolongé dans le service de neurologie ne leur est en général pas bénéfique.

Organisation du suivi des patients AVC

La circulaire d'août 2015 recommande la mise en place d'un suivi coordonné des patients ayant présenté un AVC, de préférence lors de consultations multidisciplinaires regroupant les médecins MPR, les neurologues, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les psychologues. Ceci nécessite une coordinatrice ou animatrice de filière afin de mieux organiser ce suivi et qui sera le lien entre les patients et les différents professionnels de santé.

Une consultation simple ne suffira peut-être pas pour certains patients déficitaires et/ou poly-pathologiques et une admission en hôpital de jour de neurologie est à l'étude.

Les médecins traitants devront jouer un grand rôle dans cette prise en charge afin d'assurer la meilleure prévention secondaire aux patients.

Réorganisation du secteur de cardiologie

Rapprochement des activités de cardiologie au sein du Groupement Hospitalier de Territoire :

A ce jour, il existe une fédération médicale inter-hospitalière avec deux services de cardiologie dont le principe est le partage des activités suivantes :

- Le Centre Hospitalier de Dax assure les techniques spécialisées de rythmologie.
- Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan assure les coronographies et les angioplasties.

Ce projet consiste à créer une structure unique de cardiologie dans les Landes, sous la forme éventuelle d'un pôle inter-établissements en application du décret du 26 avril 2016 ou d'un groupement de coopération sanitaire de moyen (GCS) avec deux sites, afin de pérenniser les avancées de la FMIH et de renforcer les impacts des actions menées et à entreprendre dans un contexte concurrentiel fort.

Un coordonnateur médical non cardiologue de la FMI a été désigné. Il est convenu que les patients de rythmologie relevant du bassin de Mont de Marsan sont opérés à Dax. En échange, les cardiologues dacquois participent au tour de garde de cardiologie du Centre Hospitalier de Mont de Marsan ; l'astreinte de rythmologie est assurée également sur le territoire de proximité de Mont de Marsan (incluant une partie du Gers) pour les patients relevant des actes de rythmologie ; les patients de Dax qui nécessitent une prise en charge d'angioplastie sont orientés sur Mont de Marsan. Un pôle médical géographique dans le GHT pourrait éventuellement être créé pour les 2 unités de cardiologie.

Rapprochement des secteurs de cardiologie et de l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie :

Actuellement ces deux secteurs sont géographiquement éloignés de 300 mètres et d'un étage.

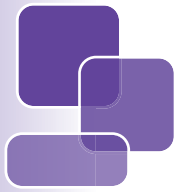
Ce projet consiste à repositionner les lits de cardiologie au plus près de l'USIC et du plateau technique.

L'objectif affiché est celui de garantir une proximité de l'ensemble des secteurs de cardiologie afin d'optimiser la sécurité des patients, diminuer le temps de brancardage et d'optimiser le temps des professionnels.

Ce projet devra se traduire par la réhabilitation des locaux dédiés ainsi que par un nouveau projet architectural qui est programmé pour 2016-2018 en lien avec le projet de relocalisation de l'oncologie médicale.

S'adapter aux besoins en soins cardiologiques des autres services

Pour des raisons pratiques, la quasi-totalité des autres services de soins, y compris la chirurgie ou la médecine nucléaire, doit disposer d'avis de cardiologues. Une réponse institutionnelle doit être



Le projet médical et soignant

trouvée pour répondre aux attentes médicales (exemple : le service de médecine nucléaire pour les actes de scintigraphies cardiaques).

Développement des soins ambulatoires de cardiologie

Il s'agit de la création de **4 places** ayant vocation à :

- optimiser les démarches diagnostiques selon l'agenda du patient,
- éviter les hospitalisations,
- assurer une réactivité de réponses aux adressages de la médecine de ville,
- concilier la qualité, la sécurité et l'efficacité.

Unité de soins palliatifs et GHT

Un programme territorial des soins palliatifs dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire des Landes est ainsi élaboré pour intégrer au mieux la création de ces unités fonctionnelles et ainsi répondre aux enjeux suivants :

- Continuer à améliorer la réponse aux besoins de la population en soins palliatifs (maillage de l'offre territoriale) ;
- Assurer aux patients, à la population ainsi qu'à l'ensemble des acteurs une meilleure lisibilité de l'offre de soins en soins palliatifs et des filières de soins avec un réseau regroupant l'ensemble des ressources identifiées en soins palliatifs au sein de chaque établissement et au sein du territoire ;
- Communiquer et informer sur cette offre de soins et ces filières ;
- Développer une politique d'accueil commune ;
- Développer une offre médicale de qualité et innovante ;
- Devenir une référence dans le cadre de la formation régionale en soins palliatifs, développer la formation des soignants, d'accueillir les stagiaires ;
- Développer la recherche en soins palliatifs ;
- Devenir une ressource territoriale dans le débat public.

Trois axes sont évoqués au sein du programme territorial :

- 1) Le programme territorial doit participer à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.**
- 2) Le programme territorial doit faciliter la coordination des acteurs en soins palliatifs.**
- 3) Le programme territorial doit amplifier les coopérations entre les acteurs sur le territoire.**

Cette réponse territoriale se déclinera par la création d'une unité de soins palliatifs autonome (10 lits) avec le maintien d'une activité partagée de lits identifiés

en soins palliatifs sur la médecine C (5 lits) et la gastro-entérologie (5 lits).

En lien avec les trois autres établissements du groupement de territoire, le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan pourra répondre à ces prises en charge complexes et souvent psychologiquement éprouvantes.

Service de médecine polyvalente

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan constate journalièrement que les patients ne répondant pas à une pathologie bien ciblée dans l'attente de résultats et examens complémentaires sont réfutés par les services de spécialités. Laisser des patients dans le service des urgences dans l'attente des-dits résultats ne tient pas compte du ressenti du patient qui attend sur un brancard ou au mieux dans un box des urgences alors qu'il pourrait être installé dans un lit hospitalier. Il existe une autre catégorie de malades qui ne sont pas des personnes âgées mais qui ont des polyopathologies médicales qui nécessitent une prise en charge plus globale que les spécialistes ne peuvent donner. La seule solution est d'apporter les soins dans un lit polyvalent avec intervention des spécialistes en cas de besoins. Accoler une unité d'une dizaine de lits au service des urgences résoudrait ces problèmes récurrents.

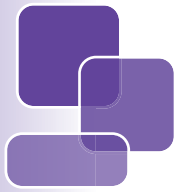
L'équipe médicale dédiée aurait également la responsabilité d'intervenir dans les autres services, sous la forme d'une équipe mobile d'intervention pour prendre en charge les pathologies de médecine générale qui sont souvent délaissées et méconnues des spécialistes.

Prise en charge pédiatrique (prévention de la petite enfance)

Des actions multiples dans le cadre de la prise en charge de la petite enfance, aussi bien dans le cadre de l'amélioration du lien mère-enfant (unité Kangourou, chambre parentale, ...) que dans le cadre du dépistage des situations de vulnérabilité parentale et infantile devront être intensifiées.

Consultations pédiatriques de spécialité

Une offre de consultations pédiatriques de spécialité de type neuro-pédiatrie (toxine botulique ...), pneumologie pédiatrique (allergologie, ...), diabétologie de l'enfant (insulinothérapie



Le projet médical et soignant

fonctionnelle,...), rhumatologie pédiatrique et cardiologie pédiatrique est proposée et disponible pour tous.

Département de médecine alternative complémentaire et soins énergétiques et de confort

Certains de nos médecins ont fait le constat d'une demande pressante de la part de la clientèle pour d'autres médecines moins académiques. De ce constat est né le projet de monter un département de médecine manuelle et/ou alternative. Celle-ci comporte l'aspect spécifique du diagnostic manuel, de la thérapie manuelle et de la prévention manuelle des désordres fonctionnels dans toutes les parties du corps. La médecine manuelle consiste en l'élaboration d'un diagnostic, d'une thérapeutique et de soins préventifs pour le patient en complétant et prolongeant la prise en charge médicale habituelle. Des consultations orientées vers l'haptonomie et l'hypnose sont à prévoir pour le futur.

Unité de polysomnographie

Les troubles du sommeil et de l'éveil regroupent un ensemble de pathologies relevant d'une prise en charge pluridisciplinaire et nécessitant une expertise clinique et technique.

Selon la classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2, 2005), on distingue :

- Les insomnies
- Les troubles respiratoires liés au sommeil
- Les hypersomnies d'origine centrale non liées aux troubles circadiens du sommeil, aux troubles respiratoires du sommeil ou à une autre cause de perturbation du sommeil nocturne
- Les troubles du rythme circadien du sommeil
- Les parasomnies
- Les troubles du mouvement liés au sommeil
- Les symptômes isolés et non expliqués
- Les autres troubles du sommeil

Situation actuelle au Centre Hospitalier de Mont de Marsan :

Les explorations des troubles du sommeil au Centre Hospitalier de Mont de Marsan sont essentiellement réalisées dans les services de pneumologie et d'ORL et ne concernent essentiellement que les troubles respiratoires survenant au cours du sommeil. Sont exclus de ces explorations, les hypersomnies, les

insomnies, les troubles du rythme circadien du sommeil et les pathologies neurologiques survenant au cours du sommeil, telles que les épilepsies et les troubles du comportement en sommeil lent et en sommeil paradoxal (sommambulisme, énurésie, cauchemars...) qui nécessitent souvent de la vidéo. Nombreux sont les patients du secteur de Mont de Marsan qui vont consulter au CHU de Bordeaux et au CHU de Toulouse où les délais de rendez-vous sont de 6 mois en moyenne.

La prise en charge des troubles du sommeil et de l'éveil relève de la santé publique et participe à l'amélioration de l'état de santé des populations. Une meilleure prise en charge de l'insomnie permettrait par exemple de réduire la consommation d'hypnotiques pour laquelle la France se trouve en tête dans le monde.

Il convient donc de créer un centre d'étude du sommeil et de l'éveil afin de répondre à la demande de la population et de réduire les délais pour les patients landais, en regroupant toutes les compétences au sein d'une seule structure orientée vers le diagnostic, le traitement et l'éducation pour la santé. Cette structure verra la participation des spécialistes suivants :

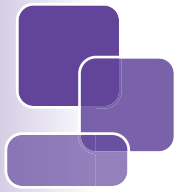
- Les neurologues
- Les pneumologues
- Les ORL
- Les psychiatres
- Les pédiatres
- Et tous les autres spécialistes pouvant intervenir occasionnellement (endocrinologues, ...)

Ceci aura l'avantage de mutualiser les moyens humains et matériels pour une prise en charge globale et optimale du patient.

Organisation structurelle du centre d'étude du sommeil et de l'éveil

Pour que la structure soit viable et durable, l'unité de lieu doit être la règle. Deux modes d'enregistrement du sommeil seront possibles :

- Des enregistrement ambulatoires dédiés aux troubles respiratoires du sommeil et aux crises d'épilepsie.
- Des enregistrements fixes au centre d'étude du sommeil et de l'éveil pour l'exploration des hypersomnies, des troubles du comportement pendant le sommeil, les épilepsies et les troubles respiratoires du sommeil non évaluables en ambulatoire.



Le projet médical et soignant

L'unité d'enregistrement devra comporter :

- Un minimum de trois chambres d'enregistrement du sommeil, de préférence insonorisées.
- Une salle de contrôle où seront installés les moniteurs de surveillance et qui sera assez grande pour la préparation des patients aux enregistrements (mise en place des électrodes, ...).

Chacune des chambres devra être équipée d'un système vidéo avec caméra infra-rouge et d'un microphone permettant la communication avec la salle de contrôle.

Dans la journée, la structure servira aux tests d'évaluation de la somnolence ou aux enregistrements électro-encéphalographiques.

Fonctionnement

Des consultations dédiées aux troubles du sommeil seront organisées et animées par les différents spécialistes.

Le recrutement des patients se fera via les consultations dédiées ou à la demande des médecins après un courrier circonstancié et validé au cours de la réunion hebdomadaire d'admission regroupant les professionnels du centre.

L'analyse des enregistrements sera faite soit par les médecins, soit par les techniciens de sommeil qui auront été formés à cet effet.

Les résultats préliminaires devront être communiqués aux patients à leur sortie et les résultats définitifs envoyés à leur médecin référent avec si possible les propositions thérapeutiques. Des réunions de synthèse regroupant les différents spécialistes seront ainsi organisées afin de rendre ces propositions thérapeutiques cohérentes et pertinentes.

Besoins en personnel para-médical

- Au moins 2 techniciens de sommeil de jour
- Un technicien de sommeil de nuit
- Couverture médicale par l'interne de garde de médecine et si besoin par le spécialiste référent

Matériel

Pour chaque chambre

- Un polygraphe pour chaque chambre
- Une caméra infra-rouge par chambre
- Un microphone
- Divers consommables : électrodes cupules, gels conducteurs, gaze, ...

Une fois fonctionnelle, l'unité d'étude du sommeil et de l'éveil devra requérir la reconnaissance de la Société Française de Recherche sur la Médecine du Sommeil(SFRMS).

Centre de santé du PEYROUAT

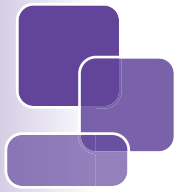
Depuis 2014, le centre hospitalier est associé avec l'agglomération montoise, l'office public d'habitation à loyers modérés des Landes, la Mutualité Française (orthophonie) et des professionnels libéraux (sage-femme, infirmier, ostéopathe) pour mettre en œuvre un projet de partenariat en vue de la création d'un centre de santé géré par l'hôpital. Après concertation, il est apparu en 2015 que le centre hospitalier porterait le projet de construction et de gestion. Une zone commerciale d'environ 500 m² a été acquise à l'Office d'HLM dans le courant du 1^{er} trimestre 2016 avec des travaux et une livraison pour la fin du premier trimestre 2017.

Il n'appartient pas à un centre hospitalier d'intervenir dans le secteur dévolu au secteur libéral, mais la carence de celui-ci a rendu nécessaire cette action qui va redonner du temps médical à ce quartier défavorisé.

Développer des consultations avancées

Afin de rapprocher l'hôpital des populations éloignées, le centre hospitalier développe une stratégie de consultations avancées sur le territoire au Nord avec les MSP de Labouheyre et d'Ygos tout en s'appuyant sur ses EHPAD, à l'Est dans la cité aturine dans le cadre plus large de la recomposition de l'offre hospitalière et avec la MSP d'Hagetmau.

Dans le cadre de la filière mère-enfant, des consultations avancées sont assurées par des pédiatres et des sages-femmes (exemple Hagetmau).



Le projet médical et soignant

Thème n°3 – La gériatrie et le médico-social – Le MPR et le SSR

Thème n°3	Projets
Affirmer la vocation gériatrique pour une offre de soins adaptée aux besoins des personnes âgées.	Développer la gériatrie hospitalière (mise en place d'une unité de court séjour gériatrique) secondée par une équipe mobile de gériatrie active.
	Développer les consultations Gériatrique/Mémoire et celles de la spécialité MPR Développer des consultations de télémédecine
	Développer les alternatives à l'hospitalisation complète et notamment l'HDJ SSR
	Optimiser la prise en charge du patient en SSR dans quatre domaines : SSR polyvalent, SSR gériatrique, SSR-MPR du système nerveux et SSR-MPR de l'appareil locomoteur
	Veiller aux missions des USLD et revoir l'accueil des EHPAD
	Améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées
	Formation des personnels hospitaliers
	Mettre en place une articulation entre les services hospitaliers et les intervenants de la ville
	Installer un comité local gériatrique
	SAMSAH TC 40

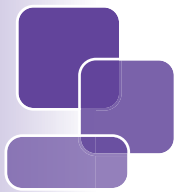
Développer le service de court séjour gériatrique et l'équipe mobile

- Extension à une capacité 27 lits et 2 places dès septembre 2015 par redéploiement de lits et de moyens provenant des services de spécialités.
- Optimiser l'intervention dans le service des urgences et dans les services de spécialités médicales et chirurgicales. Intervenir en extra hospitalier en tant que structure ressource pour le secteur médico-social et espace d'interface avec les réseaux de santé de ville, afin de mieux assurer la continuité des soins. Mettre en place un outil commun de repérage de la fragilité du patient âgé, permettant de cibler les interventions nécessaires de l'équipe mobile, utilisable en intra comme en extra hospitalier : septembre 2015 (en parallèle avec TSN).

Développer les consultations de spécialité

Consultations mémoire

Afin d'éviter le passage aux urgences et les hospitalisations en urgence non liées à un problème de santé nécessitant une prise en charge en urgence, l'établissement doit se doter d'une capacité suffisante de consultations programmées (accès direct pour les médecins traitants) et de consultations non programmées (accès à un avis gériatrique dans la journée pour le service d'accueil des urgences). Le développement de ces consultations permettra d'augmenter les entrées directes en service de court séjour. Une gestion centralisée téléphonique accessible aux médecins traitants doit être identifiée dans chaque établissement de référence, permettant l'accès direct aux consultations et à l'hospitalisation gériatrique. Développer la consultation gériatrique avancée.



Le projet médical et soignant

Consultations MPR

Poursuite et valorisation des consultations spécialisées nécessitant un avis d'un médecin MPR et plus particulièrement poursuivre la prise en charge des troubles pelvi-péritonéaux, les explorations urodynamiques, la prise en charge des scolioses et les consultations d'appareillage.

Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Les alternatives à l'hospitalisation de jour

Création de 5 places d'hospitalisation de jour, (adossée au CSG et à l'EMOG) dans l'objectif de maintenir la personne âgée à son domicile ou éventuellement de permettre un retour à domicile plus précoce. Réalisation d'EGS : évaluation gériatrique standardisée.

L'hôpital de jour doit remplir ses missions de diagnostic, d'évaluation médico-psycho-sociale d'orientation et de thérapeutique. Ouverture de 2 places dans un premier temps puis extension à 5 places en fonction de la montée en charge.

Hôpital de jour SSR-MPR

Optimiser la prise en charge des patients relevant de soins de réadaptation/rééducation des pathologies locomotrices (13 places) et neurologiques (2 places) en leur offrant la possibilité d'une hospitalisation de jour afin de leur permettre une ré-autonomisation socio familiale. Valorisation de cette activité, alternative à l'hospitalisation complète.

Valoriser l'ambulatoire en augmentant les prises en charge sur les 5 places d'HDJ-SSR des affections neurologiques et des dix places d'HDJ-SSR affections de l'appareil locomoteur.

Création d'une place d'HDJ MCO pour valoriser la réalisation des actes en lien avec la spécialité.

Optimiser la prise en charge du patient en SSR pour intégrer le passage à la T2A

Optimiser la prise en charge du patient en SSR Gériatrique et SSR polyvalent

Utilisation et valorisation de l'outil Via-Trajectoire.

Regroupement sur un même niveau des SSR gériatriques et polyvalents.

Création d'une filière neuro-vasculaire personnes âgées, ortho-gériatrie et onco-gériatrie. Cette dernière spécialité revêt une importance particulière car elle fait le lien avec les services d'oncologie qui

sont surchargés par des patients gériatriques qui ne trouvent pas un lit d'aval spécialisé. Un positionnement sur l'agglomération aturine serait à prévoir pour 30 lits.

Réflexion sur l'individualisation/création de places de SSR-HDJ pour adultes âgés : chute par exemple ou collaboration avec HDJ-MPR.

Prise en charge des affections du système nerveux en SSR-MPR

Optimiser la prise en charge des patients atteints d'un AVC, fluidifier la filière neuro vasculaire. Assurer une meilleure coordination des équipes de rééducation/réadaptation. Réflexion sur un hôpital de jour à visée neurologique. Offrir une consultation multidisciplinaire à orientation neurologique. 10 lits sur le secteur SSR-MPR.

Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur en SSR-MPR

Optimiser la prise en charge des patients porteurs de pathologie traumatolo-orthopédique nécessitant une rééducation complexe et intensive. Organiser une filière « appareil locomoteur » de 25 lits en SSR-MPR. Offrir une consultation pluridisciplinaire (appareillage) et donner des avis médicaux transversaux dans les unités concernées.

Veiller aux missions des USLD et restructurer les EHPAD

Les missions des USLD

Evaluer annuellement (par le médecin gériatre) la charge en soins techniques et la dépendance des patients, à l'aide de l'outil PATHOS, afin de s'assurer que l'USLD remplit ses missions auprès de la population, en complémentarité avec les EHPAD de sa zone d'intervention.

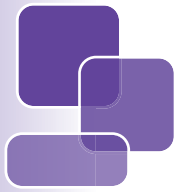
Former les équipes aux prises en charge psychogériatrique et palliative. Meilleure collaboration avec les équipes mobiles du centre hospitalier.

Restructuration des EHPAD

Afin d'offrir une prestation hôtelière de niveau supérieur (arrivée de Via-Trajectoire dans le secteur médicosocial).

Mise en place d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Etude médico-économique de faisabilité dans un but de restauration et/ou restructuration et/ou extension de l'existant.

Création (ou transformation) d'une EHPAD à visée psychogériatrique selon étude de marché.



Le projet médical et soignant

Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs

Identifier un service de neuro-psychogériatrie afin de remplir les missions de diagnostic, d'évaluation, d'orientation et de mise en place de thérapeutique.

Mise en place d'une équipe référente psychogériatrique, cette dernière menée par un psychogérontologue assurera des consultations multidisciplinaires de ville et interviendra surtout à la demande des EHPAD.

Formation des personnels hospitaliers

Afin de mettre en œuvre l'ensemble de la culture gériatrique pour les courts séjours, les services de soins de suite, les unités de soins de longue durée, les compétences gériatriques doivent être développées grâce à la mise en place de formations permanentes et continues.

Mettre en place une articulation entre les services hospitaliers et avec les intervenants de la ville

L'articulation avec les services hospitaliers

Afin de formaliser les liens permettant d'assurer la continuité des soins, dans le schéma du parcours du patient, nécessité de préciser les modalités d'articulation :

Entre le service des urgences et les services de gériatrie et de spécialité ;

Entre les services de spécialités et l'équipe mobile gériatrique ;

Entre les services de court séjour, les services de soins de suite et les USLD ;

Entre l'établissement et le service des urgences, de court séjour et les soins de suite des autres structures sanitaires ;

Avec les consultations gériatriques avancées qu'il offre ou dont il bénéficie ;

Et en définissant un protocole d'accès au plateau technique spécifique aux personnes âgées fragiles et malades ;

Rédaction de contrats de pôle et interpôle.

L'articulation effective avec les intervenants de la ville

Formaliser les liens permettant d'assurer la continuité des soins lors du retour à domicile ou en EHPAD des patients, conventions de fonctionnement avec :

Le(s) réseau(x) de soins gérontologiques du territoire, les CLIC, les MAIA, HAD...

Les EHPAD de leur zone de proximité formalisant l'accès aux consultations gériatriques, aux alternatives à l'hospitalisation, les entrées directes ;

Les SSIAD ;

Les intervenants libéraux (partenariat, information, formation...);

Le système Via TRAJECTOIRE ;

Création d'un numéro de téléphone unique pour la gériatrie diffusable aux partenaires de ville afin qu'ils aient accès direct avec un médecin ou un professionnel non médical pour avis.

Installer un comité local gériatrique

Un comité local gériatrique sera mis en place. Il sera composé des médecins gériatres de la filière.

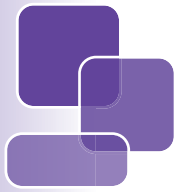
Il aura un rôle d'appui, de conseil et d'évaluation.

Son avis technique pourra être requis par les responsables des structures sanitaires et médico-sociales sur tous les points d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

SAMSAH TC 40

Poursuivre le développement du SAMSAH TC 40. Autorisation actuelle de 30 places.

Il intervient auprès des personnes adultes (18-60 ans avec dérogation possible entre 16-18 ans) victimes d'un traumatisme crânien ou de lésions cérébrales acquises (AVC, anévrisme, tumeur ...) vivant au domicile, seules ou en famille, résidant sur le département des Landes. Les spécificités sont les dysfonctionnements neuropsychologiques et/ou neuro comportementaux.



Le projet médical et soignant

Thème n°4 – La psychiatrie

Thème n°4	Projets
<p>Affirmer la vocation sanitaire de la psychiatrie et développer une offre de soins adaptée aux besoins des personnes accompagnées.</p> <p>Conforter la mission de la psychiatrie active en intra hospitalier</p>	Redécoupage de la sectorisation psychiatrique
	Développement de la prise en charge vers l'extrahospitalier et développement d'activités nouvelles
	Création d'un USIP
	Prise en compte de la psychiatrie du sujet âgé
	Transformation de lits de psychiatrie en lits pour une maison d'accueil spécialisé
	Création d'une unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie pour adolescents
	Transformation de lits de psychiatrie en lits pour un ESAT

Redécoupage de la sectorisation psychiatrique

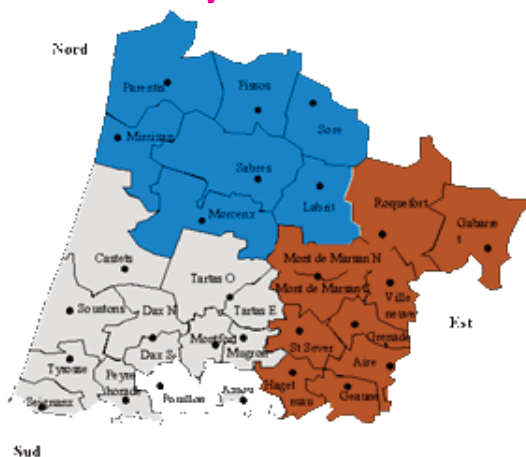
Un redécoupage axé sur l'extrahospitalier :

Cela nécessite une redéfinition des limites des secteurs actuels et d'adapter les secteurs psychiatriques aux territoires de santé tels que définis dans le PRS.

Une récente mise à jour de l'effectif de la population par secteur de psychiatrie adulte au moyen des données du recensement de la population générale par commune (données 2015) donne les chiffres suivants selon la répartition actuelle des secteurs :

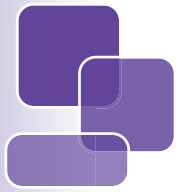
Nord : 97 188 habitants
 Est : 97 764 habitants
 Sud : 67 252 habitants
 Ouest (Dax) : 144 604 habitants

Proposition de piste d'évolution :



1/ Évaluer la population par secteur géographique selon le découpage « logique » en 2015

2/ Envisager conjointement le maillage approprié pour assurer l'accès aux soins ambulatoires et les coopérations à mettre en œuvre.



Le projet médical et soignant

Nous proposons un redécoupage plus compact et axé sur les deux villes de Dax et Mont-de-Marsan comme suit (correspond au découpage cantonal antérieur) :

code	canton	Nombre de communes	Population taotale	Secteur Nord	Secteur Est	Secteur Dax
1	Aire-sur-Adour	12	10511		10511	
2	Amou	16	7795			7795
3	Castets	10	11180			11180
4	Dax-Nord	10	25392			25392
5	Gabaret	15	4099		4099	
6	Geaune	17	4707		4707	
7	Grenade-sur-Adour	11	7952		7952	
8	Hagetmau	18	10118		10118	
9	Labrit	9	3541	3541		
10	Mimizan	6	12291	12291		
11	Mont-de-Marsan Nord	9	20725	20725		
12	Monfort en Chalosse	21	12368			12368
13	Morcenx	9	9843	9843		
14	Mugron	13	5892			5892
15	Parentis en born	6	27129	27129		
16	Peyrehorade	13	12434			12434
17	Pissos	6	3829	3829		
18	Pouillon	11	11426			11426
19	Roquefort	13	8046		8046	
20	Sabres	8	5548	6648		
21	Saint-Martin de Seignanx	8	26360			26360
22	Saint-Sever	14	10577		10577	
23	Saint-Vincent de Tyrosse	11	32481			32481
24	Sore	4	2002	2002		
25	Souston	11	27934			27934
26	Tartas est	8	5823			5823
27	Tartas ouest	11	11425			11425
28	Villeneuve de Marsan	12	6212		6212	
29	Dax sud	12	32437			32437
30	Mont-de-Marsan sud	10	35542		35542	
			406809	86008	97764	223037

Nous devons rappeler que trente ans en arrière, la totalité de la psychiatrie se réalisait sur le centre hospitalier de Saint Anne et que la création du secteur de Dax fut faite avec les moyens et le personnel du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan. Il faut compléter cette action par ce redécoupage qui tient compte de la proximité de Dax pour certains cantons ce qui facilitera la vie de nos patients.

Il conviendra de réattribuer des moyens et des effectifs sur le secteur de Dax pour aboutir à trois secteurs de psychiatrie adultes sur les Landes contre quatre actuellement.

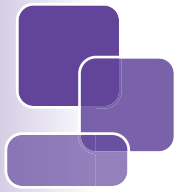
Le principe sera de faire glisser les moyens extrahospitaliers et les activités de

CMP/CATTP/Hôpitaux de jour des cantons concernés par ces modifications vers le secteur géré par le Centre Hospitalier de Dax. Par contre, les lits d'hospitalisation seront toujours concentrés sur le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan.

Développer la prise en charge vers l'extrahospitalier et développement d'activités nouvelles

Création d'un Groupement Sanitaire de Coopération en Santé Mentale

Ce Groupement, créé à compter du 1^{er} juillet 2016, s'inscrit dans le cadre d'une coopération entre



Le projet médical et soignant

établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels médicaux et para médicaux libéraux, associations et représentants des usagers et des familles selon les conditions fixées à l'article L.161-33-2 du Code de la Santé Publique, et tout autre organisme ou association intervenant en matière de santé mentale, notamment pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le soin ou la réadaptation et réinsertion sociale.

Développer des activités nouvelles

La création d'un hôpital de jour sur l'agglomération montoise permettra la prise en charge psychothérapeutique de patients avec un lourd passé institutionnel et de patients porteurs de pathologies chroniques insérés dans le tissu social qu'il convient d'accompagner dans l'acceptation de leur trouble (10 places). Des activités comme la relaxation sophrologie, les groupes de paroles, les TCC (thérapies cognitivo-comportementales, la restructuration cognitive, la réadaptation..... pourraient y être proposées.

Une unité d'hospitalisation à domicile en psychiatrie de 5 places, sur l'agglomération montoise, sera adossée à l'hôpital de jour. Ce service d'HAD s'adresse à des patients de plus de 18 ans dont l'état clinique nécessite une hospitalisation, qui ne présentent pas de comportement auto ou hétéro agressif et qui acceptent d'être suivis et soignés à leur domicile ou sur leur lieu de vie par l'équipe de soins de l'HAD.

L'HAD peut intervenir à trois moments différents : en amont de l'hospitalisation, en alternative à l'hospitalisation, et en aval d'une hospitalisation.

L'activité de sismothérapie sera développée sur le site de Layné, en ambulatoire et le suivi des patients sera assuré par les équipes de la psychiatrie.

Conforter le CMP sur le Territoire

Le Centre Médico-psychologique est l'unité de consultation de base sur le territoire depuis 1960 et le principe de réalité nous impose d'offrir à nos populations des lieux de consultation plus ouverts.

Son amplitude d'ouverture hebdomadaire doit être au minimum de 6 jours/semaine avec une ouverture le samedi matin au regard de la population desservie et de l'offre hospitalière. L'amplitude d'ouverture journalière sera de 8h 30 et jusqu'à 18h en fin de journée, non comprises certaines activités particulières qui se passent souvent en soirée.

