

**PROJET D'ETABLISSEMENT
2012-2016**



PREAMBULE

Quinze ans en arrière, dépourvu de tout plan stratégique, le Centre Hospitalier Alès-Cévennes (CHAC) se trouvait dans une situation désespérée, du point de vue social, technologique et patrimonial.

Pour s'inscrire dans l'avenir, il a fallu trouver des leviers pertinents et faire preuve de persévérance. Le CHAC s'est alors fixé des objectifs ambitieux en termes de qualité de pratiques professionnelles, de réalisations architecturales et de préoccupation environnementale.

La reconstruction de l'hôpital, inévitable, ne pouvait être que globale. Avant le nouvel hôpital, ce sont successivement la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la cuisine centrale, les six maisons de retraite et le pôle Energie qui ont été construits ou reconstruits au cours de la dernière décennie.

En attendant la réalisation d'un projet SSR ambitieux, ce cycle de construction s'achève avec l'inauguration en août 2011 du nouvel hôpital, dont la genèse remonte au début des années 2000.

La volonté institutionnelle était de donner du sens, et de bâtir un ouvrage, un bel ouvrage, qui ne se périme pas.

Equipe de Direction, ingénieurs, Médecins, Agents de l'hôpital, tous se sont mobilisés pour réfléchir à un hôpital où l'innovation ne devait pas être un slogan publicitaire mais bien un principe au service de tous, usagers comme acteurs hospitaliers. Au final, si le déménagement entre les deux sites a été modeste par la distance, il est majeur et ambitieux en termes de conditions de travail et d'environnement technologique et technique.

Alès et son bassin de population, ainsi que la basse Lozère et la basse Ardèche, disposent donc d'un hôpital intelligent, évolutif, dont ce projet d'établissement constitue la colonne vertébrale pour les cinq années à venir.

Le Directeur

François MOURGUES

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| A – UNE STRATEGIE MEDICALE ET SOIGNANTE AMBITIEUSE ET OUVERTE | 9 |
| INTRODUCTION : | 9 |
| A.I. Le contexte départemental..... | 9 |
| A.II. La zone d’attractivité du CHAC..... | 15 |
| A.1 - UNE STRATEGIE MEDICALE DYNAMIQUE, POUR CONSOLIDER ET DEVELOPPER NOS ACTIVITES | 16 |
| A.1.1 - LES ACTIVITES MEDICALES EN DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE | 16 |
| A.1.1.1 - <i>Les Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R)</i> | 16 |
| A.1.1.1.1. - Les SSR sont désormais le pivot du système hospitalier français | 16 |
| A.1.1.1.2. - L’offre de SSR est de fait au premier rang des priorités de la stratégie médicale du CHAC | 16 |
| A.1.1.2 - <i>L’oncologie médicale et les chirurgies carcinologiques</i> | 17 |
| A.1.1.2.1. - L’oncologie médicale..... | 17 |
| A.1.1.2.2. - Les chirurgies carcinologiques | 18 |
| A.1.1.3 - <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire</i> | 19 |
| A.1.1.3.1. - Des éléments contextuels favorables au développement..... | 19 |
| A.1.1.3.2.- Un potentiel de développement..... | 20 |
| A.1.2 - LES ACTIVITES MEDICALES A CONSOLIDER ET DEVELOPPER AU SEIN DES POLES | 21 |
| A.1.2.1. - <i>Le pôle Soins Aigus</i> | 21 |
| A.1.2.1.1. - Réanimation..... | 21 |
| A.1.2.1.2. - Urgences – SMUR – UHCD | 21 |
| A.1.2.1.3. - Cardiologie | 22 |
| A.1.2.1.4. - Pneumologie | 22 |
| A.1.2.2. - <i>Le pôle Chirurgie - Mère - Enfant</i> | 23 |
| A.1.2.2.1. - Anesthésiologie..... | 23 |
| A.1.2.2.2. - Bloc opératoire | 23 |
| A.1.2.2.3.- Traumatologie orthopédie..... | 23 |
| A.1.2.2.4. - Chirurgie générale..... | 23 |
| A.1.2.2.5. - Gastro-entérologie..... | 23 |
| A.1.2.2.6. - Néonatalogie et pédiatrie | 24 |
| A.1.2.2.7. - Gynécologie-obstétrique | 24 |
| A.1.2.2.8. - Ophtalmologie | 25 |
| A.1.2.3. - <i>Le pôle Médecine</i> | 25 |
| A.1.2.3.1.- Une activité à soutenir : la neurologie | 25 |
| A. 1.2.3.2. - Les activités à consolider : | 26 |
| A.1.2.3.2.1 - La gériatrie | 26 |
| A.1.2.3.2.2. - La médecine interne | 26 |
| A.1.2.3.3. - Les activités à développer | 27 |
| A.1.2.4. - <i>Le pôle Génie médical</i> | 28 |
| A.1.2.4.1 .- La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) | 28 |
| A.1.2.4.2. - Le Laboratoire de Biologie Médicale (LBM) | 29 |
| A.1.2.4.3. - L’imagerie médicale | 30 |
| A.1.2.4.4.- L’hygiène hospitalière | 30 |
| A.1.2.4.5.- Les archives médicales | 30 |

| | |
|--|-----------|
| A.1.2.5. - <i>Le pôle Psychiatrie</i> | 30 |
| A.1.2.5.1. - Les secteurs de psychiatrie adulte | 30 |
| A.1.2.5.2. - Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile | 31 |
| A.1.2.6. - <i>Le pôle Personnes Agées</i> | 32 |
| A.1.3 - L'ENJEU DE LA GESTION DE LA RARETE MEDICALE | 34 |
| A.1.3.1. - <i>Une démographie médicale globalement déprimée</i> | 34 |
| A.1.3.2. - <i>Des raisons d'espérer</i> | 34 |
| A.2. - UNE ORGANISATION PERFORMANTE CENTREE SUR LE PATIENT | 36 |
| A.2.1. - AMELIORER L'ORGANISATION ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR UNE GESTION DES LITS PERFORMANTE | 37 |
| A.2.1.1. - <i>Définir une organisation institutionnelle et structurée de la gestion des lits</i> | 37 |
| A.2.1.2. - <i>Définir un périmètre programmé/urgence à géométrie variable</i> | 38 |
| A.2.1.3. - <i>Augmenter la réactivité de l'imagerie et des consultations spécialisées</i> | 38 |
| A.2.1.4. - <i>Améliorer la coordination entre service social et services de soins</i> | 38 |
| A.2.1.5. - <i>Modifier l'organisation actuelle des sorties</i> | 39 |
| A.2.1.6. - <i>Améliorer l'accès aux lits d'aval</i> | 39 |
| A.2.2. - UN PROJET DE SOINS QUI PROMEUT L'EFFICIENCE | 40 |
| A.3. - UNE POLITIQUE VOLONTAIRE DE PARTENARIATS MEDICAUX, POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS | 42 |
| A.3.1. - DES PARTENARIATS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX LEVIERS DE L'EXISTENCE ET DU RENFORCEMENT D'UNE OFFRE DE SOINS PERENNE ET DE QUALITE | 42 |
| A.3.1.1. - <i>La Communauté Hospitalière de Territoire Cévennes-Gard-Camargue</i> | 42 |
| A.3.1.2. - <i>La convention cadre avec le CHRU de Montpellier</i> | 43 |
| A.3.1.3. - <i>Une coopération avec le secteur privé devant reposer sur la mutualisation et la solidarité</i> | 44 |
| A.3.2. - UN HOPITAL OUVERT SUR LA VILLE | 45 |
| A.3.2.1. - <i>Une nécessaire coordination avec l'offre de soins de premier recours</i> | 45 |
| A.3.2.2. - <i>Une forte implication dans les réseaux de soins</i> | 45 |
| A.4. - UNE POLITIQUE CONTINUE D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES | 47 |
| A.4.1. - UNE DEMARCHE QUALITE REFONDEE | 47 |
| A.4.1.1. - <i>Le pilotage et la coordination de la démarche qualité/sécurité des soins</i> | 47 |
| A.4.1.2. - <i>Une évaluation des pratiques professionnelles dynamisée</i> | 48 |
| A.4.1.3. - <i>Le renforcement des droits des patients</i> | 49 |
| A.4.2. - LES ACTIONS ENTREPRISES SUITES A LA V2010 | 50 |
| A.4.2.1. - <i>Les axes de travail retenus pour répondre aux réserves</i> | 50 |
| A.4.2.2. - <i>Les axes de travail retenus pour répondre aux recommandations</i> | 50 |
| B – UNE POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MODERNE ET RESPONSABLE | 53 |
| B.1. – COMMUNICATION ET DIALOGUE SOCIAL | 53 |
| B.1.1 - PROMOTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION | 53 |
| B.1.2. - PROMOTION DU DIALOGUE SOCIAL | 53 |
| B.1.3. - AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DES INSTANCES D'EXPRESSION | 54 |
| B.1.4. - ROLE DE L'ENCADREMENT | 54 |
| B.1.5. - ACCUEIL AU SEIN DE LA D.R.H. | 54 |
| B.2. – GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES (GMPC) ET VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE (VAE) | 55 |
| B.2.1. – POLITIQUE CLAIREMENT DEFINIE MISE EN ŒUVRE | 55 |

| | |
|---|-----------|
| B.2.2. - ELABORATION DES FICHES DE POSTE | 55 |
| B.2.3. - POLITIQUE D'EVALUATION DES COMPETENCES | 56 |
| B.2.4. - PARCOURS PROFESSIONNEL | 57 |
| B.2.5. - POLITIQUE DE VALORISATION DES ACQUIS ET DE L'EXPERIENCE | 57 |
| B.3. – FORMATION INITIALE ET CONTINUE | 58 |
| B.4. – QUALITE ET AMELIORATIONS DES CONDITIONS DE TRAVAIL | 59 |
| B.4.1. - POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DES AGENTS NOUVELLEMENT RECRUTES ET DES ETUDIANTS EN STAGE..... | 59 |
| B.4.2. - LIVRETS D'ACCUEIL..... | 59 |
| B.4.3. - ORGANISATION DU TRAVAIL..... | 59 |
| B.4.4. - POLITIQUE DE REMPLACEMENT DU PERSONNEL..... | 59 |
| B.4.5. - SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES | 60 |
| B.4.6. - ACCOMPAGNEMENTS DES SITUATIONS DE VIOLENCE..... | 60 |
| B.4.7. - LA SECURITE INCENDIE | 60 |
| B.4.8. - AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL | 60 |
| <i>B.4.8.1. - L'ergonomie.....</i> | <i>61</i> |
| <i>B.4.8.2. - Le CLACT.</i> | <i>61</i> |
| <i>B.4.8.3. - L'adaptation des postes de travail.....</i> | <i>61</i> |
| <i>B.4.8.4. - Les Accidents de travail, Maladie et la Maladie professionnelle.....</i> | <i>62</i> |
| <i>B.4.8.5. - Prise en compte du handicap.....</i> | <i>63</i> |
| B.5. – PROMOTION DU PRESENTEISME | 63 |
| B.6. – DEVELOPPEMENT DURABLE | 63 |
| B.6.1. - UNE APPROCHE QUALITATIVE ET PERSONNALISEE DE LA G.R.H. | 63 |
| <i>B.6.1.1. - Evolution professionnelle.....</i> | <i>63</i> |
| <i>B.6.1.2. - Résorption de l'emploi précaire.....</i> | <i>64</i> |
| <i>B.6.1.3. - Mobilité interne.....</i> | <i>64</i> |
| B.6.2. – LE BIEN ETRE AU TRAVAIL | 65 |
| <i>B.6.2.1. - Travail et allaitement</i> | <i>65</i> |
| <i>B.6.2.2. - Chèques Emploi Service Universel</i> | <i>65</i> |
| <i>B.6.2.3. - Assistance Sociale</i> | <i>65</i> |
| C. – UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE STRUCTUREE..... | 67 |
| C.1. - IMPULSER UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE..... | 67 |
| C.2. - LE PLAN D'ACTION | 68 |
| C.2.1. – AXE 1 : MANAGEMENT ET PILOTAGE DE LA DÉMARCHÉ DE DÉVELOPPEMENT DURABLE | 68 |
| C.2.2. – AXE 2 : LA POLITIQUE D'ACHAT..... | 69 |
| C.2.3. - AXE 3 : LA GESTION OPTIMISÉE DES FLUX D'EAU, D'AIR ET D'ÉNERGIE DES BÂTIMENTS | 70 |
| <i>C.2.3.1. - L'eau.....</i> | <i>70</i> |
| <i>C.2.3.2. - L'air.....</i> | <i>70</i> |
| <i>C.2.3.3. - L'énergie.....</i> | <i>71</i> |
| C.2.4. - AXE 4 : LA GESTION DES DÉCHETS | 71 |
| <i>C.2.4.1. - Optimiser la valorisation matière.....</i> | <i>72</i> |
| <i>C.2.4.2. - Améliorer le tri.....</i> | <i>72</i> |
| C.2.5. - AXE 5 : LES TRANSPORTS DU PERSONNEL, DES PATIENTS ET DES VISITEURS..... | 73 |
| C.2.6. - AXE 6 : LES RELATIONS SOCIALES..... | 73 |
| GLOSSAIRE | 77 |



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Premier hôpital français de Haute Qualité Environnementale, le CHAC inauguré en août 2011 se place au service des 180 000 habitants de son territoire.

1500 agents dont 120 médecins œuvrent au quotidien pour la prise en charge des patients. Les malades et les usagers sont accueillis grâce aux 810 lits et places que compte le CHAC, dont 292 pour le nouvel hôpital. 38 spécialités médicales y sont proposées.

Conformément à la loi dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires¹, il est régi par une gouvernance tripartite. Le Directeur, assisté d'une équipe de direction², préside le Directoire et conduit la politique générale de l'établissement. Le Conseil de Surveillance, composé de représentants des collectivités territoriales, du personnel et des personnalités qualifiées, se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle de la gestion de l'établissement. Un Directoire, composé à parité de membres de l'équipe de direction et de représentants du corps médical, appuie et conseille le Directeur dans la gestion de l'établissement.

Réparti sur plusieurs sites et organisé en six pôles d'activité (Chirurgie-Mère-Enfant, Génie Médical, Médecine, Psychiatrie, Personnes Agées et Soins Aigus³), l'établissement s'engage pour consolider cette organisation polaire dans une réflexion sur la place à donner aujourd'hui aux pôles et aux chefs de pôle, dans le cadre du déploiement des nouveaux contrats de pôle.

Le CHAC a placé l'innovation et la haute technologie au cœur de ses priorités. Le multimédia trouve toute sa place au sein de cet hôpital, au bénéfice tant des patients que des praticiens. La technologie Bébé On Line permet par exemple aux parents d'enfants prématurés de veiller sur leur enfant par écran interposé. Il a en outre récemment investi dans l'imagerie médicale (tables de radiologie et scanner) et dans l'équipement des blocs opératoires.

Cette expertise et ces technologies sont placées au service des patients et des acteurs publics et privés du bassin. En participant activement à la Communauté Hospitalière de Territoire (C.H.T) Cévennes-Gard-Camargue, le CHAC développe les conditions de l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins à l'échelle du département.


En application des dispositions réglementaires en vigueur, le présent projet d'établissement « définit la politique générale de l'établissement » pour la période 2012-2016. Avec en toile de fond la mise en œuvre du premier Schéma Régional de l'Organisation des Soins issu de la loi HPST (SROS-PRS), dont il respecte les orientations, et sur la base de projets déjà élaborés⁴, il s'articule tout en restant évolutif autour de trois grandes thématiques : une stratégie médicale et soignante ambitieuse et ouverte (I), une politique de gestion des ressources humaines moderne et responsable (II) et une démarche de développement durable structurée (III).

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Organigramme de direction en annexe 1

³ Organigramme des pôles en annexe 2

⁴ Projet médical ; Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; Projet social.



**A- UNE STRATEGIE
MEDICALE ET SOIGNANTE
AMBITIEUSE ET OUVERTE**

A – UNE STRATEGIE MEDICALE ET SOIGNANTE AMBITIEUSE ET OUVERTE

INTRODUCTION :

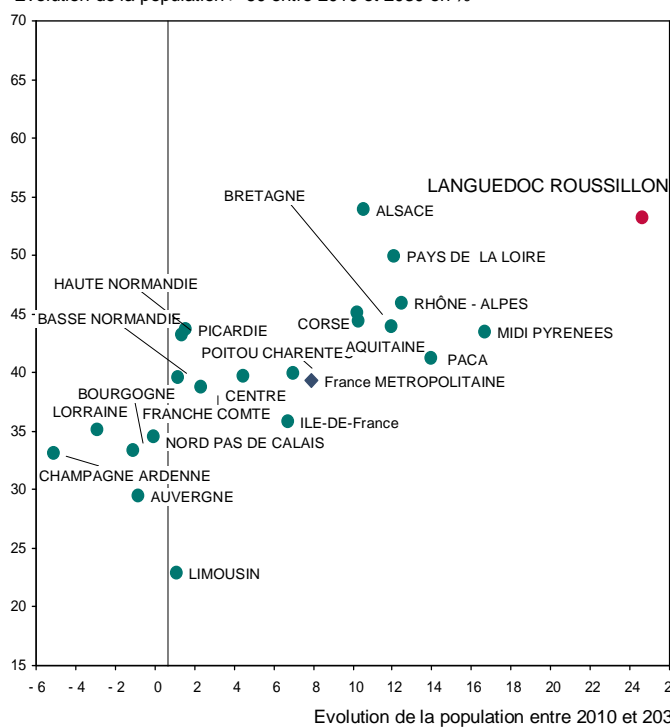
A.I. Le contexte départemental

Le contexte départemental dans lequel s'inscrit la stratégie médicale et soignante du CHAC est marqué par des enjeux démographiques et épidémiologiques particulièrement prégnants.

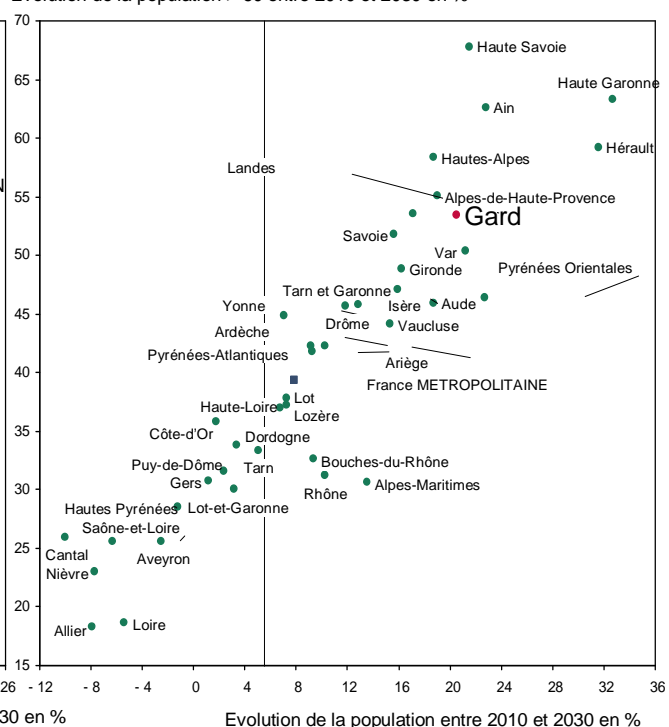
Entre 2010 et 2030, le Gard va voir sa population passer de 715 000 habitants à 861 000 habitants (+ 21%) alors que la population française va progresser de 7,9% sur cette même période. Au sein de cette même population, les personnes âgées de 60 ans et plus passeront de 178 000 à 273 000 sur la même période (+ 53 %).

