CHV 2030

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

CHV 2030

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

# TABLE DES MATIÈRES

Mot du Maire, Président du conseil de surveillance . . . . . 12
Mot du Directeur général et du Président de la commission d'établissement . . . . . 13

## SOCLE STRATÉGIQUE . . . . . 15
5 orientations stratégiques et 25 actions prioritaires . . . . . 16
Le patient au cœur du projet . . . . . 18
L'hôpital de recours Drôme-Ardèche . . . . . 20
L'équitable accès aux soins . . . . . 22
La recherche et l'innovation . . . . . 24
Un projet managérial et humain ambitieux . . . . . 26

## POLITIQUES INSTITUTIONNELLES ET VOLETS D'ACCOMPAGNEMENT TRANSVERSAUX . . . . . 29
Projet médico-soignant . . . . . 30
Projet qualité . . . . . 32
Projet usagers . . . . . 33
Projet gouvernance et management . . . . . 35
Volet projet social . . . . . 37
Volet responsabilité sociétale et environnementale . . . . . 40
Volet schéma urbanistique, immobilier et d'investissement . . . . . 41
Volet système d'information . . . . . 42
Volet gestion . . . . . 44

## PROJETS DES PÔLES . . . 47

### Pôle médecines et oncologie médicale . . . 49

**Le patient au cœur du projet . . . 52**
Addictologie : santé mentale, addictions, psychiatrie . . . 52
Ouvrir 5 lits de SSR en soins palliatifs. . . . 52
Bains thérapeutiques en soins palliatifs . . . 53
Pneumologie : mise en place l'écho-endoscopie bronchique . . . 53
Création de locaux de consultation pour le pôle . . . 53
Renforcer le service d'hématologie pour garantir une offre de soins complète. . . . 54
Pneumologie – Infectiologie : développement de la poly(somno)graphie nocturne . . . 54

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche. . . . 55**
Création d'une unité d'hémostase clinique et d'hémovigilance au CHV . . . 55
Transformation de l'antenne de vaccination en centre de vaccination . . . 55
Oncologie : consolider l'équipe médicale et s'ouvrir davantage sur le territoire pour se rapprocher du patient . . . 56
Hémovigilance : informatisation du dossier patient transfusionnel unique et complet avec prescription connectée entre l'Établissement et l'EFS . . . 56
Gastroentérologie – Poursuite du développement de l'équipe médicale au sein de CHV et sur le territoire . . . 57
Pneumologie : développement de l'épreuve d'effort . . . 58
Pneumologie : consolider l'équipe médicale au sein du CHV et s'ouvrir sur le territoire . . . 58
Hématologie : plateforme transfusionnelle . . . 58
Hématologie : téléexpertise en oncologie et hématologie. . . . 59

**L'équitable accès aux soins . . . 60**
Développement de l'ambulatoire en dermatologie . . . 60
Développer les activités ambulatoires en structurant les parcours de soins par spécialité. . . . 60
Créer une unité transversale plaies et cicatrisation. . . . 61
Création d'une plateforme pluridisciplinaire du sommeil . . . 62
Structurer le parcours des maladies chroniques en créant un poste d'infirmière de pratique avancée en gastrologie . . 62
Structurer les filières de soins BPCO et VIH en créant un poste d'infirmière de pratique avancée . . . 63
Développement de l'activité ambulatoire dans le cadre de la filière BPCO. . . . 64
Définir un parcours de soins identifié en soins palliatifs sur le territoire . . . 64

**La recherche et l'innovation. . . . 66**
Soins palliatifs – Développement de l'activité recherche clinique . . . 66
Soins palliatifs – Développement de l'analgésie intrathécale . . . 66
Soins palliatifs – Développement de la médiation animale . . . 67
Recherche clinique en oncologie thoracique et en pneumologie . . . 67

**Un projet managérial et humain ambitieux. . . . 68**
Gastrologie : création d'un secrétariat de coordination d'hospitalisation . . . 68
Créer un poste de secrétariat d'hospitalisation pour régler les questions administratives pour recentrer les soignants sur le soin en pneumologie-infectiologie . . . 69
Qualité de vie au travail : renforcement du temps d'aide-soignant de nuit en pneumologie-infectiologie. . . . 69