Pour que le C.M.P. puisse être un lieu systématique de

recours de première intention, il faut répondre aux impératifs suivants :

- Une permanence d'accueil téléphonique doit être assurée tous les jours sur des horaires fixes par le secrétariat du CMP
- Un accueil infirmier doit être réalisé dans la journée,
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale après évaluation infirmière en première intervention dans des délais courts (48h maximum).

Ceci suppose:

- Un accueil physique et téléphonique avec prise de rendez-vous.
- Accueil/Evaluation/Orientation infirmier quotidien,
- Une présence médicale tous les jours et toute l'année (5 ½ journées par semaine, de préférence l'après-midi et toute l'année).
- L'évaluation (hors urgence absolue) suppose une réunion type staff hebdomadaire interdisciplinaire.

Les orientations de l'urgence absolue, c'est-à-dire la situation d'un patient à voir dans les heures qui suivent son admission se fait en lien avec le CAP 24 et le service des urgences.

Les orientations de l'urgence relative ou de la situation de crise, pour une adaptation et/ou une gestion de traitement, une réassurance, une crainte d'épisode suicidaire se gèrent par une consultation infirmière de première intention et une consultation médicale à organiser par le praticien soit par le biais d'un créneau réservé CMP, soit par adaptation de son temps de consultation.

La fréquence de suivi des Consultations pour les patients.

Pour être efficient, il faudra revoir le nombre de CMP en fonction de l'activité et s'appuyer sur des CMP pivots.

Conforter les C.A.T.T.P.

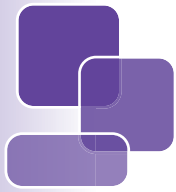
Ses missions visent à offrir des activités thérapeutiques à médiation variable (éducation thérapeutique, sophrologie, TCC) visant :

- Le maintien du lien social et de l'autonomie,
- L'accompagnement éducatif,
- Le soutien psychologique.

Ils sont animés par des Infirmiers.

Evolutions attendues :

- *Diversifier les prises en charge et proposer d'autres soins comme l'éducation thérapeutique, les TCC etc...*
- *Afin d'offrir une réponse au plus près de la population, l'ouverture le samedi matin permettra*



Le projet médical et soignant

l'optimisation de l'offre de soins. Par ailleurs, une augmentation d'amplitude de l'ouverture journalière sera mise en place et sera comprise entre 8h 30 et 9h le matin et jusqu'à 18h en fin de journée, (non comprises certaines activités particulières qui se passent souvent en soirée).

- Pour Mont de Marsan : rattachement du CATTP (de Ste Anne) et des appartements collectifs au CSM afin de proposer des soins au plus près du lieu de vie des patients.
- Mise en place d'équipes pluridisciplinaires par redéploiements.

Conforter les hôpitaux de jour

Les prises en charges sont graduées en fonction des besoins du patient et de son évolution clinique pour faire sortir les patients de l'hôpital et rechercher l'intégration dans la vie normale.

Une prise en charge plus pointue : l'Hôpital de jour.

Ses Missions : il assure des activités thérapeutiques à durée déterminée de plus de 3 heures suivant un contrat de soins réévalué régulièrement :

Au long cours, l'étayage des pathologies de longue durée avec des journées de présence qui peuvent évoluer vers des 1/2 journées de 1 à 3 fois/semaine, Un accueil de crise aiguë en substitution à l'hospitalisation temps plein est organisé 6 jours sur 7. La prise en charge en hôpital de jour est un outil précieux dans le cas de programmes de soins proposés aux patients en soins sans consentement.

Tout ceci en cohérence avec le PRS.

- Améliorer la pertinence et la continuité des parcours,
- Favoriser la mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement,
- Développer la complémentarité entre la filière gériatrique et les services de psychiatrie.

Création d'un USIP

Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) proposent un cadre contenant pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge dans des conditions satisfaisantes dans les services de psychiatrie générale. La provenance des patients intersectorielle correspondra à l'aire géographique du territoire de santé des Landes. La durée de séjour devrait être limitée dans le temps, n'excédant pas deux mois. La présence médicale et soignante est importante et la

continuité des soins avec le service d'origine essentielle. Des unités existent notamment à Cadillac, Lyon, Paris, Nice, Eygurande, Montpellier, Pau et Prémontre. Elles apparaissent comme un chaînon manquant dans le dispositif actuel de soins, structures intermédiaires entre services de psychiatrie générale adulte et Unités pour Malades Difficiles (UMD). Une unité de 25 lits s'avère indispensable.

Prise en compte de la psychiatrie du sujet âgé

L'ouverture de la psychiatrie fait évoluer les prises en charge en spécialisant les unités de soins. De facto, nous avons des unités qui sont à orientation gériatrique ou d'accueil des déficients mentaux. Pour tenir compte de cette donnée, nous proposons une répartition différente des lits d'hospitalisation complète.

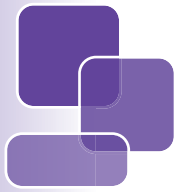
Compte tenu de la population accueillie, nous devons opter pour la transformation du pavillon Caravelle en **une unité de psychiatrie du sujet âgé** sous la responsabilité d'une psychiatre secondé par un gériatre. Il est envisagé à terme une unité pour 10 lits de psychiatrie du sujet âgé et 8 lits pour patients âgés présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement.

Transformation de lits de psychiatrie en lits pour une maison d'accueil spécialisé

Ce projet de création d'une Maison d'Accueil Spécialisée s'adresse à des personnes adultes handicapées qui présentent des déficiences mentales profondes. Ces pathologies sont en lien soit avec des états autistiques ou psychotiques de l'enfance, soit des pathologies génétiques. Ces personnes sont dépendantes pour les actes de la vie quotidienne et nécessitent des soins et une surveillance médicale régulière. Cette aide dans les actes de la vie quotidienne doit se réaliser dans le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des personnes.

Le Centre de Saint Anne dispose actuellement de deux pavillons accueillant ce type de patients sur des lits de psychiatrie.

Il est proposé la construction d'une MAS d'une capacité de 65 lits (y compris 2 lits d'accueil temporaire et 2 lits d'accueil de jour) sous forme de 5



Le projet médical et soignant

pavillons pour 8 à 13 personnes avec des patients provenant des unités Sonatine et Aria.

Création de 15 places pour un établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Ce projet de création d'un établissement et service d'aide par le travail permettra de resocialiser et responsabiliser des patients psychiatriques ayant des capacités cognitives suffisantes pour exercer une activité salariée encadrée pour **15 personnes**.

Transformation de l'unité BASTIDE en une unité d'hospitalisation pour adolescents

Actuellement, le Centre de Saint Anne a des lits pour adolescents qui sont répartis en trois unités pour adultes ce qui est déconseillé. En procédant au regroupement des lits sur l'unité Bastide de 16 lits (12 lits d'hospitalisation complète et 4 lits d'accueil temporaire) nous créons un lieu unique d'hébergement des adolescents.

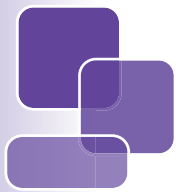
LITS EN HOSPITALISATION COMPLETE EN DEBUT DU PROJET D'ETABLISSEMENT :

Unité	Spécificité	Nombre de lits
Passerelle	lits soins aigus, court séjour, sous contrainte, dont 4 lits pour adolescents	21
Traversée	court séjour en HL troubles anxieux et dépressifs	21
Caravelle	court séjour pour personnes âgées avec troubles psychiatriques	18
Pastourelle	Réadaptation	21
Airial	psychiatrie générale	25
Bastide	psychiatrie générale avec 6 lits adolescents	25
Fournière	psychiatrie générale	30
Sonatine	psychiatrie générale pour déficients	30
Aria	Déficient mentaux profonds	24
		215

LITS EN HOSPITALISATION COMPLETE A LA FIN DU PROJET D'ETABLISSEMENT :

Unité	Spécificité	Nombre de lits
Passerelle	Accueil des entrants de l'ensemble des secteurs / pavillon fermé	21
Pavillon n° 1	Psychiatrie réhabilitation- post aigu	25
Pavillon n° 2	Psychiatrie fermée - USIP	25
Pavillon n°4	Psychiatrie aiguë	21
Bastide	Adolescents	16
Caravelle	Psychiatrie du sujet âgé	10+8
HAD	HAD	5
		131

Unité	Spécificité	Nombre de lits
MAS	Maison d'accueil spécialisé	65
ESAT	Aide par le travail	15
		80



Le projet médical et soignant

Thème n°5 – Les urgences

Thème n°5	Projets
Accueil de tous les patients	Création de la filière psychiatrique (CAP 24)
	Création de la filière gériatrique
	Création d'une filière pédiatrique
	Création d'une maison médicale

Mettre en place des filières pédiatriques, psychiatriques, gériatriques de soins, performantes et coordonnées entre acteurs de santé pour fluidifier et optimiser les prises en charge, leur coordination, ainsi que l'interdisciplinarité des prestations.

Adapter les organisations, les outils et l'architecture aux différentes modalités de prise en charge et aux contraintes ergonomiques.

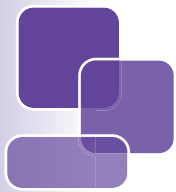
Ce projet aura donc un impact sur l'ensemble de la prise en charge des patients, et/ou sur une étape particulière de la prise en charge, et/ou sur une population particulière. Toutes ses composantes devront concourir à :

- Une réduction du temps d'attente et de passage moyen,
- La qualité de l'accueil du patient,
- Une organisation et une facilitation du parcours du patient,
- Une plus grande cohésion d'équipe et une synergie améliorée entre personnels médicaux et paramédicaux.
- Une meilleure gestion des flux avec recherche de l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients, une suppression des étapes inutiles (parcours optimal), une adéquation des moyens humains et architecturaux en regard des flux de patients (organisation temps de travail, espaces adaptés, outils adaptés...).
- Un travail transversal avec les acteurs de la prise en charge pré hospitalière, avec les services d'aval, équipes et intervenants spécialisés, et les plateaux techniques par la formalisation de filières/parcours patients.
- Un meilleur environnement de travail.
- adaptation du système d'information.

- L'optimisation des moyens, efficacité médico économique.
- La création et/ou la mise à jour du référentiel de pratiques.

L'important est d'amener le meilleur et juste soin dans un temps optimal avec une bonne maîtrise des ressources.

La création d'une maison médicale avec les professionnels montois auprès des urgences aurait l'intérêt d'associer le secteur libéral et l'hôpital pour réduire les délais de prise en charge des urgences non vitales.



Le projet médical et soignant

Thème n°6 – Le plateau technique

Thème n°6	Projets
Servir les patients et les praticiens	Un service de radiologie complet et territorialisé
	Laboratoire et service d'anatomopathologie inter-établissements
	Pharmacie inter-établissements

Un service de radiologie complet et territorialisé

Actuellement, le service de radiologie du Centre Hospitalier de Mont de Marsan dispose d'un équipement complet comprenant, notamment, un scanner et deux IRM (polyvalent et ostéoarticulaire). Une évolution devrait avoir lieu pour l'obtention des équipements suivants :

- **Un scanner supplémentaire pour les urgences** (du fait du dépassement du seuil des 40.000 passages). Il y aurait le déplacement prévu de l'autorisation actuelle du scanner (\pm 128 barrettes) vers de nouveaux locaux au sein du service et la réimplantation d'un scanner d'urgence (\pm 32 barrettes). Le scanner du service aurait comme vocation la réalisation d'actes de cardiologie.
- **Nouvelle autorisation pour un TEP-SCAN** (Tomographie par Émission de Positrons ou TEP en français) est un examen isotopique. Il consiste à injecter un produit légèrement radioactif (isotope) dans le corps, qui va se fixer sur les tumeurs et/ou métastases. Il serait un appareil d'examen primordial dans le diagnostic non invasif en lien avec les services d'oncologie du département et pour assurer aux landais une prise en charge de proximité. Pour l'heure, les patients vont à Bayonne, Pau ou Bordeaux pour ces examens.
- **Un projet territorialisé** sera organisé avec les centres hospitaliers de Bayonne et de Dax.

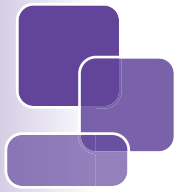
Un laboratoire et service d'anatomopathologie inter-établissement

Avec la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire, les établissements (Dax et Mont de Marsan) membres dudit groupement se doivent de se regrouper, d'autant plus que depuis l'ordonnance de 2010, la certification des laboratoires impose des seuils en activité qui auront tendance à augmenter à

l'avenir. Cette restructuration est presque accomplie dans le secteur privé et l'hôpital est en pleine mutation. Compte tenu des effets supposés bénéfiques du regroupement, il est acté que la mutualisation du laboratoire et du service d'anatomopathologie passe par l'étude de scénarii qui pour l'heure n'ont pas fait l'objet d'un choix commun et pour lesquels nous avons grosso modo trois solutions (solution n° 1 : maintien des structures avec partage des activités / solution n° 2 : un seul laboratoire et une annexe d'urgence dans les autres établissements / solution n° 3 : une laboratoire sur Tartas et des laboratoires d'urgence dans chaque établissement).

Une pharmacie inter-établissements

Avec la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire, les établissements membres dudit groupement se doivent de se regrouper. Compte tenu des effets supposés bénéfiques du regroupement, il est acté que la mutualisation des pharmacies (et stérilisations) passe par l'étude de scénarii qui pour l'heure n'ont pas fait l'objet d'un choix commun et pour lesquels nous avons grosso modo trois solutions (solution n° 1 : maintien des structures avec partage des activités / solution n° 2 : une seule pharmacie et stérilisation et une annexe dans les autres établissements/ solution n° 3 : une pharmacie et une stérilisation sur Tartas et des annexes dans chaque établissement).



Le projet médical et soignant

Thème n°7 – Le projet de santé publique

Thème n°7	Projets
Donner du sens au parcours du patient	Politique active pour « Hôpital hors les murs » (PASNEL / consultations avancées)
	Les activités de santé publique recentralisées, CEGIDD et CLAT, ainsi que les consultations d'addictologie
	La cellule parcours santé
	Création d'un centre d'éducation thérapeutique (y compris pour la pédiatrie)
	Télémédecine et e-santé
	Recherche clinique

Le Projet de santé publique repose sur les 2 axes suivants :

Hôpital hors les murs : volet prévention avec l'équipe du Groupement Hospitalier de Territoire d'animateurs en Santé Publique ; les consultations avancées de spécialistes sur le territoire ; les interventions du PASNEL auprès des publics précaires.

les activités de santé publique recentralisées, CEGIDD et CLAT, ainsi que les consultations d'addictologie :

Ces axes sont mis en œuvre, autofinancés ou financés par des MIG (PASNEL) ou sur le FIR (CEGIDD, CLAT) ou en réponse à appel à projet (Prévention hors les murs). L'établissement est en instance d'obtenir la labellisation Hôpital promoteur de santé.

La prévention et le dépistage sont promus dans le cadre des actions fédérées par les COPIL cancer, diabète, VIH, auxquels participent les acteurs hospitaliers (octobre rose, mars bleu, journée mondiale de lutte contre le SIDA, etc.).

Ces interventions en Santé Publique s'appuient sur le réseau international Health Promoting Hospitals and Health Services « HPH » (Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé) et national Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé « HSPS », les réseaux régionaux et départementaux (COREVIH, REPOPP, IREPS, coordination régionale des PASS, RESAP.), sur le GHT ou les conventions de partenariat (RESPECT). Ces interventions en santé publique sont conduites sous l'égide de la cellule parcours santé.

La cellule parcours santé

Fondée sur le binôme directeur de territoire-cadre supérieur socio-éducatif, la cellule parcours santé est une structure d'expertise et d'intervention transversale, articulée avec la cellule parcours patient dans le cadre de la nouvelle organisation du Centre Hospitalier de Mont de Marsan. Elle s'appuie sur le chargé de mission animation santé publique et son équipe, les professionnels du Pansel et de l'EMPP et plus largement tout professionnel, usager, pôle, service, institution ou organisme ressource en termes d'expertise afférente à l'une des missions ci-dessous définies.

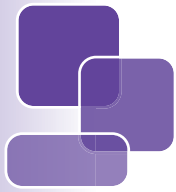
Dans la cohérence des schémas territoriaux et des parcours santé formalisés (enfance, personnes âgées, personnes handicapées, vulnérables, maladies chroniques, etc.) la cellule transversale :

Participer à **la bonne identification des problématiques** de parcours sur le territoire en privilégiant notamment les interfaces ville/hôpital en articulation avec le travail de Santé Landes

Rechercher avec la cellule parcours patient la meilleure intégration des parcours hospitaliers dans **le parcours santé de l'usager**

Accompagner les acteurs dans **la définition ou l'enrichissement des parcours santé** (référents au sein de l'établissement pour des travaux internes ou externes d'élaboration des schémas et programmes régionaux)

Traduire l'ensemble des actions précédemment listées sous forme de **coopérations efficaces, finalisées et opérationnelles avec les secteurs du social, médico-social et sanitaire.**



Le projet médical et soignant

Exercer sa vocation formative dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé et socio-éducatif et, plus largement des professionnels en provenance des secteurs sanitaires, médicosociaux, collectivités locales, et associatifs.

Contribuer à la bonne déclinaison des parcours santé de la prévention- éducation à la santé jusqu'à la stabilisation de l'état de santé en passant par le dépistage et les soins curatifs avec les partenaires et outils en œuvre sur le territoire de santé (TSN).

L'intégration de la cellule dans le management hospitalier assure sa capacité de projection et d'actions transversales réactives et garantit son autorité et sa légitimité.

L'évaluation du travail de la cellule s'établit à partir de quelques indicateurs d'activité, de résultats et de qualité, notamment les actions menées en partenariat interne ou externe, les saisines de la cellule et les démarches engagées, les projets initiés ou finalisés, les actions de communication, d'information et de formation.

Centre d'éducation thérapeutique :

Selon la définition de l'OMS, « *l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique*⁷ ». Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient et à ce titre le Centre Hospitalier entend lui donner une place importante pour le suivi des patients et éviter l'hospitalisation. **Pour les enfants, l'éducation thérapeutique concerne notamment l'alimentation et l'asthme qui sont des fléaux modernes qui touchent de plus en plus les jeunes.**

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations

ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine sont actuellement reconnus réglementairement :

- La téléconsultation : consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé.
- La télé-expertise : permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale : permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de rendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale urgente apportée dans le cadre des activités de régulation SAMU - Centre 15.

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan va donc s'engager résolument dans le développement de la télémédecine et de l'e-santé, afin de mieux répondre aux besoins de son territoire.

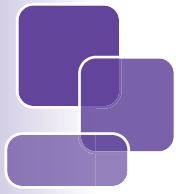
La recherche clinique : développement dans les domaines de la médecine et de la cancérologie.

Le projet médical du Centre Hospitalier de Mont de Marsan sera décliné plus précisément dans les projets de pôles et les projets de services.

Ce projet s'articulera sur le territoire avec le projet médical du G.H.T des Landes, avec le C.H.U de Bordeaux et avec les G.H.T proches de celle des Landes.

En interne, une coordination sera réalisée avec le projet de soins qui devra adapter en continu ses objectifs aux évolutions du projet médical.

⁷ Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation – HAS juin 2007



Le projet médical et soignant

Le projet de soins

Le contexte

Les missions de l'hôpital s'appuient sur les valeurs du service public, sur les valeurs humaines du respect de l'usager et de ses droits.

Les équipes paramédicales exercent leurs activités dans ce cadre, dans le respect des règles de déontologie professionnelle et de l'éthique. La solidarité entre professionnels est un élément essentiel à la continuité et à la qualité de la prise en charge des patients et résidents. Il appartient à l'encadrement des équipes paramédicales de promouvoir la mise en œuvre de ces valeurs communes de bienveillance, pour éviter la banalisation et préserver le sens du soin au quotidien.

Le Projet de Soins du Centre Hospitalier de Mont de Marsan est constitutif du projet d'établissement et permet l'opérationnalité paramédicale du projet médical, du projet social, du projet qualité et gestion des risques et du projet de gestion. Il est élaboré dans un contexte de transformations internes et externes importantes. La rationalisation de l'offre de soins, de son organisation et de son management doit permettre d'atteindre l'efficacité en mutualisant les compétences et en simplifiant les parcours de soins sur le territoire de santé.

Le Groupement Hospitalier de Territoire des Landes facilite les coopérations médico-soignantes et permet de répondre à la demande de soins, malgré les tensions démographiques affectant certaines spécialités. L'implémentation du système d'information, dont le dossier patient informatisé et le PACS, facilite la mise en œuvre de ces évolutions.

Fruit d'une réflexion collective, le projet de soins signe l'engagement de la communauté paramédicale vis-à-vis de la personne soignée et de ses proches.

Il s'agit de réaffirmer les « fondamentaux », les actions prioritaires au bénéfice des usagers et des professionnels, de contribuer aux évolutions prospectives nécessaires ainsi qu'à la prise en charge de nouveaux risques.

Les axes stratégiques du projet de soins sont déclinés au regard du projet médical de l'établissement et des pôles qui les adapteront en

intégrant leurs spécificités médico-soignantes, organisationnelles quel que soit le secteur d'activité sanitaire (MCO, psychiatrie, SSR, USLD) ou médico-social (EHPAD, SAMSAH) pour optimiser l'offre de soins au niveau du territoire.

Les rapports d'activité annuels intégreront les éléments de suivi du projet de soins.

Des professionnels engagés

L'exercice des équipes paramédicales, régi par le code de la santé publique, repose sur le respect des règles professionnelles dont la déontologie, et sur l'utilisation de protocoles de prise en charge.

La démarche qualité et la prévention des risques évitables liés aux soins sont intégrées à la pratique quotidienne, chaque soignant assurant son travail et ses responsabilités dans la chaîne du soin.

Les professionnels intègrent à leur exercice l'évaluation des pratiques professionnelles et leurs évolutions dans un souci d'efficacité et de « juste soin ».

La prévention de la banalisation des soins pouvant générer de la maltraitance et/ou des erreurs doit être assurée au quotidien, le travail d'équipe et le décloisonnement sont favorisés.

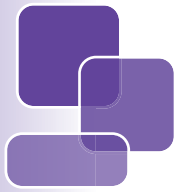
Les processus de production de soins sont formalisés et leurs interfaces identifiées et sécurisées.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient ou du résident constitue une priorité collective et individuelle impliquant au quotidien tous les acteurs hospitaliers.

La coordination entre les intervenants et le travail pluri-professionnel sont favorisés.

La transmission des savoirs professionnels, techniques et relationnels est assurée. L'encadrement des stagiaires et des nouveaux professionnels est confié à des pairs expérimentés.

La participation des paramédicaux à la recherche clinique est valorisée, et le développement de la recherche paramédicale et des innovations est soutenu.



Le projet médical et soignant

Encadrement paramédical

Les cadres sont au cœur de l'évolution des organisations de travail et de l'institution. Leur activité parfois peu visible doit être reconnue et valorisée.

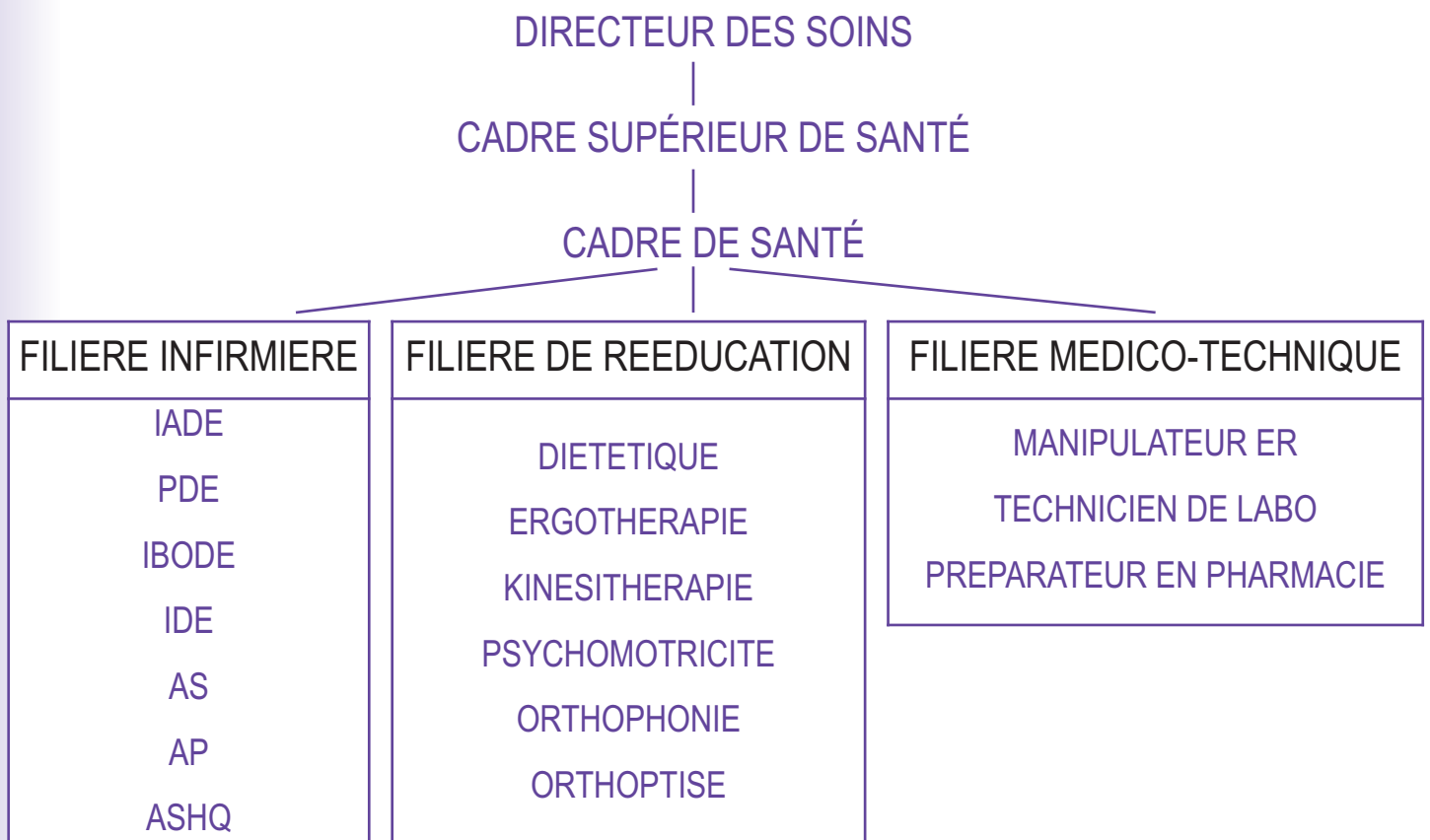
L'encadrement est soutenu par sa hiérarchie et ses partenaires médicaux dans son exercice quotidien et ses décisions afin d'être en capacité d'assurer ses missions :

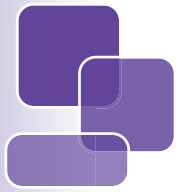
- Il assure l'adéquation activité / ressources selon les variations de flux.
- Il contribue à l'optimisation de la gestion des lits en particulier pour assurer la fluidité de l'aval des urgences.
- Il permet les transformations requises en accompagnant le changement pour optimiser l'organisation des soins (mutualisation d'équipes,

d'équipements, ...) dans les limites des métiers et des compétences.

- Il collabore à la restructuration, à l'organisation et à l'évaluation des structures de soins et médico-techniques.
- Il contrôle la qualité, la sécurité et la prévention des risques liés aux soins dispensés aux usagers par les équipes.
- Il garantit le respect des valeurs, de la bientraitance, de l'éthique et de la déontologie, part intégrante de la prise en charge des usagers et en assurent le contrôle.
- Il coordonne la fluidité, la continuité et la sécurité des parcours de soins (filiales et chemins cliniques).
- Il contribue au développement des alternatives à l'hospitalisation complète via une organisation adaptée.

Professionnels mettant en œuvre le projet de soins





Le projet médical et soignant

Le contenu du projet de soins infirmiers

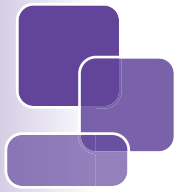
Le projet de soins infirmiers se compose de cinq axes stratégiques déclinés en vingt-trois objectifs opérationnels et cinquante-deux actions.

Organigramme du projet de soins



Axe 1 : Le management, piloter avec un projet d'encadrement

1 Le management : piloter avec un projet d'encadrement	1 Favoriser la responsabilisation, l'implication et l'autonomie des cadres	1 Rédiger une charte managériale
	2 Valoriser la contribution des équipes paramédicales à la performance de l'établissement	2 Créer des espaces de réflexions prospectives pour les cadres
	3 Définir les modalités d'accompagnement des futurs et nouveaux cadres	3 Evaluer la pertinence d'un collège de cadres
		4 Mettre en place une régulation pour les cadres en besoins
		5 Former les cadres à l'utilisation et au développement du progiciel de gestion du temps de travail
		6 Former les cadres aux outils bureautiques, notamment pour les TAB d'activités et indicateurs
		7 Dématérialiser les classeurs de garde (créer une Gestion Electronique de Documents)
		8 Identifier annuellement les actions spécifiques de formations continues pour les cadres
		9 Formaliser la trame du rapport d'activité du service IRMT, comportant les indicateurs médico-économiques et la contribution des équipes à la réalisation du projet de soins
		10 Rédiger une procédure de gestion du rapport d'activité comprenant les responsabilités, les échéances et les modalités de communication
		11 Ecrire un processus décisionnel pour l'accès à la fonction de cadre
		12 Ecrire et mettre en oeuvre une procédure d'intégration du nouveau cadre



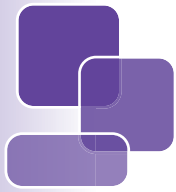
Le projet médical et soignant

Axe 2 : L'organisation des soins, faire toujours mieux

2	L'organisation des soins : faire toujours mieux	4	Promouvoir les droits des patients et résidents	13	Mettre à disposition des soignants, les moyens de répondre en continu aux droits des patients et résidents (dont l'information et le consentement aux soins)
				14	Former les équipes soignantes aux modalités permettant de prévenir ou de gérer toute situation de maltraitance
				15	Favoriser une posture professionnelle de bientraitance
		5	Optimiser les organisations et activités de soins	16	Augmenter le temps de soins directs en optimisant la logistique
				17	Définir les temps de travail adaptés à la production de soins
				18	Piloter l'évolution des modalités d'hospitalisation alternatives à l'HC
		6	Garantir les bonnes pratiques d'utilisation du dossier de soins	19	Définir des organisations et des équipements prenant en compte les risques professionnels
				20	Consolider le dispositif de cadres experts DPI
				21	Faire évaluer le dossier de soins par les cadres
		7	Protéger le secret professionnel et la confidentialité dans le contexte des NTIC	22	Former en continu les soignants au DPI, dont les nouveaux arrivants
				23	Former et informer aux règles de confidentialité
				24	Contrôler l'utilisation des moyens de communication (smartphone, réseaux sociaux, etc ..).