CROISSANCE DE LA POPULATION ENTRE 2010 ET 2030

Evolution de la population > 60 entre 2010 et 2030 en %



Evolution de la population > 60 entre 2010 et 2030 en %



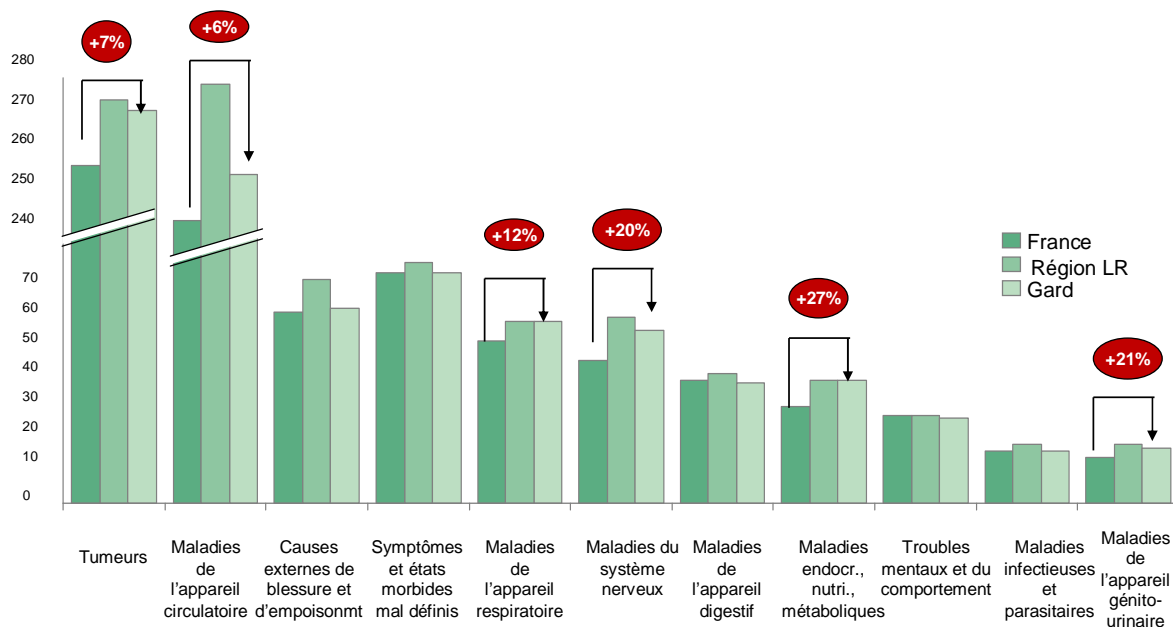
Source: OMPHALE - INSEE

1

Par le seul effet de cette évolution démographique, les besoins de prise en charge médicale seront appelés à se renforcer.

Les taux de mortalité départementaux et régionaux sont nettement supérieurs à la moyenne française, ainsi que l'illustre le schéma ci-dessous.

Taux de mortalité : Nombre de décès pour tous âges pour 100 000 habitants – 2009



Source : Statiss 2009

La proportion de personnes atteintes de tumeur maligne, de diabète, d'affections psychiatriques, d'insuffisance cardiaque grave est plus élevée qu'en France.

La population gardoise est particulièrement touchée par l'hypertension artérielle sévère.

ALD les plus représentées dans la région et le département du Gard*Personnes atteintes d'ALD pour 100 000 habitants*

| ALD | AUDE | GARD | HERAULT | LOZERE | PYRENEES ORIENTALES | LANGUEDOC ROUSSILLON | France |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique | 386 | 414 | 426 | 427 | 511 | 432 | 412 |
| Diabète de type 1 et diabète de type 2 | 286 | 303 | 296 | 203 | 332 | 300 | 293 |
| Hypertension artérielle sévère. | 130 | 280 | 235 | 109 | 171 | 218 | 201 |
| Affections psychiatriques de longue durée. | 138 | 237 | 217 | 256 | 249 | 218 | 156 |
| Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires | 128 | 173 | 152 | 152 | 136 | 152 | 141 |
| TOTAL ALD | 1 714 | 2 143 | 2 044 | 6 236 | 5 650 | 2 040 | 1 813 |

Source: Ameli 2008

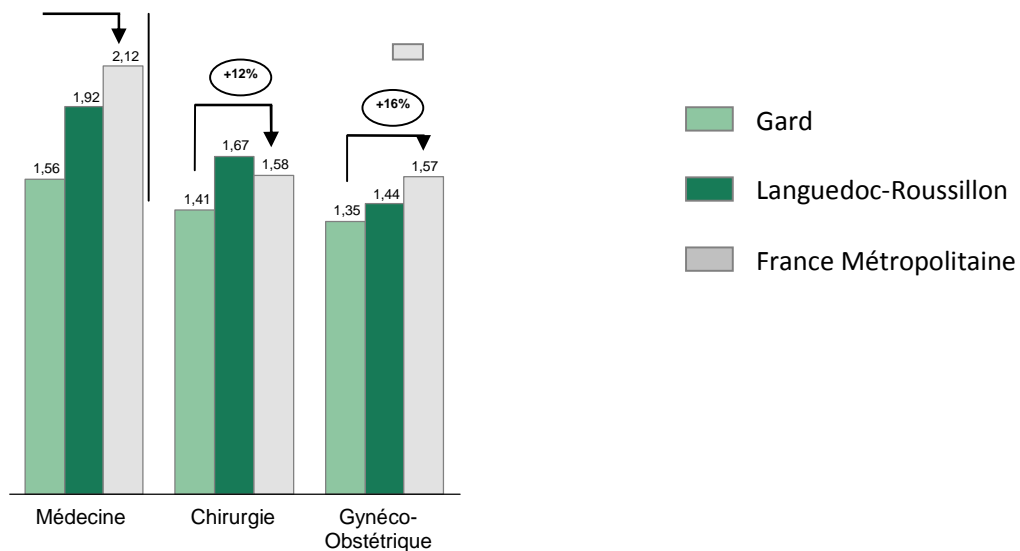
Le département du Gard est par ailleurs confronté à une précarité particulièrement forte de sa population, qui rend très importantes les activités de proximité.

Le Languedoc Roussillon constitue la deuxième région en termes de part de bénéficiaires de la CMU (10,8% de la population contre 6,8% en France), en particulier dans les grandes villes. Plus de 30 % des salariés n'occupent pas un emploi à temps complet (dont la moitié de temps partiel subi), ce qui constitue le plus fort taux en France.

La Région comporte 28 ZUS et notamment plusieurs à Bagnols-sur-Cèze (40 % de la population vivent dans des quartiers concernés par la politique de la ville – la moitié de ces quartiers sont en ZUS), à Nîmes (30% de la population vivent dans ces quartiers dont les 2/3 sont en ZUS), et à un degré moindre à Alès.

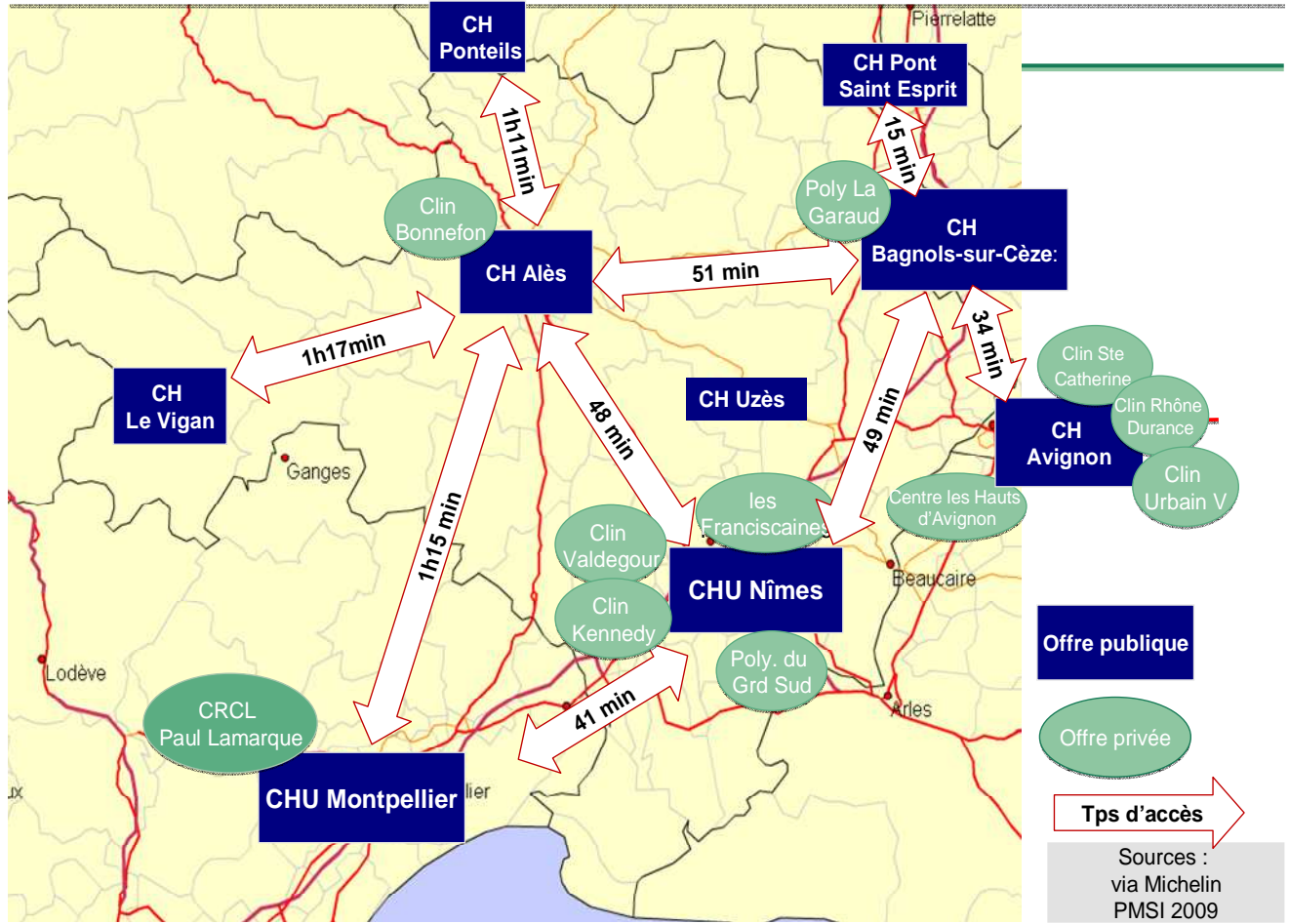
Or, pour les **activités de court séjour**, le **taux d'équipement du Gard est faible** par rapport à la moyenne nationale. La France possède ainsi en moyenne 36% de lits et places de plus que le Gard pour l'activité de médecine (à iso-population). Ce retard dans l'équipement est également perceptible dans une moindre mesure en chirurgie et obstétrique.

Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants



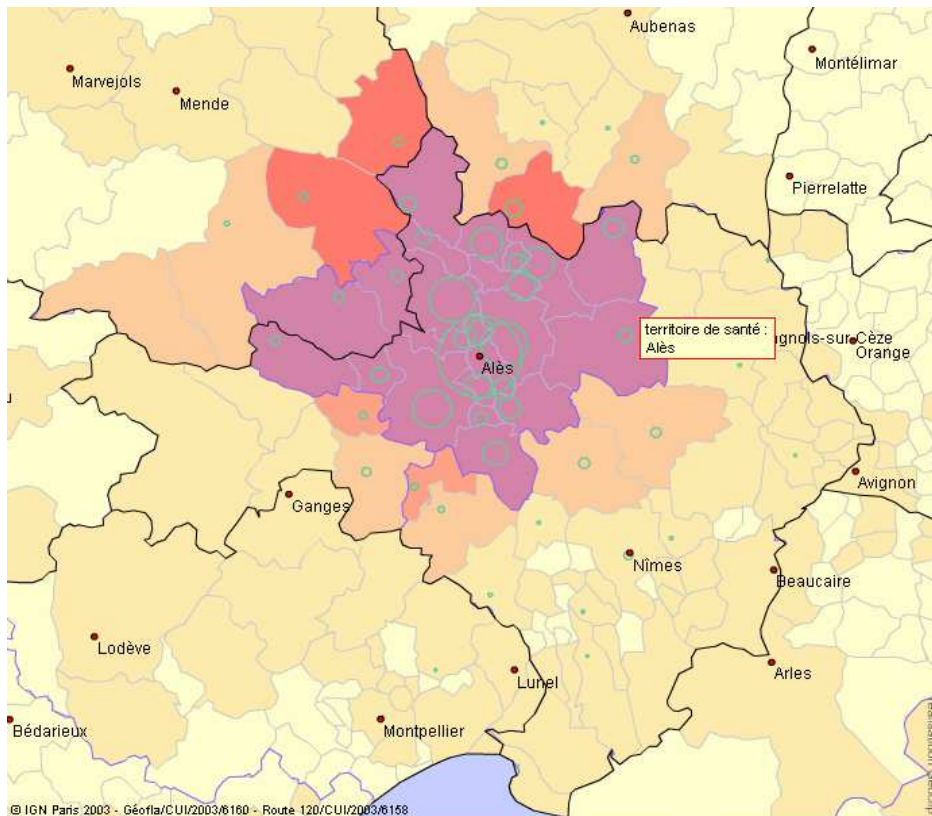
Ce moindre équipement se constate également en SSR : si la région du Languedoc Roussillon est mieux dotée en lits et places en SSR que la moyenne française avec un taux d'équipement global de 2,08 pour 1 000 habitants, ce n'est en revanche pas vrai du Gard avec un taux de 1,33 contre 1,61 en France.

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE DEPARTEMENT DU GARD ET ALENTOURS



A.II. La zone d'attractivité du CHAC

Etablissement tête de pont du bassin sanitaire des Cévennes, le CHAC a une zone d'attractivité de 180 000 habitants, à cheval sur trois départements (Gard, Lozère, Ardèche) et deux régions (Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes)



Globalement, le recrutement du CHAC est limité à son bassin. Près de 90% des patients qui y sont pris en charge sont originaires du territoire de santé d'Alès-Cévennes. Les 5,5% de patients non originaires du Languedoc-Roussillon viennent des départements limitrophes, essentiellement l'Ardèche.

Le taux de fuite est important vers Nîmes et Montpellier. Tous domaines d'activité confondus (hors séance), le taux de fuite sur la zone d'attractivité est de 34%. En 2009 (chiffres PMSI 2009), plus de 14 200 séjours MCO ont été réalisés en dehors de la zone d'attractivité du CH pour des patients originaires de cette zone. Ces patients se tournent en priorité vers le CHU de Nîmes et le CHRU de Montpellier.

Dans ce contexte, le CHAC développe une stratégie médicale et soignante ambitieuse, structurée autour d'un établissement neuf, en partenariats, afin de développer son activité et de regagner des parts de marché, dans le respect du principe de subsidiarité et de la qualité de l'offre proposée aux patients du territoire de santé.

A.1 - UNE STRATEGIE MEDICALE DYNAMIQUE, POUR CONSOLIDER ET DEVELOPPER NOS ACTIVITES

Parmi ses activités médicales multiples, l'établissement par la voix de ses instances (Directoire, Commission Médicale d'Établissement, Conseil de Surveillance) a érigé certaines d'entre elles comme participant d'un développement stratégique (A.1.1). D'autres activités médicales au sein des pôles ont été identifiées comme à consolider (A.1.2). La stratégie médicale est enfin celle de la gestion de la rareté des ressources médicale (A.1.3).

A.1.1 - LES ACTIVITES MEDICALES EN DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE

A.1.1.1 - Les Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R)

A.1.1.1.1. - Les SSR sont désormais le pivot du système hospitalier français

L'engorgement des services de soins représente aujourd'hui une menace permanente, tant pour la santé immédiate des patients que pour la pérennité de nombreux établissements hospitaliers. L'un des principaux enjeux du système de santé réside donc dans sa capacité à fluidifier les différents parcours de soins des patients, défi auquel participent en grande partie les SSR.

Conformément à leurs missions, les SSR poursuivent les soins médicaux au patient et assurent des prises en charge globales de rééducation et de réadaptation, prenant en compte toutes les dimensions de la personne et de son environnement, dans un objectif final de réinsertion. Afin de lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale, sociale et professionnelle, les services de SSR vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier.

A.1.1.1.2. - L'offre de SSR est de fait au premier rang des priorités de la stratégie médicale du CHAC

Le projet du CHAC s'inscrit dans le constat partagé d'un manque certain de lits et places en SSR sur le territoire alsésien, confirmé dans le nouveau SROS-PRS⁵.

Dans la droite ligne des dernières dispositions réglementaires⁶, de la modification du SROS du Languedoc-Roussillon et dans un contexte d'extension du nouvel établissement, le CHAC a obtenu une autorisation d'activité de SSR polyvalent assortie de trois prises en charges spécialisées (affections du système nerveux ; affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance ; affections de l'appareil locomoteur).

⁵ « Le secteur d'Alsès est insuffisamment couvert en SSR », SROS-PRS, p. 85.

⁶ Décrets du 17 avril 2008 n°2008-376 (conditions techniques de fonctionnement) et n°2008-377 (conditions d'implantation).

Il a été décidé la mise en œuvre, à titre provisoire, du restant de cette autorisation en sus du locomoteur déjà installé. La réhabilitation de l'ancien bâtiment de psychiatrie, prévue pour recevoir 38 lits, a été lancée pour une ouverture prévue à la rentrée 2013.

Réponse incontournable à l'évolution du besoin de santé sur le territoire Alès-Cévennes, l'élargissement des filières spécialisées de prise en charge en SSR se traduit pour le CHAC par le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation pour une activité de SSR cardio-vasculaire. **Ce projet dispose du plein soutien** de la CHT dont l'objectif est de mettre en place une « *filiale structurée et régulée* »⁷.