**Pôle médecines et spécialités** . . . . . 71

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 74
Organiser le parcours du patient âgé polypathologique en cardiologie . . . . . 74
Médecine polyvalente : organiser le parcours entre les urgences et le service . . . . . 74
Neurologie : parcours des patients âgés polypathologiques victimes AVC . . . . . 75
Neurologie : créer une consultation post-AVC pour patients âgés . . . . . 75
Neurologie : création d'une plateforme pluridisciplinaire dédiée au sommeil . . . . . 76
Neurologie-cardiologie : améliorer les diagnostics étiologiques des vertiges par une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient. . . . . 76
Neurologie : créer une consultation première crise épilepsie/malaise . . . . . 77
Neurologie : structurer et organiser la prise en charge thérapeutique des malades parkinsoniens . . . . . 77
Néphrologie : structurer le parcours des Maladies Rénales Chroniques en créant un poste d'infirmière de pratique avancée. . . . . 78

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche** . . . . . 79
Ouverture d'un centre de thrombectomie au CHV . . . . . 79
Structurer le parcours des patients victime AVC au sein du GHT . . . . . 79
Développer la cardiologie interventionnelle de territoire . . . . . 80
Neurologie : traiter les formes sévères de la maladie de Parkinson . . . . . 81

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 82
Rhumatologie : élargir la prise en charge de l'ostéoporose . . . . . 82
Créer un passeport insuffisance cardiaque . . . . . 82
Neurologie : créer un poste IPA de coordination de parcours post-AVC . . . . . 83
Rhumatologie : optimiser les parcours patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques . . . . . 83
Médecine interne : améliorer le parcours de soins pour les maladies systémiques . . . . . 84
Médecine polyvalente : optimiser le parcours patient entre la ville et l'hôpital . . . . . 85

**La recherche et l'innovation** . . . . . 86
Ouverture d'un centre de thrombectomie . . . . . 86
Endocrinologie – Diabétologie : développer les prises en charge ambulatoire . . . . . 86

**Un projet managérial et humain ambitieux** . . . . . 87
Améliorer la qualité de vie des soignants en médecine polyvalente . . . . . 87

**Pôle chirurgie anesthésie bloc opératoire** . . . . . 89

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 92
Améliorer le diagnostic des vertiges par une approche pluridisciplinaire . . . . . 92
Développer l'activité de chirurgie reconstructrice et réparatrice . . . . . 92
Optimiser la prise en charge anesthésique du patient d'oncologie chirurgicale . . . . . 93
Participer à l'amélioration du parcours péri opératoire du patient âgé . . . . . 94

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche** . . . . . 95
Asseoir le positionnement de réfèrent bi départemental du service d'ORL . . . . . 95
Étendre l'offre d'ophtalmologie sur le territoire . . . . . 96

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 97
Développer la filière de chirurgie bariatrique . . . . . 97
Créer un Hôpital de Jour en ORL . . . . . 97
Développer la filière ortho-gériatrique . . . . . 98
Élargir l'offre de soins en orthopédie sur le territoire . . . . . 98
Promouvoir la RAAC . . . . . 99
Étendre l'offre de soins en urologie sur le GHT . . . . . 101

**La recherche et l'innovation** . . . . . 102
Acquérir un robot chirurgical . . . . . 102
Acquérir un système de Neuronavigation . . . . . 103
Poursuivre l'informatisation du service d'anesthésie . . . . . 103
Développer une chirurgie de pointe par l'implantation d'une salle hybride . . . . . 104

**Un projet managérial et humain ambitieux** . . . . . 105
Consolider l'équipe médicale du service d'anesthésie par le recrutement . . . . . 105
Plateforme de programmation . . . . . 105