Axe 3 : La qualité de la prise en charge, consolider l'efficience

3	La qualité de la prise en charge : consolider l'efficience	8	Améliorer l'accueil et l'orientation des patients aux urgences	25	Réduire les délais d'attente au SAU
				26	Créer des filières de prise en charge au SAU
		9	Contribuer à l'animation de la CHT	27	Former les professionnels aux compétences requises par les filières
				28	Définir les axes collaboratifs médico-soignants de la CHT (pour toutes les activités : MCO-PSY-MS)
				29	Soutenir et développer les moyens dédiés aux missions de santé publique du territoire
		10	Optimiser le parcours de soins du patient ou du résident	30	Formaliser les parcours de soins (internes et sur le territoire)
				31	Fluidifier les parcours de soins en coordonnant les séquences de soins et les acteurs
32	Renforcer le lien "ville-hôpital" par la cellule "parcours patient"				
				33	Consolider et élargir les compétences de la cellule "parcours patient"



Le projet médical et soignant

Axe 4 : la sécurité des soins et la gestion des risques pour prévenir encore

4	La sécurité des soins et la gestion des risques : prévenir encore	11	Améliorer la prise en charge de la douleur	34	Soutenir la réinstallation du CLUD
				35	Faire une cartographie des référents douleur et renforcer le réseau
				36	Créer une formation des référents douleur sous l'égide du CLUD
		12	S'engager dans l'évolution de l'offre palliative sur le territoire	37	Spécifier les actions adaptées par spécialités
				38	Consolider les compétences et l'expertise en soins palliatifs
				39	Préparer la candidature de l'établissement à la création d'une unité territoriale de soins palliatifs
		13	Confirmer l'expertise en matière de prise en charge diététique	40	Poursuivre et développer les actions engagées en matière de dénutrition
				41	Intégrer la diététique comme un soin de toutes les spécialités
		14	Améliorer l'analyse et la gestion les EI et EIG	42	Former les équipes soignantes à l'analyse des EI et EIG
				43	Capitaliser les mesures correctives mises en place
				44	Développer les APP relatives aux vigilances

Axe 5 La compétence paramédicale, investir dans l'avenir

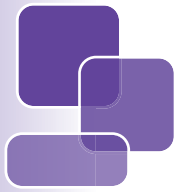
5	La compétence paramédicale : investir l'avenir	20	Enrichir les compétences paramédicales	45	Contribuer aux évolutions des métiers paramédicaux en expérimentant des Pratiques Avancées (PA) et des Coopérations entre Professionnels de Santé (CPS)
				46	Créer un dispositif de téléconsultation paramédicale
				47	Accompagner le développement des consultations avancées
		21	Participer à des PHRIP ou des PREPS avec le CHU de BORDEAUX	48	Etablir une procédure de collaboration entre les directions des soins
				49	Contribuer à des projets de recherche par l'intégration de cohortes et l'engagement de soignants
		22	Valoriser les innovations	50	Aider à la rédaction d'articles paramédicaux dans la presse professionnelle
		23	Optimiser l'encadrement des stagiaires	51	Poursuivre les formations au tutorat
				52	Rédiger la charte d'engagement

Elaboration du projet de soins infirmiers

Dès validation de la structure du projet de soins, un COPIL doit-être composé pour :

- Rédiger les Fiches-Actions
- Préparer la planification globale (GANTT)
- Définir les missions des coordonnateurs de chaque Fiches-Actions

Le projet de soins n'est pas une finalité en soi, mais une « feuille de route » élaborée dans un contexte. Sa temporalité et son contenu doivent pouvoir être adaptés à l'actualité de l'établissement et de son environnement.



Le projet médical et soignant

Conclusion

En outre, des activités méritent probablement une analyse et des actions spécifiques : la psychiatrie, les blocs opératoires et la gérontologie.

L'univers hospitalier s'ancre dans un monde complexe et paradoxal, moins prévisible et plus ambigu. Il s'agit désormais de penser le local, le territorial et le global. « Prendre soin » implique de tenir compte de ces évolutions sans oublier les valeurs qui nous animent.

Construire ensemble, passer de l'individuel au collectif afin que chacun se sente impliqué dans cette démarche permettra de donner ou redonner du sens à l'action des professionnels, de les rassembler autour d'objectifs partagés.

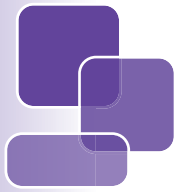
Le projet de soins constitue notre feuille de route et traduit notre volonté commune de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients et résidents.

Résolument tourné vers le futur, il s'agit de donner à notre établissement une impulsion nouvelle qui vise à susciter, pour chacun, le besoin et le plaisir de travailler ensemble.

Les objectifs sont ambitieux mais réalistes. La participation et l'implication de chacun seront des gages de réussite.

Le projet de soins infirmiers se compose de cinq axes stratégiques déclinés en vingt-trois objectifs opérationnels et cinquante-deux actions.

Le présent document ne détaille pas ces axes, objectifs et actions.



Le projet médical et soignant

Le projet droits des usagers, éthique et culture

En complément des orientations médicales et du projet de soins, le Centre Hospitalier de Mont de Marsan souhaite renforcer le rôle et la participation des usagers, aux côtés des professionnels, pour favoriser le respect des droits et la résolution éthique des situations difficiles, d'une part, pour améliorer la vie des usagers et des professionnels en développant l'animation culturelle, d'autre part.

Du respect des droits à l'éthique

La Commission des Usagers est l'instance qui propose et promeut la politique des droits des patients et la bientraitance définie par l'établissement. Six axes prioritaires structurent cette politique des droits des patients, de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

- 1 -Garantir une organisation favorisant la promotion des droits des usagers
- 2 -Garantir l'égal accès de tous à un parcours santé et un parcours patient coordonné et à des soins de qualité
- 3 -Garantir le droit à l'information du patient et recueillir le consentement du patient
- 4 -Garantir l'accès direct ou indirect aux informations médicales
- 5 -Impliquer les professionnels dans la promotion du respect des droits et de la bientraitance
- 6 -Evaluer et améliorer le processus de promotion des droits des patients et de bientraitance.

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan est engagé dans une démarche d'espace et de réflexion éthique. Le Comité d'éthique constitue une instance pluridisciplinaire, indépendante, consultée pour rendre des avis. Sa réflexion porte sur toute question à portée éthique suscitée par l'avancement et l'application des techno-sciences médicales et plus largement des procédures de gestion d'informations, de formation et de relations humaines – notamment la médiation – au sein de notre établissement hospitalier. Son rôle n'est pas de dicter des règles mais de tenter de surmonter des contradictions par ses conseils et avis.

Le Comité d'éthique débat en garantissant le strict respect de la confidentialité et du secret professionnel sans empiéter sur les compétences des autres instances hospitalières. Il travaille en lien avec l'Espace Régional Ethique Aquitaine. Le comité est co-piloté par le représentant du directeur

du centre hospitalier et un médecin afin de réaffirmer la démarche éthique institutionnelle et soignante. Le comité d'éthique est composé de trois collègues : les personnels hospitaliers désignés par le Directeur, les membres de droit, les personnalités qualifiées. Il dispose d'un règlement intérieur.

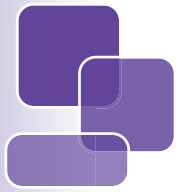
De la culture à la santé

La promotion de la culture à l'hôpital veut améliorer la vie des usagers, résidents, accompagnants, visiteurs et professionnels de santé, en institution et au travail. Elle repose sur des axes proposés par le directeur de l'établissement autour desquels s'articulent les programmes d'actions. Elle est en lien avec les acteurs et les actions plus larges d'animation culturelle auprès des publics résidents ou en séjour prolongé. Elle reste attentive aux activités thérapeutiques artistiques qu'elle peut accompagner lorsque le patient devenu artiste, s'inscrit dans ce nouveau champ.

Le premier axe de cette politique recherche la meilleure agrégation des cultures à l'hôpital en partant de la grande diversité des itinéraires des professionnels de santé (médecins et soignants en particulier) et des usagers en provenance de nombreuses régions du monde. Il s'agit d'exprimer ces identités dans une déclinaison culturelle pour tendre vers une approche plus universelle et favoriser la meilleure acculturation aux valeurs hospitalières de notre démocratie sanitaire.

Le deuxième axe associe plusieurs typologies d'actions conduites à ce jour :

- en direction des parents et des enfants autour du chant et de la danse
- en direction des jeunes usagers et de leur famille vers les plus âgés autour des correspondances culturelles qui favorisent le respect et les échanges intergénérationnels
- en direction des personnes cérébro-lésées de la MPR et du SAMSAH TC 40 autour de la création picturale



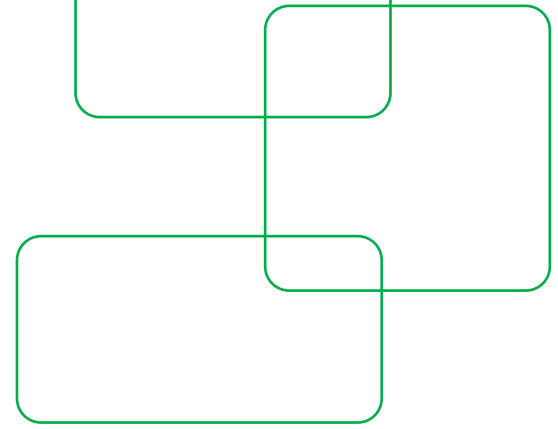
Le projet médical et soignant

Chacun de ces axes doit aussi s'ouvrir aux populations du territoire de santé des Maisons de santé pluridisciplinaires et des centres de santé (consultations avancées du CH au sein des MSP et projet en œuvre de création d'un CS adossé à l'hôpital).

Les évolutions, l'évaluation et la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins seront évaluées, de manière continue, par les usagers du Centre Hospitalier de Mont de Marsan.

Une véritable politique du droit des usagers, de l'éthique et de la culture sera développée selon les principes suivants et ce, afin de garantir que la représentation des usagers soit prise en compte.





Chapitre III

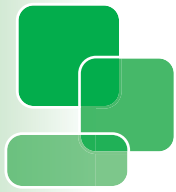
Les conditions de mise en œuvre :
vers une amélioration
de l'efficacité et de
l'évaluation des résultats



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Ce chapitre décline de manière précise les axes de travail à mener à bien qui permettront la réalisation de notre projet d'établissement et ce, dans toutes ses dimensions : qualité, qualité de vie au travail, amélioration de la qualité de gestion de la prise en charge hôtelière, augmentation de l'efficacité du Système d'Information Hospitalier.



La gestion de l'efficacité

Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers et développement durable

La qualité n'est pas un concept nouveau au Centre Hospitalier de Mont de Marsan qui, lors de sa création en 2000, a œuvré à la convergence et à l'institutionnalisation de la qualité.

Dans la dynamique des certifications par la Haute Autorité de Santé, l'implication dans le processus d'amélioration continue de la qualité des différents secteurs hospitaliers traduit un engagement fort, réaffirmé par les orientations, l'organisation et les moyens afférents à l'optimisation d'un système qualité au service de l'utilisateur.

L'établissement s'engage à examiner et à participer aux appels à projets et expérimentations régionaux et nationaux entrant dans le champ de ses priorités dans les domaines de la qualité et de la gestion des

risques y compris en matière de recherche.

La gestion des risques est un domaine plus récemment abordé sur le CH de Mont de Marsan.

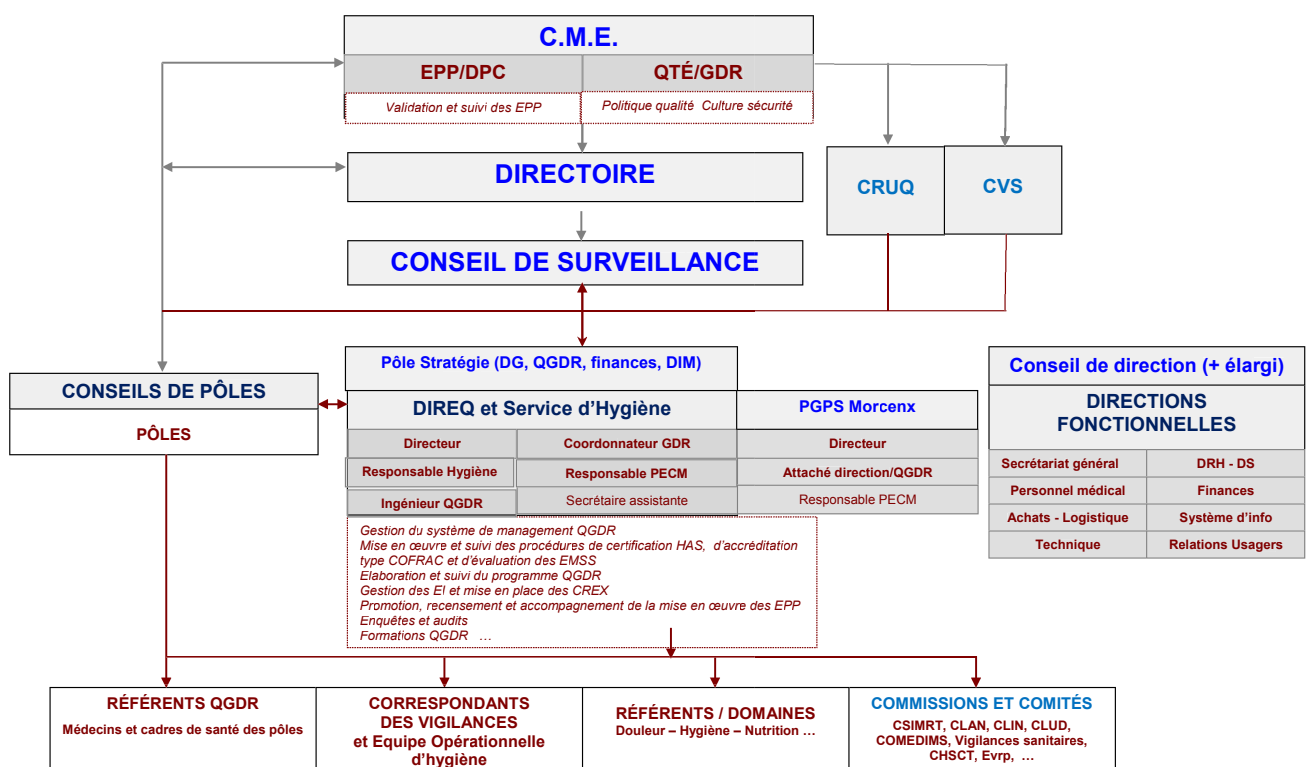
Sont particulièrement impliqués :

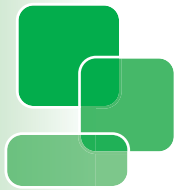
- la Commission Médicale d'Établissement (CME) et la Commission des Relations avec les Usagers et Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC),
- le Conseil de direction et notamment la direction des soins, la direction de la stratégie et des projets, la direction des affaires générales et des coopérations et la direction de la qualité et gestion des risques.

Les pôles d'activité clinique et médicotechnique sont particulièrement encouragés à développer des démarches Qualité et Gestion des Risques (QGDR) en leur sein avec l'appui du réseau des référents QGDR (médecins et cadres de santé de chaque pôle) et au travers du dispositif de contractualisation interne en cours.

Le système de management de la qualité de notre établissement repose sur l'organigramme fonctionnel suivant :

PILOTAGE INSTITUTIONNEL DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES CH Mont de Marsan – PGPS Morcenx

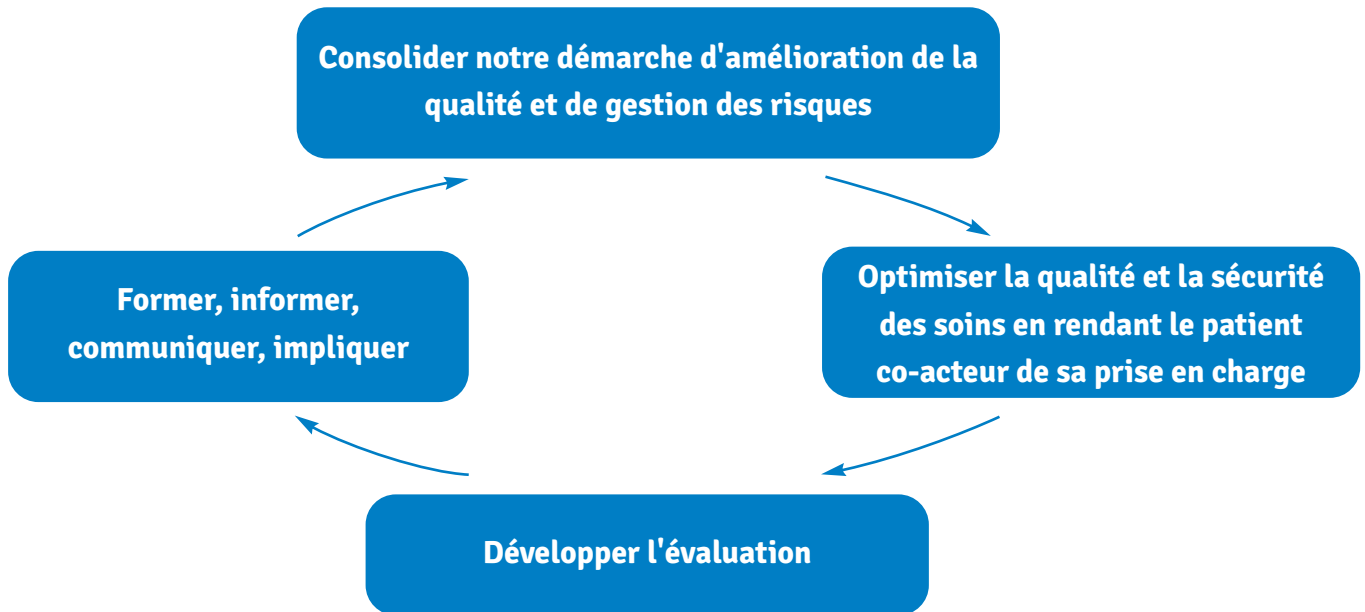




les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Pour la période 2017 – 2021, **le projet qualité** du Centre Hospitalier de Mont de Marsan s'articule autour de **4 grands axes** :



Ce projet identifie pour chaque thématique des objectifs et des actions à mettre en œuvre dans le cadre du Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel. Des indicateurs seront identifiés afin de pouvoir suivre l'état d'avancement sur la base d'un tableau de bord spécifique.

Axe 1 : Consolider notre démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques

Renforcer la gouvernance de notre système de management de la qualité

Le pôle Stratégie a été créé début 2015 pour affirmer la volonté d'un pilotage coordonné des orientations stratégiques du Centre Hospitalier. L'établissement évolue dans un contexte concurrentiel renforcé. L'atteinte d'un niveau optimal de qualité et de sécurité des soins participe à son attractivité tant pour les usagers de soins que pour les futurs collaborateurs médicaux et paramédicaux. L'atteinte des objectifs d'efficacité garantit les conditions d'un dialogue constructif avec les autorités de tutelle.

Formaliser le fonctionnement du pôle stratégique

Définir les missions du pôle dans le domaine de la Qualité et de la Gestion des Risques
Préciser sa composition et le rôle de chacun
Préciser son fonctionnement
Préciser les modalités d'articulation avec les autres pôles d'activité
Préciser les modalités d'articulation avec les comités et instances

Accompagner la mise en œuvre du projet d'établissement

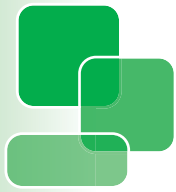
Notre système de management de la qualité vise à produire en priorité des soins sûrs et de qualité. Il est donc indispensable que les différents axes du projet d'établissement (médical, soins, social, logistique, schéma directeur informatique, ...) intègrent un volet qualité – gestion des risques avec, chaque fois que possible, l'identification d'indicateurs.

Les objectifs sont les suivants :

Intégrer la dimension Qualité et Gestion des Risques dans tous les axes du projet médical et du projet de soins

Pour chaque projet, accompagner les pilotes pour :

- Evaluer les risques liés aux soins
- Définir les objectifs de qualité et de sécurité des soins
- Définir les indicateurs de performance en lien avec la conformité réglementaire, les recommandations de bonnes pratiques, les exigences de la certification
- Formaliser et suivre les tableaux de bord d'indicateurs
- Mettre en œuvre des plans d'amélioration qui alimenteront le Plan d'Amélioration de la Qualité global de l'établissement.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Ouvrir l'établissement sur son environnement

En lien avec la cellule parcours patient, accompagner les chefs de projet pour :

- Formaliser les parcours patient en prenant en compte l'amont et l'aval
- Formaliser les parcours de soins
- Identifier les risques et mettre en place les barrières
- Développer la mesure de la satisfaction auprès des prescripteurs et acteurs de santé externes (libéraux et structures extérieures) Cf. Axe 3 § 1
- Suivre les indicateurs Qualité et Gestion des Risques dans le cadre du projet TSN (Territoire de Santé Numérique)

Renforcer la position de l'établissement sur son bassin de population

Dans le cadre des missions du pôle Stratégie et du développement des filières de soins, améliorer la coordination avec le Directeur de l'Information Médicale (DIM) et la direction des finances pour identifier les marges d'amélioration en termes d'attractivité et de fidélisation des usagers.

Positionner l'établissement dans le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

- Coordonner et uniformiser les pratiques de management de la qualité et des risques au sein des différentes structures du GHT.
- Organiser l'intégration des différentes structures dans le domaine de la Qualité et de la Gestion des Risques (MORCENX-LUXEY...)

Optimiser la gestion documentaire

L'établissement fonctionne aujourd'hui avec un système de base de données permettant d'accéder aux documents enregistrés sur l'Intranet de l'établissement.

En cohérence avec les projets du Schéma Directeur du Système d'Information, l'objectif est de déployer une solution informatique permettant le travail collaboratif (workflow) cohérente et/ou avec interface sur l'ensemble des sites du Groupement Hospitalier de Territoire (voir § 7.3).

Poursuivre la structuration des manuels de procédures dans les secteurs de soins et médicotechniques

- Finaliser les cartographies des processus et les parcours patient
- Repérer et formaliser les procédures clés et les protocoles/modes opératoires rattachés
- Formaliser les chemins cliniques

Intégrer la revue périodique des documents qualité dans les contrats de pôle

S'assurer de l'actualisation des protocoles médicaux intégrés dans CROSSWAY®

Piloter la qualité – gestion des risques au sein des pôles

L'efficacité de notre démarche qualité repose sur la participation et la responsabilisation de l'encadrement et des professionnels au plus près du terrain et en particulier, pour les soins, sur la conduite de la démarche au niveau des pôles d'activité clinique et médicotechnique.

Il est donc indispensable de définir avec les responsables de chaque pôle un plan d'actions adapté et des indicateurs de suivi dans le cadre du projet de pôle.

Ces projets de pôle doivent faire l'objet d'un suivi régulier avec les responsables de l'établissement.

Les objectifs sont les suivants :

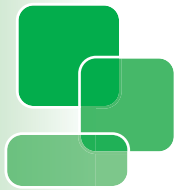
Communiquer aux pôles les objectifs de qualité et de gestion des risques de l'institution

Décliner dans chaque pôle les objectifs du projet qualité

- Formaliser les objectifs Qualité et Gestion des Risques dans les contrats de pôle
- Formaliser l'organigramme de la Qualité au sein du pôle et les fiches de missions Qualité et Gestion des Risques (chef de pôle, cadre supérieur et cadre de santé, référents –douleur, hygiène, bientraitance, ...)
- Recenser les projets en cours, promouvoir les nouveaux projets et prioriser leur mise en œuvre en lien avec les priorités institutionnelles
- Promouvoir la valorisation de projets au titre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles
- Suivre les indicateurs (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins IPAQSS et autres indicateurs internes)

Organiser la revue de projet Qualité et Gestion Des Risques dans les pôles

- Suivre l'état d'avancement des plans d'actions
- Actualiser les tableaux de bord d'indicateurs
- Accompagner les actions de communication au sein du pôle et auprès des comités et instances



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Actualiser et communiquer le Programme d'Amélioration de la Qualité institutionnel (PAQ)

Intégrer l'état d'avancement des plans d'actions de chaque pôle dans le PAQ institutionnel

Unité de recherche clinique

Développer la recherche clinique médicale et para médicale

Renforcer la culture de sécurité

Conformément à la politique de gestion des risques associés aux soins, l'établissement doit tout faire pour renforcer auprès de tous les professionnels intervenant dans l'établissement la culture de sécurité reposant sur les principes suivants :

- Le signalement de tout évènement indésirable associé aux soins
- L'engagement par la direction de non sanction en cas de signalement d'un évènement indésirable associé aux soins, dès lors que cet évènement n'est pas issu d'un acte volontaire et réitéré à de multiples reprises
- La recherche des causes profondes par une analyse systémique des conditions de survenue des évènements indésirables
- La communication et la mutualisation des actions d'amélioration mises en oeuvre
- L'organisation de formations et de journées thématiques

Cette politique, reposant en particulier sur l'identification d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, devra préciser conformément aux recommandations réglementaires :

- Le dispositif mis en place (professionnels, instances, ...)
- Le rôle et les responsabilités des différents professionnels
- Le circuit de l'information

L'ensemble du personnel doit être conscient des objectifs recherchés et connaître le dispositif mis en place au sein de l'établissement dans ses différents axes :

- L'organisation
- Les responsabilités
- Le circuit de l'information

Les objectifs sont les suivants :

Promouvoir la culture et les bonnes pratiques de sécurité

Déployer l'enquête « Culture sécurité » dans tous les secteurs de l'établissement

Faire un bilan du niveau de culture sécurité.

Mettre en place un plan d'actions de formation/sensibilisation intégrant la dimension technique de la gestion des risques (méthodes et outils)

Poursuivre la participation active à la semaine nationale sécurité des patients

Promouvoir la mise en place des Revues de Morbidité Mortalité (RMM) dans les secteurs à risques.

Formaliser les cartographies des risques dans tous les secteurs (en priorité dans les secteurs d'activité à risques)

Favoriser la gestion des évènements indésirables liés aux soins

Réaffirmer les principes de la charte d'incitation au signalement

Déployer le logiciel de signalement des Evènements Indésirables (EI) (voir § 7.4)

Favoriser l'implication des professionnels dans l'analyse des EI et la mise en place des actions correctives

Développer les retours d'expérience

Dans chaque pôle, améliorer la communication sur l'analyse des risques et des Evènements Indésirables liés aux soins

Promouvoir la mise en place des Cellules de Retour d'Expériences (CREX) dans tous les secteurs d'activité.

Promouvoir les actions de communication en lien avec la Qualité et Gestion Des Risques

1.5.4.1- Développer des supports de communication (films, didacticiels, ...)

Valoriser les résultats Qualité et Gestion Des Risques dans les pôles

Mettre en place des systèmes de « récompense »

Prendre en compte la qualité de vie et l'accompagnement des personnels

Parce que des soins plus sûrs sont plus facilement réalisés lorsque les personnels de soins apprécient leur qualité de vie professionnelle, l'établissement s'engage à prendre en compte cette dimension par la création d'une cellule d'accompagnement des professionnels (CAP Changement) rattachée à la Qualité et à la Gestion des Risques avec du temps dédié de psychologue.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Poursuivre les démarches d'évaluation externe

L'établissement est soumis réglementairement à un certain nombre d'évaluations externes visant à confirmer :

- la dynamique d'amélioration de la qualité engagée dans certains secteurs d'activité spécifique,
- la conformité à des bonnes pratiques
- l'atteinte d'objectifs contractuels

Il convient donc de piloter et de préparer au mieux ces évaluations externes.

Concernant la Certification Haute Autorité de Santé (HAS), entendue comme une dynamique d'amélioration continue de la qualité, les résultats des différentes procédures de certification enrichissent et nourrissent le programme Qualité et Gestion Des Risques.

La prise en compte des décisions issues des visites de certification constituent bien entendu des priorités. Il en est de même concernant les améliorations à apporter en réponse aux exigences des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) actuelles et à venir. Au-delà des PEP, le programme couvre l'ensemble des domaines du référentiel de certification HAS.

Chaque pôle a vocation à s'approprier les éléments de la certification, en rapport avec la qualité et la sécurité de ses prestations.

La certification est un levier de management par la qualité de l'établissement.

Le développement des contrats de pôle et l'implication des acteurs de terrain autour des référents QGDR impactent en profondeur les choix de l'établissement.

Les travaux menés dans le cadre de la certification HAS ainsi que l'actualisation des documents exigés dans cette procédure permettent de faire les liens avec les autres démarches d'accréditation et/ou d'évaluation externe et de coordonner les actions.

Par ailleurs, l'établissement est engagé actuellement dans deux démarches prioritaires induites par des exigences réglementaires :

- l'accréditation du laboratoire (CoFrAc : Comité Français d'Accréditation)
- l'évaluation interne et externe en Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et de services Sociaux et Médico-sociaux).

La volonté de l'institution est de bien faire le lien entre toutes les démarches d'évaluation interne et externe afin de coordonner les projets et plans d'actions dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

Dans ce cadre, la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques (DIREQ) est associée aux travaux engagés suite aux décisions issues des inspections et contrôles .

Elle est également sollicitée lors de la constitution des dossiers d'autorisation ou de renouvellement d'activité (ex : Dons d'organes, psychiatrie, Angioplastie, ...).

Les objectifs sont les suivants :

Assurer la conformité réglementaire, des rapports de visites et d'inspection et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

- Tenir à jour le bilan sécurité (fiche interface ARS-HAS)
- Prendre en compte les préconisations issues des visites et inspections
- Assurer une veille réglementaire
- Actualiser l'annexe qualité du CPOM

Mener à bien la Certification de la Haute Autorité de santé

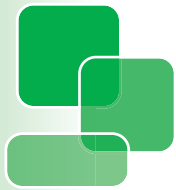
- Suivre les plans d'actions issus des visites de certification
- Alimenter et suivre le compte qualité
- Suivre et actualiser la cartographie et les processus de prise en charge et les thématiques de la HAS
- Promouvoir les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles EPP (dont patient traceur et EPP pertinence des soins)

Poursuivre la démarche d'évaluation interne et externe dans le secteur médico-social

- Suivre le Programme d'Amélioration de la Qualité issu de l'Évaluation Externe 2015
- Préparer la 2^e itération de l'évaluation interne (1^{er} janvier 2019)

Suivre les démarches ISO

- Articuler l'accréditation du laboratoire avec le Programme d'Amélioration de la Qualité institutionnel
- Promouvoir auprès des secteurs médicotecniques (imagerie médicale, stérilisation, pharmacie, ...) et logistiques (blanchisserie, cuisines) la structuration de leur démarche qualité sur la base des normes ISO.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Optimiser le système d'information

Le système d'information de l'hôpital doit permettre aux différents acteurs de disposer des informations dont ils ont besoin pour la prise en charge des patients tant dans le volet administratif que médico-soignant. Ceci implique que les différents systèmes en place puissent communiquer tout en assurant la sécurité et la confidentialité des données.

Les objectifs sont les suivants :

Suivre les indicateurs « Hôpital Numérique »

Prendre en compte les résultats des indicateurs Hôpital Numérique dans l'évaluation des critères HAS

Suivre les améliorations liées à l'accès et à la tenue du dossier patient informatisé

- Impliquer le responsable du dossier patient informatisé dans les projets Qualité et Gestion des Risques
- Améliorer l'automatisation des éléments nécessaires au recueil des indicateurs (IPAQSS, CPOM, Contrat de Bon Usage)

Mettre en place un système de Gestion Electronique des Documents

Sélectionner une offre logicielle et la déployer dans tous les secteurs de l'établissement

Poursuivre le déploiement de SharePoint (signalement des événements indésirables)

- Former les utilisateurs
- Développer les fonctionnalités d'analyse du logiciel
- Evaluer son utilisation et le rendu des résultats

Poursuivre la dynamique de développement durable

L'établissement a d'ores et déjà engagé une démarche de développement durable sous la coordination d'un groupe de travail, élaboré et diffusé une politique de développement durable dans ses différents axes :

- Gestion des déchets
- Achats éco-responsables
- Gestion de l'énergie
- Gestion des ressources humaines
- Gestion du patrimoine

Dans le cadre de la politique et du projet de développement durable, le service qualité et gestion des risques devra s'assurer de la prise en compte de la conformité réglementaire dans le programme d'actions.