A.1.1.2 - L'oncologie médicale et les chirurgies carcinologiques

A.1.1.2.1. - L'oncologie médicale

La convention signée en 2010 entre le groupe Oncogard et le CHAC signifie **le regroupement de toute l'activité d'oncologie médicale alésienne sur le site hospitalier**. L'arrivée des cinq médecins oncologues libéraux, motivée par la qualité et la sécurité des pratiques de l'hôpital, est génératrice d'un développement d'activité constant et complète l'offre médicale hospitalière existante en ce domaine. Ce partenariat va trouver une concrétisation matérielle avec l'ouverture début 2013 d'une unité de consultations publique/privée de 480 m² dans les murs de l'hôpital.

L'unité fonctionnelle d'oncologie ainsi constituée, associant praticiens publics et privés, fait intervenir huit oncologues. Cette organisation, gage de qualité et de continuité des soins, va permettre une prise en charge oncologique par spécialité d'organes. A court terme, des consultations pluridisciplinaires par discipline d'organe associant les compétences des acteurs privés et publics seront instituées de telle sorte que les patients pourront bénéficier d'une consultation d'annonce regroupant tous les acteurs de santé nécessaires à leur prise en charge, qu'ils soient chirurgiens, oncologues médicaux ou radiothérapeutes.

L'objectif à terme est de permettre aux patients cancéreux du territoire de santé Alès Cévennes de trouver sur place, à l'hôpital, une prise en charge optimisée, en concertation avec les sites de référence régionaux de recours. L'objectif est de faire diminuer le pourcentage de fuite en oncologie médicale et chirurgicale vers Nîmes ou Montpellier. La prise en charge radiothérapique nîmoise obligatoire depuis la fermeture du site alésien devrait apparaître à terme pour les patients comme un épisode de la prise en charge cancérologique alésienne.

Participant de la réorganisation de la chimiothérapie sur Alès appelée de ses vœux par l'ARS⁸, ce partenariat implique à terme une refonte du Comité Alésien de Cancérologie (3C).

⁷ Projet Médical de la C.H.T, p.10.

⁸ In SROS-PRS, p. 54 : « *L'offre de chimiothérapie doit être réorganisée à Alès* ».

Outre la poursuite de la participation aux essais thérapeutiques nationaux et internationaux, l'objectif poursuivi par l'unité d'oncologie médicale est également de développer **la prise en charge oncologique gériatrique**, dans le contexte d'un bassin de santé vieillissant. Le CHAC souhaite développer des actions conformément au plan cancer visant à aider les malades atteints de cancer et leurs proches en situation de fragilité sociale, familiale, économique ou de précarité, que ce soit pendant et/ou après leur maladie. De même, compte tenu de l'étendue du territoire de santé et de la baisse de la démographie médicale, une procédure de concertation avec les différents acteurs de santé est en cours de développement, visant à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Cette évolution devrait avoir également des conséquences sur l'unité d'hospitalisation complète d'oncologie. Le développement de l'hospitalisation à domicile sur le secteur d'Alès complète utilement le dispositif actuel de 15 lits d'hospitalisation complète.

Corollaire de ce développement de l'offre de cancérologie du CHAC, l'amélioration de la prise en charge des patients en soins palliatifs est une des priorités de l'établissement. Dans ce domaine, l'équipe mobile de soutien et de soins palliatifs (**EMSP**), mise en place en 2000, occupe une place centrale. Par ailleurs, l'objectif des lits identifiés en soins palliatifs (**LISP**), dont trois sur quatre sont situés dans le service d'oncologie médicale, est d'accueillir dans les meilleures conditions possibles ces patients soit pour la prise en charge de symptômes rebelles soit le temps d'un répit familial assorti d'une réorganisation du domicile. Face au développement continu de l'activité d'oncologie, l'extension du nombre de LISP sera à étudier.

Afin de structurer cette activité palliative, les objectifs institutionnels portent en outre sur le développement de la formation de référents en soins palliatifs dans les unités d'oncologie et de médecine 1, sur l'optimisation du retour à domicile et sur la poursuite de la mission de formation.

A.1.1.2.2. - Les chirurgies carcinologiques

Par ailleurs, la structuration de l'offre de cancérologie au CHAC s'est faite par l'obtention d'autorisations en chirurgie **carcinologique digestive et mammaire**, permettant une prise en charge de proximité de qualité. Pour cette dernière, le CHAC est la seule structure du bassin avec une équipe renforcée de gynécologues disposant des compétences chirurgicales requises. L'équipe médicale hospitalière est en outre pleinement investie dans la dispensation d'enseignements auprès des médecins du bassin (soirées, EPU, etc.), et travaille en harmonie avec celle du CHU de Nîmes, en allant y réaliser des actes nécessitant un plateau technique supérieur et/ou une réanimation postopératoire particulièrement lourde.

Le développement stratégique de la cancérologie dans son volet chirurgical passe par **l'obtention de nouvelles autorisations**, en complément des existantes pour lesquelles le développement d'activité est croissant sur les dernières années.

Respectant les orientations du SROS-PRS et les critères d'agrément de l'Institut National du Cancer (INCa), la demande d'autorisation d'activité de **chirurgie carcinologique gynécologique** s'inscrit dans la droite ligne de cette politique volontariste de développement de la cancérologie. Pour cette activité, le CHAC dispose donc d'un plateau technique neuf et d'une offre médicale qualifiée, compétente et unique sur le bassin depuis janvier 2011 et la fermeture de la maternité de la clinique de la ville.

Indispensable au vu des besoins du bassin de population et de ses spécificités géographiques, la reconnaissance de cette offre participe d'une réduction de la fuite de la patientèle alésienne. Dans le contexte de pénurie médicale grandissante, elle constitue également un élément d'attractivité pour de futurs praticiens.

Cette demande est en cohérence avec le plateau technique du CHU de Nîmes et le projet médical de la CHT. Ce dernier reconnaît le site alésien dans toutes ses composantes, comme il consacre le soutien du CHU de Nîmes au maintien des autorisations actuelles et au développement de nouvelles.

Le CHAC se positionne enfin par son recrutement médical pour obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de **chirurgie carcinologique urologique**, véritable nécessité sur le bassin de santé.

A.1.1.3 - Le développement de la chirurgie ambulatoire⁹

La chirurgie ambulatoire est considérée comme une « *priorité nationale, (...) un enjeu majeur de la structuration de l'offre de soin* »¹⁰. Le développement de la substitution de la chirurgie « classique » en chirurgie ambulatoire est l'axe majeur du volet chirurgie du SROS-PRS en Languedoc-Roussillon, et se retrouve clairement identifié dans le projet médical de la CHT¹¹.

A.1.1.3.1. - Des éléments contextuels favorables au développement

Les projections démographiques évoquées *supra* sont favorables : la croissance démographique régionale parmi les plus fortes de France s'inscrit dans la durée et résulte pour l'essentiel d'importants flux migratoires.

⁹ Le CHAC est inscrit de longue date dans l'alternative à l'hospitalisation complète au travers de **l'hospitalisation programmée en médecine (hospitalisation de semaine et de jour**, dont la conformité reste à obtenir).

¹⁰ Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

¹¹ « *la CHT Cévennes-Gard-Camargue, dans un souci d'efficacité des prises en charge, s'inscrit dans un projet collectif de développement de la chirurgie ambulatoire* », p. 27.

Par ailleurs, une tendance lourde à la substitution s'observe dans le monde, encouragée par les tutelles.

Enfin, des opportunités claires se manifestent, qui sont le transfert de l'oncologie sur le CH, l'arrivée d'un gastro-entérologue avec sa clientèle de ville, et les coopérations au niveau de la CHT pour certaines spécialités.

A.1.1.3.2.- Un potentiel de développement

Des potentiels de développement sont identifiés dans plusieurs domaines, comme en ophtalmologie, en ORL, en orthopédie, en viscéral, pour l'endoscopie digestive et enfin la pose de chambres implantables.

L'ouverture du nouvel hôpital a permis de repenser l'organisation, la dimension capacitaire et la typologie des patients et leur prise en charge.

Les objectifs de développement de cette modalité de prise en charge sont les suivants :

- un taux de rotation cible supérieur ou égal à 110%
- un taux de substitution cible de +20%
- un objectif de part de marché à 5 ans situé entre 27 et 38%
- un objectif à 5 ans de 2500 à 3500 séjours.

Atteindre ces objectifs de développement d'activité passe par un renforcement de la substitution et le développement d'activités nouvelles. Pour accompagner ce développement, l'établissement participe également au benchmark régional simultané des blocs opératoires et des Unités d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (UACA) organisé par l'ARS. De plus, le pôle Chirurgie Mère Enfant s'est inscrit dans le dispositif « Pôles d'excellence » avec notamment le projet de développement de la chirurgie ambulatoire qui a été retenu.

Le CHAC a fait de certaines activités médicales des priorités institutionnelles. D'autres disciplines médicales sont en développement, portées par les pôles auxquelles elles appartiennent.

A.1.2 - LES ACTIVITES MEDICALES A CONSOLIDER ET DEVELOPPER AU SEIN DES POLES

Chacun des six pôles d'activité du CHAC a établi pour les cinq années à venir des priorités de développement, motivées pour beaucoup par l'entrée dans le nouvel hôpital et liées pour la plupart à la phase opérationnelle du projet médical de la C.H.T.

A.1.2.1. - Le pôle Soins Aigus

A.1.2.1.1. - Réanimation

Le renouvellement de l'appareil d'hémodynamique permettra l'analyse de critères de surveillance supplémentaires au bénéfice des patients.

Le développement des explorations non invasives et en particulier de l'échographie est priorisé par la formation progressive de l'ensemble des médecins.

L'ouverture de consultations de réanimation est prévue à raison de 2 demi-journées par mois. Ces consultations sont destinées à assurer le suivi post hospitalisation, concernant plus particulièrement les patients ayant subi des suppléances d'organes, de moyenne ou longue durée.

A.1.2.1.2. - Urgences – SMUR – UHCD

Les projets de ce service concernent en premier lieu l'**Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)**. L'objectif premier est de fluidifier les passages dans cette unité en diminuant la durée de séjour. Il s'agira également de signaler et évaluer les séjours inadaptés. Par ailleurs, la réflexion porte sur la mise en place de consultations spécialisées dans les premières heures du matin afin d'orienter les patients hébergés vers leurs services respectifs au plus tôt. Enfin, le travail portera sur l'optimisation de la prise en charge de la pathologie neuro-vasculaire selon les dernières recommandations de l'HAS avec une formation médico-paramédicale et sécurisée par le réseau de transmission d'images en collaboration avec le CHU de Nîmes et son équipe de neurologues. Pour cet objectif spécifique, la réflexion inclura le rôle du SMUR.

Le projet du SMUR est d'améliorer la prise en charge des polytraumatisés par une mise en place de protocole de transfert vers le CHU de Nîmes en accord avec le médecin régulateur et d'améliorer la prise en charge des patients restant au CHAC avec les différents spécialistes de notre établissement (réanimateurs et équipes médico-chirurgicales). La réflexion portera également sur l'optimisation de la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus. Enfin, il convient de continuer la formation du personnel pour la prise en charge des détresses vitales en s'inscrivant dans une démarche qualité.

Plus généralement, une réflexion sur l'adaptation des locaux (en particulier le secteur chaud et l'accueil par l'IAO) devra permettre d'apporter des réponses mieux adaptées à la prise en charge des urgences.

A.1.2.1.3. - Cardiologie

En cohérence avec le SROS-PRS, la reconnaissance contractuelle de l'**Unité de Soins Intensifs Cardiologiques** (USIC) l'est également avec le projet médical de la CHT Cévennes-Gard-Camargue, qui vise au confortement de l'USIC alésienne notamment à travers le renforcement des équipes médicales de cardiologie (assistants spécialistes) et la mise en place des transports infirmiers inter-hospitaliers.

Les **autres perspectives de développement** portent sur le développement de l'échographie de stress et de l'éducation thérapeutique et la réadaptation ambulatoire. Enfin, les échographies cardiaques seront faites dans un premier temps en interne au lit du patient puis dans un second temps en externe de façon à mieux cibler les hospitalisations. Ainsi, à terme, l'objectif est de développer des réseaux extra hospitaliers afin de désamorcer les situations en amont.

A.1.2.1.4. - Pneumologie

Outre la consolidation de l'activité existante, les **enjeux de développement** dans le nouvel hôpital portent sur plusieurs points :

- Assurer l'accueil des hospitalisations non programmées en collaboration avec le service des urgences et fidéliser la filière médecine de ville-pneumologie
- Optimiser le plateau technique et le rendre plus performant pour les besoins de la population alésienne
- Maintenir et développer la filière de la fibroscopie interventionnelle (pose de prothèse trachéale et / ou bronchique, résection au laser ...) avec le service du Dr DUTAU (Sainte Marguerite - Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille)

Par ailleurs, le **module de plateau technique permet de nombreuses perspectives de développement**, comme le développement de la pleuroscopie en collaboration avec les chirurgiens thoraciques du territoire, de la fibroscopie bronchique avec l'autofluorescence dans le cadre du dépistage des lésions pré-cancéreuses, la consolidation de la kinésithérapie respiratoire et enfin le développement de l'éducation thérapeutique des patients, dans le cadre du Groupe de Coordination de l'Education Thérapeutique.

A.1.2.2. - Le pôle Chirurgie - Mère - Enfant

A.1.2.2.1. - Anesthésiologie

Le renforcement de l'équipe d'anesthésiologie permet une réponse et une prise en charge adaptées à l'augmentation d'activité des autres disciplines du Pôle, avec un souci d'adaptation aux nouvelles techniques (échographie pour ses applications en anesthésie loco régionale) en tenant compte des critères de qualité et de sécurité pour les patients.

Cette activité transversale au sein du pôle fait l'objet d'une attention particulière quant à ses effectifs.

A.1.2.2.2. - Bloc opératoire

L'objectif principal est une organisation optimale du programme opératoire permettant une efficacité dans la gestion des lits d'hospitalisation. Pour accompagner ce développement, l'établissement participe également au benchmark régional simultané des blocs opératoires et des Unités d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (UACA) organisé par l'ARS.

A.1.2.2.3.- Traumatologie orthopédie

Les activités à développer sont essentiellement orthopédiques avec la chirurgie du genou et de l'épaule (PTG, ligamentoplastie, etc.). La mise en place d'une consultation « rachis » permet d'envisager une activité chirurgicale avec l'apport des nouvelles techniques.

Une politique de communication envers les médecins généralistes sera mise en place afin de répondre au mieux aux besoins des patients et du territoire.

A.1.2.2.4. - Chirurgie générale

L'objectif de la chirurgie digestive est le développement en quantité et qualité des interventions pratiquées actuellement (chirurgie biliaire, chirurgie colorectale, chirurgie de paroi, etc.) ainsi que le développement de stomathérapie en associant la formation des personnels.

A.1.2.2.5. - Gastro-entérologie

Les objectifs de développement sont pluriels : développer l'activité en ambulatoire répondant à 50% des besoins du bassin ; développer la prise en charge de la pathologie jusqu'à couvrir 80% des besoins du bassin ; développement de la vidéo capsule si la prise en charge peut se faire en ambulatoire ; développement des biopsies transjugulaires et des coloscopies virtuelles, en collaboration avec les médecins radiologues.

A.1.2.2.6. - Néonatalogie et pédiatrie

La reconnaissance par l'ARS d'une **unité de néonatalogie de niveau II A** de six lits vise à offrir l'accès le plus large possible aux soins aux nouveau-nés dans le souci d'éviter la séparation mère-enfant et l'exclusion dans les situations de précarité potentielle source de maltraitance ultérieure, à limiter les transferts source d'aggravation du risque médical, à favoriser les retours précoces après un passage en niveau 3 et à maintenir une équipe pédiatrique homogène et compétente pour satisfaire les normes sécuritaires au profit de la pédiatrie, de l'urgence et de la néonatalogie.

Les objectifs de l'unité de pédiatrie sont de répondre aux besoins du bassin sanitaire pour la prise en charge des enfants nécessitant une hospitalisation ou un avis spécialisé (en lien avec les médecins généralistes et le service des urgences) ; de renforcer l'activité de consultations et le développement de thématiques spécialisées (pathologie respiratoire, pathologie neurologique, trouble de l'apprentissage, obésité de l'enfant, diabète) ; de renforcer la collaboration avec la maternité, par la présence d'un Pédiatre en salle de naissance lors de naissance à risque, par le soutien des actions d'éducation et d'assurer une consultation de nouveau-nés, nés à la maternité, nécessitant un suivi particulier.

Par ailleurs, une consultation neurologique (trouble de l'apprentissage, pathologie neurologique, suivi de nouveau-nés à risques niveau 2) a été mise en place, tout comme des actions d'éducation thérapeutique avec l'obtention de 2 DU d'éducation.

A.1.2.2.7. - Gynécologie-obstétrique

Les objectifs de la seule maternité du bassin d'Alès depuis janvier 2011 sont :

- Développement du travail en réseau avec les sages femmes libérales et les médecins généralistes pour le retour précoce à domicile,
- Proposition systématique d'entretien prénatal précoce aux femmes enceintes dès l'établissement de la déclaration de grossesse,
- Maintien de la consultation de tabacologie destinée aux femmes enceintes dans le cadre du projet « Maternité sans tabac »,
- Participation au projet régional « addictions et grossesse »
- Informatisation du dossier de consultation de gynécologie,
- Maintien des staffs quotidiens le matin
- Promotion et soutien de l'allaitement maternel
- Développement de la collecte de sang du cordon ombilical, dans le cadre de la convention avec la banque de sang placentaire du CHRU de Montpellier.

A.1.2.2.8. - Ophtalmologie

Le potentiel de développement de cette activité est particulièrement marqué en ambulatoire et très nettement centré sur la prise en charge de la cataracte. 33% de cette chirurgie, soit 550 séjours par an, est réalisé en dehors de la zone d'attractivité du CHAC. L'établissement, avec le recrutement d'un praticien temps plein, structure cette activité dans ses aspects chirurgicaux et de consultation. Le CHAC s'est doté d'un matériel de dernière génération pour la prise en charge de la chirurgie de la cataracte ainsi que des équipements pour les consultations d'ophtalmologie pédiatrique, du glaucome, des maladies rétinienne et la rétinopathie diabétique ainsi que les pathologies vasculaires, inflammatoires et infectieuses oculaires.

A.1.2.3. - Le pôle Médecine

A.1.2.3.1.- Une activité à soutenir : la neurologie

Compte tenu de la fréquence élevée des pathologies neurologiques, le développement d'une offre de soins qualifiée en neurologie apparait comme un enjeu majeur pour l'hôpital et plus particulièrement le pôle médecine, dans le cadre d'une filière AVC structurée au sein de la C.H.T.