**Pole Femme Mère Enfant** . . . . . 109

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 112
Mieux accueillir les couples, les femmes. . . . . 112
Améliorer les conditions d'accueil dans le secteur d'hospitalisation des patientes présentant une grossesse à risque. . 112
Créer un hôpital de jour pour les patientes nécessitant une surveillance rapprochée durant leur grossesse . . . . . 113
Accompagner l'attachement parent-enfant . . . . . 113
Créer un secteur dédié à la prise en charge de la chirurgie gynécologique et du sein avec la même unité de lieu (CS, HJ, HC) . . . . . 114
Renforcer la filière physiologique en Maternité et ouvrir une maison de naissance hospitalière . . . . . 114
Améliorer la prise en charge des Femmes Victimes de Violences . . . . . 115
Prendre soin des plus fragiles en périnatalité . . . . . 116
Améliorer la prise en charge globale du patient en pédiatrie . . . . . 117
Améliorer l'accueil du patient et de ses accompagnants en pédiatrie. . . . . 118
Développer les actions de prévention en pédiatrie . . . . . 118
Améliorer l'accessibilité et l'accueil téléphoniques . . . . . 118
Créer un pôle de consultations sages-femmes . . . . . 119
Sécuriser et informatiser les prescriptions en néonatologie . . . . . 119

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche**. . . . . 120
Fluidifier la prise en charge des patientes relevant du diagnostic anténatal . . . . . 120
Structurer et autonomiser la filière de chirurgie infantile . . . . . 120
Développer l'endoscopie digestive pédiatrique . . . . . 121
Travailler en collaboration avec les établissements du territoire pour la prise en charge des urgences pédiatriques . . 121
Créer l'activité de réanimation néonatale . . . . . 122

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 123
Travailler sur le bon usage des urgences pédiatriques . . . . . 123
Fluidifier le parcours du patient en pédiatrie . . . . . 123
Formaliser un plateau de consultation en pédiatrie. . . . . 123
Optimiser l'organisation de l'HDJ pédiatrique . . . . . 124
Améliorer le parcours patient aux urgences pédiatriques (locaux, effectifs, accueil) . . . . . 125
Améliorer la prise en charge en pédopsychiatrique . . . . . 126

**La recherche et l'innovation**. . . . . 127
Améliorer la formation des professionnels (simulation). . . . . 127
Naître et grandir dans un environnement préservé . . . . . 127
Synchroniser les organisations médicales et paramédicales . . . . . 128
Actualiser le plan épidémique . . . . . 128

**Un projet managérial et humain ambitieux**. . . . . 129
Attractivité et qualité de vie au travail des professionnels du pôle Femme-Mère-Enfant . . . . . 129

**Pole Urgences et Réanimation** . . . . . 133

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 136
Projet architectural des urgences . . . . . 136
Développement de l'activité dentaire auprès des patients détenus . . . . . 137
Promotion de la santé en milieu pénitentiaire . . . . . 138
Chambre mortuaire : une nouvelle vie ? . . . . . 138
Prélèvement d'épiderme à usage thérapeutique sur personnes décédées . . . . . 139

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche** . . . . . 140
Organisation territoriale des unités de soins critiques et formalisation des filières de soins . . . . . 140
Développer l'activité programmée du service de réanimation/USC . . . . . 140
Ouverture de la nouvelle unité de réanimation/USIP . . . . . 141

**L'équitable acces aux soins** . . . . . 142
Mise à jour des règles d'utilisation de l'hélicoptère . . . . . 142
Mise en place du service d'accès aux soins . . . . . 142
Améliorer l'amont et l'aval des urgences . . . . . 143
Développer les Transports infirmiers inter hospitaliers . . . . . 143
Organisation de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée . . . . . 144
Ouverture de la Structure d'Accompagnement vers la Sortie (SAS) . . . . . 145
Précarité et accès aux soins pour tous . . . . . 146
Précarité et accès aux soins dédié mères et enfants . . . . . 147
Précarité et accès aux soins dédié aux soins dentaires . . . . . 148

**La recherche et l'innovation** . . . . . 149
Se préparer aux crises sanitaires en soins critiques . . . . . 149
Ouverture d'un centre d'enseignement par la simulation haute-fidélité . . . . . 149
Renforcer le centre d'enseignement aux soins d'urgence . . . . . 150
Se préparer aux situations sanitaires exceptionnelles . . . . . 150
Prélèvements d'organes réalisés en situation d'arrêt de traitement . . . . . 151