S'assurer, pour chaque domaine concerné par le développement durable, de l'identification d'un coordonnateur chargé de la veille réglementaire et du lien avec la cellule Qualité et Gestion des Risques.

Renforcer les liens avec les structures régionales et nationales d'appui

Afin de renforcer le partenariat avec d'autres établissements et inscrire l'établissement dans le réseau territorial et national, les professionnels de l'hôpital participent aux structures régionales et nationales relatives à la qualité et la gestion des risques.

Poursuivre la collaboration avec le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine CCECQA (domaines sanitaire et médico-social)

- Participer aux travaux régionaux, formations et ateliers
- Répondre aux appels à projet

Poursuivre la collaboration avec l'Observatoire des Médicaments Et Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique OMEDIT

- Participer aux formations et ateliers
- Répondre aux demandes de l'OMEDIT en lien avec le Contrat de Bon Usage
- Suivre les indicateurs demandés par l'OMEDIT

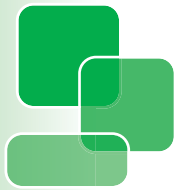
Poursuivre le recours aux prestations, méthodes et outils de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance

- Finaliser les projets en cours (synchronisation des temps médicaux et non médicaux, coopération des Laboratoires d'Analyses Médicales dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire)
- Réinvestir les travaux réalisés dans les différents secteurs de l'établissement (Interdiag pour le circuit du médicament, activité de chirurgie ambulatoire, ...)

Promouvoir l'amélioration des pratiques en lien avec les travaux des réseaux (cancérologie, cardiologie, périnatalité, neurologie, ...)

Consolider la gestion de crise

Les personnels de l'établissement doivent être prêts à affronter toutes les situations auxquelles l'hôpital peut être confronté (afflux massif de patients, risque Nucléaires Radiologiques Biologiques Chimiques NRBC, rupture de communication, ...).



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Elaboré sous la coordination d'un Comité de pilotage, le plan blanc décrit la conduite à tenir en cas d'afflux massif de patients, mais il convient de le revoir et de le mettre à jour chaque année.

Parallèlement, l'établissement doit répondre aux exigences régionales sur le risque NRBC, en étroite collaboration avec le CHU de Bordeaux, mais aussi définir l'organisation à mettre en place en cas de tension (manque de lits, difficultés d'aval...).

Enfin, conformément aux exigences du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, les personnels doivent être formés à la gestion de crise.

Les objectifs sont les suivants :

Garantir l'organisation de la gestion de crise

- Identifier tous les domaines pouvant relever d'une gestion de crise (plan blanc, NRBC, plan bleu, hôpital sous tension, intempéries, panne électrique, panne informatique, ...)
- Pour chaque domaine, identifier le responsable chargé de la coordination de la mise en oeuvre de la gestion de crise
- S'assurer de disposer des procédures de gestion de crise actualisées
- S'assurer de disposer des procédures dégradées nécessaires et des procédures de reprise d'activité
- S'assurer de la réalisation de simulation, d'analyse en Retour d'Expériences (REX) et d'intégration des actions d'amélioration dans le Programme d'Amélioration de la Qualité
- Disposer du bilan annuel de chaque coordonnateur.

Axe 2 : Optimiser la qualité et la sécurité des soins en rendant le patient co-acteur de sa prise en charge

Poursuivre la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

L'établissement se préoccupe depuis longtemps de la sécurisation de son circuit du médicament. En témoignent sa participation :

- au projet SECURIMED du CCECQA
- à la validation de l'outil INTERDIAG de l'ANAP
- à la mise en place d'un suivi des patients sous chimiothérapie orale en lien avec la ville, ...

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a permis une lisibilité de la sécurisation du circuit du

médicament en termes de structuration, de programme d'actions et d'évaluations.

Les objectifs en matière de risque médicamenteux issus de la cartographie du niveau de sécurisation du circuit du médicament dans les unités de soins sont ainsi clairement définis dans le programme d'actions de prévention des erreurs médicamenteuses.

L'établissement a nommé le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ses missions sont validées et l'évaluation du programme est effective avec des bilans d'étape réguliers et une présentation annuelle de l'état d'avancement.

Par ailleurs, les travaux d'identification des risques aux différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse devront être poursuivis et finalisés avec les différents professionnels impliqués.

De la même façon, le signalement de tous les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse sera favorisé et donnera lieu à l'analyse des causes dans le cadre d'une REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés).

La validation pharmaceutique des prescriptions dans le dossier informatisé du patient prend en compte les données cliniques, biologiques du patient et les données médico-économiques des médicaments. L'objectif est de garantir une validation quotidienne de toutes les prescriptions parvenant à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

En ce qui concerne la conciliation médicamenteuse, l'établissement, dans le cadre du projet « Territoire de soins Numérique » expérimente la mise à disposition auprès des praticiens hospitaliers du dossier pharmaceutique (DP) et l'inscription systématique dans ce DP des prescriptions de sortie à destination des officines.

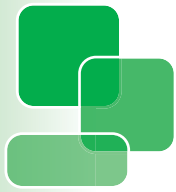
Une évaluation de la prise en charge médicamenteuse devra être réalisée afin d'identifier les points à améliorer.

Les objectifs sont les suivants :

Suivre l'actualisation du Contrat de Bon Usage des Médicaments

Actualiser la cartographie des risques liés au circuit du médicament dans tous les secteurs de soins

Suivre et actualiser le Programme d'Amélioration de la Qualité spécifique « Circuit du médicament »



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Apporter une réponse adaptée à toutes les situations

Fournir des soins adaptés et sûrs implique de définir précisément les modalités de prise en charge de certaines situations pathologiques, sociales ou psychologiques ou populations spécifiques (personnes âgées, handicapées, enfants, ...) :

- Douleur
- Soins palliatifs
- Fin de vie
- Restriction de liberté
- Risque suicidaire
- Urgences
- Dons d'organes

L'objectif pour l'établissement est de définir de façon collective les règles à suivre dans ces situations en formalisant :

- Des protocoles de soins
- Des chemins cliniques
- Des supports de traçabilité

Sur ces bases, l'hôpital pourra offrir des soins de qualité équivalente à l'ensemble des patients se présentant en urgence ou de façon programmée.

Les objectifs sont les suivants :

Améliorer le dépistage et la prise en charge de la douleur

Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels

Améliorer la prise en charge en soins palliatifs et de la fin de vie

Améliorer la prise en charge du risque suicidaire

Améliorer le recensement de donneurs potentiels d'organes et tissus et favoriser le consentement au don

Renforcer le respect des droits des patients

- Améliorer l'information des usagers (patients et entourage)
- Promouvoir les bonnes pratiques en matière de restriction de liberté en psychiatrie
- Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance
- Promouvoir le patient acteur de sa santé par la mise en place d'une démocratie sanitaire

Optimiser les parcours patient

La mise en œuvre de l'approche processus doit nous permettre de formaliser les parcours de nos patients dans les différentes filières :

- Parcours «urgences»
- Parcours «médecine»
- Parcours «chirurgie» dont ambulatoire, endoscopie et bloc opératoire
- Parcours «obstétrique»
- Parcours «Soins de suite et de réadaptation»
- Parcours «Soins de longue durée»
- Parcours «santé mentale»

L'objectif de cette approche est bien entendu d'identifier les risques propres à chaque parcours mais aussi d'optimiser ces parcours en les fluidifiant tant en amont qu'en aval de leur prise en charge hospitalière.

L'établissement s'engage donc à poursuivre ses travaux en lien avec la cellule interne « Parcours patient », le projet « Territoire de Soins Numérique » et le passeport de sortie.

Les objectifs sont les suivants :

Formaliser les circuits des patients, en lien avec la cellule « Parcours patient » et l'ouverture des « salons de sortie » (hospitalisation en urgence, hospitalisation programmée, ambulatoire, consultations et examens complémentaires réalisés en dehors d'une hospitalisation)

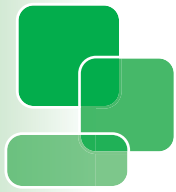
Identifier les dysfonctionnements et les actions possibles pour améliorer les parcours (en termes de Durée Moyenne de Séjours, de rationalisation des examens complémentaires, de délais d'attente pour un rendez-vous ou lors d'un examen, de nombre de venues du patient,...)

Mettre en œuvre et évaluer les actions correctives

Poursuivre l'expérimentation Territoire de soins Numérique

Poursuivre la réflexion éthique

Le rythme toujours plus soutenu des progrès de la technologie et de la science médicale, les risques de dépersonnalisation liés à la spécialisation très poussée d'une partie de la médecine, l'exigence accrue de maîtrise des dépenses de santé, l'évolution des modes de légitimation de l'exercice de l'autorité rendent nécessaire d'intégrer la réflexion et le



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

questionnement éthiques aux arbitrages auxquels est confronté l'ensemble des professionnels exerçant en établissement de santé.

Cette nécessité a été reconnue par la loi du 4 mars 2002 qui demande aux établissements de santé de mener "en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale". Il existe de nombreuses situations qui doivent appeler de la part des établissements de santé une démarche éthique :

- des questions liées aux conflits d'intérêts et aux impacts éthiques des décisions économiques ;
- des situations de soins particulières et/ou complexes ;
- mais aussi les situations quotidiennes (conduite à tenir en cas de refus de soins, respect de l'intimité des patients sédatisés, mise en œuvre effective des droits du patient, etc.).

Certains facteurs semblent déterminants dans l'émergence et la conduite de démarches éthiques au sein des établissements de santé :

- la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels ;
- l'organisation de temps de réflexion thématique ;
- l'accès à des ressources documentaires.

Dans ce contexte, le Centre Hospitalier de Mont de Marsan a mis en place un Comité d'éthique.

Les objectifs sont les suivants :

Consolider le fonctionnement du Comité d'éthique

Améliorer la communication auprès des professionnels sur le comité d'éthique : rôle et missions, modalités de saisine, retour d'expérience et avis émis

Axe 3 : Développer l'évaluation

En permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés, la mesure constitue un pilier essentiel de la démarche qualité – gestion des risques et il convient de développer les actions d'évaluation au sein de l'établissement.

Poursuivre l'analyse de la satisfaction

L'objectif de toute démarche d'amélioration de la qualité est d'augmenter le niveau de satisfaction des patients de l'hôpital et des « clients internes » des différents secteurs d'activité.

L'évaluation de la satisfaction constitue donc la base des indicateurs d'évaluation.

Les objectifs sont les suivants :

Poursuivre l'analyse des questionnaires de sortie des patients hospitalisés

Poursuivre l'analyse des questionnaires spécifiques de mesure de la satisfaction des usagers (chirurgie ambulatoire)

Organiser le recueil obligatoire de la satisfaction des usagers (I-Satis)

Poursuivre les enquêtes de satisfaction ponctuelles auprès :

- des usagers des consultations externes
- des usagers, des prescripteurs internes et externes du laboratoire
- des familles et usagers d'Ehpad et SLD
- des familles et usagers du SAMSAH TC

Poursuivre le recueil de la satisfaction des professionnels du CH (Saphora-Job)

Organiser le recueil de la satisfaction des professionnels libéraux et des structures partenaires

Poursuivre le suivi des indicateurs liés aux soins

L'établissement s'est toujours inscrit dans la démarche d'expérimentation des indicateurs qualité (projet national COMPAQH conduit par l'INSERM et impulsé par la DGOS, GINQA Médina, PATH, IPAQSS, CLARTE).

Fort de cette expérience, l'établissement doit être en capacité dorénavant de mieux exploiter ce savoir-faire au service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans cette logique, les pôles médicaux et médicotechniques bénéficient d'un diagnostic qualité et gestion des risques qui reprend l'ensemble des indicateurs disponibles (indicateurs à recueil obligatoire et indicateurs institutionnels) croisés avec les indicateurs spécifiques des pôles. L'ensemble de ces indicateurs sera annexé au contrat de pôle.

L'établissement :

- s'engage à poursuivre le recueil de ces indicateurs, à mettre en œuvre les actions d'amélioration induites par les résultats obtenus et à suivre les plans d'actions annuels ou pluriannuels.
- s'inscrit aussi dans un contrôle qualité du recueil des indicateurs pour éviter les biais d'interprétation et bénéficier de la meilleure évaluation.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Par ailleurs, les professionnels des pôles doivent déterminer, en fonction de leur activité et de leurs spécificités, les indicateurs cliniques qu'ils souhaitent suivre dans le cadre de leur démarche d'amélioration de la qualité.

Les objectifs sont les suivants :

Organiser le recueil des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins et le suivi des résultats

Poursuivre les démarches d'amélioration visant à maintenir l'établissement dans le dispositif d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité IFAQ

Développer d'autres indicateurs liés aux soins dont Indicateur de Pratique Clinique IPC

Poursuivre la mise en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles dans tous les secteurs d'activité

Selon la Haute Autorité de Santé, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus avec les recommandations professionnelles.

La réglementation définit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre du développement professionnel continu, de l'accréditation individuelle et de la certification des établissements de santé.

L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles est assortie d'un dispositif animé par la C.M.E. impliquant fortement chaque pôle d'activité clinique et médicotechnique.

La CME se réunit au moins 8 fois par an. Elle met à son ordre du jour la promotion, la restitution et le suivi des EPP. La CME définit la stratégie de développement de l'EPP :

- En recensant les EPP, les RMM (Revue de Morbidité-Mortalité) existantes dans tous les secteurs d'activités cliniques et médicotechniques avec le concours des chefs de pôle
- En s'assurant de la tenue des RMM obligatoires (cancérologie, chirurgie, réanimation, anesthésie, etc.)
- En promouvant de nouvelles EPP et RMM en proposant notamment des priorités pour les actions transversales ou collectives consécutives

notamment aux déclarations des Évènements Indésirables, aux indicateurs IPAQSS, ...

- En validant les EPP avec la fiche HAS et les documents-preuve (dossier-type EPP spécifique au Centre Hospitalier de Mont de Marsan)
- En suivant, a minima une fois par an l'état d'avancement des EPP et leur impact

La CME s'appuie sur l'expertise du coordonnateur de la Qualité et de la Gestion des Risques et des référents Qualité et Gestion des Risques des pôles qui sont les interlocuteurs des professionnels de santé porteurs des projets d'EPP.

Une fois par an, la CME réajuste la politique des EPP au vu du bilan annuel.

Il conviendra en particulier de développer ou valoriser des projets EPP liés aux indicateurs de pratique clinique (IPC).

Les objectifs sont les suivants :

S'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre des RMM dans les secteurs où elles sont obligatoires et uniformiser les pratiques de formalisation.

S'assurer de l'effectivité de la mise en place des Cellules de Retour d'Expérience (CREX) dans les services en lien avec l'engagement CPOM et uniformiser les pratiques de formalisation

S'assurer du déploiement de l'EPP dans chaque secteur d'activité avec a minima 3 EPP transversales et des EPP spécifique au service et/ou au pôle (dont EPP pertinence et IPC) et uniformiser les pratiques de formalisation

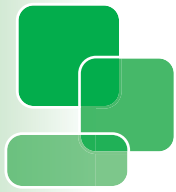
Actualiser régulièrement la base de données « Projets » et veiller au suivi des revues de projet

Valoriser les travaux d'EPP : semaine nationale sécurité des patients, communication interne auprès des professionnels, communication externe (OMEDIT, congrès, publication, CCECQA, ...)

Mettre en place des audits qualité en intégrant les usagers

L'approche processus visée dans la v2014 permet de formaliser les étapes d'un processus qu'il soit organisationnel ou technique.

Ceci implique d'auditer les processus formalisés afin d'en évaluer leur efficacité et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Certains processus organisationnels et relatifs à l'accueil des patients pourraient être audités en étroite collaboration avec les usagers qu'il conviendra de former avec les professionnels aux techniques d'audit.

Les objectifs sont les suivants :

Associer les usagers à l'évaluation de leur parcours au sein de l'établissement (mise en place du passeport « parcours patient », méthode du patient traceur, traceur système)

Prendre en compte le ressenti du patient en utilisant la grille d'entretien dans le cadre de la méthode du patient traceur

Réaliser l'évaluation des thématiques concernées de la certification V2014 en lien avec la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)

Garantir le bon fonctionnement et la coordination des dispositifs de vigilance

La réglementation prévoit l'organisation de certaines vigilances pour lesquelles une mise en conformité est de rigueur : hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, réactovigilance et cosmétovigilance.

L'établissement s'engage également à mettre en œuvre une politique d'amélioration de la gestion des identités tout au long de la prise en charge des patients.

Les orientations dans le domaine des vigilances s'attacheront à :

- Assurer l'organisation et le fonctionnement des vigilances notamment en ce qui concerne la maîtrise des circuits et des processus coordonnée par le vigilant expert du domaine considéré
- Former les professionnels et impliquer les usagers
- Coordonner l'ensemble des vigilances dans un souci de cohérence, d'efficacité et d'efficacité : méthode d'alerte et d'analyse similaire, réflexion commune pour les produits frontières, mise en commun des compétences, supports de communication...
- Mobiliser des outils de signalements et de gestion des vigilances articulés avec la gestion globale des risques

Par ailleurs, la présentation annuelle du bilan de fonctionnement et des plans d'actions de chaque vigilance permet d'assurer une cohérence globale.

Les objectifs sont les suivants :

Définir et mettre en œuvre les modalités d'évaluation des vigilances

Intégrer l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière et le responsable d'hygiène au service Qualité et Gestion des Risques pour améliorer la coordination des actions de maîtrise des risques liés aux soins

Consolider le dispositif d'identitovigilance (fonctionnement de la cellule, améliorer la traçabilité des signalements et leur analyse, renforcer le rôle de l'identitovigilant)

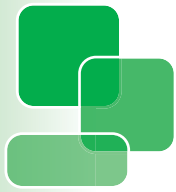
Promouvoir les actions favorisant l'implication des usagers dans les processus d'identification

Axe 4 : Former, Informer, communiquer, impliquer

Le projet qualité repose sur la mobilisation de personnels compétents. Il est donc nécessaire d'anticiper les besoins en formation et d'élaborer un plan annuel de formation « Qualité – Gestion des Risques » à intégrer dans le plan de formation institutionnel et le dispositif de développement professionnel continu (DPC).

Ce plan intègre d'ores et déjà certaines thématiques (Patient traceur, prévention des erreurs médicamenteuses, annonce d'un dommage lié aux soins, sensibilisation à l'identitovigilance, gestion des cytotoxiques, hygiène, antibiothérapie, ...), mais il convient de prévoir de nouvelles formations sur certaines thématiques :

- Nouveaux outils d'évaluation
 - Analyse systémique
 - Audit qualité
 - Chemin clinique
 - Patient traceur
 - Simulation
- Développement durable
- Outils de communication institutionnels (site internet, journal, événements, semaine de la sécurité du patient, journée développement durable...)
- Don d'organes
- Gestion de crise



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Les objectifs sont les suivants :

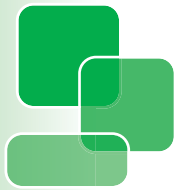
Compléter les programmes internes de formation sur la Qualité et Gestion Des Risques

Proposer de nouveaux programmes (méthodes d'analyse des événements indésirables, conduite de projet, EPP, ...)

Articuler ces formations avec le DPC

Formaliser le projet de communication Qualité et Gestion Des Risques

Définir les axes et identifier les ressources nécessaires pour la communication interne et externe



Le projet social

Rappel du cadre réglementaire

Le projet social est défini par l'article L 6143-2-1 du code de la santé publique :

« Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le Projet Social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique de l'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Le projet social forme un des volets du projet d'établissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il est cohérent avec celui-ci ainsi qu'avec les autres volets du projet d'établissement. Il a vocation à concerner tous les salariés de l'établissement titulaires et contractuels.

Afin de ne pas rester dans une seule définition d'objectifs prioritaires et afin de permettre d'évaluer dans le temps sa réalisation, il est traduit en « fiches opérationnelles » et s'inscrit dans un calendrier prévisionnel.

Bilan du projet social 2008/2012 et la suite

Les liens avec les autres projets

Les liens du projet social avec le projet médical et le projet de soins sont importants. Ils s'inscrivent dans la cohérence indispensable du projet d'établissement.

Certains objectifs sont en effet très complémentaires, notamment en ce qui concerne la formation d'adaptation à l'emploi. C'est également vrai pour le thème du projet social relatif à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Méthodologie d'élaboration du projet social

Missions du groupe projet social

Il exerce ses missions dans le cadre des orientations fixées par le comité de pilotage du projet d'établissement. Ses missions sont de trois ordres :

- Définir la démarche méthodologique,
- Réfléchir aux orientations sociales de l'établissement,
- Elaborer le projet social.

Composition du groupe projet social

Organisation	Grade	Fonction
X	Directeur Adjoint	Direction des Ressources Humaines
X	Directeur des soins	Direction des Soins
X	Directeur Adjoint	Direction des Affaires Générales
X	Attaché d'administration	Direction des Ressources Humaines
X	Médecin du Travail	Médecine du Travail

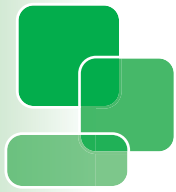
Syndicat CFTD
Syndicat CGT
Syndicat FA FP

Syndicat FO
Syndicat SUD
Syndicat UNSA

Les valeurs du projet social

Les valeurs institutionnelles du projet d'établissement reposent les missions et les principes de fonctionnement relatifs :

- au respect des droits des patients et de leur implication dans leur prise en charge,
- à la responsabilité.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Par ailleurs, l'établissement partage **des valeurs sociales** qui sont les suivantes :

- **Garantir l'accès de tous aux soins et une prise en charge et des prestations de qualité grâce à un engagement collectif et individuel.**
- **Respecter l'égalité dans la gestion du personnel.**

En effet, les règles statutaires sont une garantie d'équité entre les personnels de l'établissement mais également entre les différents établissements de santé.

Les règles institutionnelles permettent aux personnels de connaître plus précisément les orientations de gestion de ressources humaines appliquées dans l'établissement. Elles doivent être formalisées et portées à la connaissance des personnels pour permettre de :

- **Développer une solidarité entre personnels dans des circonstances particulières et des situations complexes.**
- **Appliquer les droits et les obligations du statut de la Fonction Publique Hospitalière. Pour rappel :**

Les droits fondamentaux sont :

- Liberté d'opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse
- Droit de grève
- Droit syndical
- Droit à la formation permanente
- Droit d'expression
- Rémunération après service fait
- Droit à la protection

Les obligations sont :

- Secret professionnel
- Obligation de discrétion professionnelle
- Obligation d'information au public
- Obligation d'effectuer les tâches confiées
- Obligation d'obéissance hiérarchique
- Obligation de réserve
- Régime du cumul d'activités dans la fonction publique
- **Prendre en compte la dimension collective et la dimension individuelle dans la gestion du personnel.**

Ceci signifie l'application des règles de gestion administrative et statutaire des personnels aussi bien en matière de gestion des carrières, des compétences et financière qu'en gestion de l'organisation du travail et des conditions de travail.

- **Assurer un lien entre tous les acteurs hospitaliers.** Dans ce cadre, des ateliers de travail au sein du Centre

Hospitalier de Mont De Marsan ont permis de mener une réflexion qui s'est appuyée sur :

- le bilan du projet social précédent.
- une analyse de l'existant en matière sociale.
- les objectifs nationaux prioritaires, dont la prévention des risques professionnels.
- une démarche de développement durable concernant les ressources humaines

Afin de répondre à ces valeurs, le Projet Social a été construit autour de 6 grands axes stratégiques :

AXE 1 : Les conditions de gestion du personnel dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance

AXE 2 : Un plan d'intégration et de fidélisation pour le personnel

AXE 3 : L'adéquation qualitative entre les besoins et les ressources humaines

AXE 4 : La communication et l'information

AXE 5 : La qualité de vie au Travail

AXE 6 : Les conditions de travail et la Santé au travail

Les objectifs et les actions opérationnelles déclinées dans le présent Projet Social ont pour ambition de répondre à ces besoins.

AXE 1 : Les conditions de gestion du personnel dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance

La Nouvelle Gouvernance permet d'attribuer aux pôles une délégation de gestion. Il est cependant essentiel de définir les modalités de fonctionnement.

Définir les rôles de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Soins et des Responsables de pôle (en lien avec les contrats de pôle)

La nouvelle Gouvernance prévoyait la mise en place des pôles. La loi HPST conforte cette nouvelle organisation avec un rôle accru des chefs de pôles. Il en résulte des modifications en termes de délégation et/ou déconcentration des décisions, délégation de certaines enveloppes, nouveau rôle du chef de pôle et cadre supérieur de Santé.

Le chef de pôle a une véritable autorité déconcentrée : «il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et l'encadrement de pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs prévisibles du pôle.»

La délégation de gestion est une problématique



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

complexe qui exige pour sa mise en place des procédures formalisées comprises et contractuellement acceptées. La notion de délégation de gestion induit une délégation de compétences.

Le Centre hospitalier de Mont de Marsan a commencé à réfléchir aux domaines de compétences qui peuvent être délégués aux chefs de pôle :

- Recrutement des agents,
- Gestion des remplacements : mise en place d'enveloppes de mensualités (courant 2013) hors congés maternité, CLM, CLD
- Formation : délégation relatives aux projets de service et réflexion à mener sur l'enveloppe, «Formations ponctuelles» à déléguer aux pôles

Toutefois, la Direction des Ressources Humaines demeurera l'interlocuteur privilégié pour le statut, la gestion des carrières et la rémunération du personnel et la Direction des Soins demeurera l'interlocuteur privilégié pour l'organisation des soins.

Etablir les principes de politique de mobilité interne

Le thème de la mobilité est un élément essentiel dans la Gestion des Ressources humaines ; en effet, il touche à de multiples problématiques de management des hôpitaux :

- La gestion prévisionnelle des compétences et des emplois,
- Le recrutement,
- L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge, il semble essentiel de définir et formaliser des procédures de mobilité dans l'établissement telles que la mise en place d'une bourse aux emplois vacants ou mobilité intra-pôle.

Une attention particulière sera portée au pôle de Psychiatrie avec pour objectifs de :

- Communiquer sur les enjeux de la mobilité et sur les parcours des soignants en psychiatrie.
- Favoriser le transfert de compétences pour les jeunes diplômés.
- Introduire de nouveaux métiers dans certains services (CATTP, service de réadaptation psycho sociale...) : éducateurs spécialisés, psychomotriciens, AMP, et apporter de nouvelles compétences.

La mobilité des travailleurs ayant une reconnaissance handicapée fait également partie des préoccupations de l'établissement.

AXE 2 : Un plan d'intégration et de fidélisation pour le personnel

Afin de pallier aux pénuries des personnels spécifiques et de les fidéliser, un plan d'attractivité doit être développé. En effet, compte tenu du contexte actuel, il est important que l'établissement puisse recruter des professionnels qualifiés qui répondent aux besoins de recrutement identifiés et financés.

A la fin du processus de recrutement ou de mobilité interne, l'accueil, l'intégration et la transmission de savoirs à la prise de poste permettent une appréhension puis une maîtrise plus rapide du nouveau poste, ainsi qu'une meilleure sécurisation et sérénité des nouveaux arrivants. L'impact sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels peut être réel.

Le nouvel arrivant doit se sentir attendu (pas seulement pour réaliser des activités) et doit avoir l'occasion de se présenter ou de se faire présenter en tant que personne, de la même manière que le service lui est présenté. Cela passe à la fois par un accueil structuré et organisé, par l'amélioration de la diffusion des informations, par le partage de règles communes applicables de la même manière à tous.

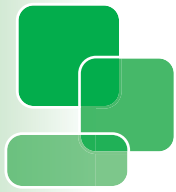
Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan propose de :

Faire connaître le Centre Hospitalier et ses projets

- Informer sur les postes à pourvoir auprès des étudiantes et des professionnels déjà qualifiés : réunions d'information au CFPS, site Internet de l'établissement en cours de construction, autres actions à déterminer ultérieurement.
- Lier parcours de formation et projet professionnel par le biais d'allocations d'études.
- Promouvoir l'image de l'établissement dans le cadre d'une politique de communication externe (ex : article dans des revues spécialisées).
- Mettre en place un site intranet.
- Veiller à l'information sur les logements du Centre hospitalier mis à disposition des agents.
- Mettre à disposition des agents des informations sur les moyens de gardes des enfants sur la ville de Mont de Marsan (crèche, halte-garderie,...).

Définir une politique d'accueil et d'insertion du nouvel arrivant

- Un accueil institutionnel a été remis en place en 2011 sous forme de deux journées d'accueil



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

d'information/formation. (tous les 3 mois)

Cette action est évaluée par les nouveaux arrivants afin qu'elle s'adapte au mieux aux besoins des agents.

- Mise en place d'un livret d'accueil du personnel en 2011 distribué lors de la signature du contrat et d'un questionnaire d'évaluation du livret d'accueil pour recueillir des informations et déterminer les raisons de la venue des agents; le but étant de développer l'attractivité.
- Mise en place d'un accueil personnalisé dans le pôle et le service concerné à développer et formaliser : Visite du service par le cadre, présentation aux autres agents, doublement sur une période, remise d'un livret d'accueil sur le pôle et le service, remise de la fiche de fonction et de poste.

Définir une politique d'accueil des étudiants pendant leur stage

- Il est souhaitable de prévoir l'arrivée de l'étudiant en fonction de la disponibilité de l'équipe. Prévoir un entretien personnalisé avec le cadre infirmier et l'I.D.E. qui sera son référent. Il comprend la présentation du service, des membres du personnel, la présentation des différentes pathologies, la présentation du livret d'accueil. C'est un temps qui permet à l'étudiant de se présenter : son niveau d'études, les stages déjà effectués, ses attentes. Son planning lui sera remis (en fonction des horaires de ou des I.D.E. référents), il pourra être ensuite révisable selon ses objectifs.

AXE 3 : L'adéquation qualitative entre les besoins et les ressources humaines

La Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est une gestion anticipative et préventive des ressources humaines, en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement.

L'évaluation des compétences du personnel est un élément essentiel pour définir la GPMC et la politique de formation.

Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et compétences

Les champs du sanitaire, du social et du médico-social font l'objet de nombreuses évolutions. Pour y faire face, la gestion des ressources humaines doit constamment s'adapter et innover dans ses pratiques et ses outils. La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) apparaît comme un axe majeur, à la fois stratégique et opérationnel, de la

politique d'établissement : elle constitue un outil essentiel pour adapter les moyens humains aux besoins actuels et futurs de l'hôpital.

Le ministère de la Santé a initié une démarche de GPMC, en créant un observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière

Par ailleurs, la GPMC est incluse dans les critères de la certification 2010, représentant un axe majeur pour le management des ressources humaines.

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan souhaite structurer sa démarche de GPMC selon une méthodologie à définir :

- Répertorier l'ensemble des métiers et des compétences de l'établissement
- Faire une cartographie des métiers de l'hôpital
- Uniformiser la méthodologie pour réaliser les profils de postes
- Prévoir l'emploi et les effectifs quantitativement et qualitativement
- Prévoir les remplacements temporaires et définitifs
- Identifier les nouveaux besoins de compétences
- Définir des formations passerelles entre les métiers

Développer une politique de formation en lien avec la GPMC et l'évaluation

Le ministère a lancé en 2010 une expérimentation dans une dizaine d'hôpitaux visant à supprimer la notation et à la remplacer par une évaluation qui devrait porter en même temps sur l'évaluation des compétences et des besoins en formation.