Ses missions seront les suivantes :

- Participer à la prise en charge des pathologies neurologiques hospitalisées dans les unités de soins de l'hôpital (neurologue référent pour l'établissement), garantissant une certification du CH pour la prise en charge de proximité des AVC
- Participer à la prise en charge des urgences neurologiques pendant les jours et heures de présence (sur appel des urgentistes)
- Développer une consultation externe de neurologie (neurologues référents pour la ville) avec possibilité d'utiliser l'unité d'hospitalisation programmée de jour ou de semaine pour explorations complexes ou traitements programmés nécessitant une surveillance hospitalière.
- Développer les explorations fonctionnelles de neurologie
- Promouvoir l'organisation de la filière neurologique avec le CHU de Nîmes (AVC ...)
- Participer au fonctionnement du SSR Neurologique sur le site.

A. 1.2.3.2. - Les activités à consolider :

A.1.2.3.2.1 - La gériatrie

L'objectif est d'assurer une prise en charge globale de la Personne Agée. Le CHAC s'est donc orienté vers une consolidation de ses différentes activités dans la perspective d'une mise en place de filières de prises en charge tant internes qu'externes.

L'unité de Court Séjour Gériatrique :

La reconnaissance de 2 places d'hospitalisation de jour gériatrique permettra de réaliser le bilan des pathologies démentielles ou d'autres pathologies chroniques gériatriques.

La consultation mémoire :

L'objectif, en accord avec le Contrat de Labellisation, est de raccourcir les délais de rendez-vous et d'augmenter le nombre de diagnostic au stade modéré.

L'Equipe Mobile de Gériatrie :

La pérennisation de l'équipe permettra de consolider ses missions, avec notamment l'amélioration de la régulation des urgences gériatriques par des interventions directes aux urgences.

A.1.2.3.2.2. - La médecine interne

Les maladies métaboliques et endocriniennes

Le diabète et les maladies métaboliques représentent une activité importante et historique du pôle médecine (unité de médecine 1), avec une file active des patients diabétiques de l'ordre de 1500 personnes.

Sur les cinq prochaines années, les objectifs sont de consolider l'organisation d'une consultation multidisciplinaire hebdomadaire du pied diabétique, de développer l'éducation thérapeutique, de maintenir la reconnaissance du CH comme centre de référence de proximité en diabétologie et de poursuivre les activités de formation continue animées par l'équipe de diabétologie du CH organisées en partenariat avec les soignants libéraux du territoire de santé.

Les maladies infectieuses

Leur fréquence est amenée à progresser compte tenu du développement de certaines pathologies prises en charge dans l'hôpital: diabète, neutropénies en oncologie et en hématologie, immunodépresseions occasionnées par les biothérapies, etc.

Le recrutement d'un praticien interniste, qualifié en infectiologie, participe d'une activité transversale de référent en thérapeutique anti-infectieuse et de consultation externe en maladies infectieuses. La prise en charges d'infections lourdes ou complexes s'effectue en lien avec le service de maladies infectieuses du CHU de Nîmes, centre de compétence pour les infections ostéoarticulaires.

Le **CDAG-CIDDIST** mène un intense travail avec les réseaux et les associations pour développer les actions de prévention et améliorer l'accès au dépistage des populations les plus en difficulté.

L'hématologie

L'objectif est de développer une activité d'hématologie (bilan diagnostique et complications des traitements) dans une unité de médecine interne du CH identifiée comme site de recours, et de créer une filière avec les médecins généralistes, l'unité de médecine interne référente du CH et le service d'hématologie du CHRU de Montpellier.

Les pathologies addictives

Les perspectives d'évolution et d'adaptation portent sur le renforcement et la diversification de l'offre de soins (tabac, alcool, jeux), le renforcement des liens avec la Maternité dans le cadre des consultations externes et inter-service en Addictologie, la consolidation du réseau Ville Hôpital Alcool et la poursuite des consultations avancées d'addictologie sur le Bassin Grand Combien.

A.1.2.3.3. - Les activités à développer

La néphrologie

Les hospitalisations en médecine concernent essentiellement la néphrologie chronique et regroupent principalement trois domaines qui sont le rein diabétique, l'insuffisance rénale chronique et les troubles hydro-électrolytiques fréquents chez les personnes âgées. Leur prise en charge bénéficie de la collaboration entre médecins du CHAC et néphrologues de l'AIDER, collaboration qui a vocation à se poursuivre. Le développement de la néphrologie au CHAC passe également par la garantie d'une capacité d'accueil en hospitalisation et la consolidation des consultations externes.

La rhumatologie

Dans le cadre de la C.H.T, l'objectif est de développer une offre de soins de proximité notamment dans le domaine de l'immuno-rhumatologie et des biothérapies. Le projet est fondé sur la création d'une consultation de rhumatologie au CHAC par un rhumatologue de CHU et une prise en charge des patients dans une unité de médecine coordonnée par un médecin interniste référent du CHAC.

A.1.2.4. - Le pôle Génie médical

Le Pôle Génie médical propose une offre variée, de l'aide aux diagnostics à la prise en charge thérapeutique, sociale et qualitative des patients.

A.1.2.4.1 .- La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse :

La PUI s'investit pleinement dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, par plusieurs actions comme la réorganisation de la dispensation nominative avec mise en place de préparateurs référents dans les services de soins, la participation et l'animation de la commission de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la participation aux travaux de l'OMEDIT sur la sécurisation de la prise en charge de l'HAD.

L'informatisation du circuit du médicament :

Le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux dans tous les services s'articule parfaitement avec la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il est prévu l'intégration par les pharmaciens de protocoles médicamenteux dans PHARMA¹² pour d'une part uniformiser les pratiques et d'autre part apporter une aide à la prescription. Les pharmaciens ont également écrit et mis en place un manuel qualité spécifique à cette activité.

La pharmacie clinique :

La présence du pharmacien lors de la visite de services ciblés est régulière. Elle permet une collaboration avec les médecins dans l'aide à la prescription. Ceci permet au pharmacien d'avoir une vision clinique du patient. Pour les rétrocessions, une consultation pharmaceutique est organisée : le patient est rencontré et des informations sur le traitement délivré lui sont données, sur les interactions, les modalités de prises, etc. Cette consultation pharmaceutique participe de l'éducation thérapeutique du patient.

¹² Pharma est un logiciel de prescription nominative de médicament.

Dispositifs médicaux : La prise en charge des plaies et de la cicatrisation :

Le travail mené comporte plusieurs volets : formation des équipes soignantes, travail sur le référencement des pansements pour plaies chroniques au sein de l'hôpital, mise en place d'outils d'aide à la prise en charge des plaies et à la bonne utilisation des pansements.

Stérilisation :

La mise en place de la traçabilité de la pré-désinfection de l'instrumentation des blocs opératoires à l'aide du logiciel écosoft permettra l'obtention du lien entre le patient et les instruments utilisés lors de son intervention (Instruction prion 2011).

La pharmacie actrice de la coopération entre professionnels de santé :

Les pharmaciens hospitaliers ont lancé avec l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Pharmacien du Languedoc-Roussillon un projet de coopération visant les patients du bassin sanitaire alésien pris en charge alternativement en ambulatoire et à l'hôpital, en particulier les patients présentant des pathologies chroniques.

Ce projet se traduira par la création d'une banque de données spécifique pharmaciens au sein du système d'information du CHAC, par la prise en compte de la pharmacie référente dans le dossier d'hospitalisation du patient, par la mise en place d'une messagerie sécurisée pour les relations ville-hôpital et par la formation pluriprofessionnelle des pharmaciens.

A.1.2.4.2. - Le Laboratoire de Biologie Médicale (LBM)

Les évolutions techniques et la politique qualité :

Sur la période concernée, le LBM du CHAC va connaître des évolutions techniques avec l'arrivée de nouveaux automates en immuno-hématologie, hématologie cellulaire et microbiologie pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Un projet de biologie moléculaire et/ou de spectrométrie de masse pour le diagnostic microbiologique est en cours, permettant d'accroître la rapidité du diagnostic.

Un autre projet est celui du développement de la cytométrie en flux pour le suivi de la cohorte des patients VIH par les internistes du CHAC +/- l'aide au diagnostic des leucémies aiguës et chroniques.

Le LBM est par ailleurs investi dans une démarche qualité obligatoire qui doit aboutir en 2016 sur l'accréditation du laboratoire.

A.1.2.4.3. - L'imagerie médicale

L'établissement cherche, non seulement à évoluer de façon à proposer aux patients un accès à une technologie de pointe capable d'autoriser des thérapeutiques adaptées de qualité, mais aussi à assurer la pérennité de ses services par le maintien d'un degré d'attractivité médical fort dont le préalable est la qualification de ses services.

Disposant d'un service d'imagerie médicale entièrement numérisé pour une interprétation plus rapide et davantage de sécurité pour le patient, le CHAC a mis en fonctionnement à l'entrée dans le nouvel hôpital un scanner haute définition adapté à toutes les indications cliniques, avec une ouverture de tunnel plus importante pour une prise en charge plus confortable.

Par ailleurs, l'installation d'une IRM fixe permet de répondre aux impératifs de santé publique qui consistent à garantir la qualité et la sécurité des soins, répondre aux objectifs et aux préconisations déterminées par le SROS, améliorer l'accessibilité aux soins, garantir la permanence de l'accès aux soins et assurer une meilleure coordination avec les autres établissements de santé.

A.1.2.4.4.- L'hygiène hospitalière

Garante d'une gestion du risque infectieux de qualité pour la sécurité et le confort des usagers, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière accompagne les pôles dans la mise en œuvre des actions de prévention, de formation, de surveillance et d'évaluation des infections associées aux soins. Elle porte également la volonté d'une meilleure performance sur l'établissement, les EHPAD rattachées et les établissements partenaires.

A.1.2.4.5.- Les archives médicales

Le logiciel HYDMEDIA va permettre d'archiver électroniquement les documents papier et de les rendre accessibles en tous lieux au sein de l'établissement.

A.1.2.5. - Le pôle Psychiatrie

A.1.2.5.1. - Les secteurs de psychiatrie adulte

Les principales pistes de travail touchant spécifiquement à l'organisation des secteurs

Les Centres Médicaux Psychologiques (CMP) et les Urgences représentent les portes d'entrée principales dans le soin. Une de leur première réflexion commune doit être de s'interroger sur les circuits qui permettent aux patients d'accéder au soin (relations avec les professionnels adresseurs, accessibilité au soin). Les articulations entre l'Unité de Psychiatrie de Liaison et d'Urgence (UPLU) et les CMP doivent être interrogées, surtout quand il s'agit d'orientations de l'UPLU vers le CMP mais aussi, plus rarement, quand il s'agit d'adresse de la part des CMP dans

des situations d'urgence.

Le travail porte aussi sur les moyens mis à disposition des CMP, notamment celui d'Alès avec la recherche active d'une nouvelle localisation.

Les pistes de travail portant sur la politique de coopération des secteurs avec d'autres acteurs.

Avec l'hôpital, les médecins traitants sont les acteurs essentiels des soins primaires, y compris dans le domaine de la santé mentale. Les secteurs de psychiatrie adultes doivent donc, avec l'accord des patients, rechercher les pistes de la meilleure coopération possible avec les médecins traitants, à chaque étape du parcours de soins des patients.

Le constat est fait d'un accueil croissant dans les unités d'entrants de patients présentant une maladie alcoolique comme pathologie principale. La prise en charge hospitalière de ces patients s'avère difficile, tant du fait de la spécificité de leur problématique que de l'organisation des soins au sein des unités, plus centrée sur la prise en charge des patients psychotiques ou présentant des troubles psychiatriques. Une réflexion doit donc être menée avec le pôle de médecine et le réseau addictologie quant aux modalités de prise en charge en hospitalisation temps-plein de patients présentant de manière prévalente des troubles liés à l'alcoolisme.

Un travail sera également mené dans le sens de la reconnaissance officielle d'une unité de géronto-psychiatrie dans le cadre du prochain CPOM.

A.1.2.5.2 .- Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

La création d'hôpitaux de jour :

Le projet de réorganisation porté par le médecin chef de secteur est d'ouvrir deux autres hôpitaux de jour en sus de la Rose Verte (Alès) et de la Maison Lune (Le Vigan¹³), ce qui permettrait l'articulation des quatre CMP à quatre hôpitaux de jour.

La création d'un hôpital de jour pour les adolescents sur Alès permettrait de préparer, de temporiser, pallier ou éviter une hospitalisation temps plein sur l'unité de Nîmes très occupée.

Un hôpital de jour enfants (et adolescents) sur le territoire Nord du secteur apparaît aussi comme une nécessité.

¹³ Ce dernier devant être relocalisé sur Saint Hippolyte du Fort.

La mise en place d'un réseau clinique pluri-institutionnel du lien, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent :

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 soutient de façon claire la politique de secteur et le développement de coordinations accrues entre les différents acteurs ou institutions, pour faciliter l'accès aux soins et réduire les ruptures dans les parcours de soins, et ce en particulier pour la pédopsychiatrie.

Ce projet de réseau a pour ambition la mise en place d'un dispositif garantissant de meilleures articulations et le développement de processus de liaison entre toutes les institutions missionnées auprès de l'enfant et de sa famille (médecins généralistes et spécialistes, structures de soin, structures d'accueil scolaire et pré-scolaire, structures et services socio-éducatifs, juge des enfants et services d'assistance éducative et judiciaire, orthophonistes et psychologues libéraux, associations de parents, associations culturelles et sportives).

Les actions de ce réseau pourraient s'orienter selon trois axes : rencontres pluri-institutionnelles, supervisions, formations communes.

A.1.2.6. - Le pôle Personnes Agées

L'augmentation du nombre de personnes âgées et de la prévalence des polyopathologies d'équilibre fragile entraîne des décompensations rapides et graves de l'état de santé avec l'apparition de la perte d'autonomie fonctionnelle et sociale.

Le premier facteur de décompensation lié à l'âge est **la cascade polyopathologique**. Une affection intercurrente bénigne ou une décompensation d'une seule déficience peut déclencher une réaction en chaîne de déficiences d'organes ou de fonctions et soudain en quelques jours ou quelques semaines une personne autonome peut devenir totalement dépendante.

La croissance exponentielle des démences de type maladie **d'Alzheimer** et maladies apparentées représente le deuxième facteur le plus important de perte d'autonomie.

Les autres situations de perte d'autonomie recouvrent les situations de handicap préexistantes avant soixante ans, qui ne sont pas spécifiquement gériatriques mais qui demandent des réponses médicosociales et médicales de même type.

Le projet médical du pôle « personnes âgées » propose des réponses de degré différent de médicalisation face à ces défis que sont la cascade polyopathologique, la maladie d'Alzheimer et les personnes handicapées adultes vieillissantes.

Pour la maladie d'Alzheimer, plusieurs types de réponse sont à considérer en fonction du stade de la maladie. Le diagnostic précoce en Consultation Mémoire suppose en plus des traitements pharmacologiques, l'organisation d'une aide sociale, mais aussi une « prescription » géronto-technologique, une prescription ergothérapeutique de soutien aux aidants.

Le répit de l'aidant et l'aide psychothérapique supposent des lieux d'écoute et de projet de vie, qui sont les axes de référence dans les différentes offres de prise en charge. Ces dernières sont organisées au sein du pôle personnes âgées **par la filière Alzheimer**, proposant, 19 places d'accueil de jour, 3 lits d'hébergement temporaire spécialisé (positionné sur la structure du Cantou) et l'hébergement définitif spécialisé. (42 lits sur le Cantou et 10 lits sur le Castellás).

Deux types d'organisations nouvelles peuvent être développés dans le cadre du pôle personnes âgées :

- Les PASA : Pôles d'Activité et de Soins Adaptés
- Les UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

Le projet d'obtenir la labellisation **UHR** pour une aile de 15 résidents du Cantou permettrait d'offrir une palette complète de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés dans un environnement sécurisé.

Le projet médical de la structure ainsi que le projet de soins mettent en avant l'organisation du bâtiment en constituant des ailes de 15 résidents chacune proposant une prise en charge appropriée à plusieurs niveaux de la maladie. 2 ailes pourraient alors accueillir les résidents déambulants et ayant des troubles modérés du comportement, la troisième aile « UHR » accueillerait les résidents à fort potentiel de troubles sévères du comportement.

L'avantage de la structure est de pouvoir faire bénéficier à toutes les ailes des salles spécifiques d'activités, d'une sécurisation des résidents à l'intérieur de chaque aile tout en permettant l'échange avec les autres ailes dans une partie centrale elle aussi sécurisée.

L'accompagnement thérapeutique médical et paramédical sera mutualisé sur la structure afin d'homogénéiser les pratiques des soignants.

Un **PASA** pourra être envisagé dans un deuxième temps sur la structure du Cantou ou sur un autre site du pôle personnes âgées, afin de permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de bénéficier d'une prise en charge diversifiée selon leurs besoins s'inscrivant pleinement dans la filière Alzheimer : accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement complet sécurisé, UHR et PASA.

Le pôle personnes âgées développe également **des relations avec l'extérieur**. Il veut ainsi s'ouvrir à une organisation en réseau gérontologique avec les différentes structures médico-sociales existantes et à venir comme les CLIC, les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ou d'autres établissements d'hébergement.

L'organisation de cycle de rencontres gérontologiques organisées avec la filière gériatrique (Court séjour et consultation mémoire) à destination des soignants libéraux médecins

généralistes, infirmiers et services à domicile est également en projet.

A.1.3 - L'ENJEU DE LA GESTION DE LA RARETE MEDICALE

Conduire une stratégie médicale dynamique est indissociable d'une politique de recrutement volontariste, dans un contexte de démographie médicale déprimée.

A.1.3.1. - Une démographie médicale globalement déprimée

En 2010, le conseil national de l'ordre des médecins a publié son "Atlas de la démographie médicale française" qui confirme notamment la perte d'attractivité du secteur libéral : seulement 8,6% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009 ont choisi d'exercer en secteur libéral.

Le même atlas indique que le tableau de l'Ordre des médecins recense 264 466 médecins dont 48 321 retraités. En trente ans, les effectifs de retraités ont augmenté de 563% alors que les actifs n'enregistraient que 92% d'effectifs en plus. Bien que la France fasse partie des pays européens les mieux dotés en terme de démographie médicale, la question du renouvellement des générations est plus que jamais d'actualité. Les pouvoirs publics se sont saisis de cette question, avec à l'appui un certain nombre de rapports et missions comportant des préconisations plus ou moins coercitives à l'égard de la médecine libérale.

Dans ce contexte, les établissements de santé sont confrontés eux aussi à la problématique du recrutement médical, particulièrement dans certaines disciplines (anesthésie, radiologie notamment) où le recours à l'intérim est devenu pratique courante.

Face à cette situation, le CHAC se mobilise dans le cadre de la CHT pour attirer et fidéliser de nouveaux praticiens.

A.1.3.2. - Des raisons d'espérer

Comme la plupart des établissements français, le CHAC est confronté à une certaine pénurie médicale, touchant plus particulièrement certaines spécialités. Cette situation conduit à anticiper certains départs à la retraite et entraîne une politique active de recherche de praticiens. Cette politique suppose une réflexion commune, dans le cadre de la C.H.T en premier lieu, sur les conditions de recrutement des praticiens, au regard notamment des nouveaux dispositifs statutaires créés par la loi HPST.