**Un projet managérial et humain ambitieux** . . . . . 152
Mettre en place PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) au SAMU . . . . . 152
Organisation et attractivité médicale et paramédicale . . . . . 153

**Pôle Gériatrie et Rééducation** . . . . . 157

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 159
Développement d'une unité de cardio-gériatrie . . . . . 159
Création d'une unité péri-opératoire ortho-gériatrique (UPOG) . . . . . 159

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche** . . . . . 161
Quel parcours de soins pour les patients âgés présentant des troubles neurocognitifs ? . . . . . 161
Quel parcours de soins pour les patients âgés atteints de cancer ? . . . . . 162

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 164
Quel parcours de soins pour les patients âgés victime d'un AVC ? . . . . . 164

**La recherche et l'innovation** . . . . . 166
Aménagement d'une plateforme pluridisciplinaire de rééducation . . . . . 166
La réalité virtuelle au service de la personne âgée. Essai clinique . . . . . 167

**Un projet managérial et humain ambitieux** . . . . . 168
Renforcer les compétences individuelles au service du collectif. Motiver et former pour mieux soigner . . . . . 168
Nouvelle organisation soignante à l'EHPAD . . . . . 169

**Pole Médicotechnique et Santé Publique** . . . . . 171

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 174
Prévention et contrôle des infections et antibiorésistances. . . . . 174
Prévention et contrôle des infections et actes invasifs . . . . . 174
Poursuivre les campagnes de promotion de la vaccination auprès des professionnels . . . . . 175

**L'hôpital de recours Drôme Ardèche**. . . . . 176
Adaptation des équipes d'hygiène. . . . . 176
Accompagner l'activité d'hématologie clinique . . . . . 176
Mise en place d'une plateforme de spectrométrie de masse . . . . . 177
Installer un second TEP-scan . . . . . 177
Ouverture d'une nouvelle stérilisation de territoire . . . . . 177
Conforter et compléter l'offre d'anatomocytopathologie sur le territoire Drôme Ardèche . . . . . 178

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 179
Implantation d'un scanner au sein du service des urgences. . . . . 179
Faciliter la prise de rendez-vous en imagerie . . . . . 179
Faciliter l'accès au Centre de prélèvement du laboratoire . . . . . 180
Proposer une offre de biologie publique de proximité sur le territoire . . . . . 180

**La recherche et l'innovation**. . . . . 181
Création d'une deuxième salle de radiologie interventionnelle multimodalité . . . . . 181
Accompagner le virage de la biologie moléculaire . . . . . 181
Robotisation et mise en œuvre de la dispensation nominative . . . . . 182
Déploiement de techniques innovantes en anatomopathologie . . . . . 182
Recours à l'IA et amélioration du process de facturation au fil de l'eau . . . . . 183

**Un projet managérial et humain ambitieux** . . . . . 184
Pérenniser le développement de l'EIDLIN. . . . . 184
Restructuration de l'accueil secrétariat IRM/Scanner . . . . . 184
Adaptation des locaux et des effectifs de la Pharmacie à l'activité . . . . . 184
Développer une stratégie globale de santé au travail . . . . . 185
Automatisation de techniques manuelles en anatomopathologie . . . . . 187
Évolution organisationnelle du service D.I.M. au sein du GHT . . . . . 187

**Pôle Management et Gestion** . . . . . 189

**Le patient au cœur du projet** . . . . . 190
Faire du développement de la culture qualité des équipes un point fort de l'établissement . . . . . 190
Gestion des risques. . . . . 190
Centraliser les archives médicales . . . . . 191

**L'équitable accès aux soins** . . . . . 192
Mutualisation des Directions des systèmes d'informations du GHT . . . . . 192