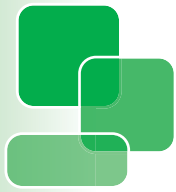
Compte tenu de l'imminence de cette réforme, l'établissement mettra en place cette démarche d'évaluation lorsque les textes paraîtront.

Néanmoins, l'établissement commencera à travailler sur l'évaluation des besoins de formation par le biais du logiciel Gesform. La mise en place d'une formation spécifique du personnel d'encadrement pour l'évaluation professionnelle sera également à étudier.

Un plan de formation annuel est mis en place au sein de l'établissement. La GPMC permettrait de déterminer les besoins en formation sur 5 ans.

Promouvoir le dispositif VAE, en particulier pour les ASHQ

Poursuivre la politique de formations diplômantes et qualifiantes donnant accès à une promotion dans tous les secteurs



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

AXE 4 : La communication et l'information

Les personnels doivent avoir accès à l'information, connaître la politique générale de l'établissement et les décisions institutionnelles.

Il est donc nécessaire que les personnels aient la possibilité de formuler leurs difficultés auprès de leur responsable hiérarchique ou de la Direction. La communication est un levier qui favorise l'expression sociale.

Définir une politique de communication

Le Centre hospitalier de Mont de Marsan est constitué de plusieurs sites éloignés les uns des autres et d'hôpitaux de jour répartis sur l'ensemble du département.

Il existe actuellement plusieurs supports de communication (intranet, diffusion papier panneaux d'affichages, journal interne Osmose, informations particulières diffusées par le bulletin de salaire) mais le constat est le suivant : l'information circule mal au sein de l'établissement. Une réflexion sur l'affichage (bornes, panneaux,...) doit être menée.

Par ailleurs, la communication des informations pourrait être améliorée grâce à la mise en place d'un espace dédié à la Direction des Ressources Humaines sur intranet.

En effet, les agents auraient ainsi la possibilité d'accéder à de nombreuses informations relatives à leur situation personnelle, aux décisions institutionnelles et y trouver des formulaires mis en ligne.

Enfin, il est nécessaire de mobiliser l'encadrement autour de la diffusion des informations.

Favoriser l'expression sur le terrain

Il est important de réfléchir et de définir une politique de communication en matière de ressources humaines en favorisant l'expression sur le terrain. En effet, il est plus difficile de recueillir les difficultés des agents sur le terrain et d'y apporter une réponse.

Ainsi, une réflexion sur l'organisation de rencontres régulières est à mener. De nombreuses réunions existent actuellement mais leur contenu n'est pas forcément clair et connu dans le cadre du travail.

La formalisation du type de réunion est donc indispensable : réunion d'information, de fonctionnement, de supervision, le Staff patients, ...

AXE 5 : La qualité de vie au travail

La notion de qualité de vie au travail est définie dans l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013. Elle renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.

La qualité de vie au travail résulte de la conjonction de différents éléments, qui participent du dialogue social et de la perception qu'en ont les salariés, tels que :

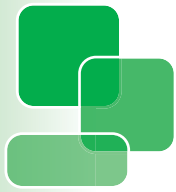
- la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise
- la qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise
- la qualité des relations de travail
- la qualité des relations sociales, construites sur un dialogue social actif
- la qualité des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail
- la qualité du contenu du travail
- la qualité de l'environnement physique
- la possibilité de réalisation et de développement personnel
- la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle
- le respect de l'égalité professionnelle.

Ainsi la qualité de vie au travail est une démarche de progrès qui passe :

- par une volonté politique clairement exprimée,
- la capacité à expérimenter donc une réversibilité possible des décisions et organisations après évaluation des dispositifs,
- une évaluation intégrée et mise en œuvre au quotidien dans une perspective d'apprentissage progressif

La stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail du Centre Hospitalier de Mont de Marsan comprend 7 axes prioritaires :

Pilotage de la politique QVT Prévention des risques psychosociaux



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Conditions de travail et santé au travail
Employabilité, développement professionnel
Egalité des chances
Sentiment d'appartenance au Centre Hospitalier
Amélioration du processus de gestion de la QVT

AXE 6 : Les conditions de travail

Les effets des conditions de travail sur la santé sont au cœur du débat social. Il s'agit ici de répondre de façon quantitative à ces questions à partir d'études des conditions de travail, les changements techniques et organisationnels, les facteurs de risques professionnels physiques, chimiques, biologiques mais aussi organisationnels ou relationnels.

Institutionnaliser le rôle du CHSCT

Développer la politique de prévention des risques en lien avec le CHSCT

- Mise en place d'une enquête sur le stress au travail réalisée de manière anonyme pour l'ensemble du personnel de l'établissement (par pôle, par catégorie professionnelle, par tranche d'âge, par sexe ciblée) sur une période donnée,
- Travail relatif à l'EVRP et mise en place du document unique,
- Actions de rappel des procédures et des formations pratiques en fonction de l'environnement, de l'activité : politique de prévention à la manutention et aux vigilances,
- Veiller à la protection contre l'ensemble des risques professionnels physiques, chimiques, biologiques mais aussi organisationnels ou relationnels,
- Travail à mener sur les équipements de protection individuel (EPI),
- Mise en place d'ateliers de travail autour des risques psychosociaux,
- A partir de l'analyse des causes des AT, proposition d'amélioration des préventions.

Développer le service de Santé au travail

Mettre en place une gestion des répercussions de l'absentéisme imprévu pour toute catégorie professionnelle

- Mise en place des procédures de rappel

Adapter certains postes de travail à travers une politique de reclassement

l'intensification du travail, le centre hospitalier sera amené, de façon plus intensive, à gérer des agents qui ont des restrictions médicales.

Une procédure de demande de reclassement a été définie en 2011 afin d'améliorer la communication entre la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, la Médecine du travail et l'assistante sociale du personnel.

Il est important que ces démarches tournées vers ce personnel en difficulté se poursuivent, notamment par les actions suivantes :

- Répertorier l'ensemble des agents en poste aménagé ou reclassement dans l'établissement,
- Etablir des fiches de poste facilitant l'intégration de l'agent dans le service d'accueil,
- Mettre en place une politique de communication autour du handicap,
- Cibler des postes qui répondent aux besoins de ces agents,
- Mettre en place une commission de suivi des postes aménagés avec les organisations syndicales en CHSCT de manière anonyme,
- L'intervention d'un psychologue de travail paraît être aidant pour faciliter cette procédure

Aménagement du poste de travail en cas de restrictions par la médecine du travail

Travail à mener sur la logistique et les besoins en matériel dans les services

Mise en œuvre et suivi du projet

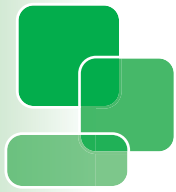
La mise en œuvre et le suivi du projet social seront effectués par un groupe projet spécifique intégrant les représentants du personnel, la médecine du travail et les membres du CHSCT. Il se réunira autant de fois que nécessaire pour finaliser le document et décliner les fiches-actions en mettant en évidence :

- Les acteurs
- Les moyens nécessaires
- Le calendrier

Le groupe Projet social aura pour objectifs :

- De valider les fiches-actions,
- D'informer les instances notamment le CTE, de l'avancement du Projet,
- D'assurer une communication auprès des agents.

Un bilan annuel sera présenté aux instances de l'établissement.



Projet de gestion

Le maintien des équilibres financiers du Centre Hospitalier reste une priorité absolue.

Les composantes du projet de gestion doivent concourir à la pérennité d'une situation financière durablement équilibrée.

Aucun mode de management n'est envisageable sans que les décideurs ne disposent des bonnes informations sur les domaines dont ils ont la charge afin de mesurer la pertinence et les conséquences de leurs décisions.

Le Groupement Hospitalier de Territoire constitué au 1er juillet 2016 apporte une dimension nouvelle au projet de gestion avec la désignation du Centre Hospitalier de Mont de Marsan en qualité d'établissement support pour les 4 établissements adhérents (CH de Morcenx avec lequel le CH de Mont de Marsan était déjà en Direction Commune, CH de Dax, CH de Saint-Sever).

Les questions relatives à la fiabilisation des données budgétaires et comptables sont des préoccupations centrales dans la perspective de la prochaine certification des comptes et d'une grande importance pour le pilotage des établissements dont les EPRD et PGFP seront désormais approuvés en prenant en considération les situations des membres du Groupement.

Les demandes d'information et d'outils propres de gestion émanent aujourd'hui à la fois des Directions mais aussi du corps médical et paramédical. La réponse qui doit y être apportée doit elle-même s'appuyer sur une coopération renforcée des acteurs de cette information (DIM, Direction des Finances et des Admissions - Direction des Services Informatique) ainsi que sur la consolidation et la pérennisation de la comptabilité analytique et des outils de pilotage.

La mise en place de la tarification à l'activité a rendu encore plus artificielle les frontières entre les domaines d'activité. La T2A est l'affaire de tous et la démarche de contractualisation interne viendra sceller les engagements réciproques entre la Direction et les pôles pour répondre à la nécessité de réaliser des gains d'efficacité économique et de qualité de l'offre de soins.

L'établissement veut définir sa stratégie en s'appuyant sur méthodes informatiques appliquées à la gestion des entreprises. La gestion d'un établissement hospitalier est reconnue comme

faisant partie des domaines encore plus complexes que ceux d'une gestion d'entreprise ordinaire par la très grande diversité de ses acteurs.

Enfin, l'amélioration du service rendu au patient, par la disponibilité et la qualité de l'accueil se traduira aussi dans les aspects administratifs. La notion de proximité, par exemple en matière de facturation et de paiement des actes, devra trouver ici sa concrétisation.

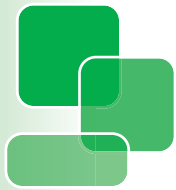
Axe 1 : La certification des comptes

L'article 17 de la loi HPST a inscrit dans le code de la santé publique (article L. 6145-16) le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. La fiabilisation et la certification des comptes hospitaliers apporteront une garantie supplémentaire de sincérité et de régularité des comptes, gage de transparence sur la situation financière des hôpitaux publics vis-à-vis de leurs partenaires économiques et institutionnels, ainsi que des usagers.

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan fait l'objet de la vague de certification n°3. Ainsi, ses comptes 2016 seront certifiables en 2017. Son commissaire aux comptes a été désigné.

Une feuille de route, permettant de hiérarchiser les travaux à réaliser pour une première étape de fiabilisation des comptes de l'hôpital conduit à prioriser les actions suivantes :

- Amorcer la fiabilisation de l'actif immobilisé.
- Recenser l'exhaustivité des passifs sociaux, formaliser une analyse des risques avérés (dossiers au tribunal administratif, redressement suite à des contrôles administratifs, contentieux) et des obligations.
- Recenser précisément les CET pour le personnel médical, et non médical. Un stock important d'heures supplémentaires correspondant à une dette sociale non provisionnée devra faire l'objet de régularisation
- Mesurer et prendre en compte les «séjours à cheval». Une procédure de rattachement des produits relatifs aux séjours à cheval entre deux exercices a été mise en œuvre et appliquée dès la clôture de l'exercice 2014.
- Recenser et estimer les actifs correspondant à des stocks.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Cette action concerne notamment les laboratoires, la pharmacie et la logistique. La pharmacie a réalisé un inventaire physique méthodique et complet depuis 2014. Il conviendra désormais de recenser les actifs présents dans les armoires à pharmacie des services de soins. Les laboratoires vont mettre en place une gestion des stocks en 2016. Enfin, s'agissant de la logistique, la gestion des stocks devra être perfectionnée.

- Mettre en place les chantiers comptables (provision pour renouvellement des immobilisations, distinction apport/subvention en remontant 5 ans en arrière).

Cette recommandation a été suivie et il convient maintenant de passer les écritures lors d'une prochaine clôture.

- Fiabiliser la séparation des exercices en améliorant les rattachements de charges et de produits.
- Finaliser le dossier de clôture comptable. Il existe aujourd'hui un dossier de clôture mais il ne correspond pas intégralement à la forme requise par le commissaire aux comptes. Un travail de mise en forme devra donc être conduit.

Par ailleurs, l'audit a permis d'identifier ce qui devra être mis en place dans le cadre du dispositif de contrôle interne. Il s'agit des actions suivantes :

- Démarrer la réflexion sur sujet de la gestion documentaire, y compris sur la formalisation des modèles standards de contrôles et de procédures dans le cadre de la mise en place du dossier de révision et du dossier permanent.
- Sélectionner les contrôles clés qui devront faire l'objet d'une documentation.
- Lister les sous-processus et procédures au sein de chaque cycle et les prioriser.
- Réaliser les diagrammes de flux pour l'ensemble des processus et sous-processus.
- Rédiger les procédures en commençant par celles qui ont été identifiées comme prioritaires.

Pour chaque processus une cartographie des risques et une liste de recommandations constitueront les axes de travail inscrits dans le projet de gestion. Elles concernent :

- Le personnel médical et non médical,
- Les recettes d'activité et les autres recettes,
- Les achats d'exploitation,
- Les immobilisations,
- Le système d'information,
- La fiabilisation des comptes et la conformité aux méthodes comptables,
- L'endettement.

Enfin, dans la perspective du travail conjoint avec la Trésorerie de l'hôpital, les projets suivants devront être menés :

- Mettre en place le suivi de l'inventaire et le suivi de l'actif dans Hélios. L'actif de l'hôpital est dense. Il est suivi chez l'ordonnateur sur le logiciel Madrid. Malgré la lourdeur des opérations, la mise en place du suivi des opérations sur immobilisations et la préparation des opérations de fin d'année répond à une volonté commune d'améliorer la qualité comptable. La fiabilisation de la comptabilité patrimoniale du Centre Hospitalier permettra en outre d'améliorer la gestion des éléments d'actif par les services gestionnaires et donc de renforcer la performance de la gestion publique.
- Définir une politique conjointe de recouvrement contentieux. La mise en place de la politique concertée du recouvrement devient une priorité avec la mise en œuvre de la T2A. L'optimisation du recouvrement en phase contentieuse et la définition conjointe des poursuites, adaptées aux évolutions réglementaires, favoriseront le recouvrement.

Axe 2 : vers une dématérialisation complète et un renforcement du partenariat avec la trésorerie

LA FIDES (FACTURATION INDIVIDUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE)

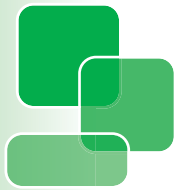
Les établissements de santé sont passés en tarification à l'activité à 100% au 1er janvier 2008. La facturation directe des Actes et Consultations externes aux débiteurs est une épreuve dont le Centre Hospitalier de Mont de Marsan s'est très bien acquitté avec une mise en œuvre au 1er mai 2015 et un taux de rejet très bas.

Le prolongement de cette démarche devra concerner à terme l'ensemble des séjours d'hospitalisation. Ce thème de travail ne fait que commencer et se poursuivra au fil des instructions ministérielles jusqu'à la facturation au fil de l'eau de l'ensemble des séjours du secteur court séjour. Les efforts devront être centrés autour des délais et de la qualité en temps réel du codage des RUM.

LA DEMATERIALISATION COMPLETE

LES RECETTES

Le projet FIDES a impulsé la première étape de dématérialisation. Elle sera suivie d'une deuxième étape au cours de laquelle la dématérialisation des



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

pièces des recettes diverses conduira à une dématérialisation complète.

La facturation au fil de l'eau ne peut être envisagée que si elle est accompagnée de la dématérialisation car sans protocole d'échange standard, le volume de transmissions papier aurait été multiplié environ par 7. Cette problématique concerne tant le trésorier que l'établissement lui-même.

En conséquence, le CH de Mont de Marsan a décidé de mettre en place en premier lieu le PES V2 autorisant la dématérialisation.

Les recettes diverses, qui incluent des pièces jointes, font toutefois exception à la règle. Grâce à la version 14.1.1 de Magh2, la facturation des recettes diverses dématérialisée serait possible mais nécessiterait l'acquisition de matériels permettant de joindre des pièces comptables aux titres de recette. Les évolutions importantes sont attendues dans ce domaine et la programmation de l'acquisition des matériels associés est impérative.

LES CHARGES

Dans le prolongement de l'adoption de ces nouveaux protocoles d'échange, les perspectives s'orientent vers une dématérialisation complète concernant les achats (factures, pièces jointes, marchés, etc...).

Lors de l'émission d'un mandat, celui-ci pourra être accompagné de pièces jointes dématérialisées à adresser à la Trésorerie.

Par ailleurs, les documents pourront être validés par signature électronique, réduisant ainsi de façon considérable le temps du processus de traitement des charges.

LES ACCES AUX APPLICATIFS INFORMATIQUES

Le développement de l'accès réciproque (établissement et trésorerie), en mode consultation, aux applicatifs informatiques permettra de mieux partager les informations contenues dans les fichiers des deux partenaires et facilitera l'exécution budgétaire et comptable.

LES DELIBERATIONS ET DECISIONS RH

La dématérialisation répond aux problématiques actuelles de développement durable avec l'objectif « zéro papier ». Elle facilite également les échanges entre l'ordonnateur et le comptable. Elle génère enfin des gains tant en termes qualitatifs (optimisation des processus notamment) que quantitatifs (réduction des coûts papier et affranchissement, optimisation des logiciels...). Ainsi, la dématérialisation des délibérations et des décisions RH de l'établissement

constitue une étape supplémentaire de la démarche (calendrier de déploiement : 2016-2018).

LES PIECES JUSTIFICATIVES DE PASSATION DES MARCHES

La dématérialisation des pièces justificatives de passation des marchés publics pour transmission au comptable public, puis au juge comptable, est une action qui participe à l'accélération des paiements des entreprises. Elle simplifie et rend plus efficaces les processus de transmission des pièces de passation jointes à l'appui du premier mandat de paiement, elle facilite les recherches et les contrôles tout au long de la chaîne comptable et permet d'économiser du papier et des surfaces de stockage.

LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT AVEC LA TRESORERIE

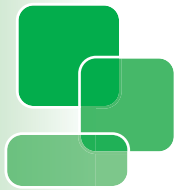
Eloignés géographiquement, les services du Centre Hospitalier et le poste comptable souhaitent travailler plus efficacement, en améliorant la connaissance mutuelle des modalités de fonctionnement des services et des outils.

Faciliter la communication, parler un langage compris par tous, développer une culture commune permet de disposer plus rapidement d'une meilleure information et de renforcer la coopération entre tous les services dans le respect des compétences de chacun. La dématérialisation constitue une réponse à ces objectifs.

Dans cette perspective de renforcement des liens, outre l'amélioration de la dématérialisation des titres, il sera important de promouvoir et d'optimiser le fonctionnement des régies de recettes. Actuellement, une seule régie de recettes fonctionne (avec des sous régies sur des points de passage stratégiques) au sein de l'établissement. Une réflexion doit être engagée par les deux partenaires sur l'intérêt d'un recours plus important à ce mode de fonctionnement qui permet de concilier l'amélioration du service rendu aux patients et l'efficacité du recouvrement en phase amiable.

En complément de cette démarche, les usagers devront pouvoir effectuer des paiements en ligne à partir du site internet de l'hôpital.

Il s'agira également de conforter le Contrôle Hiérarchisé de la Dépense (CHD). La finalité du CHD est de concilier efficacité et délai de l'exécution des dépenses publiques. Il repose sur la mise en œuvre de contrôles plus ciblés en fonction des risques et des enjeux.



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

Enfin, il conviendra d'améliorer le suivi des marchés publics pour obtenir une meilleure qualité du mandatement tout en respectant les contraintes financières des fournisseurs. La multiplicité des intervenants, le nombre important de procédures de marchés publics nécessitent une étroite collaboration entre les services gestionnaires et le comptable public. Une meilleure connaissance des circuits doit conduire à une plus grande maîtrise des délais. En outre, la qualité des informations communiquées au stade du mandatement doit être améliorée afin de réduire le délai de paiement des fournisseurs tout en respectant la réglementation actuellement en vigueur.

La création d'une Direction des ressources matérielles chargée de l'ensemble des achats facilitera l'atteinte de ces objectifs.

Axe 3 : Contractualisation et pilotage

LA CONTRACTUALISATION EN EXTERNE ET EN INTERNE

Ce projet regroupe les objectifs permettant une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles, la gestion de l'information et une meilleure communication interne et externe dans un cadre contraint par des dispositions réglementaires et contractuelles.

LA CONTRACTUALISATION EXTERNE

Il s'agit de la clé permettant à l'établissement d'évoluer dans son environnement sanitaire et de justifier de l'obtention des moyens auxquels il peut prétendre face à la population dont il assure la charge en soins.

Le respect du contrat d'objectif et de moyen est associé à un certain nombre d'annexes sur les MIGAC, la chirurgie ambulatoire ou encore le contrat de bon usage du médicament.

Le CPOM 2012-2017 est à jour. Il est régulièrement suivi dans le cadre du dialogue de gestion avec l'ARS. Il fait l'objet d'avenants réguliers et il s'enrichit de surcroît d'une feuille de route partagée avec l'Agence pour fixer les objectifs stratégiques de l'établissement conformément au plan triennal d'économies 2015-2017.

LA CONTRACTUALISATION INTERNE

La politique générale du Centre Hospitalier de Mont de Marsan, déclinée à travers son projet d'Etablissement, nécessite de coordonner les activités de ses différents pôles dans la perspective d'optimiser les moyens qui lui sont alloués. Ainsi, conformément

à la loi HPST, l'établissement doit poursuivre sa démarche de concertation entre la Direction et les pôles.

Il existe à ce jour un contrat socle, adopté en CME. Ce socle a servi de base à l'élaboration d'une gestion par pôle, sans que toutefois cette nouvelle gouvernance n'ait été accompagnée par des contrats.

Des contrats de première génération devront ainsi être élaborés et signés au cours du dernier quadrimestre 2016.

Ces premiers contrats pourraient être conçus pour une durée de un an et comporter des objectifs tant quantitatifs que qualitatifs. Ils reposeront sur les principes essentiels, d'une part, d'engagements réciproques des pôles et de la Direction, et d'autre part, de mise en adéquation des moyens humains et matériels au niveau d'activité réalisé chaque année. Le principe de l'intéressement et de ses modalités devront être conçus puis présentés aux instances. Trois critères pourront déterminer le montant de l'enveloppe :

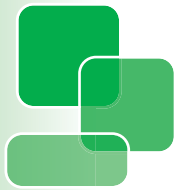
- Le taux global d'atteinte des objectifs,
- Le résultat du CREA N-1 du pôle,
- La taille du pôle, mesurée selon son niveau de recettes T2A.

Les **objectifs d'activité et de recettes** devront être définis en cohérence avec les modalités de construction de l'EPRD. Outre des objectifs spécifiques à chaque pôle, le socle commun d'indicateurs comprendra : le nombre de séjours, les recettes d'activité, l'indice de performance DMS.

Le contrat prévoira également des objectifs relatifs à **l'exhaustivité du codage** PMSI. L'importance de ce point est à mettre en perspective de l'arrivée prochaine de la facturation au fil de l'eau de l'ensemble des séjours.

Les objectifs de qualité, de gestion des risques et de relations avec les usagers porteront notamment sur la réalisation d'EPP et de RMM (conformément aux critères de la HAS), sur le taux de retour des questionnaires de satisfaction, sur la traçabilité de la douleur, sur la qualité des réponses aux réclamations ou encore sur le niveau de consommation des solutions hydro alcooliques.

Enfin, le contrat définira également des **objectifs managériaux** qui engagent les chefs de pôles à organiser régulièrement des rencontres avec l'ensemble des équipes, et à structurer les modalités de concertation et d'information des personnels. L'ensemble de ces objectifs seront dans un premier temps proposés aux chefs de pôles par la Direction. Une phase d'échanges entre la Direction et les pôles,



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

puis une phase de concertation au sein de chaque pôle permettra de réaliser des ajustements pour obtenir la version des contrats retenue pour la signature.

Les objectifs contractualisés feront l'objet d'une évaluation, puis d'une adaptation des engagements, au terme de l'exercice, en vue de l'élaboration des contrats suivants.

LE REPORTING

Informé et piloté sont deux objectifs importants du projet de gestion de l'établissement. Ils viennent à l'appui de la démarche de contractualisation interne.

Cela doit se traduire par la concrétisation des axes de management institutionnel et par la pérennisation des outils et des procédures définies conjointement avec les services.

Aujourd'hui, la collaboration des services financiers, des services informatiques et des médecins responsables de l'information médicale est déjà une réalité. Cette collaboration doit pouvoir être pérennisée dans des réunions régulières où les responsables et acteurs des secteurs concernés pourront améliorer cette coopération autour d'outils et de procédures communes.

Il est également important d'assurer la transmission régulière de tableaux récapitulatifs des recettes et des dépenses aux différents responsables de services permettant de développer un dialogue avec les responsables autour de l'utilisation des ressources et permettre de mieux affecter les moyens.

Pour cela, le Centre Hospitalier dispose d'une comptabilité analytique développée. Des CREA (Comptes de Résultats Analytiques) sont produits tous les ans. Par ailleurs l'établissement participe depuis 2011 à la Base d'Angers.

A un premier niveau, des tableaux de bord mensuels (présentant l'activité et les consommations à caractère médical) sont transmis mensuellement.

A un second niveau, il existe des tableaux de bord trimestriels (4 cadrans : activité, Ressources Humaines, Efficacité, qualité) dont la structure a été simplifiée à des fins de meilleure lisibilité et appropriation par les acteurs.

Enfin, à un troisième niveau, des réunions d'informations sont régulièrement organisées. Des réunions annuelles, à l'occasion desquelles a lieu la restitution des CREA (une réunion par pôle), conduit à l'enrichissement et à l'amélioration des outils de reporting. Des réunions d'information trimestrielles rassemblent depuis environ un an tous les cadres de

l'établissement. Ces réunions permettent de communiquer sur l'actualité institutionnelle, de passer en revue les projets, de présenter la situation financière et d'informer sur les perspectives. Les tableaux de bord trimestriels sont commentés dans le cadre de ces rencontres.

PROCEDURE BUDGETAIRE PARTICIPATIVE INTERNE ET EXTERNE INCLUANT LES FONCTIONS PARTAGEES AVEC LES ADHERENTS AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La procédure budgétaire doit être transparente pour les acteurs hospitaliers.

Le choix des priorités institutionnelles ne doit intervenir qu'après une analyse précise des besoins de l'établissement et des projets présentés (développement d'une activité nouvelle, notamment). Afin d'allier ces différents préalables, la procédure s'articulera autour des différentes demandes et donnera lieu à l'identification de priorités au sein des entités habilitées (commission des équipements biomédicaux, CME, conseil de direction/ Directoire et Conseil stratégique).

Chacune des directions fonctionnelles est invitée à faire part dans une phase de négociation de ses propositions et des difficultés qu'elle peut rencontrer pour conduire au résultat escompté.

La constitution du Groupement hospitalier de Territoire induit également un pilotage général du dispositif permettant de fédérer la gestion des EPRD et PGFP préalablement à leur analyse par l'Agence Régionale de Santé. A cet effet, des réunions de coordination et de partage des informations devront être organisées pour conduire à une appréhension globale des prévisions de recettes et de dépenses du Groupement.

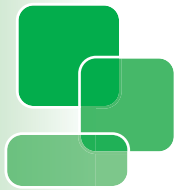
Ce schéma est essentiel en recettes liées à l'activité hospitalière sous l'égide du DIM de territoire et en charges et en produits pour les fonctions partagées suivantes.

FONCTIONS OBLIGATOIRES :

- Stratégie et gestion du Système d'Information
- Fonction ACHATS
- Coordination des écoles paramédicales
- Organiser en commun des activités d'imagerie

FONCTIONS FACULTATIVES :

- Création d'équipes médicales communes
- Mise en place de pôles inter-établissements
- Gérer des activités logistiques, techniques et médico-techniques (ex : laboratoire)



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ADAPTEE

Le Centre hospitalier de Mont de Marsan a conduit de nombreuses opérations d'investissements au cours des 20 dernières années et doit en assumer aujourd'hui la charge financière, ceci au moment où les aides au financement se raréfient.

La politique d'investissement ne pourra donc qu'être mesurée et ciblée pour garantir la stabilité de gestion de l'établissement.

Dans ce contexte, le projet de gestion retient les objectifs suivants :

- Se donner clairement les moyens de préserver la politique d'investissement par la maîtrise de la situation financière.

La maîtrise de la situation financière conduit d'une part à optimiser les recettes en améliorant l'exhaustivité et la qualité du codage des séjours et des actes, et d'autre part, à contrôler les dépenses d'exploitation. Il s'agit en particulier des dépenses médicales et pharmaceutiques. Il conviendra de mener une réflexion sur la pertinence des prescriptions pharmaceutiques, biologiques, radiologiques, et des transports comme exigé par l'assurance maladie.

Concernant sa politique financière, l'établissement doit maîtriser davantage ses dépenses à forte augmentation et rechercher l'équilibre durable de ses comptes pour le maintien de sa politique d'investissement et l'exécution de son plan global de financement pluriannuel (PGFP).

- Soutenir l'investissement par le dégagement annuel de marges dans un contexte de diminution des financements extérieurs.

Cet objectif découle directement d'une saine gestion en exploitation.

L'atteinte des équilibres financiers dans une logique d'EPRD conditionne la réalisation du PGFP et le maintien de la politique d'investissement de l'établissement support et des établissements adhérents au Groupement en mutualisant les acquisitions d'équipement majeurs et en standardisant les matériels.

Le programme pluriannuel d'investissement doit être corrélé à l'évaluation régulière des activités inscrites au SROS. Il doit permettre de fournir aux disciplines les moyens de leur maintien et si besoin de leur développement. Les projets des années 2016-2021 comportent des objectifs majeurs en accord avec le projet d'établissement. Ces projets font l'objet d'une présentation détaillée dans l'EPRD et sont inscrits dans le PGFP.

Axe 4 : Optimiser les fonctions supports

PRIVILEGIER LA FONCTION LOGISTIQUE

La fonction logistique, secteur clé du fonctionnement d'un établissement hospitalier, doit être conçue comme un levier d'amélioration du service offert aux patients.

Les services logistiques du CH de Mont de Marsan (la restauration, la blanchisserie, les magasins, l'équipe centrale d'entretien des locaux notamment) fonctionnent très correctement en termes d'efficacité économique. Il serait toutefois utile de conduire une démarche d'amélioration autour cette fois de la qualité des services produits. En effet, quelques dysfonctionnements ont pu être relevés comme par exemple des situations de sur stockage de certains articles, de rupture de certains autres, ou encore d'utilisation de produits inadaptés par défaut de produits adaptés.

On note par ailleurs un besoin de coordination des flux en matière de transport auquel il est important de répondre.

Dans la perspective d'amélioration de ces services, des actions ont été ou seront prochainement menées. Il s'agit tout d'abord de rattacher l'ensemble des fonctions logistiques à la Direction des ressources matérielles.

Par ailleurs, la création d'une plateforme logistique permettra de concentrer sur un lieu commun, selon le principe d'un guichet unique, l'ensemble des biens qui arrivent et qui quittent l'établissement, répondant ainsi aux difficultés résultant parfois de la multiplicité des lieux de livraison.

Enfin, l'établissement a procédé récemment au recrutement d'un logisticien pour privilégier l'efficacité de ce secteur et créer du liant entre l'ensemble des fonctions supports.