Le CHAC s'inscrit également dans une volonté de développer la formation médicale par une

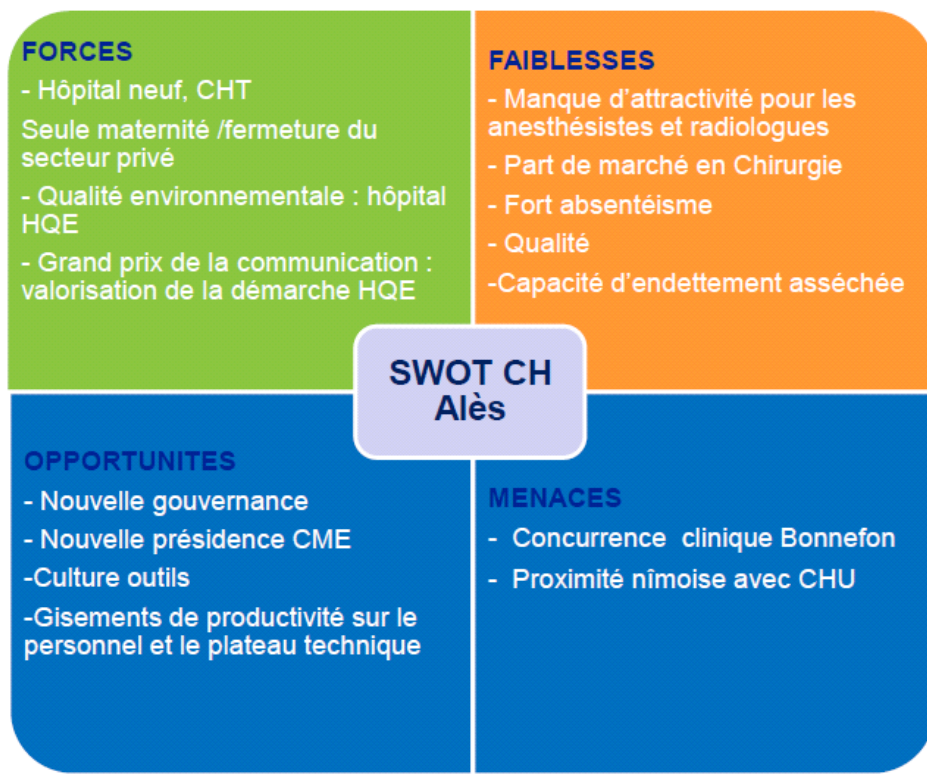
ouverture de 4 postes supplémentaires offerts aux internes et la multiplication d'agrément dans de nouvelles spécialités.

Le recrutement de praticiens se double également d'une action pour les fidéliser. Entreprise au plan de l'établissement, cette action s'exerce également dans le cadre territorial de la C.H.T. Les actions de fidélisation reposent en effet aussi sur des mesures non statutaires, touchant aux conditions d'exercice des praticiens et à leurs possibilités de développement professionnel. A cet égard, l'accès aux techniques innovantes du CHU participe de cet objectif, de même que les mesures destinées à faciliter l'exercice des fonctions multisites.

A.2. - UNE ORGANISATION PERFORMANTE CENTREE SUR LE PATIENT

Le CHAC est investi de longue date dans une organisation de la prise en charge centrée sur le patient. Cet engagement trouve écho auprès de la démarche performance initiée par l'ARS.

Plusieurs rencontres entre le CHAC et l'ARS ont permis d'établir un diagnostic partagé sur l'établissement, véritable « *démarche de l'établissement pour l'établissement* » centrée sur l'organisation, la qualité de la prise en charge et l'amélioration « rapide » des résultats.



Parmi les thématiques de travail retenues pour ce projet d'Amélioration de la Performance suite à la validation de ce diagnostic et engageant l'établissement sur les années à venir, celle relative à la gestion des lits participe de l'amélioration de l'organisation et des modes de prise en charge des patients (A.2.1). Elle s'inscrit par ailleurs dans une recherche d'efficience consacrée par le projet de soins du CHAC (A.2.2)

A.2.1. - AMELIORER L'ORGANISATION ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR UNE GESTION DES LITS PERFORMANTE

Centrée sur les pôles Chirurgie-Mère-Enfant, Médecine et Soins Aigus, la phase d'autodiagnostic a permis d'établir le plan d'actions suivant, reprenant certaines actions déjà engagées par l'établissement.

A.2.1.1. - Définir une organisation institutionnelle et structurée de la gestion des lits

Définition des responsabilités :

Face au triple constat du manque d'homogénéisation du processus de gestion des lits (acteurs, rôle et responsabilités, périmètre, déclenchement et durée, communication, lien avec les urgences), de temps de passage élevés aux urgences et à l'UHCD avant hospitalisation et à l'absence de coordination institutionnelle pour cette gestion, il est décidé d'identifier un acteur responsable de la définition et de la mise en œuvre institutionnelle d'une « fonction » gestion des lits

Optimisation de l'utilisation du système d'information :

Face à l'absence d'outil généralisé de gestion des lits, l'objectif à atteindre est celui d'un outil de gestion des lits unique, pour tous, pratique, efficient et fiable. Une fois cet outil choisi, qu'il s'agisse d'un logiciel du marché ou d'un module d'Hexagone¹⁴, il sera déployé avec une formation de tous les acteurs.

Définir l'organisation lors d'une situation d'hôpital sous tension :

Cette action va amener en interne à établir une cartographie des processus de la fonction de gestion des lits en pareille situation. Des partenariats seront conclus avec des EHPAD/USLD et des SSR, en lien avec les modalités du projet Trajectoire, permettant des possibilités d'accueil rapides et simplifiées (y compris des accueils depuis les urgences sans hospitalisations en MCO).

¹⁴ Hexagone : logiciel administratif gestion patients

A.2.1.2. - Définir un périmètre programmé/urgence à géométrie variable

Les objectifs sont de réguler l'accès aux lits et améliorer la visibilité en :

- diminuant le temps de passage aux urgences,
- facilitant la programmation des séjours en visualisant l'occupation réelle et prévisionnelle des lits,
- optimisant le taux d'occupation,
- limitant le taux d'hébergement,
- minimisant les pertes de recettes liées aux transferts par manque de place et aux hébergements sur des lits plus coûteux.

A.2.1.3. - Augmenter la réactivité de l'imagerie et des consultations spécialisées

L'objectif est de fluidifier la prise en charge par les plateaux techniques imagerie et consultations spécialisées afin de réduire les temps d'attente générateurs d'augmentation de la DMS.

Pour cela, plusieurs actions vont être mises en œuvre :

- programmation d'une EPP « Analyse de la pertinence des examens lourds en fin de séjour »,
- rédaction d'une procédure institutionnelle pour les circuits de demande et de réponse,
- proposition de modifications d'organisation interne (plages horaires pour les patients hospitalisés programmés, hors hospitalisations en ambulatoire, avant 8h et après 17h ; insertion des patients « non programmés » et des patients en urgence ; plages horaires pour les patients externes programmés),
- proposition de traçage du retour au service de soins, avec éventuelles modifications de l'outil de planification (Sirilog et Ultragenda),
- création et mise en place d'indicateurs de dépassement des délais, avec définition institutionnelle de bornes,
- conclusion et mise en application de contrats entre l'imagerie et les services de soins et entre les consultations et les services de soins, avec anticipation du besoin en imagerie/consultations spécialisées dès l'entrée du patient en fonction de la pathologie (et mise à jour à chaque visite médicale) et engagement au respect des bornes des indicateurs de dépassement des délais.

A.2.1.4. - Améliorer la coordination entre service social et services de soins

L'objectif est un développement de la coordination entre le service social et les services de soins pour maîtriser la durée des séjours. Pour cela, le plan d'action prévoit notamment la mise en place d'un diagnostic social précoce avec utilisation par l'IDE de la grille d'appel rédigée par le service social et la mise en place d'un traçage du suivi des dossiers par le service social, avec prise en compte de la date prévisionnelle de sortie.

A.2.1.5. - Modifier l'organisation actuelle des sorties

Plusieurs actions vont être engagées pour favoriser l'accueil des entrées provenant des urgences le matin :

- intégration dans les contrats de pôle d'un engagement à éliminer les journées supplémentaires « en attente » et désengorger les urgences :
 - libérer au minimum 2 lits par groupe de 30 lits chaque jour
 - préparer les sorties à J-1 (courriers de sortie, appel transport et annonce au patient et à sa famille) avec mise en place d'une check list des documents de sortie
 - organisation des sorties avant 12h
 - organisation des sorties possibles le WE (samedi en établissement d'aval et samedi/dimanche pour les retours à domicile).
- renseignement systématique de l'item « perspective de sortie » du dossier patient par les IDE puis de la date prévisionnelle de sortie dans l'outil de gestion des lits qui sera choisi dès l'entrée du patient.

A.2.1.6. - Améliorer l'accès aux lits d'aval

L'optimisation de la sortie en structure d'aval participe de la fluidification du parcours patient et la maîtrise de la durée du séjour.

Plusieurs éléments concourent à améliorer l'accès aux lits d'aval. Le CHAC développe tout d'abord son **offre de soins de suite et de réadaptation**, comme décrit *supra*. Une collaboration inter-services (chirurgie orthopédique et SSR locomoteur) sera formalisée.

L'établissement s'inscrira par ailleurs pleinement dans le déploiement du **logiciel Trajectoire**.

Le CHAC pourra enfin bénéficier du déploiement de **l'hospitalisation à domicile (HAD)** sur le bassin alésien par le CHU de Nîmes.

A.2.2. – UN PROJET DE SOINS QUI PROMEUT L'EFFICIENCE

Le projet de soins dans sa partie spécifique s'articule autour d'axes prioritaires promouvant l'efficacité au service des patients.

L'axe « **Efficacité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins** » privilégie l'organisation et l'optimisation des soins, la place prépondérante du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge dans le respect de ses droits et des valeurs professionnelles qui sous-tendent l'activité des soignants.

S'inscrivant dans la continuité du projet médical, cet axe se décline autour de huit objectifs¹⁵.

- ☞ Améliorer la prise en charge de la douleur,
- ☞ Améliorer le dépistage des troubles nutritionnels,
- ☞ Améliorer l'évaluation et la prévention des escarres,
- ☞ Améliorer la prévention des chutes et la gestion des contentions,
- ☞ Améliorer la structuration et le suivi du projet de soins du patient,
- ☞ Garantir les droits et la dignité du patient et promouvoir la bientraitance,
- ☞ Intégrer la réflexion éthique dans le projet de soins du patient,
- ☞ Développer l'éducation thérapeutique.
- ☞ Améliorer la prise en charge du patient en situation de handicap.

L'axe « **Efficacité des pratiques professionnelles dans une culture de performance, de qualité et de gestion des risques** » s'inscrit dans une perspective d'évolution des pratiques professionnelles des soignants garante de l'amélioration de la qualité des soins dispensés et de la prise en charge des patients.

Trois objectifs sont définis pour favoriser le développement d'une culture de la performance et de la qualité et de la prévention des risques liés aux soins :

- contribuer à la sécurisation des principaux processus de soins à haut risque,
- favoriser le développement d'expertise clinique soignante,
- mettre en œuvre une démarche continue d'évaluation des pratiques professionnelles soignantes.

L'axe « **Développement d'un management qui favorise la responsabilisation, l'autonomie, l'implication des professionnels et qui contribue à l'amélioration de leurs conditions de travail** » se donne comme finalité de promouvoir une politique et des modes de management responsabilisant dans le but d'impliquer et de fédérer l'ensemble des professionnels dans les projets institutionnels. Ces modes de management concertés avec la direction des ressources

¹⁵ Le plan d'actions détaillé est en annexe 7 du projet social.

humaines et la médecine du travail contribueront à la mise en œuvre du projet social, à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention des risques professionnels et à la lutte contre l'absentéisme.

Cinq objectifs déclinent cet axe :

- renforcer le rôle managérial des cadres de santé,
- impliquer l'ensemble des professionnels paramédicaux dans les projets institutionnels,
- contribuer à la mise en œuvre du projet social,
- améliorer l'accompagnement des étudiants en formation,
- intégrer dans la pratique soignante quotidienne des gestes éco-responsables.

A.3. - UNE POLITIQUE VOLONTAIRE DE PARTENARIATS MEDICAUX, POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS

Le temps où les hôpitaux pouvaient vivre et se développer en autarcie est aujourd'hui révolu. Qu'elles soient souhaitées ou issues des modifications de l'offre de soin, les relations avec l'extérieur sont désormais le quotidien des établissements de santé, qui ont à agir avec une multitude d'interlocuteurs, acteurs de santé publics ou privés (3.1) et à s'ouvrir sur la ville (3.2).

A.3.1. - DES PARTENARIATS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX LEVIERS DE L'EXISTENCE ET DU RENFORCEMENT D'UNE OFFRE DE SOINS PERENNE ET DE QUALITE

A.3.1.1. - La Communauté Hospitalière de Territoire Cévennes-Gard-Camargue

En prenant la décision de se constituer en C.H.T, le CHU de Nîmes, le CHAC, le CH de Bagnols sur Cèze, le CH du Pontails, le CH d'Uzès, le CH de Pont Saint Esprit et le CH du Vigan affirment leur ambition collective d'une coordination encore plus efficace de leurs missions et de leurs organisations.

La C.H.T leur permet d'aller plus loin dans la dynamique de coopération, en termes d'organisation de filières de soins notamment, tout en préservant les coopérations engagées entre chacun des membres et les établissements privés du territoire, qu'ils prennent la forme de simples conventions ou de groupements de coopération.

Cette ambition commune vise à garantir aux patients des soins d'un même niveau de qualité et de sécurité quel que soit le point d'entrée dans la C.H.T, à travers :

- Une offre de soins structurée, organisée en filières, voire régulée, selon un principe médical de subsidiarité (proximité, recours, référence),
- Une offre de soins de proximité pérennisée, équilibrée et adaptée aux besoins de santé territoriaux, grâce à des actions communes visant à limiter les fuites hors territoire et à consolider la démographie médicale
- Une offre de soins publique offrant une meilleure lisibilité auprès de la population gardoise, s'accompagnant d'actions de communication auprès des patients et des correspondants médicaux.

Neuf filières, correspondant aux priorités de santé publique repérées localement, seront organisées en priorité à l'échelle de la C.H.T :

- les filières d'urgence (AVC, urgences cardio-vasculaires, poly-traumatologie)
- la cancérologie
- les soins de suite et de réadaptation
- la gérontologie
- la périnatalité
- la psychiatrie
- les préventions et les soins d'accompagnement

Pour chacune de ces spécialités, la C.H.T garantit au patient, à chaque étape de son parcours de soins depuis le diagnostic jusqu'au suivi post-hospitalisation, la prise en charge dans la structure la plus adaptée compte-tenu de la technicité de l'acte mais aussi la plus proche de chez lui.

Institutionnellement, le projet médical commun a pour objet de conforter le service public hospitalier face aux enjeux compétitifs et, ce faisant, à permettre le maintien d'une offre de soins publique équilibrée, limitant les fuites hors du territoire.

A.3.1.2. - La convention cadre avec le CHRU de Montpellier

Dans le cadre de leurs missions respectives et dans le contexte d'une démographie médicale en tension, le CHAC et le CHRU de Montpellier ont souhaité inscrire dans la durée des relations de coopération sur la base de leurs orientations stratégiques en signant en mai 2012 une convention cadre.

Cette convention formalise une volonté de coopération entre les deux établissements afin de garantir à tous les patients l'accès à des soins de qualité quel que soit leur lieu de prise en charge.

La convention prend en compte tous les aspects de la prise en charge :

- Prise en charge thérapeutique
- Soins de support

Sur les principes de base suivants :

- La pluridisciplinarité et la coordination des prises en charge
- La qualité des soins
- L'information du patient
- L'accessibilité des patients aux soins et à l'innovation quelles que soient leur pathologie et leur origine géographique

Les domaines de coopération couvrent l'ensemble des activités de chacun des deux établissements, dans le sens du recours pour le CHAC. Deux thématiques de coopérations sont déjà consacrées : la prise en charge des urgences traumatiques sévères de la main et du poignet et la chirurgie pédiatrique.

A.3.1.3. - Une coopération avec le secteur privé devant reposer sur la mutualisation et la solidarité

Une politique de coopération dynamique avec le secteur public n'est pas antinomique avec des partenariats privés. Certains existent déjà, comme celui présenté *supra* avec le groupe Oncogard, ou sont à construire. Pour ces derniers, ils devront être porteurs de mutualisation et de solidarité, tant dans le domaine médical que logistique.

Dans le contexte actuel de pénurie médicale et au vu de la taille du territoire de santé d'Alès, il est nécessaire aujourd'hui de garantir la continuité médicale et l'existence d'un équipement maintenu à niveau et performant. A cet effet, les principes et domaines de coopération suivants, s'ils ne sont pas exhaustifs, apparaissent comme des préalables indispensables.

Les principes de coopération :

- réflexion sur une organisation commune de la permanence des soins ;
- mutualisation des ressources rares (anesthésie, etc.) ;
- gestion des ressources médicales permettant la fluidité des moyens,
- maintien de l'activité libérale dans le respect des enjeux liés au bassin,
- respect des autorisations d'activités médicales détenues par chaque établissement

Les domaines de coopération :

- répartition solidaire d'une offre de cancérologie complète ;
- consolidation de l'hôpital public tourné vers l'urgence avec un site reconnu H24, et meilleure lisibilité de celui-ci en ce sens ;
- protocole de recours à l'unité de réanimation de l'hôpital en post-opératoire ;
- organisation optimale de l'urgence cardiologique, avec une U.S.I.C fonctionnant à l'hôpital, ouverte aux cardiologues libéraux et garantissant les parcours de soins ;
- coopération sur les activités médico-techniques, avec notamment une organisation fédérative de l'imagerie médicale, un partenariat très poussé pour la PUI restant à définir et d'autres domaines, tel que la biologie médicale, à explorer ;
- développement en accord entre les deux partenaires d'activités en carence sur le bassin.

A.3.2. - UN HOPITAL OUVERT SUR LA VILLE

A.3.2.1. - Une nécessaire coordination avec l'offre de soins de premier recours

Compte tenu de l'étendue du territoire de santé concerné et de l'enjeu de la démographie médicale, le CHAC est porteur d'une procédure de concertation avec les différents acteurs de santé, visant à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

L'établissement s'investit également dans la formation médicale continue, en participant notamment à la Journée d'Actualité Médicale Alésienne (JAMA), organisée en partenariat avec l'association pour la promotion de la médecine générale (APMG) d'Alès.