**La recherche et l'innovation**. . . . . 193
Attractivité et fidélisation des soignants par la recherche . . . . . 193
Accueil régulier de stagiaires en master : Master URC. . . . . 194
Création des rencontres annuelles de la recherche clinique au CHV : RARC . . . . . 194
Anonymisation des tenues et distribution automatique . . . . . 196
Informatisation des interventions de bionettoyage . . . . . 197
Informatisation de la traçabilité des livraisons. . . . . 198
Évolution, renouvellement de la GMAO . . . . . 198

**Un projet managérial et humain ambitieux**. . . . . 199
Contribuer à l'enseignement, la formation des apprenants paramédicaux . . . . . 199
Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes en conjuguant management et bienveillance . . . . . 200
Améliorer la communication de la direction des services informatiques et promouvoir l'innovation . . . . . 201
Garantir la performance du SIH et des postes de travail. . . . . 202
Performance du système d'information – Un support réactif et efficace . . . . . 203
Garantir l'interopérabilité entre les applications du SIH. . . . . 204
Fiabiliser la gestion des comptes utilisateurs . . . . . 205
Définir la politique d'hébergement des applications du SIH (mutualisation, sécurisation, externalisation) . . . . . 205
Adapter les locaux de la DSI à ses missions. . . . . 206
Consolider les ressources et compétences informatiques . . . . . 207
Orientations triennales pour consolider et développer l'organisation biomédicale . . . . . 208
Centralisation des agents des services de soins sur leur cœur de métier . . . . . 209
Déploiement d'une approche logistique GHT . . . . . 210
Rénovation du service restauration. . . . . 211
Réorganisation des espaces de travail des ateliers des services techniques. . . . . 211
Fidélisation, attractivité et qualité de vie au travail des professionnels médicaux. . . . . 212
Attirer les talents . . . . . 213
Fidéliser les talents . . . . . 213
Moderniser les process RH par une politique zéro papier. . . . . 214

**Annexes** . . . . . 217

Méthodologie d'élaboration . . . . . 218
Chiffres clés. . . . . 222

# MOT DU MAIRE, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Les patients sont la seule « raison d'être » de l'hôpital public. Si cela sonne comme une évidence pour tous, il est indispensable de le définir dans des orientations claires et ainsi nourrir ses multiples déclinaisons pour les années à venir.

Les récents projets portés par le CHV (plateau technique…) contribuent tous à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de nos patients, quelle que soit leur pathologie. Le GHT participe de ce même élan en plaçant notre centre hospitalier comme établissement support.

C'est dans cette perspective que le projet d'établissement s'inscrit. La feuille de route est chargée mais elle révèle la nécessité d'anticiper, d'imaginer les évolutions futures et de tracer une perspective commune, un projet partagé favorisant plus que jamais, le travail en réseau.

Je veux saluer l'engagement de tous à vouloir renforcer une médecine axée sur les besoins du patient. Le projet d'établissement « CHV 2030 » fixe un cap et des objectifs pour y parvenir pleinement !

**Nicolas DARAGON**
**Président du conseil de surveillance**
**Maire de Valence**

# MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DE LA COMMISSION D'ÉTABLISSEMENT

Acteur majeur du système de santé sur le territoire Drôme-Ardèche, le centre Hospitalier de Valence (CHV) s'interroge en permanence sur sa capacité dans le temps à remplir au mieux possible sa mission de service public en réponse aux besoins de santé de la population, et à assurer les meilleures conditions d'exercice à ses professionnels.

À l'occasion de l'élaboration de son projet d'établissement 2022-2026, intitulé « CHV 2030 », le centre hospitalier a souhaité porter une démarche originale et volontariste.

L'établissement s'est ainsi, tout d'abord, attaché à conduire une réflexion prospective, en s'interrogeant sur une vision à long terme, à 2030, afin de mieux cerner ses priorités pour les 5 prochaines années.

Il a voulu dans le même temps initier et s'appuyer sur la dynamique la plus participative possible, avec en particulier une plateforme participative, ouverte aux citoyens, professionnels et partenaires, ayant donné lieu à environ 700 contributions.