Le souci d'apporter le meilleur service possible et de garantir la qualité des services offerts doit rester au cœur de ce projet.

LE PROJET PHARE

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan s'est inscrit dans le cadre des actions conduites au sein du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables).

Pour s'engager dans une politique d'achats responsables, l'établissement concentrera ses projets autour de quatre niveaux d'actions :

- Les gains achats liés à la mutualisation nationale (UNIHA, UGAP) ;



les conditions de mise en oeuvre

vers une amélioration de l'efficacité et de l'évaluation des résultats

- Les gains achats liés à la mutualisation régionale ou départementale ;
- Les gains achats des marchés de l'établissement ;
- Les gains achats liés au dialogue avec les prescripteurs.

Il convient également de souligner que, dans le cadre du Groupement rapprochant les établissements adhérents, la démarche de regroupement des achats, lors du renouvellement d'équipements lourds, sera renforcée. Ce rapprochement territorial devra également conduire à une réflexion sur le principe de disposer d'une personnalité morale commune et d'un système d'information commun, qui permettrait d'accroître et d'enrichir les perspectives d'optimisation comme le prévoit la loi.

S'ATTACHER AU DEVELOPPEMENT DURABLE

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan se situe au cœur de la forêt des Landes, dans un cadre naturel assez exceptionnel. C'est donc tout naturellement que la direction de l'établissement souhaite s'inscrire dans une démarche de préservation de cet environnement très privilégié.

L'hôpital a introduit assez tôt cette notion, notamment en matière d'énergie, dans l'élaboration de sa stratégie et la conduite de ses projets.

La construction récente d'un pavillon de psychiatrie dans les normes de haute qualité environnementale est un témoignage de l'attachement concret de l'établissement au principe de développement durable.

Pour aller plus loin, l'établissement souhaite développer des actions, dans l'esprit méthodologique proposé par le comité de développement durable en santé du Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie. Un guide a été produit qui présente les grands axes d'une gestion exemplaire du développement durable des établissements de santé.

MODERNISER L'HOTELLERIE

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan s'engagera dans les mois qui viennent vers un véritable projet hôtelier, dont les objectifs principaux seront d'améliorer :

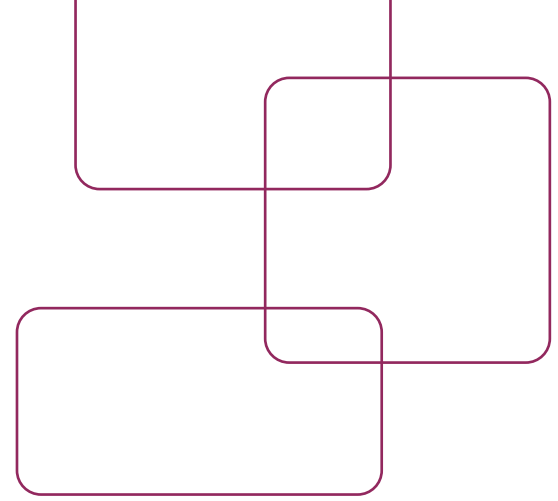
- Le confort et la prise en charge des usagers
- L'attractivité
- L'allègement des charges de travail des soignants

Axe 5 : Fonctions territoriales de l'établissement support du GHT

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan va déployer les fonctions supports du groupement pour les 4 établissements (DIM, Achats, DSI).

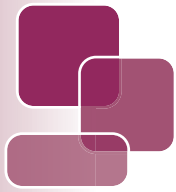
Les textes réglementaires ne sont pas tous publiés et tout sera mis en place au fur et à mesure.





Chapitre IV

Le projet architectural et son financement



Le projet architectural et son financement

Le Schéma Directeur du Système d'Information

Avant-propos

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé défini que :

L'établissement support du GHT assure la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent (en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement).

L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le décret d'application n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise que :

Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels.

Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L.6132-3, un identifiant unique pour les patients.

Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.

L'échéance fixée pour l'élaboration du schéma directeur du système d'information est le 1^{er} janvier 2018.

Celle pour la mise en place du système d'information hospitalier convergent est le 1^{er} janvier 2021.

A l'heure où le GHT des Landes vient tout juste d'être créé par la signature de sa convention constitutive, à laquelle son règlement intérieur n'est qu'à l'état de projet et par là même la liste des diverses commissions et de leurs compositions non finalisée, il serait prématuré de vouloir définir un Schéma Directeur du Système d'Information pour le Centre

Hospitalier de Mont de Marsan avec le niveau de précision que l'on est en droit d'attendre traditionnellement d'un tel document.

En effet, le Schéma Directeur du Système d'Information de chaque établissement du GHT devra nécessairement être en grande partie une déclinaison de celui du GHT et dans tous les cas rester en cohérence avec celui-ci.

En tant qu'établissement support du GHT des Landes, le Centre Hospitalier de Mont de Marsan se doit de respecter cette logique et d'éviter d'afficher des projets inflexibles.

Le présent document a donc plutôt pour objectif de mettre en évidence les principes et priorités du Centre Hospitalier de Mont de Marsan en matière de politique du Système d'Information pour les prochaines années. Notamment pour que ceux-ci soient pris en compte en parallèle de ceux des autres établissements membre du GHT dans l'élaboration du Schéma Directeur du Système d'Information du GHT des Landes.

Ce Schéma Directeur du Système d'Information du GHT devra naturellement également prendre en compte les contraintes et besoins tiers :

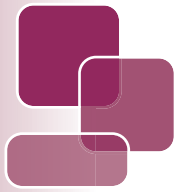
Besoins issus des projets d'établissement des divers établissements

Besoins issus des projets du GHT

- Projet Médical du GHT
- Mutualisation des fonctions supports

Contraintes réglementaires et «priorités imposées»

- Prérequis et Domaines Prioritaires «Hôpital Numérique»
- Certification HAS
- Certification des Comptes
- Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens



Le projet architectural et son financement

Axe 1 : Conforter la qualité de la gestion de l'identité, des mouvements du patient et des référentiels de structure

Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan se situe au-delà des exigences du programme Hôpital Numérique sur le prérequis « Identités, Mouvements ».

Il s'agit donc avant tout pour le Centre Hospitalier de Mont de Marsan de veiller à conforter la qualité de la gestion de l'identité et des mouvements du patient et des référentiels de structure lors des évolutions de son système d'Information, voir à l'améliorer notamment en ce qui concerne la gestion du référentiel de structure (cette gestion s'appuyant en très grande partie sur des procédures manuelles).

Dans la perspective de la convergence du Système d'Information au sein du GHT, ces sujets seront des points d'attention majeurs avec la nécessité d'une **gestion des identités transversale** au GHT¹⁰ et la mise en place d'un numéro d'identification des patients au niveau du GHT comme l'impose la réglementation.

Concrètement, il va s'agir de mettre en œuvre un serveur d'identité du GHT, ce qui va impliquer de revoir la gestion des identités dans l'ensemble des applications du SI Patient.

Dans le cas du Centre Hospitalier de Mont de Marsan, les mécanismes d'intégration entre le DPI CROSSWAY et la GAM PASTEL devront également évoluer et potentiellement être remplacés par des interfaces asynchrones. De fait les mécanismes d'accès au DPI CROSSWAY et les écrans utilisés pour la saisie des mouvements dans les services de soins s'en trouveront également bouleversés.

Ces changements à eux seuls vont nécessiter des temps importants de tests et de mise au point ainsi que de formation d'un nombre d'utilisateurs conséquent.

Axe 2 : Conforter la fiabilité et la disponibilité du SI

En lien avec les exigences du programme Hôpital Numérique et de la certification des comptes il s'agira de conforter la fiabilité et la disponibilité de l'infrastructure mais aussi des applications.

Les principales pistes d'amélioration consistent à :

- S'assurer de manière plus régulière que les procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale sont bien connues et adaptées, que ce soit en ce qui concerne les aspects techniques que ceux organisationnels ou métiers.
- Mettre en place des contrôles plus exhaustifs du bon fonctionnement des interfaces entre applications notamment par la mise en place de comparaisons systématiques de base à base entre applications (et non d'une « simple » observation des rejets signalés par les programmes d'interfaces).

Dans la perspective de la convergence du Système d'Information au sein du GHT, ces sujets seront des points d'attention majeurs et s'articuleront avec une réflexion sur l'externalisation des applications ou l'obtention d'un agrément hébergeur de données de Santé pour le GHT ou l'un de ses établissements.

Axe 3 : Conforter la protection des données et de leur confidentialité

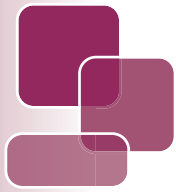
Dans la perspective de la convergence du Système d'Information au sein du GHT, ces sujets seront des points d'attention majeurs. Il conviendra de :

- Veiller à ce que les projets « annuaire et SSO » des CH de Dax et de Mont de Marsan soient alignés.
- Faire converger les principes et infrastructures de gestion des postes de travail afin que ces deux projets puissent être fusionnés en un seul et couvrir également les deux autres établissements
- Mettre en place une gouvernance de la **confidentialité des données** au niveau du GHT pour aboutir à des règles à mettre en place cohérentes (voire communes).

Notamment dans la perspective d'un DPI commun, il conviendra d'éviter les points de blocage technique ou « politiques » résultants de situation où dans un établissement 'A' une catégorie de personnel donnée à accès à un type d'informations alors que dans l'établissement 'B' cette même catégorie n'y aurait pas accès. Quelle serait alors la règle lorsqu'un patient de l'établissement 'B' viendrait dans l'établissement 'A' ? les personnels de 'A' auraient ils accès aux informations recueillies chez 'B' (alors que leurs homologues sur place n'y auraient pas accès ?)

- S'assurer de la mise en place et de l'efficacité de **moyens de protection** contre les accès non autorisés, les divers cyber-menaces et risques de fuite de données.

¹⁰ Cette gestion des identités transversale au GHT devra de facto s'appuyer sur des règles communes et par là même sur une Autorité de Gestion de l'Identitovigilance du GHT (voire d'une Cellule d'IdentitoVigilance transversale)



Le projet architectural et son financement

Pour mémoire les projets « annuaire et SSO » consistent à mettre en place :

- Un outil de gestion des identités des agents et autres intervenants au sein des établissements, en lien avec les applications de gestion des ressources humaines (voir d'autres applications comme par exemple celles de gestion des élèves des IFSI) afin de disposer d'un annuaire à jour des utilisateurs potentiels du SI (en disposant pour ceux-ci des informations nécessaires telles que fonctions et services d'exercice).
- Un outil s'appuyant sur l'annuaire précédent pour gérer les droits d'accès aux applications informatiques d'après l'annuaire : ouverture de compte mais aussi résiliation de ceux-ci, gestion des mots de passe avec authentification forte mais unique (à la journée ou à la demi-journée typiquement).

Ces travaux devront s'articuler avec une réflexion sur **l'externalisation des applications** ou l'obtention d'un **agrément hébergeur de données de Santé** pour le GHT ou l'un de ses établissements.

Conforter le Dossier Patient Informatisé CROSSWAY en étendant son périmètre fonctionnel.

Le Dossier Patient Informatisé CROSSWAY est déployé sur l'ensemble des services de l'établissement.

Il couvre l'ensemble des fonctions directement liées à la production de soins (recueil réglementaire des actes et diagnostiques, gestion des rendez-vous, gestion de la bureautique avec envois automatisés par la MSS, prescriptions multimodales, validation pharmaceutique et dispensation des médicaments, plan de soins et traçabilité des administrations, observations médicales et infirmières, pancartes, dossier de soins, transmissions et transmissions ciblées).

Crossway est toutefois complété d'applications dédiées pour certains services n'ayant pas un mode de fonctionnement standard (urgences ou anesthésie par exemple).

Il est le fédérateur du dossier patient et reçoit donc systématiquement de ces applications tierces les synthèses du passage du patient par ces services.

Les fonctions de production de soins restent à déployer pour les activités extra-hospitalières de psychiatrie.

Crossway doit également être complété d'une application spécialisée pour la réanimation, seul service hospitalier pour lequel la production de soins n'est pas informatisée.

Le module PDR (Planification des Ressources) vient d'être installé dans le cadre du programme TSN pour étendre les possibilités en matière de gestion des rendez-vous. Ce module doit permettre l'utilisation de Crossway comme outil de gestion de rendez-vous en imagerie (*afin de les coordonner avec les autres rendez-vous pour programmer des hospitalisations de jour*).

Au-delà des extensions ci-dessus, Crossway est en passe d'être complété par :

- Une fonction de rappel de RDV par SMS / mail.
- Des mécanismes d'intégration avec la Plateforme Territoriale « Santé Landes » mise en place par l'ARS sur le Nord et l'Est des Landes dans le cadre du programme **TSN**.
- Un portail ville-hôpital complétant l'intégration avec la plateforme précédente, notamment pour la coordination avec les professionnels du territoire sur des patients non pris en charge par Santé Landes.
- Un module de gestion des lits dynamique.

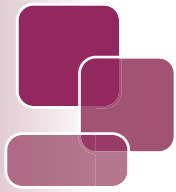
Enfin sont également envisagés :

- Des fonctions de dictée et de reconnaissance vocale (qui ne devront pas faire perdre le bénéfice des insertions automatiques dans les documents des observations saisies au fil de l'eau).
- Des fonctions de prise de rendez-vous en ligne.

Remettre à plat le SI du Bloc Opératoire

Les personnels du Bloc Opératoire sont confrontés à l'utilisation d'une multiplicité de logiciels :

- **ORLine**
Gestion du Bloc opératoire (planning, check lists, traçabilités)
- **Diane Anesthésie**
Gestion des consultations d'Anesthésie et de l'activité Anesthésique en salle d'opération, d'accouchement et de SSPI, (ainsi qu'en Angioplastie pour les opérations programmées). Récupération des données des appareils biomédicaux.
- **Crossway**
Saisie de l'activité (actes, diagnostiques)
Prescriptions post-opératoires pour les services d'hébergements.



Le projet architectural et son financement

Par contre à ce jour les prescriptions pré-opératoires sont saisies dans Diane Anesthésie et ne sont transmises à Crossway que sous forme de document (et non de données structurées alimentant le plan de soins)

- **Copilote DM**
Pour la gestion des DM.
- **Optim'Sté**
Pour la gestion de la stérilisation

Cette liste n'est pas exhaustive. Ne sont par exemple pas repris ci-dessus certaines applications «institutionnelles» telles que le PACS TELEMIS, l'application TRACE LINE pour la gestion des produits sanguins ou les applications de Gestion des Temps de Travail.

ORLINE et Diane Anesthésie sont interfacées entre elles notamment pour le partage de top horaires.

Elles sont interfacées avec le reste du SI par le biais d'un «frontal» d'interface développé par BOW Médical, l'éditeur de Diane Anesthésie qui était initialement le diffuseur d'ORLINE. ORline n'étant plus diffusé par BOW Médical, les interfaces d'ORLINE actuelles ne sont plus maintenues et doivent être revues.

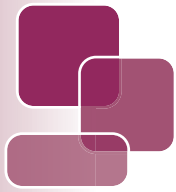
Les applications Copilote DM et Optim'Sté n'ont pas pu être interfacées avec ORLINE lors de la mise en place de cette dernière car non proposées par les éditeurs¹¹.

Elles doivent être utilisées directement par les personnels du bloc pour la gestion des matériels sans que leur utilisation n'ait été pensée pour le bloc opératoire (ces applications ont été mises en place pour la pharmacie et le service de stérilisation). Elles ne dispensent donc pas les utilisateurs d'une gestion manuelle des matériels pénible et chronophage, mais au contraire leur impose parfois des doubles saisies.

Enfin, les fonctions de programmation des opérations dans ORLINE ne sont pas à même de gérer les disponibilités de lits ou place en amont/aval du bloc, fonctions qui seraient pourtant critique notamment pour les activités ambulatoires.

Ultimement, aller vers une saisie des actes décentralisée nécessiterait également une réflexion pour garantir l'exhaustivité et la cohérence des actes liés (chirurgie / anesthésie).

¹¹ De fait les interventions ne sont que partiellement paramétrées dans ORLine (paramétrage principalement centré sur la durée des interventions, ne comportant pas forcément les besoins en matériel pour leur réalisation)



Le projet architectural et son financement

Le projet technique, structurel et le plan directeur

Etat des réalisations depuis 2000

Les projets importants de restructuration et de mise en conformité entrant dans le cadre de l'établissement qui ont été engagés sont :

Hôpital LAYNE

- Réhabilitation du bâtiment des médecines (2005-2007)
- Restructuration du secteur des urgences (2003-2007)
- Extension de la capacité d'hébergement gynéco-obstétrique pour prise en compte de la fermeture de la maternité de la clinique des Landes (2002-2003)
- Ouverture d'une unité d'hébergement d'oncologie (2001)
- Extension secteur imagerie pour IRM (2002-2004)
- Réaménagement pharmacie et magasin pharmacie (2006)
- Création d'une centrale de production de climatisation (2004-2006)
- Création d'un nouveau poste de transformation et sécurisation du poste électrique existant (2005-2007)
- Centrale de cogénération (2003-2005)
- Transfert du SAMU (2003)
- Centrale de groupe électrogène (2010)
- Restructuration des chirurgies (2008-2011)
- Aménagement médecine nucléaire (2013-2014)
- Aménagement soins intensifs de cardiologie et plateau technique (2011-2014)
- Elévation du niveau de sécurité SSI (2011)
- Aménagement réanimation (2011-2014)
- Restructuration hémodialyse (2012-2013)
- Aménagement et ouverture du service d'ophtalmologie (2015)

Hôpital SAINTE-ANNE

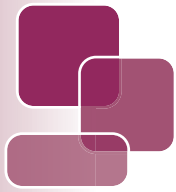
- Construction d'un centre de formation des personnels de santé (2001-2003)
- Réaménagement d'un bâtiment d'archivage central 2002-2003)
- Aménagement d'un magasin central (2000)
- Restructuration du pavillon la passerelle (2007)
- Réfection du réseau d'assainissement (2003-2005)
- Aménagement hôpital de jour Morcenx (2002)
- Extension des unités la Bastide et Pastourelle (2001-2002)
- Extension du self (2002-2003)
- Restructuration du pavillon La Fournière (2009-2010)
- Aménagement du pavillon La bastide (2012-2013)
- Construction CMP-CATTP Enfants Parentis en Born (2013-2014)

Hôpital NOUVIELLE

- Aménagement de l'espace de vie et du plateau technique de rééducation gériatrique (2003-2004)
- 1^{ère} tranche de climatisation (2004)

HOPITAL LESBAZEILLES

- Elévation du niveau de sécurité de l'établissement (2000 -2001)
- Travaux d'amélioration des conditions d'hébergement (Programme de climatisation) (2002-2003)
- Aménagement du patio sécurisé (2002-2003)



Le projet architectural et son financement

Etat diagnostic du patrimoine

Afin d'adapter le plan directeur, il a été repris le diagnostic des infrastructures et installations techniques de l'établissement réalisé par A2MO et l'autoévaluation MAINH, remis à jour en terme de sécurité et de mise en conformité.

Etat des lieux des structures

L'état des lieux des structures a été réalisé dans le cadre de l'auto évaluation du patrimoine MAINH en pièce jointe (détail par bâtiment).

Synthèse de l'autoévaluation du patrimoine

Méthodologie

Chaque bâtiment a été auto évalué à l'aide des documents suivants :

- 1) Document d'étape 1 : diagnostic des existants réalisé par A2MO dans le cadre de l'élaboration du schéma directeur.
- 2) Les avis des commissions de sécurité
- 3) Les contrôles techniques règlementaires périodiques réalisés chaque année.
- 4) Le programme travaux pluriannuel 2015/2016/2017
- 5) Base de données du patrimoine en cohérence avec Ophélie en cours de renseignement
- 6) Un point a été réalisé avec le responsable d'atelier de chaque site.

Synthèse pour chaque site

Layné

Globalement, la structure est en bon état à l'exception des logements, internat et bâtiment ancien IFSI.

Le second œuvre est plutôt satisfaisant à l'exception des mêmes bâtiments cités précédemment.

L'élévation du niveau de sécurité devrait permettre de retrouver ce site en avis favorable par la commission de sécurité incendie.

Sur le plan technique, il faudra intégrer au plan directeur, un schéma directeur technique qui devra tenir compte de la vétusté des installations techniques du poste de livraison HTA et TGBT dans le bâtiment A2.

Sainte-Anne

Les structures sont plutôt en bon état, un effort conséquent est à prévoir au niveau des toitures qui présentent une vétusté importante pour un certain nombre de pavillon.

Quelques pavillons auront besoin de restructurations plus lourdes, comme ARIA en second œuvre, la Maison d'Oze et les logements pour la structure et d'autres à moyen terme.

Les voiries sont en mauvais état, malgré un programme travaux pluriannuel d'environ 60 000 €/an.

Réseaux de chauffage

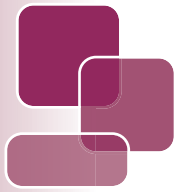
Les réseaux de chauffage étant dans un état de vétusté très avancé ainsi qu'une présence très importante de fuite (25 à 30m³/jour), nous devons remplacer l'ensemble de ces installations du site ainsi que son calorifuge qui est pour la plupart en mauvais état ou inexistant.

Ceci permettrait également de reprendre l'ensemble des caniveaux qui sont également dans un mauvais état ce qui les rend non étanches et qui ne protègent plus par endroits les canalisations et le calorifuge.

La reprise des caniveaux et réseaux de chauffage permettrait également de créer un bus de communication inter-bâtiment permettant de relier l'ensemble des sous stations et la chaufferie entre elles.

Production ECS, réseaux et bouclages

Il a été constaté également sur site la vétusté des réseaux eaux chaudes sanitaire et bouclage, les éventuelles fuites, d'un manque flagrant de calorifuge, d'un bouclage permanent et d'une obligation d'utilisation de la chaufferie gaz durant la période estivale. Il nous est conseillé de supprimer ce principe de production centralisé avec distribution sur la globalité du site. La solution proposée est de créer des productions d'eaux chaudes sanitaires par bâtiment avec la mise en place d'un préparateur raccordé sur le réseau de chauffage primaire. Ce préparateur utiliserait le réseau de chauffage actuel des bâtiments pour réchauffer en ballon tampon de stockage primaire. Un volume important de stockage primaire permettrait de remplacer la bouteille de découpage et combattre les besoins de chauffage et



Le projet architectural et son financement

d'eaux chaudes sanitaires simultanément. Ce ballon serait équipé d'une épingle électrique permettant les deux points principaux suivants :

- Appoint lorsque la température du réseau primaire géothermie est trop faible
- Arrêter la chaufferie gaz l'été

Les ballons seraient dimensionnés en fonction des besoins de chaque bâtiment.

Cette solution permettrait de supprimer la production instantanée générale en chaufferie, les réseaux d'eau chaude sanitaire et bouclage qui sont très énergivore.

Réseau de bornes incendie

Dans le cadre de ces opérations nécessitant des travaux de VRD, il sera envisagé également la mise en conformité du réseau de bornes incendie.

Réseau d'eau potable

L'ensemble de la distribution du réseau d'eau potable est à revoir également dans le cadre de ces opérations.

Lesbazeilles

Les deux structures sont plutôt en bon état, le second œuvre est plus préoccupant, la maintenance est difficile à réaliser compte tenu des budgets d'exploitation alloués très faibles.

Les chambres ne sont, pour la plupart, pas équipées de salles de bains accessibles aux personnes à mobilité réduite dans ces deux bâtiments ne répondant plus au standard d'accueil d'une patientèle relevant de l'EHPAD pour la majorité.

Les structures sont vieillissantes et plus adaptées aux besoins actuels tant en fonctionnalité, qu'accessibilité sécurité ou confort hôtelier.

L'établissement n'est de plus pas équipé de groupe électrogène conformément aux recommandations.

Nouvielle

La structure est plutôt en bon état, pour le second œuvre le constat est le même que pour le site de Lesbazeilles avec des modalités d'hébergement ne répondant plus aux standards actuels.

Les logements sont en bon état. Un programme de renouvellement de toiture se termine en 2016.

Cependant, les menuiseries extérieures sont à changer (d'origine en bois et en simple vitrage), le

second œuvre est dans un état correct.

La station d'épuration est aux normes pour le moment, elle reste cependant vétuste et devra dans l'avenir évoluer avec les nouvelles normes qui ne tarderont pas à arriver.

Les structures sont vieillissantes et plus adaptées aux besoins actuels tant en fonctionnalité, qu'accessibilité sécurité ou confort hôtelier ;

Blanchisserie

Globalement, la structure répond aux besoins d'aujourd'hui, mais n'offre aucune possibilité d'évolution (sans travaux) importants dans l'avenir ni pour le process, ni pour la capacité.

UCP

La structure de l'UCP est très dégradée et ne permet plus de garantir des conditions d'hygiène adaptées aux normes actuelles.

Les locaux ne sont, de plus peu adaptés au process actuel, la maintenance et le maintien opérationnel de cette unité deviennent compliqués à gérer.

A moyen terme, une modernisation de 2 postes HTA et le transformateur de l'UCP sont à prévoir pour sécuriser la distribution électrique du site.

CAPBRETON

La structure est plutôt bonne, le second œuvre est dans un état moyen et nécessiterait une restructuration profonde pour une remise au «goût du jour».

HÔPITAUX DE JOUR

Pas de problème sur ces structures en bon état.

LOGEMENTS THERAPEUTIQUE

Structure en bon état, le second œuvre aura besoin d'un rafraîchissement.

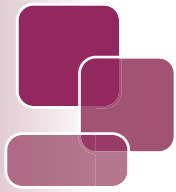


Le projet architectural et son financement

Etat des lieux des installations techniques

Ce tableau est la synthèse de l'autodiagnostic. Ne sont détaillés que les principales installations techniques ayant une incidence sur la structure.

	LAYNE	SAINTE ANNE	NOUVIELLE	LESBAZEILLES
ASSAINISSEMENT	Problème réseau assainissement dans les consultations	Dernière tranche avec la station de relevage terminée en 2016	Station d'épuration vieillissante et lagune à revoir	Mal conçu
EAU POTABLE	Correct	Distribution principale est un réseau fonte-acier en très mauvais état	Correct	Correct
ECS	Fait en 2015	Très mauvais état à reprendre en totalité urgent +++	Correct	Correct
RESEAU DE CHAUFFAGE	Correct	Très mauvais état à reprendre en totalité urgent +++ Investissement considérable 1 051 000 € HT travaux	Correct	Correct
RESEAU DE GAZ	Correct	Semble correct	Correct	Récent
CHAUFFERIE	A voir avec nouveau contrat de chauffage, déplacement à envisager	A voir avec nouveau contrat de chauffage	A voir avec nouveau contrat de chauffage	A revoir dans le cadre d'une restructuration lourde avec groupe électrogène etc.
RESEAU ELECTRIQUE	Poste de livraison HTA obsolète TGBT A1 obsolète	Poste HTA Nord et de l'UCP obsolète + transfo pyralène Poste HTA Nord + transfo obsolète	Poste HTA obsolète	A revoir dans le cadre d'une restructuration lourde avec groupe électrogène etc
ECLAIRAGE EXTERIEUR	Correct	Correct	Vieillissant	Correct
RESEAU ROUTIER	Correct	En cours de réfection par tranche chaque année	Vieillissant	Correct
LES CLOTURES	Correct	A reprendre sur l'ensemble du site	Correct	Correct
LES TOITURES	Chirurgie 4 urgent	Programme important à engager, vétusté avancée	Avants toits, poutres et balcons vétusté avancée Toiture reste logement 14 et poste gaz	Réfection avant toit et chenaux Rives du Midou
LES ASCENSEURS	13 appareils à moderniser Env. 50 000 € / appareil	5 appareils à moderniser	2 appareils à moderniser	1 appareil à moderniser
GTC	A reprendre en totalité dans le cadre du nouveau contrat d'exploitation de chauffage	A déployer	A déployer	A déployer



Le projet architectural et son financement

Les autres installations techniques et équipements

Ce tableau est la synthèse de l'autodiagnostic. Ne sont détaillées que les principales installations techniques ayant une incidence sur la structure.

Réseau de communication (téléphonie, informatique)

L'ensemble des infrastructures de télécommunication et informatique ont été mis à jour en 2009 :

- Remplacement des autocommutateurs par des PABX IP (4 sur Layné, 1 sur Sainte Anne, 1 sur Lesbazeilles, 1 sur Nouvielle), avec mise en place d'une solution de mobilité DECT, une interface avec les systèmes d'appels malade sur quelques services, et plus récemment une solution de PTI sur le site psychiatrique et un serveur fax. Mise à niveau des moyens de télécommunications au SAMU avec mise en place d'un gestionnaire de voix radio
- Déploiement du dossier patient et du PACS

Un certain nombre d'installation d'appel malades reste vétuste et nécessite un renouvellement.

Réseau de fluides médicaux

Les installations de fluides médicaux sont entretenues. Certaines ont été améliorées (centrale d'oxygène à Lesbazeilles, centrale de vide à Nouvielle).

Il existe toutefois une vétusté sur certains services qui nécessitent un renouvellement des réseaux secondaires (détentes et prises), en particulier sur Nouvielle.

Installations et équipements biomédicaux

L'état de vétusté est très satisfaisant. Les efforts apportés depuis 2011 en matière de renouvellement (bloc opératoire, imagerie médicale, réanimation) ainsi que les créations de nouveaux services (USC, médecine nucléaire, ophtalmologie) ont permis de conserver un niveau de parc optimal.

Il faudra toutefois conserver cette dynamique de renouvellement progressif.

Etat des lieux de Sécurité incendie

Hôpital Layné

Le tableau page 97 présente les non conformités relevées par la commission de sécurité. L'analyse des risques propose de quantifier le risque en tenant compte du type de non-conformité, des moyens de secours engagés et du niveau de prise en charge par l'organisation humaine.

Les actions à mener :

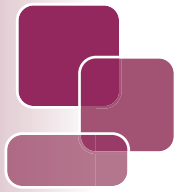
L'hôpital Layné a été l'objet de travaux lourds depuis 2005 qui vont se conclure par la mise en œuvre du système de désenfumage sur le pôle mère enfant et les galeries périphériques. Ces travaux soldent la liste des non conformités à risque important et il restera à traiter des phases moins critiques pour lesquelles se pose parfois la question de la pertinence au regard des choix d'implantation d'équipements ou de services. Pour la pharmacie par exemple, la délocalisation éventuelle aura un impact évident sur la nécessité de mise en œuvre d'un système de désenfumage, il faudra donc discuter avec la commission pour expliquer le projet puis adapter les locaux en fonction de l'activité. Le service d'endoscopie présente moins de risque et il faudra proposer une solution à terme mais sans urgence.

Nouvielle / Lesbazeilles

Les structures de Nouvielle et Lesbazeilles sont validées par la commission de sécurité malgré un système de désenfumage non satisfaisant. Ces deux structures sont concernées par la rénovation du matériel (centrales obsolètes et détection en partie ionique), les travaux devant être programmés en 2017 pour Nouvielle et 2018 pour Lesbazeilles dans le cadre de restructurations à l'étude. Si ces restructurations n'ont pas lieu ou sont repoussées, il sera nécessaire de rénover le SSI (obligation réglementaire).

Sainte-Anne

Etablissement pavillonnaire, dont deux bâtiments, Caravelle et Pastourelle, sont à traiter en élévation de niveau de sécurité, désenfumage et rénovation SSI. Les travaux sont prévus à compter de septembre 2016 et la réception sera effective pour 2017. Les autres pavillons sont en bon état et les systèmes de sécurité sont fonctionnels.