Le CHAC participe également à des actions de prévention. L'unité fonctionnelle de pneumologie participe activement à la prévention, par l'intervention des pneumologues hospitaliers, au niveau des écoles, des lycées alésiens et par des conférences et des forums sanitaires, surtout en ce qui concerne le sevrage tabagique.

Cette coordination avec l'offre de soins de ville résulte aussi des dispositions de la loi dite H.P.S.T. Dans ce cadre, et comme développé *supra*, les pharmaciens hospitaliers ont lancé avec l'URPS Pharmacien du Languedoc-Roussillon un projet de coopération visant les patients du bassin sanitaire alésien pris en charge alternativement en ambulatoire et à l'hôpital, en particulier les patients présentant des pathologies chroniques.

A.3.2.2. - Une forte implication dans les réseaux de soins

Confrontés au cloisonnement et à la complexité des prises en charge de certains usagers, les professionnels des champs du sanitaire et du social du bassin alésien se sont mobilisés pour rechercher ensemble des réponses susceptibles d'apporter la cohérence et la continuité nécessaires à des prises en charge de qualité. C'est ainsi que les pratiques de réseau se sont développées.

Le CHAC est membre du Conseil d'administration de RESEDA, association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien créée en juillet 1998, et de nombreux soignants de l'hôpital sont impliqués dans les réseaux de soins du territoire sanitaire. Ainsi de l'EMSP et les services avec des lits identifiés (oncologie et médecine 1) qui participent au Réseau soins palliatifs. Le service de pédiatrie participe lui au réseau obésité infantile, ainsi qu'au réseau périnatalité avec la maternité. Le réseau santé vie sociale et l'atelier santé ville voient intervenir le service des urgences, la PASS et le service social, ainsi que le CMP et l'équipe mobile psychiatrie et précarité. Les réseaux addictologie et santé respiratoire bénéficient respectivement des interventions de l'unité d'addictologie du centre hospitalier et du Pôle médecine (Hep tox), et des pneumologues du service de pneumologie. Une consultation spécialisée VIH Hépatites délocalisée par des praticiens du CH en CSAPA (convention CSAPA LOGOS/CH d'Alès) a été créée avec le soutien du réseau d'addictologie.

La participation historique du CHAC aux travaux des réseaux s'illustre tout particulièrement avec l'implication du service de médecine 1 dans le réseau diabète. Le travail de partenariat le plus riche dans ce domaine se fait autour de l'éducation thérapeutique, qui est une priorité dans l'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques en général et du diabète en particulier.

En 2009, un Groupe de Coordination de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a été mis en place à l'hôpital. Ce groupe, pluridisciplinaire et ouvert à l'extérieur est constitué de personnes impliquées dans l'éducation thérapeutique : Représentants de patients, médecins, IDE, psychologue, diététiciennes du CH, représentants des IDE libérales du territoire de santé, directeur financier, cadres de santé...

Les missions de ce groupe sont les suivantes :

- Prioriser les programmes d'ETP sur l'hôpital (Ceux qui fonctionnent déjà et ceux qui sont prêts à fonctionner) sur la base des thématiques prioritaires retenues au niveau national,
- Garantir la qualité et la conformité de ces programmes avec les textes réglementaires et les référentiels existants (guide méthodologique ETP de la HAS)
- Participer à l'évaluation générale des actions d'ETP (recueils d'activité, financements...)
- Participer à l'organisation des actions d'ETP à l'échelon territorial en lien avec les professionnels libéraux et les représentants de patients
- Participer à l'organisation de la formation en ETP des soignants
- Promouvoir l'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital (sensibilisation du personnel, engagement institutionnel, identification des acteurs impliqués)

A.4. - UNE POLITIQUE CONTINUE D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE NOS PRATIQUES

Le CHAC s'est fixé des objectifs ambitieux en termes de qualité et de sécurité des pratiques professionnelles, tant au niveau médical que soignant.

Fort de l'expérience acquise et des compétences mobilisées sur le terrain, l'établissement a restructuré sa démarche pour évoluer vers une plus grande dynamique et une meilleure coordination des professionnels.

Deux éléments convergeant structurent l'évolution de la politique du CHAC en ce domaine pour les années à venir : l'évolution de la réglementation (A.4.1) et les suites de la troisième itération de la certification : la V2010 (A.4.2).

A.4.1. - UNE DEMARCHE QUALITE REFONDEE

A.4.1.1. - Le pilotage et la coordination de la démarche qualité/sécurité des soins

Les commissions de la C.M.E ont été reconduites pour répondre pour les années à venir de manière efficace et opérationnelle aux objectifs :

- La Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- La Commission de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- La Commission de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN).
- Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance.

L'organigramme qualité/risque a été restructuré au cours du premier semestre 2012 afin d'intégrer les nouvelles missions de la CME et l'organisation de ses commissions.

Le pilotage et la coordination de la démarche qualité et sécurité des soins ont été confiés à la Direction de l'organisation des soins, de la Qualité, de la gestion des risques.

Une nouvelle commission a vu le jour : la Commission de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des risques, de la qualité et du développement professionnel continue. Cette dernière commission élargie aux cadres assistants de pôle a pour missions de coordonner les démarches EPP et l'ensemble des activités des autres commissions de la CME.

Afin de prendre en compte l'organisation structurelle de l'établissement et répondre aux axes de la politique qualité et sécurité des soins, un réseau de référents médicaux et non médicaux se met en place dans chaque pôle. Ce réseau permet de disposer de relais qualité au plus près de la production des soins et des acteurs.

Sur le terrain, des commissions et groupes de travail, animés par des professionnels issus de tous les corps de métiers hospitaliers, participent à la définition et la mise en œuvre des programmes d'actions en vue d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

A.4.1.2. - Une évaluation des pratiques professionnelles dynamisée

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P) comporte 4 axes prioritaires :

- Axe 1 : Pérennisation et déploiement de la démarche EPP dans tout l'établissement,
- Axe 2 : Développement de la communication sur les projets EPP,
- Axe 3 : Accompagnement de la mise en œuvre des plans d'amélioration en lien avec les démarches EPP,
- Axe 4 : Intégration progressive des indicateurs qualité dans les tableaux de bord de pilotage des pôles.

La structure pilote, remaniée et coordonnée par un médecin désigné par la CME, est en place et a pris l'appellation de « *Commission d'EPP, de la gestion des risques, de la qualité et du développement professionnel continu* ».

A ce jour, 20 projets EPP sont conduits sur les thématiques suivantes :

Pertinence des soins :

- Indication du dosage des D-Dimères chez la personne de 60/70 ans vue aux urgences.
- Indication du scanner cérébral dans le trauma crânien mineur de l'enfant aux urgences.
- Cure de hernie de l'aine en ambulatoire.

Hygiène :

- Evaluation de la pose, de la manipulation, de la traçabilité d'un cathéter veineux périphérique.
- Evaluation des mesures autour de l'hygiène des mains (port des bijoux).
- Evaluation de la précaution standard.

Pratiques de soins :

- Evaluation de la qualité de la prescription des AVK en milieu institutionnel.
- Infection urinaire en milieu institutionnel.

- Evaluation de la prise en charge de la prothèse totale de genou par l'amélioration des gains articulaires, de la reprise de la marche et du traitement rapide de la douleur.
- Evaluation de la prise en charge des patients porteurs d'une prothèse, totale de hanche.
- Prévention des troubles métaboliques chez les patients traités par anxiolytiques.
- Traitement par diurétique : intérêt d'une fenêtre thérapeutique comme mesure préventive du plan canicule.
- Evaluation de la préparation cutanée de l'opéré.
- Phase pré analytique des examens de laboratoire.
- Isolement en psychiatrie.
- Soins de bouche en soins palliatifs.
- Evaluation sur les pratiques de prélèvements bactériologiques des plaies cutanées chroniques.
- Antibio prophylaxie.

Prise en charge médicamenteuse du patient :

- Dispensation nominative du médicament.

Tenue du dossier patient :

- Gestion du dossier de soins infirmiers.

Par ailleurs, les **Revue de Morbi-Mortalité (RMM)** sont installées et pérennes dans les spécialités d'anesthésie, de réanimation, de chirurgie, d'oncologie, de médecine et spécialités, d'obstétrique et de pédiatrie.

Enfin, les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** sont installées conformément aux recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa) et de la H.A.S. Afin de poursuivre l'amélioration de cet indicateur, un plan d'actions qualité spécifique va être mis en œuvre après validation par la Commission citée *supra*.

A.4.1.3. - Le renforcement des droits des patients

Le CHAC poursuit son action en faveur du renforcement des droits des patients. En sus de leurs retours via les questionnaires de satisfaction, ces derniers sont invités à participer de manière accrue à la vie de l'établissement, via ses instances (notamment le Conseil de Surveillance et la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge) et plusieurs groupes de travail (Commission de Réflexion Ethique).

En écho au rapport 2011 de la commission de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie spécialisée dans le domaine des droits des usagers, le rôle de la CRUQPC est d'ailleurs amené à se développer pour devenir une véritable force de propositions dans le domaine de la qualité et la gestion des risques. Au CHAC, la CRUQPEC a désigné, sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, un médecin qui va coordonner le déploiement du dispositif de l'annonce du dommage lié aux soins, dans le sens des préconisations de la HAS.

Le CHAC promeut enfin la bienveillance, en y sensibilisant les professionnels et en insérant la démarche dans le projet du pôle Personnes Agées.

A.4.2. - LES ACTIONS ENTREPRISES SUITES A LA V2010

L'établissement a réalisé sa troisième visite de certification V2010 en juin 2011. Au vue des éléments mentionnés dans le rapport de certification, la HAS a prononcé une certification avec réserves assorties de recommandations. Le CHAC se mobilise pour répondre aux deux.

A.4.2.1. - Les axes de travail retenus pour répondre aux réserves

- **23a-SM/Education thérapeutique du patient** : le secteur santé mentale s'est engagé dans la mise en œuvre de démarches d'éducation thérapeutique du patient.
- **28b/Pertinence des soins** : cinq projets d'EPP en lien avec la pertinence des soins ont été initiés et validés par la Commission EPP.

A.4.2.2. - Les axes de travail retenus pour répondre aux recommandations

- **1f/politique et organisation de l'EPP** : la CME a restructuré, début 2012, la Commission chargée de coordonner, d'accompagner et de suivre les démarches EPP et l'engagement des professionnels.
- **8b/fonction gestion des risques** : le coordonateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné officiellement par le Directeur de l'établissement (décision n°308). Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient a été désigné dans l'établissement. Le programme 2011/2012 de gestion des risques a été complété par l'identification des personnes ressources et la fixation d'échéanciers.
- **12a-SM/Prise en charge de la douleur** : des référents douleur médicaux et non médicaux ont intégré le CLUD. Les paramédicaux du secteur santé mentale ont tous reçu une formation à la prise en charge de la douleur dispensée par le CLUD. Un rappel a été fait par les cadres pour améliorer la traçabilité de la mesure et de son suivi. Un outil d'évaluation a été mis en ligne pour évaluer en continu la traçabilité de la douleur dans le dossier patient.
- **14a-MCO/SM/SSR/SLD/Gestion du dossier patient** : pour l'ensemble des secteurs concernés, un plan d'actions spécifiques a été mis en place pour améliorer le score de l'indicateur « tenue du dossier patient ». L'ensemble des procédures relatives au dossier patient ont été évaluées et réajustées en 2012. La tenue du dossier de soins infirmiers a fait l'objet d'une EPP en 2012 avec mise en place d'actions d'amélioration.

- **15a-MCO/SM/SSR/SLD/HAD : Identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge** : les procédures relatives à l'identité patient ont été formalisées pour toutes les étapes du processus de prise en charge. Les procédures existantes ont fait l'objet d'une mise à jour. L'identité patient fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du projet FIDES. Le plan d'actions d'amélioration développées intègre des organisations visant à répondre aux exigences de l'identitovigilance.

- La démarche de signalement des évènements indésirables relevant de l'identité patient est en voie de développement (progression du nombre de signalements pour l'année 2011).

- **19a-Personnes atteintes d'un handicap** : la prise en charge de la personne handicapée a fait l'objet d'un axe spécifique dans le projet de soins 2012/2016 (additif).

- **20a-SSR/SLD/Démarche qualité prise en charge médicamenteuse** : le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament a été poursuivi en 2012 (secteurs SSR et Personnes Agées). Les modalités de gestion par le patient de son traitement personnel (SSR) sont définies dans le guide d'administration du médicament.

- **28a – Mise en œuvre des démarches EPP** : le déploiement des démarches d'EPP est effectif dans tous les pôles. Certaines spécialités doivent encore participer activement au processus d'évaluation.

- **28c-Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique** : toutes les spécialités sont sollicitées pour recueillir au moins un indicateur de pratique clinique.



**B- UNE POLITIQUE DE GESTION
DES RESSOURCES HUMAINES
MODERNE ET RESPONSABLE**

B – UNE POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MODERNE ET RESPONSABLE

Le CHAC a connu jusqu'en 1997 une situation budgétaire et financière très dégradée, avec un pourcentage des dépenses du groupe 1 supérieure à la valeur généralement admise. L'établissement aujourd'hui en situation budgétaire et financière globalement satisfaisante souhaite au pire préserver cette position et au mieux l'améliorer.

Dans le cadre des budgets alloués, et dans le respect d'un dialogue social de qualité, la politique G.R.H. du CHAC se décline en cinq points, détaillés dans le Projet Social de l'établissement.

B.1. – COMMUNICATION ET DIALOGUE SOCIAL

B.1.1 - PROMOTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Le CHAC s'engage dans la transparence des règles, des protocoles, des informations.

Le Règlement Intérieur ainsi que d'autres documents sont d'ores et déjà disponibles pour lecture sur l'intranet actuel de l'établissement. L'information du personnel sera améliorée par le développement de la messagerie interne et l'ouverture pour les professionnels d'un site intranet plus convivial.

B.1.2. - PROMOTION DU DIALOGUE SOCIAL

➤ **A travers les instances**

Les instances représentatives du personnel (*C.T.E., C.H.S.C.T., C.S.I.R.M.T., C.A.P.L.*) se réunissent régulièrement et à périodicité définie. Une vigilance particulière sera portée au respect du fonctionnement de ces instances et sur les facilités à donner aux élus ou mandatés pour qu'ils puissent remplir au mieux leur rôle.

➤ **Réunions organisées par la D.R.H.**

La Direction des Ressources Humaines et de la Formation propose des réunions avec les partenaires sociaux en dehors des réunions institutionnelles à la demande et dans les mêmes conditions que celles-ci. Des groupes de travail se mettent en place pour favoriser le dialogue social.

➤ **Les conseils**

Les conseils de service sont en place, mais fonctionnent d'une manière épisodique. Ils seront activés dans le cadre du Projet de Soins.

B.1.3. - AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DES INSTANCES D'EXPRESSION

De la même façon, il convient d'arrêter, en accord avec les partenaires sociaux, les principes de bonnes relations sociales par la communication d'une réponse motivée sur les interrogations et/ou les propositions des représentants du personnel.

Il s'agit des différents protocoles régissant les droits syndicaux ou les modalités en cas de grève, mais il s'agit également de maintenir à jour les règlements intérieurs des différentes instances institutionnelles en définissant parfaitement les contours de leurs compétences respectives dans le respect de la réglementation (C.S.I.R.M.T., C.M.E., C.T.E., C.H.S.C.T., C.A.P.L., Commission de Formation, etc.).

Toute action ou tout groupe de travail permettant un développement de l'amélioration des relations sociales (C.H. Santé, Commission d'analyse des accidents de travail, etc....) sera facilité.

B.1.4. - ROLE DE L'ENCADREMENT

Le rôle de l'Encadrement est incontestable dans la mise en place d'une dynamique participative. Chaque cadre responsable d'une unité fonctionnelle est le cadre gestionnaire des Ressources Humaines au sein de son unité.

La D.R.H. organise trimestriellement une réunion de l'ensemble des cadres afin de les informer sur les faits institutionnels marquants. Chaque intervenant réalise un power point afin que les cadres puissent communiquer ensuite ces informations à l'ensemble des agents.

B.1.5. - ACCUEIL AU SEIN DE LA D.R.H.

La Direction des Ressources Humaines est organisée aujourd'hui autour des fonctionnalités de gestion des Ressources Humaines : absentéisme, gestion, paye, etc. Tout agent a la possibilité de clairement identifier la personne ressource à la D.R.H., pour son problème particulier, en consultant l'organigramme disponible sur l'intranet de l'établissement.

L'accent est mis sur l'amélioration de la communication avec les agents. La révision du site intranet sera l'occasion d'élaborer un fichier D.R.H. pouvant servir d'outil préalable à toute demande d'information :

- précision de la personne référente en fonction des problèmes rencontrés et précision des horaires d'ouverture des bureaux au public (2011),
- mise en place d'une alerte en cas de fermeture imprévue de bureau,
- mise en place d'un guide pratique d'ici 2012 sur la marche à suivre dans le cadre des problématiques les plus souvent rencontrées,
- mise en place d'une bourse des emplois et métiers,
- Améliorer l'information des professionnels sur l'intranet rendu accessible pour tous.

B.2. – GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES (GMPC) ET VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE (VAE)

B.2.1. – POLITIQUE CLAIREMENT DEFINIE MISE EN ŒUVRE

Faire des ressources humaines un facteur de développement signifie d'un point de vue collectif intégrer les ressources humaines comme une variable stratégique à part entière. D'un point de vue individuel, c'est permettre à chaque salarié de positionner un projet professionnel réaliste.

Avancement, promotion, analyse, gestion, maintien des effectifs suite aux départs en retraite, anticipation des retours de congés et actualisation professionnelle, liste des effectifs par grade, par service, par contrat sont mis en œuvre et suivis au sein de la D.R.H.

Le registre des métiers et des emplois qui comprend une fiche métier qui se décline en termes de profil d'emploi et fiche descriptive de poste, dont la mise à jour est effective, permet de valider ce dispositif. Un travail de mise à jour de ces fiches métier est réalisé par la "cellule de veille G.R.H." mise en place dans le cadre de la D.R.H.F. Elle se réunit régulièrement. Une réunion annuelle de l'ensemble des cadres est par ailleurs organisée afin d'actualiser la rédaction de l'ensemble des documents conformément à l'évolution du répertoire des métiers de la D.G.O.S.

Un suivi de la pyramide des âges est effectué, et des listes des personnels avec leur âge de départ à la retraite sont élaborées et mises à jour à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation. Le bilan social reprend annuellement ce suivi.

En concertation avec les différentes directions fonctionnelles, chaque départ à la retraite est étudié pour définir les modalités de remplacement, de suppression ou de transformation de poste.

B.2.2. - ELABORATION DES FICHES DE POSTE

Le CHAC a mis en place une procédure d'évaluation, et il s'est doté d'un outil performant : le **Registre des Métiers et des Emplois**.

Le répertoire des métiers et des emplois a été élaboré dans le cadre initial de la réforme de la procédure d'évaluation, mais plus généralement dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (*G.P.E.C.*).

Ainsi, les métiers ont été scindés en deux catégories :

- ceux dont les agents qui le pratiquent seraient évalués par rapport au contenu de la fiche métier,
- ceux dont les agents qui le pratiquent seraient évalués par rapport au contenu du profil d'emploi.

Dans ce répertoire, sont donc listés les métiers de l'établissement, regroupés en familles professionnelles, et déclinés par "Missions et Fonctions Principales", "Technicité", "Communication/Relation", "Contribution économique".

Auparavant, un vocabulaire unique sur le sujet a été défini et validé afin que tous, dans l'établissement, aient un même langage et une culture commune concernant les métiers et les emplois.

UN METIER EST UN ENSEMBLE DE POSTES DE TRAVAIL PRESENTANT DES PROXIMITES SUFFISANTES (EN CONTENU D'ACTIVITES ET DONC EN COMPETENCES) POUR ETRE ETUDIE ET TRAITE DE MANIERE GLOBALE.

La notion de métier est un complément nécessaire aux traditionnels critères, catégories, corps, grades. Cette notion permet la dissociation du grade et de l'emploi. Elle permet de ranger les agents en fonction de l'activité qu'ils exercent réellement et non plus en fonction de leur grade de rémunération. Le métier est décrit par une **fiche métier**.

*Chaque métier peut se décliner en emplois (emploi budgétaire = crédits = effectif) caractérisés par une appartenance à un service et décrit par un **profil d'emploi**.*

*Chaque emploi peut, à son tour, se décliner en postes de travail caractérisés aussi par leur localisation, ou par les horaires, et décrits par des **fiches descriptives de poste**.*

Le répertoire des métiers et des emplois contient, en conséquence, tous les profils d'emplois de l'établissement déclinés sur le même modèle que les métiers, et il décline également les compétences caractéristiques liées à des postes spécifiques tels que les "nuits" ou les équipes de sécurité "incendie".

Le R.M.E. (*Répertoire des Métiers et des Emplois*) sera réactualisé tous les ans par le groupe "projet Evaluation" en fonction de celui de la DGOS et des nouveaux emplois de l'établissement.

B.2.3. - POLITIQUE D'EVALUATION DES COMPETENCES

L'évaluation est la mesure de l'écart entre la manière de servir d'un agent durant une période et les objectifs déterminés pour cette période. Elle permet de déterminer la possibilité de formation, la perspective de mobilité et l'éventualité d'une promotion.

Elle est pratiquée au cours d'un entretien d'évaluation entre un **évaluateur** et un **évalué**. Elle est consignée dans un **dossier d'évaluation** composé d'une "**fiche récapitulative d'évaluation professionnelle**" et d'une ou plusieurs "**fiches détail d'évaluation**", suivant le nombre d'affectations ou de métiers exercés par l'agent durant la période.

B.2.4. - PARCOURS PROFESSIONNEL

Les travaux de G.P.M.C. de la D.R.H. sont réalisés notamment en référence au Registre des Métiers et des Emplois (R.M.E.). La finalité de ces travaux est :

- d'identifier les niveaux de formation des professionnels et les évolutions en cours,
- d'identifier les métiers en évolution notamment ceux soumis à des changements organisationnels,
- définir des parcours professionnels et leur articulation avec les dispositifs de gestion des ressources humaines.

Les indicateurs de gestion sociale prendront en compte notamment, le taux d'absentéisme, le turn-over, la pyramide des âges dans les emplois de nos cœurs de métier, la structure des contrats à durée déterminée par leur durée et motifs, le nombre de formations qualifiantes et leurs localisations.

Une attention particulièrement soutenue sera portée pour mesurer les effets des dispositifs de prévention des inaptitudes professionnelles et la gestion des carrières pour les salariés présentant des inaptitudes et/ou des accidents du travail. A cette fin, les inaptitudes seront identifiées par filières métiers, métiers et âges des salariés concernés, et feront l'objet des applications prévues au chapitre **santé au travail**.

Les travaux de la GPMC portent enfin sur :

- un suivi de la pyramide des âges dans les emplois de nos cœurs de métier, avec le suivi nominatif des professionnels en fonction de leur âge de départ à la retraite par la Direction des Ressources Humaines et de la Formation
- l'étude prévisionnelle des départs à la retraite
- la concertation avec les différentes directions fonctionnelles, chaque départ à la retraite est étudié pour définir les modalités de remplacement, de suppression ou de transformation de poste.

B.2.5. - POLITIQUE DE VALORISATION DES ACQUIS ET DE L'EXPERIENCE

La V.A.E. permet de valider et de valoriser un travail, un parcours professionnel, une expérience. En cela, elle est déjà un facteur de reconnaissance professionnelle puisque indépendamment de la réussite de la procédure de V.A.E., elle ouvre des possibilités : les tâches effectuées, l'expérience acquise peuvent être officiellement reconnues et permettent une évolution professionnelle et de carrière.

La V.A.E. ancre également la Gestion des Ressources Humaines dans une approche des métiers beaucoup plus adaptée à l'évolution des pratiques professionnelles devant laquelle l'établissement est déjà confronté.

Elle oblige à s'interroger sur les parcours professionnels des agents, elle ne laisse plus à la seule promotion professionnelle le monopole de la promotion sociale, elle ouvre de nouvelles perspectives d'évolution.

Elle est donc potentiellement un outil de meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines, de fidélisation de personnels et de meilleures attractivités des postes. Le CHAC s'investit pleinement dans cette démarche, dans la limite de ses possibilités budgétaires.

B.3. – FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Il s'agit de **soutenir** les personnels devant changer de métier ou confrontés à une forte évolution. Par ailleurs, des formations doivent être proposées aux salariés pour leur permettre de changer d'orientation ou **d'évoluer** fortement dans leurs métiers, dans les meilleures conditions possibles. La politique de formation participe également de la lutte contre **l'usure professionnelle**, et permet enfin aux agents de **progresser**. Les études promotionnelles font partie intégrante du Plan de Formation. Il s'agit d'offrir une deuxième chance aux agents ayant peu bénéficié de formation, de leur permettre de réaliser leurs projets individuels, de favoriser à la fois leur promotion sociale par l'accès aux études promotionnelles et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale.

Elle est déclinée au vu de la synthèse d'un recueil descendant comprenant toutes les informations venant de l'environnement extérieur, de la politique de l'établissement et du recueil ascendant qui rassemble les demandes de formation des pôles et des agents.

Elle tient compte également du besoin légitime des agents à bénéficier de la promotion professionnelle et de la nécessité de l'établissement à pourvoir ses postes vacants par des agents compétents et bien formés.

Elle garantit l'application du décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie ainsi que la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

B.4. – QUALITE ET AMELIORATIONS DES CONDITIONS DE TRAVAIL

B.4.1. - POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DES AGENTS NOUVELLEMENT RECRUTES ET DES ETUDIANTS EN STAGE

L'accueil du nouvel arrivant comporte trois niveaux. Le premier est l'accueil institutionnel. Le second est l'accueil du service. Le troisième est l'accueil de l'équipe.

B.4.2. - LIVRETS D'ACCUEIL

Systématiquement distribué, le livret d'accueil du personnel nouvellement recruté est actualisé autant que nécessaire, et au minimum une fois par an.

B.4.3. - ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail au CHAC est arrêtée par la procédure D.R.H.F. N° 9 relative au temps de travail et à l'organisation du travail, aux congés et aux astreintes, annexe N° 11 du Règlement Intérieur Général de l'Etablissement.

L'objectif est de recentrer les professionnels sur leur cœur de métier et leur donner toute leur place dans le collectif d'hébergement et de soins, au service du patient.

B.4.4. - POLITIQUE DE REMPLACEMENT DU PERSONNEL

Lorsqu'un emploi est vacant de façon définitive, et à la condition qu'il soit toujours budgété, il est pourvu dans le respect de la réglementation en matière de recrutement.

Lorsque cet emploi peut être occupé par d'autres personnels de l'établissement, il sera en priorité proposé à la mutation interne. A cet effet, une note de service de vacance d'emploi est diffusée tous les 2 mois.

Lorsqu'aucun personnel de l'établissement n'est susceptible d'occuper cet emploi, ou lorsqu'aucun agent de l'établissement n'a été retenu, il est procédé par voie d'appel à candidature externe, puis de concours éventuellement.

B.4.5. - SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

La santé et la sécurité des professionnels demeurent une priorité institutionnelle. Afin de les préserver, une démarche structurée et globale de prévention des risques professionnels est en déploiement dans l'établissement.

Un groupe de travail a procédé à l'identification globale et exhaustive des dangers et risques dans chaque unité de travail avec la participation active des professionnels directement concernés. Cet inventaire des risques a donné lieu à l'élaboration d'un document unique. Ce document évolutif sert de base à la définition d'un programme d'actions de prévention en cours d'élaboration.

B.4.6. - ACCOMPAGNEMENTS DES SITUATIONS DE VIOLENCE

Les agents sont sensibilisés sur les dispositions juridiques existantes en cas d'agression.

Par ailleurs, après chaque déclaration de violence, un rapport est rédigé sur SIGNAL. Une prise en compte spécifique sera alors organisée soit par les cadres, la Direction des soins ou la D.R.H.

B.4.7. - LA SECURITE INCENDIE

La sécurité incendie est assurée sur l'ensemble de l'établissement (*surveillance H24*). La Direction met en œuvre les moyens humains aussi bien qualitatifs par la formation des professionnels que quantitatifs.

B.4.8. - AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'amélioration des conditions de travail doit intégrer un objectif essentiel : les agents doivent pouvoir remplir leur mission de service public, répondre à la souffrance et aux besoins de soins des usagers, et cela dans les meilleures conditions possibles pour conserver leur capital santé.

B.4.8.1. - L'ergonomie

Dans le cadre du PACTES (Plan d'Amélioration des Conditions de Travail dans les Etablissements de Santé), le CHAC a adhéré au projet proposé par l'A.N.F.H. en choisissant **l'Ergonomie** parmi les différentes thématiques proposées.

Le "réfèrent Ergonomie", interlocuteur privilégié des Services ou Unités Fonctionnelles de son Pôle et force de proposition, participe à l'amélioration des conditions de travail et de sécurité des professionnels. A ce titre, il est en relation avec la Médecine de Santé au Travail et le C.H.S.C.T.

Ses activités sont variées et touchent plus particulièrement le dépistage et la prévention des accidents du travail notamment les T.M.S. (*observe les gestes, postures, déplacements...*).

Afin que son travail ait un impact institutionnel, il rencontre régulièrement les autres référents en Ergonomie de l'établissement de façon à déterminer en groupe les priorités en matière de prévention.

B.4.8.2. - Le CLACT

Un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail est un contrat conclu entre le Directeur d'établissement et l'A.R.S., sur la base d'un projet bâti dans le cadre du C.H.S.C.T.

Les actions qui pourront être privilégiées portent sur l'amélioration de l'organisation et des relations de travail dans les unités ; la réduction de la pénibilité du travail, de jour ou de nuit, particulièrement la charge physique et psychique ; l'amélioration des conditions de vie au travail et hors travail ; la prévention des risques concernant les conditions d'hygiène, de sécurité, que la prévention des risques professionnels et enfin l'anticipation des évolutions démographiques.

B.4.8.3. - L'adaptation des postes de travail

La Direction du CHAC s'appuie sur le respect du rôle du C.H.S.C.T. à consulter notamment pour tout aménagement modifiant les conditions d'hygiène, de sécurité ou de condition de travail, comme avant toute transformation importante de poste de travail découlant de la modification de l'outillage, du changement de produit ou d'organisation de travail : cadences, normes de production, horaires, etc.

Aussi, dans chaque restructuration d'unité de soins, de service ou de pôle, une étude spécifique fera apparaître **l'adéquation** entre **effectifs des personnels** et **activité en fonction des missions** attendue de l'unité de soins, de service ou de pôle, avant chaque mise en place de telles structures nouvelles, dans le but d'allouer les **meilleures conditions de qualité et de sécurité** aux personnes soignées, à leurs proches et aux professionnels qui y vivent.

B.4.8.4. - Les Accidents de travail, Maladie et la Maladie professionnelle

➤ Soutien psychologique :

Face à la maladie, la souffrance, la mort, le besoin d'écoute, de parole des agents est reconnu et pris en compte en aménageant des mises en place de groupes de parole, ou des de régulations dans certains services particulièrement difficiles psychologiquement : Unités de Psychiatrie, "Cantou", Equipe Mobile de Soutien et de Soins Palliatifs, Addictologie

Pour les autres services, la possibilité de s'adresser à un tiers psychologue peut être proposée et/ou conseillée notamment par le Médecin de Santé au Travail dans le cadre de son rôle de prévention physique et psychique ainsi que pour l'aide au retour des agents sur leur poste de travail dans le cadre de la protection du capital santé des agents.

Dans le cadre de la reprise du travail, un soutien personnalisé est garanti aux personnes en difficulté, par la Direction des Ressources Humaines, par la Direction des Soins, par le Médecin de santé au Travail ou l'Assistante Sociale du personnel pour dépasser le cap difficile de la réintégration dans la vie professionnelle.

➤ Changement de poste de travail et reclassement professionnel

Tous les mois la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, et le Médecin du Travail, relayés pour certains cas par le Secrétaire du C.H.S.C.T. ou l'Assistante Sociale du personnel examinent tous les dossiers des agents dont l'état de santé nécessite une reprise sur un poste aménagé.

➤ Bilan de compétences et formation

A leur retour, les agents peuvent, s'ils le souhaitent, demander à bénéficier d'un bilan de compétences, qui doit mettre en lumière les besoins éventuels en termes de formation, d'adaptation à l'emploi. Le bilan de compétences ne peut être fait par la D.R.H. ni par l'encadrement. Il ne peut être utilisé que par l'agent lui-même.

B.4.8.5. - Prise en compte du handicap

Dans le cadre d'un projet inter-régional proposé par l'A.N.F.H, le CHAC se positionne pour construire une véritable politique handicap.

B.5. – PROMOTION DU PRESENTEISME

Suite à l'état des lieux sur l'absentéisme, un plan d'action sera intégré dans un avenant au Projet Social proposé après l'évaluation de celui-ci.

Il pourra inclure la notion de reconnaissance comme l'un des gages du présentéisme.

La notion de reconnaissance, objet insaisissable car multidimensionnel, est à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou "symbolique". La pratique de la reconnaissance doit prendre en compte toutes ces dimensions, en valorisant tout ce qui respecte le professionnel comme une personne importante dans l'organisation, en reconnaissant les pratiques professionnelles de chacun, les efforts consentis et les résultats obtenus.

B.6. – DEVELOPPEMENT DURABLE

Le Projet Social s'attache à créer un milieu professionnel favorable et donc durable en prenant en compte les facteurs à la fois environnementaux, économiques et sociaux.

B.6.1. - UNE APPROCHE QUALITATIVE ET PERSONNALISEE DE LA G.R.H.

B.6.1.1. - Evolution professionnelle

Le groupe de travail "Cellule de veille G.R.H." se réunit toujours pour :

- améliorer les processus existants,
- élaborer ceux qui n'existent pas,
- rester à l'écoute des nouvelles réglementations, et décliner ce qui en découle, notamment dans ce cadre-là surveiller l'évolution des métiers.

Le projet sur l'évolution des métiers concernera tous les emplois existants, et en particulier ceux pouvant être caractérisés de "sensibles" parce que leur contenu évolue de manière importante et que le besoin risque de croître de manière importante, ainsi que les métiers nouveaux.

Le projet sur l'évolution des métiers doit également assurer une meilleure prise en compte des champs de compétences spécifiques des professions réglementées (I.D.E., A.S.) par l'information du personnel ou la formation. Par ailleurs, la promotion professionnelle doit favoriser l'évolution professionnelle.

La déclinaison des évolutions possibles de carrières ainsi que la connaissance exacte des perspectives de vacances d'emploi impliquent une politique de promotion.

La prévision des départs à la retraite, la connaissance des besoins futurs, la redéfinition des métiers sensibles permettent de bâtir un plan pluriannuel d'études promotionnelles révisé tous les ans.

L'accès à un grade supérieur par la voie de la promotion professionnelle reste un des moyens nécessaires de promotion, mais aussi de reconnaissance et de valorisation des agents.

Des protocoles d'accès à la promotion professionnelle sont élaborés et portés à la connaissance du personnel sur l'intranet de l'établissement.

L'I.F.S.I. qui a pour objectif de base la formation initiale des Aides-Soignants et des Infirmiers Diplômés d'Etat contribue à la formation professionnelle ou continue des agents, notamment dans les préparations aux concours ou apprentissage de techniques nouvelles.

B.6.1.2. - Résorption de l'emploi précaire

L'établissement met tout en œuvre pour limiter la durée cumulée des C.D.D. à moins d'un an, avant intégration en C.D.I. Cette mesure doit permettre une meilleure adéquation entre la durée du C.D.D. et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Une évaluation des postes vacants sera faite deux fois par an et devra favoriser la mise en stage des C.D.D. ou C.D.I. en priorisant ceux qui ont le plus d'ancienneté dans l'établissement.

B.6.1.3. - Mobilité interne

Les notes de service relatives aux vacances d'emploi actuelles, susceptibles de le devenir ou d'emplois nouvellement créés dans l'établissement sont publiées et chaque agent peut en prendre connaissance. Tous les agents de l'établissement peuvent postuler s'ils remplissent les conditions souhaitées.

B.6.2. – LE BIEN ETRE AU TRAVAIL

B.6.2.1. - Travail et allaitement

L'objectif est de permettre aux jeunes mamans de continuer à allaiter leurs enfants après la reprise de leur travail. Une salle est mise à disposition des mamans afin qu'elles puissent s'isoler pour tirer leur lait.

B.6.2.2. - Chèques Emploi Service Universel

Le chèque emploi service universel est un titre de paiement qui permet de rémunérer de façon simple et sécurisée les services à la personne suivants (*à l'exclusion des actes de soins réalisés sur prescription médicale*).

B.6.2.3. - Assistance Sociale

L'assistante sociale contribue à la résolution des difficultés rencontrées par l'agent et participe ainsi au rétablissement ou au maintien de son équilibre psychosocial dans l'objectif de lui permettre une meilleure adaptation à son milieu de travail. Pour cela, elle tient compte de ses besoins personnels et familiaux et des contraintes liées aux exigences professionnelles et institutionnelles. L'approche globale de la situation médico-sociale de l'agent facilite l'évaluation de l'Assistante Sociale du personnel et lui permet ainsi d'intervenir, de façon plus rapide et efficace pour apporter la solution la mieux adaptée au problème de l'agent.