Le projet architectural et son financement

Analyse des risques sur les secteurs non conformes en 2016 CH LAYNE

Les résultats de l'analyse ont été présentés à la commission de sécurité et ont permis de prioriser

Bâtiment	Etage	Service	Observations	Conformité	cote	Moyens de secours	Cote	Niveau de formation	Cote	Cotation
A1	1	Bloc obstétrical	Isolement de la circulation	La circulation centrale est désenfumée et isolée	2	Chaque patient est accompagné et surveillé (situation identique à un bloc opératoire mais sans anesthésie générale)	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	4
	2	Réa néonate	Isolement de la circulation	le plateau central est désenfumé mais non isolé	2	Surveillance accrue de la part du personnel et vision dégagée sur les box	2	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	8
		Galerie A1 vers bat principal	Désenfumage	Galleries desservant le point de montée et l'escalier enclouonné	3	en cas d'évacuation, point de montée en communication	3	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	18
A4	1	Endoscopie	Installer un dispositif de désenfumage	salles de consultation isolées distance à parcourir limitée	1	Chaque patient est accompagné et surveillé, secteur de consultation de jour	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	2
B1	0	Imagerie médicale	Installer un dispositif de désenfumage	chaque salle dispose de deux sorties	2	Chaque patient est accompagné et surveillé, secteur de consultation de jour	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	4
	1	Bloc opératoire	Isoler le bloc opératoire par une enveloppe CF 2h	Isolement entre imagerie médicale et Bloc non conforme mise en place de RIA pour limiter le risque,	1	Surveillance accrue personnel en effectif important, pas d'activité de nuit sauf urgences	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	2
B2	0	RDC pharmacie	Installer un dispositif de désenfumage	Volume unique mais distances à parcourir importante	2	Non accessible au public	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	4
	1	Pharmacie	Installer un dispositif de désenfumage	évacuation sans difficulté	1	Seul le hall est accessible au public	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	2
D	0	Consultations externes	Installer un dispositif de désenfumage	circulations recoupées, trois issues possibles	2	Secteur de jour, personnes valides ou accompagnées	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	4
	1	Consultations gynéco	Installer un dispositif de désenfumage	circulations recoupées, trois issues possibles	2	Secteur de jour, personnes valides ou accompagnées	1	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	4
	2	Pédiatrie	Installer un dispositif de désenfumage	Secteur d'hébergement locaux à sommeils	3	taux de présence du personnel conforme aux secteurs d'hébergement	3	Plan de formation de l'établissement la traçabilité dans chaque service n'est pas mise en place	2	18



Le projet architectural et son financement

Crèche

Bâtiment conforme la rénovation du SSI est effective.

Blanchisserie

Bâtiment avec activité industrielle, dont la protection est peu ou pas assurée, en attente de restructuration.

Etat des lieux de la Sureté

Hôpital Layné

L'hôpital Layné est composé de plusieurs bâtiments pour la plupart ouverts au public, mais aussi de structures techniques et quelques logements. Si l'historique des vols et dégradations démontre que le risque est limité, l'évolution de la société nous conduit à protéger la structure contre les intrusions. Depuis 2013, le déploiement de la détection intrusion sur les secteurs « de jour », permet une sécurisation plus efficace. Les secteurs protégés sont la pharmacie, la médecine nucléaire, la chirurgie et la médecine ambulatoire, les bâtiments annexes, administration, services techniques, ancien IFSI, Self, ainsi que le bâtiment Hémodialyse et ophtalmologie. En 2016 est programmée la protection de l'imagerie médicale et des consultations externes. Le contrôle des accès est rudimentaire et perméable qu'il s'agisse des véhicules ou des personnes.

Nouvelle / Lesbazeilles

La gériatrie et le SSR sont organisés sur deux sites pour lesquels les risques sont différents. Lesbazeilles étant situé en centre-ville est relativement exposé, mais l'activité le jour avec une présence continue et la fermeture la nuit suffisent à sécuriser le site. Nouvelle est implanté hors ville et relativement éloigné, il est également surveillé par le personnel de jour et fermé la nuit. Il n'y a pas de détection d'intrusion sur ces sites.

Sainte Anne

L'hôpital Sainte Anne est un cas particulier puisque l'activité nous autorise à verrouiller les accès. Ainsi les bâtiments de soins sont-ils inaccessibles et les accès contrôlés par le personnel. Les bâtiments annexes sont fermés en dehors des heures d'activité mais non protégés. Le site est relativement exposé car géographiquement proche du Peyrouat, et la structure Maison d'Oze a subi plusieurs fois des

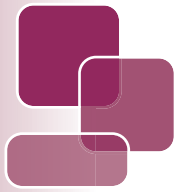
intrusions avec vols et dégradations.

Crèche

La crèche est un bâtiment isolé dans un quartier proche de l'hôpital Layné et a été l'objet de plusieurs dégradations et intrusions. Pour cette raison elle bénéficie d'un système de détection intrusion relié au PC de sécurité. La protection des aires de jeux reste néanmoins problématique car des individus s'installent facilement dans cette zone à l'abri des vues et peuvent dégrader nos installations.

Blanchisserie

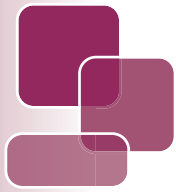
La blanchisserie est isolée dans une zone industrielle à la sortie de Saint Pierre du mont, le risque majeur étant le vol de carburant sur les poids lourds ce qui se produit régulièrement à une fréquence d'environ une fois l'an. Des mesures ont été mises en œuvre comme l'éclairage sur détection ou le stationnement des véhicules de façon à gêner les auteurs, mais la solution résidera sans doute à déplacer les véhicules sur un site plus fréquenté comme Sainte Anne par exemple.



Le projet architectural et son financement

Synthèse Sûreté

LAYNE	LESBAZEILLES	NOUVIELLE	SAINTE-ANNE	CRECHE
SITUATION GEOGRAPHIQUE				
Urbaine site ouvert	Urbaine centre-ville site fermé	Rurale site isolé	Urbaine site fermé	Urbain résidentielle
ENVIRONNEMENT SOCIOLOGIQUE				
Calme, cependant la population se présentant de nuit aux urgences ou certains patients dans les autres services, peuvent créer des problèmes. On note également la présence de plus en plus fréquente de SDF	Calme	Très calme, l'isolement du site par rapport aux zones habitées le met à l'abri des phénomènes urbains. Cependant certains patients marginalisés peuvent amener une population de visiteurs indésirables	Problèmes dus aux patients hospitalisés contre leur volonté. Il est à noter la présence régulière d'individus faisant le commerce de produits stupéfiants ou d'alcool	Zone résidentielle calme mais la présence de jeunes marginalisés est fréquente et favorisée par la configuration du site qui leur procure un abri discret
HORAIRE D'OUVERTURE VISITES				
09H00-21H00	09H00	09H00-21H00		07H00-18H00
PRESENCE ACCUEIL				
Oui mais pas sur l'amplitude coté visiteurs	Oui mais pas sur l'amplitude complète	Oui mais pas sur l'amplitude complète	Oui 24h/24 365j/365	Oui sur l'amplitude complète
PRESENCE PERSONNEL				
Sensible et dissuasive jusqu'à un certain point	Insuffisante 1 personnel féminin de nuit coté maison de retraite	Sensible dans les étages mais problème au rez-de-chaussée	Insuffisante dans les unités en cas de problème grave avec un patient	OK
CONTROLE D'ACCES				
Accès personnel avec digicodes mais situation ouverte pour les visiteurs ingérable à moins de contrôler l'accès de locaux réservés au personnel	Néant	Néant	Contrôle de fait portes fermées à clé	OK
POINTS SENSIBLES				
Urgences Médecine Pharmacie Vestiaires Points d'accès	Chambre des pensionnaires Points d'accès	Rez-de-chaussée accueil Accès du bâtiment	Maison vide en face du site	Locaux non protégés par la détection
DETECTION INTRUSION				
Les services non occupés la nuit	Néant	Néant	Fournière	Détection partielle



Le projet architectural et son financement

Les orientations du plan directeur

Le schéma directeur Immobilier présenté et validé au conseil de surveillance du 12/09/2013 proposait :

Préalablement à la mise en œuvre du schéma directeur :

L'acquisition du stade Loustau

La réalisation des opérations prioritaires en cours d'étude ou de réalisation

- Ouverture des nouveaux services (Médecine nucléaire, USIC, Réanimation)
- Mise en conformité Bloc obstétrical
- Restructuration du plateau technique bloc opératoire et stérilisation

Le déplacement de la centrale d'énergie comme opération préliminaire à la mise en œuvre du schéma directeur

Comme opérations prioritaires du schéma directeur :

- Les mises en sécurité et en conformité qui s'imposent
- Une amélioration du circuit du patient et de l'ensemble des flux
- La recherche de regroupements et d'unités de lieu (Sites interventionnels, Consultations externes, Secteurs Mère Enfant, Secteurs de cardiologie, SAU et SAMU / SMUR)
- Une augmentation des capacités d'hospitalisation (soins de suite) et d'activités telles que cancérologie, CS de GO
- Une amélioration de l'accessibilité au site hospitalier

Evolution du schéma directeur et projet de consultations externes regroupées

Suite à l'inspection de l'ARS en Avril 2015, il a été demandé à l'établissement d'élaborer un projet de regroupement des consultations externes MCO sur un même lieu en étudiant prioritairement l'utilisation de surfaces déjà existantes afin de ne pas augmenter la surface globale hospitalière

Les projets de réutilisation du bâtiment de l'ex IFSI menées en 2013 démontrent de l'impossibilité d'une réutilisation simple de ce bâtiment aux fins d'activités tertiaires

L'état et le positionnement des bâtiments actuels hébergeant les consultations externes ne permettent pas une restructuration sans délocalisation totale des services en raison :

- De l'absence de réserves foncières pour les opérations tiroirs
- De la situation du bâtiment enclavé et donc très difficilement accessible
- De la non-conformité très lourde en sécurité incendie

Il apparaît donc inéluctable de réaliser des constructions neuves pour les consultations externes, l'USP et le SSR oncologie

Afin de respecter la doctrine nationale, le centre hospitalier s'engage à compenser les surfaces construites par des surfaces à détruire à la fin des opérations tiroirs (IFSI, E3, B3,..)

Les Projets

Présentation des projets structurants de l'établissement :

La filière gériatrique

Construction d'une structure neuve de 130 lits sur un site proche du centre-ville de Mont de Marsan (intérieur de la rocade)

- 2 x 65 lits d'EHPAD

Déménagement des lits de Lesbazeilles dans la nouvelle structure

- 50 lits d'EHPAD (Rives du Midou)
- 90 lits d'EHPAD (Lesbazeilles)

Démolition Lesbazeilles

Construction d'une structure neuve de 90 lits sur le site de Lesbazeilles

- 90 lits d'EHPAD

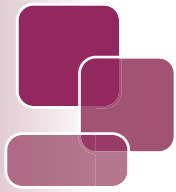
Construction d'une structure de SSR avec plateau technique sur le Loustau

- Délocalisation de 75 lits de SSR, 35 lits de MPR et 15 places HJ de SSR-MPR

Délocalisation des 2 unités de 40 lits d'USLD de Nouvelle

- Solution 1 – regroupement sur le Loustau SSR + USLD
- Solution 2 – réflexion d'articulation avec le secteur privé
- Option d'intégrer 10 à 15 lits supplémentaires en SSR oncologie

Démolition Nouvelle



Le projet architectural et son financement

Les plateaux techniques médico-chirurgicaux

Restructuration et extension Bloc opératoire
Projet de restructuration stérilisation (projet étudié dans le cadre du GHT)
Réorganisation Imagerie médicale avec 2ème scanner
Développement médecine nucléaire avec TEP scan
Construction d'une nouvelle structure de consultations externes

Les unités d'hébergements médico-chirurgicales

Développement de la chirurgie ambulatoire
Restructuration et mise à niveau des services de Médecine
Restructuration et mise à niveau des services de Maternité
Réaménagement et relocalisation des services de Cardiologie, Néphrologie,
Réaménagement et extension de l'unité d'oncologie avec création de l'USP
Restructuration et mise à niveau des services de Pédiatrie et de néonatalogie

La filière psychiatrique

Construction d'une MAS (65 lits sur 5 unités de 13 lits) sur un site proche du centre-ville de Mont de Marsan (intérieur de la rocade)
Construction d'une structure neuve pour la psychiatrie adolescents (16 lits)
Restructuration lourde ou reconstruction pour la psychiatrie adulte
• 100 lits sur 4 pavillons de 25 lits
Construction d'une MECCSI de 12 places sur le site de Sainte-Anne
Démolition des anciens pavillons
Création d'un ESAT à côté de la blanchisserie.

La Logistique

Regroupement des magasins sur Ste Anne dans l'attente de la plateforme GHT
Construction d'une plateforme logistique (dans le cadre du GHT, regroupement avec la commune,...)
• Magasins généraux
• Magasins pharmacie
• Unité de production de restauration
• Blanchisserie inter hospitalière
Mise en œuvre des circuits et de la distribution logistique
Adaptation des structures logistiques

Les mises en conformité

Mise en conformité suite au rapport ARS, ASN
Mise en conformité sécurité incendie
Mise à niveau des structures
• Suite à l'audit accessibilité
• Suite à l'audit EVRP
• Elévation du niveau de sureté suite aux recommandations

Planning envisagé

Validation des orientations	2 sem 2016
Etude de faisabilité	1 sem 2017
Désignation d'un AMO	1 sem 2017
Etude de Programmation	2 sem 2017
Concours et Etudes	2018
Lancement des consultations	01/01/2019
Travaux	2019 à 2029

Le projet de la filière gériatrique

Le projet

Le projet à court terme sur Nouvelle

- Regrouper les activités des services de soins sur le même étage
- Mettre en conformité à la sécurité incendie le bâtiment
- Améliorer les conditions de confort des patients

Le projet à moyen terme sur l'ensemble de la filière

- Moderniser les EHPAD et offrir une prestation hôtelière adaptée au besoin de la population
- Mieux prendre en charge le handicap

Les contraintes du projet

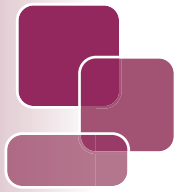
Prise en compte des contraintes réglementaires

Prise en compte des conclusions des études de faisabilité

- Impossibilité d'aménagement sans restructuration lourde
- Impératifs liés à la sécurité incendie
- Coût de restructuration des Rives du Midou

Prise en compte des contraintes organisationnelles

La libération des locaux des Lesbazeilles (Rives du Midou et maison de retraite) permettra ainsi d'envisager un nouveau projet pour la Maison de retraite



Le projet architectural et son financement

Etat des capacités

Situation au 1 Septembre 2016				Situation projet			
	Nouvelle	Lesbazeilles	Total	Nv Bâtiment ville	Nv Bat Lesbazeilles	Loustau	Total
EHPAD	80	50 + 90	220	130	90		220
USLD	80	0	80			80	80
SSR	75 + 35		110			110 + 15	110 + 15
Total	270	140	410	130	90	190 + 15	410 + 15

Le programme de la filière gériatrique

Construction d'une structure neuve de 130 lits sur le site de Nouvelle

- 2 x 65 lits d'EHPAD

Déménagement des lits de Lesbazeilles dans la nouvelle structure

- 50 lits d'EHPAD (Rives du Midou)
- 90 lits d'EHPAD (Lesbazeilles)
 - Démolition Lesbazeilles
 - Construction d'une structure neuve de 90 lits sur le site de Lesbazeilles
- 90 lits d'EHPAD

Construction d'une structure de SSR avec plateau technique sur le Loustau

- Délocalisation de 75 lits de SSR, 35 lits de MPR et 15 places HJ de SSR-MPR
 - Délocalisation des 2 unités de 40 lits d'USLD de Nouvelle
- Solution 1 – regroupement sur le Loustau SSR + USLD
- Solution 2 – réflexion d'articulation avec le secteur privé (Sur Aire sur Adour)
- Option d'intégrer 10 à 15 lits supplémentaires en SSR oncologie

Démolition Nouvelle

Les plateaux techniques médico-chirurgicaux

Le projet

Investissement pour développement des différentes filières de prise en charge du cancer

Mise en place d'une unité d'addictologie de niveau II

Création d'une unité de 10 lits d'USP

Terminer la mise en conformité du bloc obstétrical pour garantir la pérennité de l'autorisation de maternité 2B (avec maintien de l'unité de soins intensifs)

Développer la chirurgie ambulatoire

Création d'activités de chirurgie bariatrique et cataracte

Le programme

Restructuration et extension Bloc opératoire

- Augmentation de capacité opératoire
- Extension et mise en conformité SSPI
- Regroupement des activités opératoires sur un site unique et évolutif (chirurgie, cardio, obstétrique, endoscopie et actes externes)
- Ouverture du bloc opératoire sur l'activité libérale

Projet de restructuration stérilisation (projet étudié dans le cadre du GHT)

- Délocalisation de la stérilisation ou mutualisation dans le cadre du GHT permettant la libération des espaces nécessaires à l'extension du bloc opératoire

Réorganisation Imagerie médicale avec 2^{ème} scanner

- Regroupement de l'imagerie de coupe dans les locaux réalisés en 2011 avec le remplacement du scanner existant et l'installation d'un scanner dédié à l'urgence

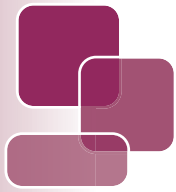
Réorganisation de l'accueil, des circuits patients et logistiques

Développement médecine nucléaire avec installation d'un TEP scan dans les locaux utilisés actuellement pour la zone mortuaire

Délocalisation de la zone mortuaire (du fait de l'implantation du TEP-SCAN)

Construction d'une nouvelle structure de consultations externes

- Projet de construction d'un nouveau bâtiment pour les consultations et explorations fonctionnelles associées de 2 700 m²
- L'étude de programmation devra également prendre en compte la réorganisation de l'accueil et du bureau des entrées ainsi que la réorganisation des circuits et la refonte de l'entrée de l'hôpital.



Le projet architectural et son financement

Réorganisation des filières d'urgences

- Création d'un CAP 24
- Création d'une unité de télé thrombolyse
- Filière pédiatrique et circuit court
- Réorganisation accueil IOA
- **Création d'une maison médicale**

L'hébergement médico-chirurgical

Le projet

Création d'une unité d'addictologie avec

- Hospitalisation complète de 7 lits
- 2 places d'hospitalisation de jour

Création d'une unité de médecine polyvalente avec :

- Hospitalisation complète de 10 lits

Regroupement géographique de l'hébergement de cardiologie, du plateau technique et des soins intensifs

Restructuration de l'oncologie médicale avec mise en conformité de l'unité de préparation des cytotoxiques

Création d'un département de médecine manuelle

Création d'un service de médecine polyvalente

Constitution d'une unité d'hospitalisation de jour de médecine

Création d'un centre de santé au quartier du Peyrouat

Le programme

Développement de la chirurgie ambulatoire

Restructuration et mise à niveau des services de Médecine

Restructuration et mise à niveau des services de Maternité

Réaménagement et relocalisation des services de Cardiologie, Néphrologie,

Réaménagement et extension de l'unité d'oncologie avec création de l'USP

Restructuration et mise à niveau des services de Pédiatrie et de néonatalogie

Le projet de la filière psychiatrique

Le projet

Les objectifs stratégiques définis dans le projet médical :

- Redécoupage de la sectorisation psychiatrique ;
- Développer la prise en charge vers l'extrahospitalier ;
- Transformation de lits de psychiatrie et lits de géro-psi psychiatrie ;
- Transformation de lits de psychiatrie en lits pour une maison d'accueil spécialisé ;
- Création d'une unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie

Le programme

Construction d'une MAS (65 lits sur 5 unités de 13 lits) sur un site proche du centre-ville de Mont de Marsan (intérieur de la rocade)

Construction d'une structure neuve pour la psychiatrie adolescents (16 lits)

Restructuration lourde ou reconstruction pour la psychiatrie adulte

- 115 lits de psychiatrie + 4 lits d'hospitalisation de nuit soit 119 lits
- Construction d'une MECCSI de 12 places sur le site de Ste Anne
- Démolition des anciens pavillons
- Création d'un ESAT pour 15 personnes à côté de la blanchisserie.

Réorganiser la filière urgences avec création d'un CAP24

- Aménager 2 bureaux et d'une salle d'attente dévolus à la filière psychiatrique
- Créer un box isolement dédié
- Aménager une chambre de garde pour le médecin psychiatre

Création d'un hôpital de jour (10 places) sur l'agglomération montoise

Le projet technique et structurel

Le projet

Le projet technique et structurel permet :

De faire un état des lieux technique de l'ensemble du patrimoine du Centre Hospitalier de Mont de Marsan,

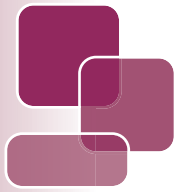
De recenser et d'analyser l'ensemble des projets issus de toutes les autres composantes du projet d'établissement avec, notamment, le projet médical Et, enfin, de définir des orientations techniques et structurelles.

Après priorisation dans le cadre du projet d'établissement, ce projet technique et structurel sera développé et étudié en matière de mise en œuvre pour devenir le Plan Directeur des années 2017-2026.

Le programme

Les mises en conformité

- Mise en conformité suite au rapport ARS, ASN, ...
- Mise en conformité sécurité incendie
- Mise à niveau des structures
 - Suite à l'audit accessibilité
 - Suite à l'audit EVRP



Le projet architectural et son financement

La réhabilitation des structures

- Amélioration des conditions d'hébergement
 - Confort thermique, sanitaires,...
 - Logistique
- L'optimisation des structures
- Rationalisation des surfaces

Développement durable

- Développement des énergies renouvelables
-

La modernisation des infrastructures techniques

- La nouvelle centrale d'énergie

La mutualisation des infrastructures de télécommunication avec le CH de Dax permettant des gains et une optimisation des moyens (call serveur, outils de gestion, prestations d'installation et de maintenance)

- mutualisation de certains services (postes opérateurs, accueils, secrétariats,...)
- uniformisation des services téléphoniques

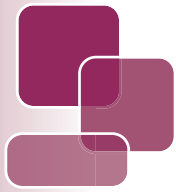
L'élévation du niveau de sécurité incendie

- Finalisation des travaux d'élévation de niveau de sécurité et retour à l'avis favorable de la commission de sécurité pour l'hôpital Layné. Cet état devrait être atteint début 2018 lors de la fin des travaux sur les galeries du bâtiment A1 et sur le pôle mère enfant, bloc obstétrical, réa néonatalogie, et pédiatrie.
- Concernant le site de Sainte Anne, les travaux de Pastourelle et Caravelle doivent permettre un retour à l'avis favorable début 2018.
- Pérenniser le regroupement des appels et ou alarme sur un mode fiable et traçable pour prise en compte par un PC de sécurité. Etendre cette centralisation aux structures à venir afin de garantir une homogénéité dans la prise en charge de la crise.

L'élévation du niveau de sûreté

- Le plan directeur sûreté doit aujourd'hui prendre en compte le risque terroriste qui est un risque nouveau pour l'hôpital mais qui dans le contexte actuel ne peut plus être écarté.
- Dans la liste des mesures à déployer, il y a les mesures de sensibilisation et de formation du personnel et des usagers, mais aussi des règles de bon sens sur la gestion des flux et les autorisations d'accès à des bâtiments ou des zones :
 - La détermination des accès aux bâtiments, un accès principal et un accès pour les urgences sans possibilité de communication pour les usagers qui peuvent passer par l'extérieur,
 - La mise à disposition d'une zone unique pour les ambulanciers,
 - La mise en œuvre d'un contrôle d'accès efficace doublé d'une fonction d'accueil et de filtrage, le développement de la vidéo surveillance et de la détection intrusion,
 - L'identification du personnel et des zones d'accès autorisées en fonction des catégories à définir,

Ces éléments vont organiser la réponse aux actes malveillants au-delà des actes de «petite délinquance» le niveau de sûreté de l'établissement s'élèvera dans son ensemble.



Le projet architectural et son financement

Simulations financières

Filière gériatrique

56 M€

- Construction d'une structure neuve de 130 lits EHPAD sur le site de Nouvelle 17 M€
- Démolition Lesbazeilles 0,5 M€
- Construction d'une structure neuve de 90 lits EHPAD sur le site de Lesbazeilles 12 M€
- Construction d'une structure de SSR de 110 lits avec plateau technique sur le Loustau 14 M€
- Construction de 2 unités de 40 lits d'USLD de Nouvelle 10 M€
- Intégration de 10 à 15 lits supplémentaires en oncologie 2 M€
- Démolition Nouvelle 0,5 M€

Filière psychiatrique

25,3 M€

- Construction d'une MAS sur Mont-de-Marsan de 65 lits 8 M€
- Construction d'une structure neuve pour la psychiatrie adolescents de 16 lits 2 M€
- Restructuration lourde ou reconstruction pour la psychiatrie adulte 119 lits 16 M€
- Construction d'une MECCSI de 12 places sur le site de Ste Anne 1,5 M€
- Démolition des anciens pavillons 0,8 M€

Les plateaux techniques

21,6 M€

- Restructuration et extension Bloc opératoire 5 M€
- Projet de restructuration stérilisation (projet GHT ?) 4 M€
- Réorganisation Imagerie médicale avec 2ime scanner 1 M€
- Développement médecine nucléaire avec TEP scan et déplacement chambre mortuaire 2 M€
- Construction d'une nouvelle structure de consultations externes 9,6 M€

L'hébergement MCO

5,5 M€

- Développement de la chirurgie ambulatoire
- Restructuration et mise à niveau des services de Médecine 2 M€
- Restructuration et mise à niveau des services de Maternité 1 M€
- Réaménagement des services de Cardiologie, Néphrologie, 1 M€
- Réaménagement et extension de l'unité d'oncologie avec création de l'USP 1,5 M€
- Restructuration et mise à niveau des services de Pédiatrie et de néonatalogie

Le projet logistique

7 M€

- Construction d'une plateforme logistique 7 M€

Le projet technique et structurel

9 M€

- La nouvelle centrale de production d'énergie et les ENR 4 M€
- Modernisation des installations techniques 3 M€
- Les mises en conformité (sécurité incendie, accessibilité, EVRP,..) 2 M€

Total travaux

120,8 M€

Equipements (équipement médical, mobilier, informatique)