Les actions déjà menées auprès du personnel hospitalier sont diverses:

- travail de partenariat et de réseau avec les services sociaux extérieurs et différents organismes, administrations ... ;
- conseil, orientation et accompagnement, soutien afin d'éviter à l'agent des répercussions tant sur le plan personnel que professionnel (*problématiques financières, surendettement ...*) ;
- soutien aux ayants droit des agents en cas d'événement grave (*décès, accidents ...*) ;

plusieurs projets sont en cours :

- travail en concertation avec la D.R.H.F et interventions auprès des instances institutionnelles : C.H.S.C.T., C.T.E. où l'Assistante Sociale peut être invitée à titre consultatif ;
- actions de prévention et d'information sur les droits sociaux au vu des nouvelles politiques sociales (*protection des majeurs, de l'enfance, du handicap ...*) et à l'égard de certaines pathologies (*conduites addictives, maladie psychosomatiques ...*) ;
- évaluation et prise en charge des situations des agents victimes de violences physiques et psychologiques.
- prévention des troubles psychosociaux liés à l'épuisement professionnel, gestion du stress.



**C – UNE DEMARCHE
DE DEVELOPPEMENT
DURABLE STRUCTUREE**

C. – UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE STRUCTUREE

C.1. - IMPULSER UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Premier établissement de France certifié Haute Qualité Environnementale, le CHAC doit maintenant construire et insuffler une vraie politique transversale, qui touche tous les domaines de l'Hôpital : économique, social et logistique, mais également les pratiques soignantes.

Il s'agit pour le CHAC de construire un « Agenda 21 », construit sur les Plans Nationaux Santé Environnement qui mettaient l'accent notamment sur :

- Identification des risques,
- Introductions des priorités sur l'eau, l'air, et les déchets,
- L'amélioration de l'évaluation des risques chimiques,
- La diminution des nuisances liées au bruit,
- La diminution des émissions à fort impact sur la santé,
- La diminution des rejets (air, sols),
- Développer une évaluation régulière et un système d'alerte.

Ainsi que sur la circulaire du 3 décembre 2008 qui enjoint aux grandes organisations publiques de :

- Réduire leurs consommations (eau, énergie et papier),
- Améliorer la gestion du bâti et du non bâti,
- Rationaliser la gestion des flottes de véhicules et organiser des PDE,
- Mettre en place une politique d'achat favorisant les produits à moindre impact sur l'environnement..

les deux premières préconisations étant déjà atteintes par le programme HQE.

C.2. - LE PLAN D'ACTION

C.2.1. – AXE 1 : MANAGEMENT ET PILOTAGE DE LA DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Un chef de projet sera désigné pour animer cette politique au sein de l'établissement. La composition pluridisciplinaire du Comité de Pilotage permet de disposer de l'ensemble des compétences de l'établissement : médical, soignante et administrative (ressources humaines, finances, informatique, logistiques, qualité, communication, ...). Cependant, pour rendre dynamique la démarche, le recueil des idées et suggestions de l'ensemble des acteurs de l'Hôpital sera organisé.

La démarche repose sur une démarche d'amélioration continue de la qualité classique, afin de privilégier une approche pragmatique et concrète :

La première étape va consister à réaliser un état des lieux construit à partir notamment :

- De l'auto évaluation réalisée dans le cadre de la V2010 de la démarche de certification,
- De l'établissement de l'indicateur en développement durable en Santé (IDD) développé par le C2DS dont le CHAC est adhérent,
- D'audits ciblés relatifs à la performance énergétique, aux sols, aux études de bruits...

Cette démarche se double de l'établissement du Bilan Carbone® qui permettra d'évaluer les émissions de gaz à effet de serre engendrées par son activité. Cette étude, réalisée par un cabinet habilité, permettra d'objectiver l'empreinte carbone de l'Établissement et d'organiser son suivi.

Ce diagnostic, large et touchant l'ensemble des domaines, sera porté à la connaissance du Comité de Pilotage qui sera chargé :

- D'arrêter la priorisation des actions à mener
- De rédiger une « charte du développement durable »
- De mettre en œuvre et de suivre la politique de développement durable de l'établissement dans toutes ses dimensions.

C.2.2. – AXE 2 : LA POLITIQUE D'ACHAT

La politique d'achat est un axe fondamental de la volonté du CHAC de s'engager dans le développement durable. C'est en effet à ce niveau que le développement durable se pense en première intention : connaissance du produit, analyse en cout global, cycle de vie du produit, conséquences sur l'exploitation, gestion des déchets...

Le CHAC a donc récemment défini une politique d'achat et nommé un Acheteur intégrant les préoccupations :

- amélioration des conditions de travail,
- moindre impact sur l'environnement (modalités d'utilisation et d'élimination des produits, dépenses énergétiques engendrées, équilibre entre restérilisable/usage unique, réflexion sur des gammes vertes, limitation du nombre de commandes chez un fournisseur, organisation et optimisation des livraisons...),
- développement de relations avec les fournisseurs éco responsables.
- Favoriser les filières courtes d'approvisionnement
- Favoriser les groupements d'achat (programme PHARE)

Un questionnaire est ainsi renseigné par les fournisseurs, concernant leur implication dans le développement durable, permettant d'objectiver les critères de l'achat en la matière. Ces préoccupations sont également de plus en plus fréquemment intégrées dans les appels d'offre importants.

Les objectifs sont également ambitieux:

- Diffuser les préoccupations de DD de Rétablissement auprès des fournisseurs, notamment à travers la « fiche fournisseur »,
- Systématiser l'utilisation du questionnaire DD lors des AO,
- Systématiser la présence des critères DD dans les appels d'offres,
- Former l'acheteur et les responsables techniques au DD et à la notion d'éco-bilan et d'éco conception,
- Systématiser l'obtention des fiches de sécurité pour les nouveaux produits et les faire respecter,
- Réduire les polluants et les déchets à la source à travers le choix des produits,
- Systématiser la mesure de l'impact en exploitation des investissements réalisés.

C.2.3. - AXE 3 : LA GESTION OPTIMISÉE DES FLUX D'EAU, D'AIR ET D'ÉNERGIE DES BÂTIMENTS

C.2.3.1. - L'eau

La diminution de la consommation d'eau est un objectif prioritaire pour l'établissement. La construction HQE doit nous permettre des résultats satisfaisants Il ne s'agit pas de diminuer les consommations nécessaires au maintien d'une parfaite hygiène, d'une prise en charge du patient de qualité et de la prévention des légionnelles, mais de cibler les actions autour des comportements des agents et des consommations d'eau évitables.

Certaines installations et objectifs ont été pensé dans le cadre de l'éco construction :

- la mise en place de compteurs spécifiques dans les endroits « sensibles » de l'établissement,
- le déploiement d'une grande campagne de sensibilisation auprès des patients, des visiteurs et des soignants,
- la réflexion autour de l'usage de l'eau minérale au sein de l'établissement,
- une préoccupation constante lors de l'acquisition des équipements, ou de l'utilisation de DMR, pour privilégier les solutions hydro économes,
- Favoriser les plantations méditerranéennes.

Le CHAC poursuit en outre un objectif de qualité de l'eau qui passe par le maintien d'un réseau d'eau de qualité, la maîtrise des températures et des traitements, les conditions de réception et de mise en eau des nouvelles installations. Un guide de l'hospitalier éco responsable a été réalisé par et pour les agents de l'établissement.

C.2.3.2. - L'air

La qualité de l'air est également une constante préoccupation de l'établissement. Une analyse des risques liés à la gestion de la qualité de l'air a été conduite. Elle développe tous les risques liés à chaque processus opérationnel de la gestion de l'air et a permis le développement d'un plan d'action spécifique pour atteindre une ventilation efficace en toutes circonstances :

- Maitrise et optimisation des débits d'air,
- Limitation des risques sanitaires,
- Identification et gestion des éventuelles sources de pollution de l'air par maintenances et contrôles réguliers,
- Identification, limitation et traitement adéquat des CMR de catégorie 1 et 2 (hottes, protections, évacuation spécifique...)

Le plan d'action repose principalement sur des modifications à apporter aux centrales d'air existantes, dans les cinq prochaines années, et une attention particulière apportée aux matériaux utilisés.

C.2.3.3. - L'énergie

Dans le cadre du Grenelle de l'Environnement, les engagements volontaires pris par les pouvoirs publics de réduction des consommations d'énergie et de gaz à effet de serre (GES) de 38% d'ici 2020 ont été relayés au niveau des établissements de santé, publics et privés, en fixant un objectif de réduction de 20% d'ici 2012. Cet effort passe par l'intégration de normes HQE exigeantes dans les nouvelles constructions mais également par des exigences similaires en cas de restructurations lourdes et de travaux sur la superstructure.

L'Hôpital dispose de tableaux de bord de suivi des consommations d'énergie, d'un plan de maintenance et d'une GMAO (Gestion Maintenance et Assistance par Ordinateur) qui permettent d'assurer une connaissance des dérives et une traçabilité parfaite des opérations de maintenance.

L'objectif est de gagner une classe à l'horizon 2012, à périmètre constant :

- en privilégiant les énergies renouvelables chaque fois que cela est possible,
- en engageant des rénovations énergétiques de nos bâtiments et en promouvant des produits ou système innovants,

De même, la poursuite de cet objectif repose sur la mise en place du Bilan Carbone® afin d'évaluer de manière objective les quantités de gaz à effet de serre émises par l'Hôpital au cours de son exploitation. Ce bilan préalable permettra d'arbitrer sur les cibles à atteindre en la matière et d'organiser un suivi précis de ces cibles.

C.2.4. - AXE 4 : LA GESTION DES DÉCHETS

La gestion des déchets repose sur l'élimination des déchets dangereux dans le respect de l'environnement et sur la valorisation des déchets non dangereux.

Le CHAC a identifié 9 filières de déchets :

- Les Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI),
- Les Pièces Anatomiques,
- Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (DAOM),
- Les Déchets Industriel Banaux (DIB),
- Les Déchets Industriels Spéciaux (DIS),
- Les Déchets d'Equipements Electriques et Electroniques (DEEE),
- Les cartons,
- Les papiers confidentiels,
- Les bouteilles plastiques,
- Les effluents liquides.

La gestion des déchets, au-delà des obligations réglementaires, vise à :

- Agir sur les gisements à la source,
- Augmenter la valorisation matière,
- Améliorer le tri des déchets.

C.2.4.1. - Optimiser la valorisation matière

Sur ces 9 filières de déchets, seules 6 sont valorisées.

Les appareils informatiques, les cartouches des imprimantes sont éliminés par un prestataire extérieur pour revalorisation, les ampoules, néons et petits équipements électriques sont récupérés par les fournisseurs pour destruction comme le demande la réglementation DEEE. Il en va de même pour les cartons, les papiers confidentiels et les bouteilles plastiques : ils font l'objet d'une collecte sélective par un prestataire extérieur permettant une revalorisation matière. Les DIB, pouvant contenir des équipements électriques plus volumineux, sont récupérés par un prestataire extérieur en centre de tri en vue de revalorisation. Pour les DAOM, l'établissement a mis en place depuis plusieurs années un broyeur pour diminuer le volume de déchets produits et diminuer le nombre de transport nécessaire à l'évacuation des DAOM.

L'objectif est de valoriser ces 9 filières identifiées ci-dessus à l'horizon 2014, et d'en identifier de nouvelles (papiers non confidentiels, ...).

D'ores et déjà, l'établissement envisage la revalorisation énergétique des DAOM et une meilleure valorisation des papiers et cartons par un tri plus sélectif et est prêt à s'engager dans la collecte sélective des matières compostables contenues dans les DAOM si son prestataire lui offre cette filière de revalorisation.

Les effluents liquides des laboratoires, présentant un risque chimique (DIS) mais également biologique, sont récupérés par un prestataire extérieur et sont incinérés. Le risque biologique que représentent ces déchets ne permet pas, pour le moment un autre type de traitement. Toutefois l'établissement étudie la possibilité de mettre en place des stations de traitement et de décontamination sur ce type d'effluent permettant un rejet à l'égout en toute sécurité et évitant l'utilisation de bidon plastique pour la récupération, le transport et l'incinération.

C.2.4.2. - Améliorer le tri

Ces impératifs de meilleure valorisation suppose un tri sélectif important qu'il faut encore renforcer :

- En poursuivant la politique de formation du personnel à la gestion et au tri par l'intermédiaire de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Cette formation a bénéficié à l'ensemble des équipes soignantes et a été réalisée en interne par l'équipe d'hygiène.

Elle s'est doublée d'audits internes réguliers, réalisés également par l'Equipe Opérationnelle d'hygiène sur place et un retour très personnalisé vers le service si des dysfonctionnements sont constatés,

En mettant en place des contenants plus adaptés pour permettre de faciliter les gestes du tri à la source (en cours),

- En identifiant un traitement in situ dit "Banalisation" des DASRI pour permettre une réduction des volumes transportés et donc du nombre de transports effectués ainsi qu'une réduction du risque infectieux en améliorant les délais entre la production et le traitement,
- En mettant en place une récupération du papier utilisé sur l'établissement (en plus de la récupération des papiers confidentiels) pour permettre sa revalorisation,
- En organisant un tri au niveau des déchets liés à la restauration.

C.2.5. - AXE 5 : LES TRANSPORTS DU PERSONNEL, DES PATIENTS ET DES VISITEURS

Les conséquences du développement de l'usage de la voiture sont aujourd'hui bien connues: pollutions atmosphériques, émissions de gaz à effet de serre liées aux consommations d'énergie, dégradation du cadre de vie, embouteillages...

En France, les transports représentent 66 % de la consommation totale de produits pétroliers et sont responsables de 28 % des émissions de GES. Au sein des transports urbains, les déplacements professionnels comptent pour la moitié de tous les trajets effectués. Aussi le développement d'un Plan Déplacement Entreprise vise-t-il à optimiser les déplacements liés aux activités professionnelles en favorisant l'usage des modes de transport alternatifs à la voiture individuelle.

- Limiter les déplacements en voiture et privilégier les transports en commun
- Développer l'éco conduite : le parc automobile de l'établissement est récent. Il serait bon de prévoir une formation à l'éco conduite pour les coursiers de l'établissement, qui pourrait être étendue. Dans la même perspective, une réflexion sur les voitures propres devra être lancée, dans le cadre des évolutions de notre contrat de leasing.

Ces différentes actions doivent être intensifiées afin de réduire effectivement les GES.

C.2.6. - AXE 6 : LES RELATIONS SOCIALES

Cet axe a été traité supra.



CONCLUSION

CONCLUSION :

Les responsables médicaux, les cadres de santé, les directeurs et cadres dirigeants font preuve d'un indiscutable attachement à l'hôpital public, à ses missions, à ses caractéristiques propres et à ses valeurs. Contestées ou acceptées, les nouvelles dispositions législatives et réglementaires sont mises en œuvre avec sérieux et les équipes s'emparent de l'ensemble de ces instruments de pilotage.

Même si des difficultés existent, en terme de démographie, de financement, de management interne ou externe, difficultés réelles et parfois préoccupantes, le discours à connotation négative sur l'efficacité de l'hôpital public, porté par certains, ne correspond pas à la réalité quotidienne que vivent beaucoup d'hospitaliers et de patients. Les hôpitaux fonctionnent, les soins sont délivrés et leur qualité progresse régulièrement, les conditions d'accueil sont garanties, l'activité n'est pas en rupture mais plutôt en progression, les situations financières sont souvent en amélioration et les coopérations se multiplient.

A l'heure où les hospitaliers alsaciens prennent pleinement possession de leur nouvel hôpital, plusieurs éléments plaident pour une confiance raisonnée et vigilante en cet établissement qui se mobilise tout entier, en paraphrasant SAINT EXUPÉRY, pour permettre l'avenir¹⁶.

L'ouverture du nouvel hôpital, loin d'être le dernier chapitre de l'histoire, est bien le point de départ d'une nouvelle aventure, durant laquelle il appartiendra à la communauté hospitalière de porter et concrétiser de nouveaux projets d'activités et de coopération pour apporter une juste réponse aux besoins des Cévénols.

Parmi ces projets, quelques-uns ressortent plus particulièrement.

Tout d'abord, la filière cancérologique. La poursuite du développement de l'hôpital d'Alès est indissociable du développement de la filière oncologique, pour laquelle une unité de consultation associant service public et partenaires libéraux sera ouverte début 2013.

Comme l'oncologie, d'autres secteurs comme la maternité et l'unité de chirurgie ambulatoire connaissent un développement majeur. Comme le reste de l'offre médicale du Centre hospitalier, ces activités structurent le projet d'établissement 2012-2016 et s'inscrivent dans une politique qualité soulignée par la Haute Autorité de Santé lors de sa venue en 2011.

¹⁶ *Citadelle*, Antoine de Saint-Exupéry, éd. Gallimard, coll. NRF, 1948, chap. LVI, p. 167.

Avec cette offre de soins actuelle, l'hôpital d'Alès s'inscrit complètement dans la nouvelle planification sanitaire voulue par le législateur. Il en est de même avec les projets de développement, au premier rang desquels le SSR.

La période 2012-2016 verra aussi l'établissement, en partenariat avec l'ARS dans le cadre du projet Performance, se doter d'un nouveau projet managérial se traduisant dans des contrats de pôle donnant une vraie place à ces derniers. La réflexion s'engage aussi dès maintenant sur les moyens d'améliorer la gestion des lits.

Bien entendu, le développement de l'hôpital est indissociable de la coopération avec d'autres établissements. Cette coopération se fait en premier lieu dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire. La coopération entre hôpitaux publics n'est pas antinomique avec des partenariats privés. A cet égard, le volontarisme du CHAC ne se démentira pas.

Tous ces développements sont porteurs d'obligations pour les managers. Ils ne se feront que s'il est garanti aux acteurs de l'hôpital la possibilité de se former, d'apprendre pour à leur tour devenir des formateurs. En définitive, le CHAC doit devenir un hôpital apprenant, garant pour ses membres d'un développement personnel et professionnel continu.

GLOSSAIRE

AAG : Asthme Aigu Grave
APMG : Association pour la Promotion de la Médecine Générale
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHAC : Centre Hospitalier Alès-Cévennes
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier universitaire
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CIDDIST-CDAG : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles -
Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit-
CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
EFS : Etablissement Français du sang
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPP : Evaluation Pratiques Professionnelles
HAD : Hospitalisation à Domicile
HQE : Haute Qualité Environnementale
INCa : Institut National du cancer
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
JAMA : Journée d'Actualité Médicale Alésienne
LBM : Laboratoire de Biologie Médicale
LISP : Lits Identifiés en Soins palliatifs
Loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PASA : Pôles d'Activité et de Soins Adaptées
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PUI : Pharmacie à Usage Interne
RESEDA : association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien
SROS – PRS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire – Plan Régional de Santé
SSR : Service de Soins et de Réadaptation
UACA : Unités d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHR : Unités d'Hébergement Renforcées
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USIC : l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
ZA : Zone d'Attractivité
ZUS : Zone Urbaine Sensible