7,2 M€

Ratio du montant des travaux pour équipement tout à neuf

➤ Plateaux techniques de 15 à 20%

➤ Hébergement 10%

Le ratio utilisé de 6% prend en compte la réutilisation d'équipement existant

Total travaux

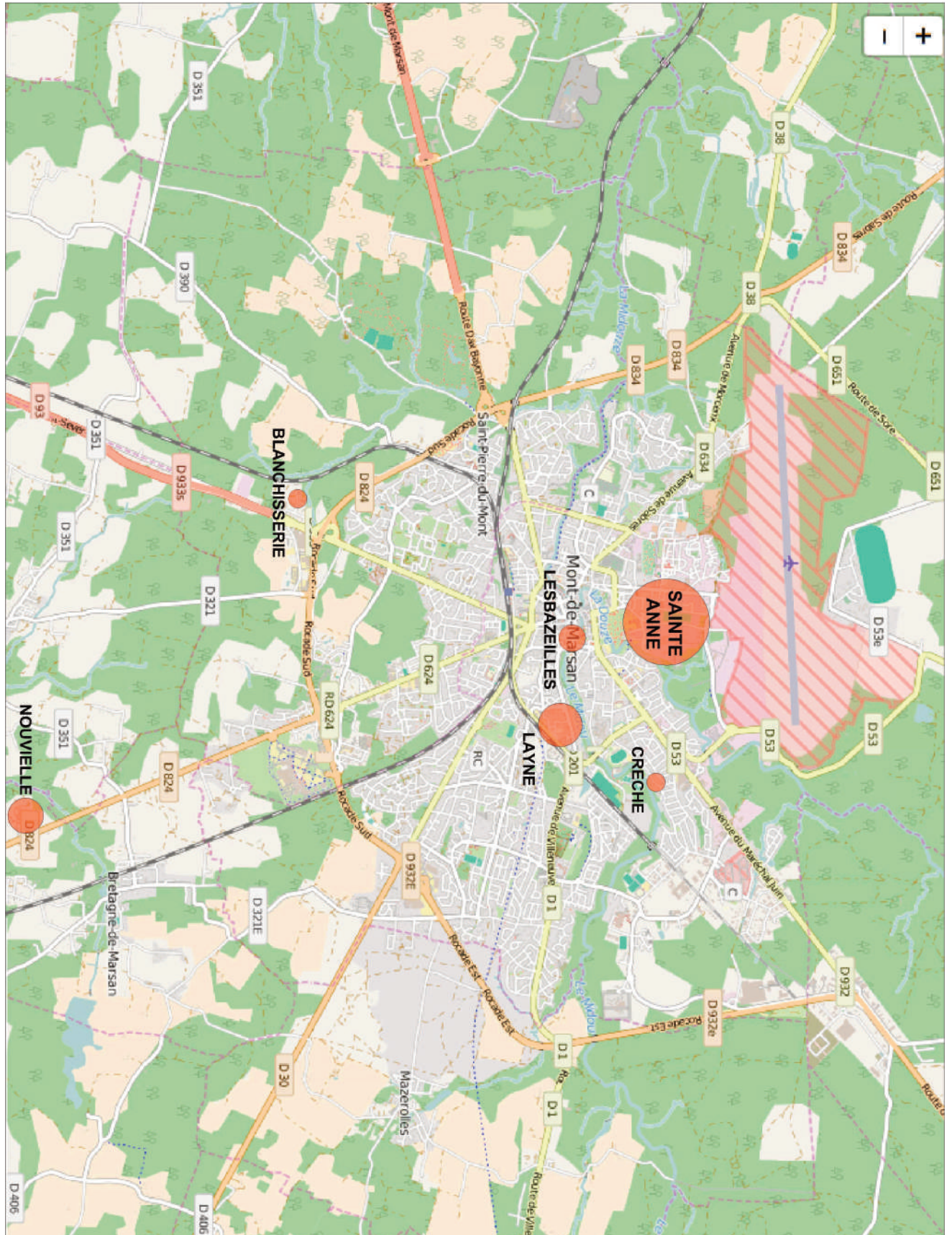
128 M€



Le projet architectural et son financement

Les Annexes Plans

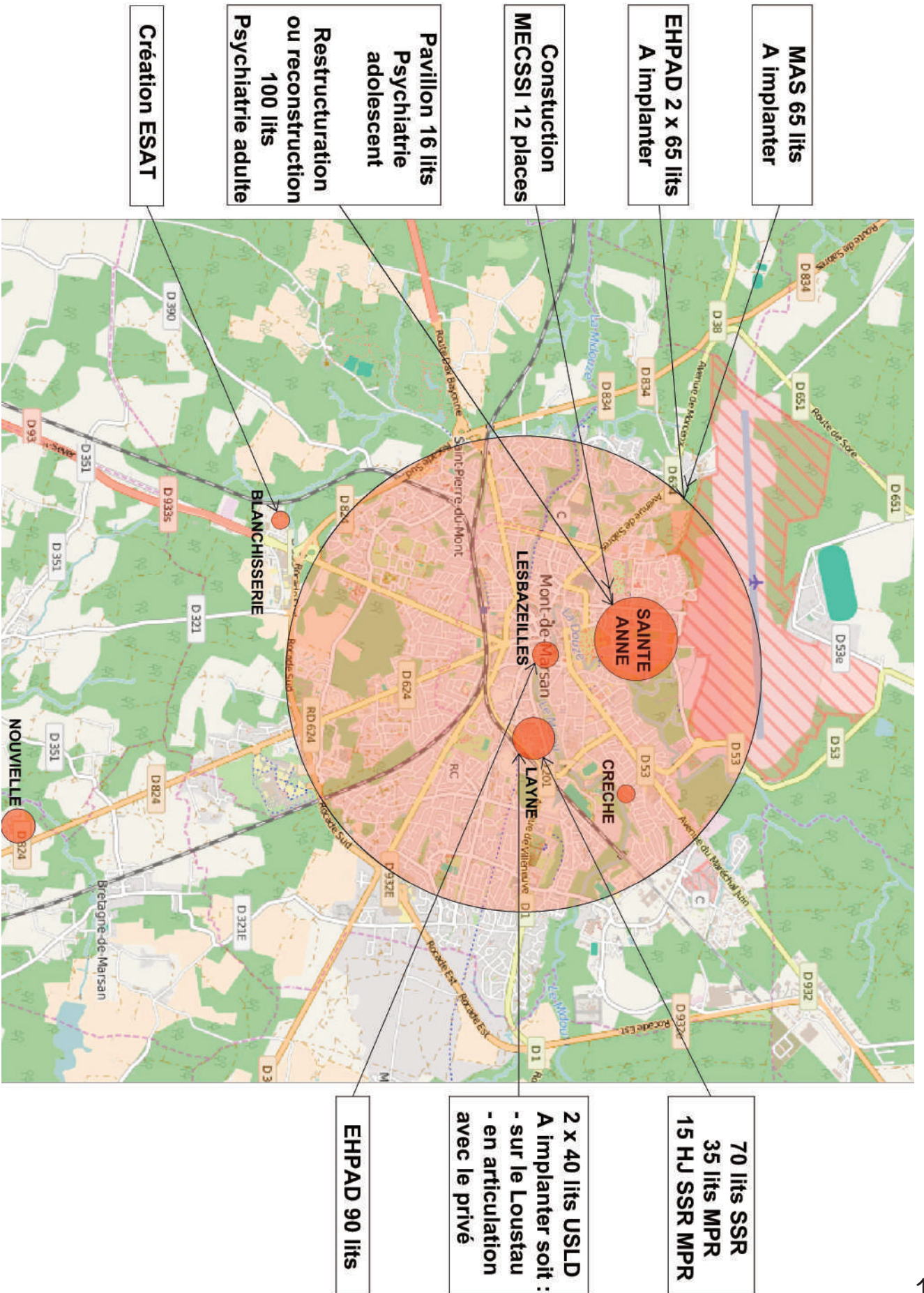
Les principaux sites hospitaliers





Le projet architectural et son financement

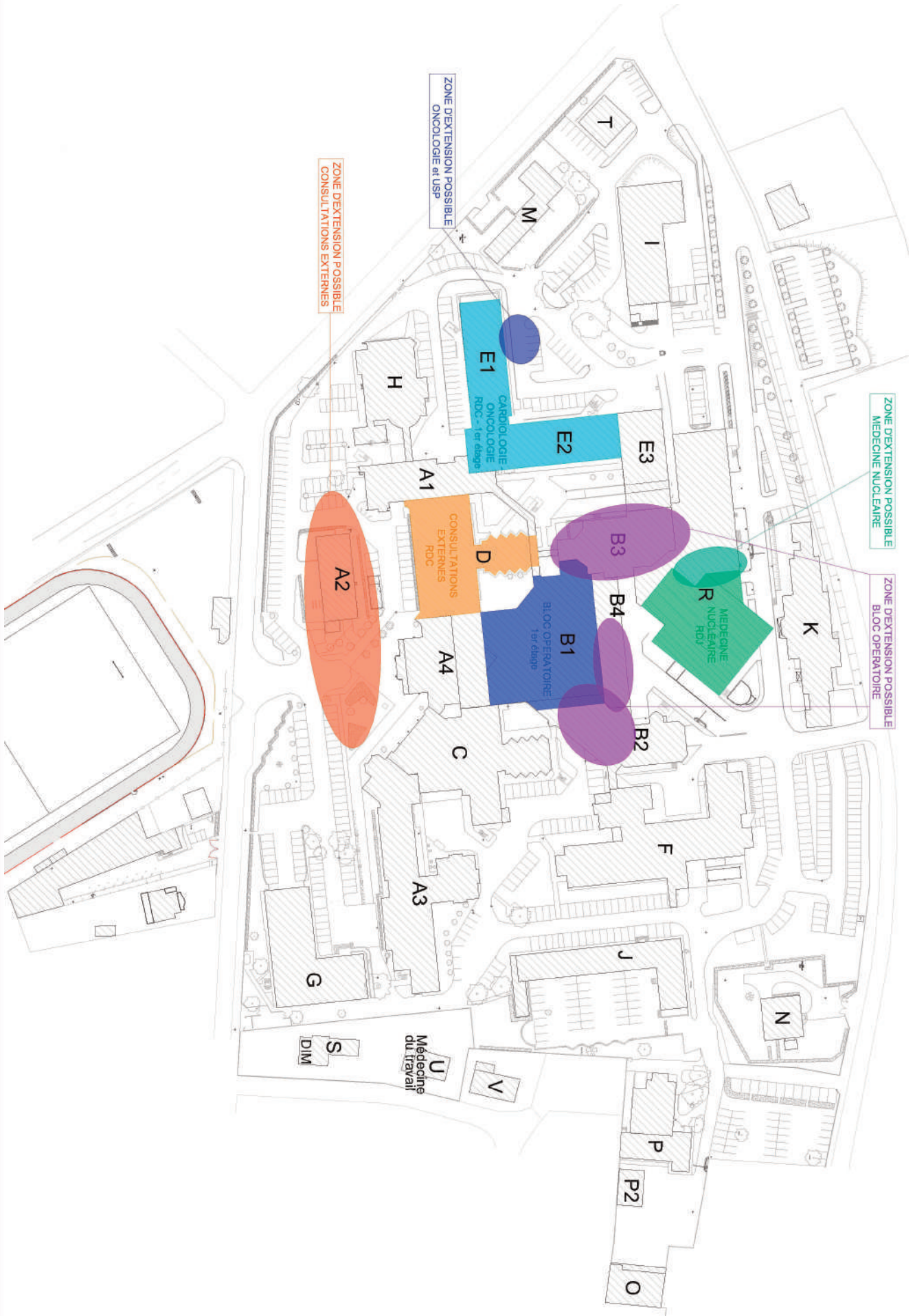
Les Projets de structures neuves

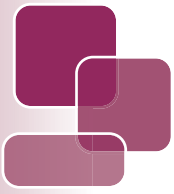




Le projet architectural et son financement

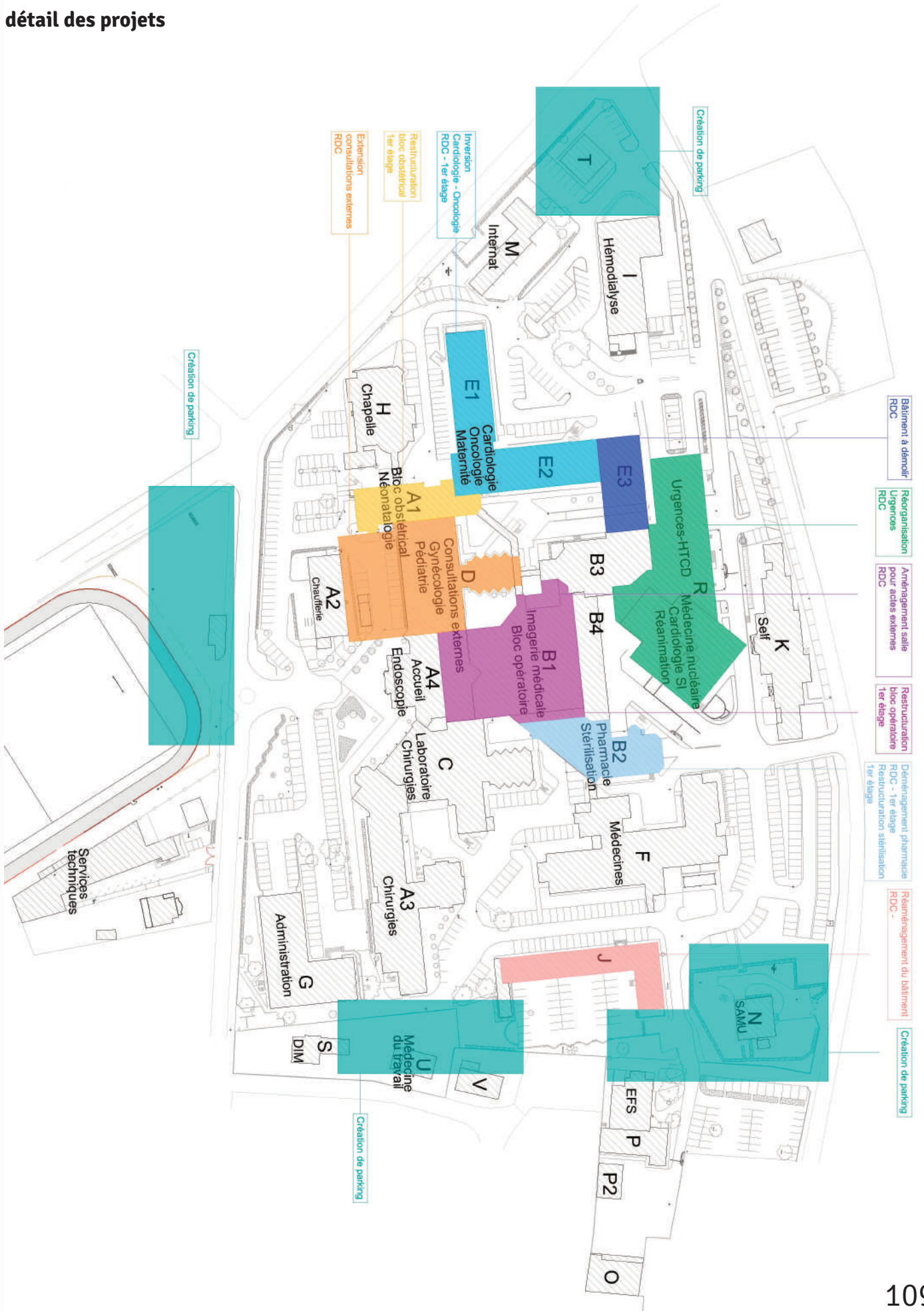
Les projets de restructuration avec modification d'emprise





Le projet architectural et son financement

Le détail des projets





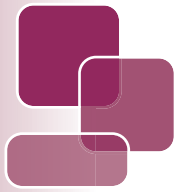
Le projet architectural et son financement

PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL

Tableau prévisionnel des travaux et équipements à 5 ans (2017 - 2021)

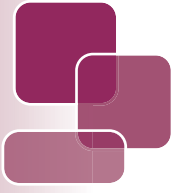
TRAVAUX						
	Montant 2017-2021	2017	2018	2019	2020	2021
Opérations de travaux déjà engagées	3 064 328	2 364 328,37	600 000,00	100 000,00	-	-
Assainissement Ste Anne et VRD	223 512	223 512,00	-	-	-	-
Création parking et reprise VRD (layné) (119 places)	789 344	789 344,00	-	-	-	-
Création réseau de chaleur site Ste Anne (pr réduction TVA)	145 225	145 225,04	-	-	-	-
VRD Sainte Anne (chauffage et Protection Incendie)	300 000	100 000,00	100 000,00	100 000,00	-	-
Maternité -Sécurisation Bloc Obstétrical	432 299	432 299,05	-	-	-	-
Mise à niveau télécom + PTI	33 210	33 210,31	-	-	-	-
Travaux des services de psychiatrie Caravelle	421 224	171 224,35	250 000,00	-	-	-
Travaux des services de psychiatrie Pastourelle	469 514	219 513,62	250 000,00	-	-	-
Travaux des services de psychiatrie Bastide ados	250 000	250 000,00	-	-	-	-
Opérations MAJEURES déjà engagées de travaux	2 000 000	300 000,00	1 000 000,00	600 000,00	100 000,00	-
Réaménagement Cancérologie/cardiologie 3 Phases Démolition E3, Aménagement B3, Aménagement E1 et E2, et Création USPalliatifs	2 000 000	300 000,00	1 000 000,00	600 000,00	100 000,00	-
Opérations MAJEURES et nouvelles de travaux	32 785 000	4 785 000,00	5 980 000,00	7 550 000,00	8 270 000,00	6 200 000,00
Travaux élévation sécurité Nouvelle et réorganisation Hébergement / EHPAD NOUVELLE	2 300 000	550 000,00	650 000,00	500 000,00	600 000,00	-
Restructuration Stérilisation dans locaux ex stérilisation	200 000	200 000,00	-	-	-	-
Aménagement du secteur logistique (blanchiss. Ucp)	200 000	200 000,00	-	-	-	-
Plan directeur (Opération logistique - etude accessibilité)	500 000	-	-	-	-	500 000
Maison d'enfants à caractère social MECSII	1 340 000	540 000,00	800 000,00	-	-	-
Construction d'un nouveau Bloc opératoire/ Stérilisation / Consultations externes	21 650 000	500 000,00	2 000 000,00	6 450 000,00	-	-
Restructuration intermédiaire du bloc opératoire (ARS CCLIN HAS)	1 400 000	1 000 000,00	400 000,00	-	-	-
Mises en conformité selon rapport ARS (maternité ?)	500 000	350 000,00	150 000,00	-	-	-
Deplacement magasins	360 000	320 000,00	40 000,00	-	-	-
Réorganisation des Urgences par filière (dont Pédiatrique et psychiatrique)	200 000	200 000,00	-	-	-	-
Travaux aménagement Centre du Peyrouat	320 000	200 000,00	120 000,00	-	-	-
Extension et réaménagement pour TEP scan	1 000 000	30 000,00	400 000,00	300 000,00	270 000,00	-
Unité de soins palliatifs	850 000	50 000	700 000	100 000	-	-
Travaux crèche	120 000	120 000,00	-	-	-	-
Aménagement d'une partie du RDC de l'ancien IFSI sur Layné	160 000	160 000,00	-	-	-	-
Travaux suite à audit accessibilité et EVRP	1 000 000	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00
Aménagement appartement pédagogique CFPS	15 000	15 000	-	-	-	-
Travaux maison Cronstad	170 000	150 000	20 000	-	-	-
Déplacement Chambre mortuaire	500 000	-	500 000,00	-	-	-
s/Total TRAVAUX	37 849 328	7 449 328,37	7 580 000,00	8 250 000,00	8 370 000,00	6 200 000,00

Acquisitions foncières						
	Montant 2017-2021	2017	2018	2019	2020	2021
s/Total Acquisitions foncières	765 000	765 000	-	-	-	-
Acquisition locaux Centre du Peyrouat	180 000	180 000	-	-	-	-
Acquisition CMP adultes et enfants MORCENX	270 000	270 000	-	-	-	-
Acquisition Maison Cronstad	235 000	235 000	-	-	-	-
Acquisition crèche ville de Mont de Marsan	80 000	80 000	-	-	-	-



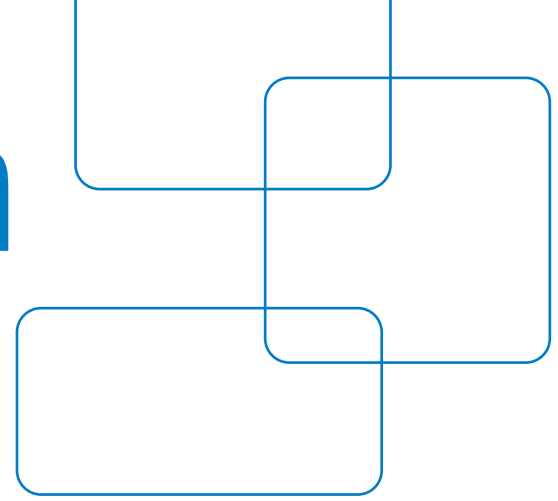
Le projet architectural et son financement

EQUIPEMENTS						
	Montant 2017-2021	2017	2018	2019	2020	2021
Opérations STRUCTURANTES d'équipement	6 650 000	1 350 000	850 000	1 550 000	1 450 000	1 450 000
Equipements biomédicaux liés aux opérations nouvelles 2017	2 200 000	700 000	600 000	300 000	300 000	300 000
Projets d'infrastructure à caractère technique	1 650 000	250 000	100 000	500 000	400 000	400 000
Projets d'infrastructures logistiques	1 350 000			450 000	450 000	450 000
Projets d'infrastructures informatiques	1 450 000	400 000	150 000	300 000	300 000	300 000
Opérations EXCEPTIONNELLES d'équipement	1 440 000	535 000	705 000	-	100 000	100 000
Projets d'infrastructure à caractère technique	285 000		285 000			
Projet d'infrastructure logistique : Remplacement mobilier hôtelier	555 000	235 000	120 000		100 000	100 000
Projet d'infrastructure logistique : Remplacement équipement hôtelier	600 000	300 000	300 000			
Opérations COURANTES d'équipement diverses	12 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
Services techniques	2 500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
Services informatiques	3 000 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000
Services logistiques	2 000 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000
Bio médical	5 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
s/Total EQUIPEMENT	20 590 000	4 385 000,00	4 055 000,00	4 050 000,00	4 050 000,00	4 050 000,00
TOTAL GENERAL	59 204 328	12 599 328	11 635 000	12 300 000	12 420 000	10 250 000





Conclusion



Le centre hospitalier de Mont de Marsan est à un tournant de son évolution. De notre capacité à nous mobiliser et à travailler ensemble, dépendra la réussite de notre projet.

Nous disposons de nombreux atouts : géographique, attractivité, qualité de nos médecins et de nos personnels non médicaux, reconnaissance par l'A.R.S de notre rôle d'hôpital support, etc. Pour atteindre nos objectifs, nous devons juste apprendre à coordonner nos efforts en interne et au sein du G.H.T, tout en collaborant avec l'ensemble des partenaires de ville et les établissements privés.

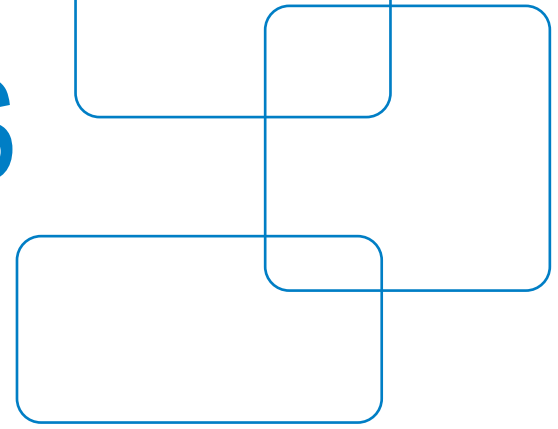
Ce projet d'établissement sera décliné dans les contrats de pôles qui seront effectifs au cours du premier trimestre 2017. Ces derniers décriront les moyens et les modalités de suivi pour la mise en œuvre concrète de nos actions.

L'évaluation sera effectuée de manière trimestrielle au sein des trios de pôles et de manière semestrielle au niveau des instances. Afin de tenir compte des évolutions futures, une proposition d'avenant sera présentée annuellement au Directoire. Après avis de ce dernier, l'ensemble des instances sera consulté afin d'intégrer de nouvelles orientations à notre projet.





Annexes





LISTE DES SIGLES EN USAGE DANS LES HÔPITAUX

- A**
- A.B.F.** architecte des bâtiments de France
 - A.CO.D.S.S.** association de coopération pour le développement sanitaire et social
 - A.D.E.M.E.** agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
 - A.E.S.** accident d'exposition au sang
 - A.F.N.O.R.** association française de normalisation
 - A.M.E.D.E.C.** analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
 - A.G.EX.** assistance à la gestion et l'exploitation
 - A.M.O.** assistance à maître de l'ouvrage
 - A.N.A.P.** agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
 - A.N.E.S.M.** agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
 - A.O.** appel d'offres
 - A.P.** avant-projet
 - A.P.A.** avant-projet architectural
 - A.P.D.** avant-projet détaillé ou définitif
 - A.P.S.** avant-projet sommaire
 - A.T.I.H.** agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 - A.R.S.** agence régionale de santé
 - A.S.N.** autorité de sécurité nucléaire
 - A.V.C.** accident vasculaire cérébral
 - A.S.P.A.M.** accompagnement et soins palliatifs de l'Adour et du Marsan
- B**
- B.E.A.** bail emphytéotique administratif
 - B.E.H.** bail emphytéotique hospitalier
- C**
- C.A.** conseil d'administration
 - C.A.D.A.** commission d'accès aux documents administratifs
 - C.A.M.P.S.** centre d'aide médico-psychologique
 - C.A.M.S.P.** centre d'action médico-sociale précoce
 - C.A.P.** 24 centre d'accueil psychiatrique (24h/24h)
 - C.A.Q.C.S.** contrat d'amélioration qualité et coordination des soins
 - C.A.T.T.P.** centre d'accueil à temps partiel
 - C.B.U.M.** contrat de bon usage des médicaments
 - C.C.E.C.Q.A.** comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
 - C.C.L.I.N.** centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
 - C.C.T.P.** cahier des clauses techniques particulières
 - C.D.U.** commission des usagers (au sein du G.H.T.)
 - C.E.C.O.S.** centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humain
 - C.E.G.G.I.D.** centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic [des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST)] (anciennement CLAT et CIDIST)
 - C.E.S.U.** centre d'enseignement des soins d'urgence
 - C.E.R.T.U.** centre d'études pour les réseaux, le transport pour l'urbanisme et les constructions
 - C.H.R.S.** centre d'hébergement et de réinsertion sociale
 - C.H.S.-C.T.** comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail
 - C.I.V.** commission d'identité vigilance
 - C.L.A.C.T.** contrat local d'amélioration et des conditions de travail
 - C.L.A.N.** comité de liaison en alimentation et nutrition
 - C.L.I.N.** comité de lutte contre les infections nosocomiales
 - C.L.U.D.** comité de lutte contre la douleur
 - C.M.E.** commission médicale d'établissement
 - C.M.P.** centre Médico-Psychologique
 - C.M.P.** code des marchés publics
 - C.N.I.L.** commission nationale de l'informatique et des libertés
 - C.O.M.E.D.I.M.S.** commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
 - Comité E.V.R.P.** comité d'évaluation des risques professionnels
 - Commission D.P.C.** commission du développement professionnel continu
 - C.O.P.E.R.M.O.** comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
 - C.P.O.M.** contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 - C.Q.** compte qualité
 - C.R.A.** centre de ressource autisme
 - C.R.C.I.** commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales



LISTE DES SIGLES EN USAGE DANS LES HÔPITAUX

C.R.E.X cellule de retour d'expérience
C.R.U.Q.P.C. commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
C.S. conseil de surveillance
C.S.G. court séjour gériatrique
C.S.I.R.M.T. commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
C.S.O.S.A. centre spécialisé en obésité du sud Aquitaine
C.S.P. code de la santé publique
C.S.T.B. centre scientifique et technique du bâtiment
Coût T.D.C. coût toutes dépenses confondues
C.S.T.H. copité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
C.T.A.L. centre des troubles des apprentissages et du langage
C.T.E. comité technique d'établissement
C.U.M.P. cellule d'urgence médico-psychologique
3 C. comité de coordination en cancérologie

D **D.A.S.R.I.** déchets d'activité de soins à risques infectieux
D.C.E. dossier de consultation des entreprises
D.D.C.S.P.P. direction départementale de cohésion sociale et de la protection des populations
D.D.E. direction départementale de l'équipement
D.G.U.H.C. direction générale de l'urbanisme de l'habitat et de la construction
D.I.M. département de l'information médicale
D.M.A. dotation modulée à l'activité
D.M.I. dispositif médical implantable
D.M.S. durée moyenne de séjour

E **E.H.P.A.D.** établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
E.I. événements indésirables
E.I.G. événements indésirables graves
E.I.O. élément d'investigation obligatoire
E.M.O.G. équipe mobile à orientation gériatrique
E.O.H. équipe opérationnelle d'hygiène
E.P.P. évaluation des pratiques professionnelles
E.P.R. événement porteur de risques
E.P.R.V.
E.S.A.T. établissement et service d'aide par le travail
E.V. expert visiteur
EV.R.P. évaluation des risques professionnels

F **F.I.D.E.S.** facturation individuelle des établissements de santé
F.I.Q.C.S. fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
F.I.R. fonds d'investissement régional
F.M.E.S.P.P. fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

G **G.C.S.** groupement de coopération sanitaire
G.H.M. groupe homogène de malades
G.H.T. groupement hospitalier de territoire
G.P.S.O. groupe polyhandicap du sud-ouest
G.R.A.H.P.A. groupe de recherche et d'animation des hôpitaux publics d'Aquitaine
G.R.S.P. groupements régionaux de santé publique
G.T.B. gestion technique des bâtiments
G.T.C. gestion technique centralisée

H **H.A.D.** hospitalisation à domicile
H.A.S. haute autorité de santé
H.A.C.C.P. hazard analysis critical control point
H.Q.E. haute qualité environnementale
H.P.S.T. hôpital patient santé territoire

I **I.P.A.Q.S.S.** indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins
I.R.M. imagerie par résonance magnétique
I.H.A.B. initiative hôpital ami des bébés



LISTE DES SIGLES EN USAGE DANS LES HÔPITAUX

- M**
- M.A.I.A.** méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
 - M.A.S.** maison d'accueil spécialisé
 - M.E.C.S.S.I.** maison d'enfants à caractère social avec soins immédiats
 - M.E.R.R.I.** missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
 - M.I.A.G.E.** méthode informatique appliquée à la gestion des entreprises
 - M.I.G.A.C.** mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
 - M.I.P.I.H.** Midi Picardie informatique hospitalière
 - M.I.Q.C.P.** mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques
 - M.O.** maître de l'ouvrage
 - M.O.E.** équipe de maîtrise d'œuvre
 - M.P.R.** médecine physique et réadaptation
- N**
- N.T.I.C.** nouvelles technologies de l'information et de la communication
- O**
- O.D.P.E.** observatoire départemental de la protection de l'enfance
 - O.M.E.D.I.T.** observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
 - O.N.D.A.M.** objectif national de dépense de l'assurance maladie
 - O.N.V.H.** observatoire national des violences hospitalières
 - O.Q.O.S.** objectifs quantifiés et offre de soins
 - O.R.U.** observatoire régional des urgences
 - O.S.C.O.U.R.** organisation de la surveillance coordonnée des urgences
- P**
- P.A.C.S.** picture archiving and community system
 - P.A.Q.S.S.** programme pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 - P.A.S.N.E.L.** pôle d'accès aux soins nord des landes
 - P.A.S.S.** permanence d'accès aux soins de santé
 - P.A.Z.** plan d'aménagement de zone
 - P.C.R.** personne compétente en radiologie
 - P.D.C.A.** plan do check act (planifier faire évaluer corriger)
 - P.E.** projet d'établissement
 - P.E.C.** prise en charge
 - P.E.P.** pratique exigible prioritaire
 - P.G.F.P.** plan global de financement pluriannuel
 - P.I.** prestataires intellectuels
 - P.H.A.R.E.** performance hospitalière pour des achats responsables
 - P.H.R.I.P.** programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
 - P.L.U.** plan local d'urbanisme
 - P.M.S.I.** programme de médicalisation des systèmes d'information
 - P.P.I.** plan pluriannuel d'investissement
 - P.P.P.** partenariat public privé
 - P.P.S.** projet professionnel et social
 - P.R.A.P.S.** programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
 - P.R.E.P.S.** programme de recherche sur la performance du système de soins
 - P.R.I.S.M.** plan régional d'investissement en santé mentale
 - P.R.S.P.** plan régional de santé publique
 - P.S.L.** produit sanguin labile
 - P.U.H.** plan urgences hivernales
 - P.U.I.** pharmacie à usage intérieur
- Q**
- Q.E.B.** qualité environnementale des bâtiments
 - Q.G.D.R.** qualité gestion des risques
 - Q.V.T.** qualité de vie au travail
- R**
- R.A.B.C.** risk analysis and biocontamination control (l'analyse du risque et le contrôle de biocontamination)
 - RES.P.ADD** réseau de prévention des addictologies
 - R.C.P.** réunion de concertation pluridisciplinaire
 - R.E.M.E.D.** revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux
 - RE.S.A.M.** réseau de soins en addictologie montois
 - R.H.S.** résumé hebdomadaire standardisé
 - R.I.M.P.** recueil d'informations médicalisées en psychiatrie
 - R.M.M.** revue morbidité mortalité



LISTE DES SIGLES EN USAGE DANS LES HÔPITAUX

R.O.R. répertoire opérationnel des ressources
R.P.C. règlement particulier de la consultation
R.P.P.S. répertoire permanent des professionnels de santé (ancien ADELI)
R.P.U. résumé de passage aux urgences
R.S.S. résumé standardisé de sortie
R.T. 2012 réglementation thermique 2012

S **S.A.M.S.A.H.** service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
S.A.M.S.A.H. T.C. service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé traumatisé crânien
S.A.E.D. situation antécédents évaluation demande (programme de la HAS afin de mieux communiquer entre soignants)
S.A.U. service d'accueil des urgences
S.C.A. ST + syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST
S.C.O.T. schéma de cohérence territoriale
S.D.O. surface dans œuvre
S.E.D.D. stratégie européenne de développement durable
S.E.P.A. sigle euro payments area (autorisation de prélèvement)
S.E.S.S.A.D. service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
S.G.L. système de gestion de laboratoire
S.H.O.B. surface hors œuvre brute
S.H.O.N. surface hors œuvre nette
S.I. système d'information
S.M.E. système de management environnemental
S.M.O. système de management d'opération
S.M.P.R. service médico-psychologique régional
S.M.U.R. services mobiles du d'urgence et de réanimation
S.O.S. schéma d'organisation sanitaire
S.P.I.P. service pénitentiaire d'insertion et de probation
S.R.O.S. schéma régional d'organisation sanitaire
S.S.I.A.D. service de soins infirmiers à domicile
S.S.P.I. soins de surveillance post interventionnelle
S.S.R. service de suite et de réadaptation
S.U. surface utile

T **T.2.A.** tarification à l'activité
T.E.P. tomographie d'émission par positrons
T.I.C. technologies de l'information et de la communication

U **U.C.P.O.** unité de consultation pluridisciplinaire d'oncologie
U.C.A. unité de chirurgie ambulatoire
U.C.S.A. unité de consultations et de soins ambulatoires
U.H.R. unité d'hébergement renforcée
U.M.C.A. unité médico chirurgicale ambulatoire
U.N.V. unité neuro-vasculaire
Classement U.P.E.C. classement qui quantifie la résistance des revêtements de sol à l'usure, au poinçonnement, à l'eau et aux agents chimiques
U.S.C. unité de surveillance continue
U.S.I.C. unité de soins intensifs cardiologiques
U.S.L.D. unité de soins de longue durée
U.S.I.P. unité de soins intensifs psychiatriques
U.S.P. unité soins palliatifs (unité de médecine palliative)

V **V.A.P.** valorisation des activités en psychiatrie
V.A.E. validation des acquis de l'expérience



Réalisation : reprographie du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan
Version du 4 avril 2017