Le projet d'établissement « CHV 2030 » expose les 5 orientations stratégiques – dont en particulier, celle de constituer l'hôpital de recours Drôme Ardèche – ayant vocation à structurer l'action du CHV au long cours, et les 25 actions prioritaires qui en découlent pour la période 2022-2026.

**Dr Didier NOEL**
**Président de la commission médicale d'établissement**

**Freddy SERVEAUX**
**Directeur Général**

# SOCLE STRATÉGIQUE

# 5 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET

Prendre en compte l'expérience patient.

Intégrer le patient comme acteur de sa prise en charge.

Améliorer l'accueil des usagers.

Accroître la lisibilité et la fluidité des parcours internes de soins.

Développer les activités de prévention.

## L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME-ARDÈCHE

Ouvrir une seconde salle de coronarographie.

Compléter la prise en charge de l'AVC par la thrombectomie.

Garantir une offre complète d'hématologie.

Déployer l'activité de chirurgie thoracique.

Créer l'activité de réanimation néonatale.

## L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

Renforcer et simplifier les parcours de soins territoriaux.

Amplifier les coopérations avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Consolider le partenariat avec la ville.

Repenser l'offre de soins programmés et non programmés.

Conduire l'opération « plateau technique » et la reconstruction de l'EHPAD.

# ET 25 ACTIONS PRIORITAIRES

## LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

S'appuyer sur l'excellence hospitalo-universitaire.

Soutenir la recherche clinique.

Déployer les avancées scientifiques et technologiques.

Promouvoir l'innovation organisationnelle.

Porter les enjeux de la responsabilité sociétale et environnementale.

## UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

Redéfinir le mode de gouvernance.

Accompagner et faciliter l'exercice cadre.

Développer des axes de qualité de vie au travail.

Améliorer l'attractivité et la fidélisation.

Nourrir le sens au travail et le sentiment d'appartenance.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET

## PRENDRE EN COMPTE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Déploiement progressif de la démarche dans l'ensemble des services.

Recueil de l'expression des patients la plus large possible.

Écoute et compréhension des patients.

Valorisation des patients experts.

Accompagnement des pairs aidants.

## INTÉGRER LE PATIENT COMME ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

Information du patient sur sa prise en charge.

Implication du patient.

Attention particulière aux publics les plus vulnérables.

Garantie du respect des droits des patients.

Renforcement de la place des représentants des usagers.

## AMÉLIORER L'ACCUEIL DES USAGERS

Circulation au sein du site.

Amélioration de l'offre de stationnement.

Accessibilité téléphonique et facilitation des prises de rendez-vous.

Développement des démarches et formalités réalisables à distance.

Accueil physique à l'entrée du bâtiment principal.

## ACCROÎTRE LA LISIBILITÉ ET LA FLUIDITÉ DES PARCOURS INTERNES DE SOINS

Soins chroniques.

Soins occasionnels, en urgence et en programmé.

Soins polypathologiques.

Nouveaux métiers et nouvelles organisations adaptés aux besoins des patients.

Communication externe sur l'offre de soins et l'organisation du CHV.

## DÉVELOPPER LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION

Contribution à la prévention primaire.

Dépistage, diagnostic et traitement précoce des maladies.

Programmes d'éducation thérapeutique.

Prévention tertiaire.

Responsabilité populationnelle et expérimentation.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME-ARDÈCHE

## OUVRIR UNE SECONDE SALLE DE CORONAROGRAPHIE

Recours territorial en angioplastie coronaire, en programmé et non programmé.

Plateau unique pour tout le territoire Drôme-Ardèche.

Possibilité d'accès partagé aux acteurs territoriaux.

Offre complète de cardiologie avec les soins intensifs et la rythmologie interventionnelle.

Ouverture mi-2024.

## COMPLÉTER LA PRISE EN CHARGE DE L'AVC PAR LA THROMBECTOMIE

Activité réservée jusque-là en CHU.

Offre unique pour tout le territoire Drôme-Ardèche, optimisant les délais de prise en charge.

Prise en charge complémentaire à l'activité existante de thrombolyse.

Partenariat institutionnel avec les Hospices Civils de Lyon.

Montée en charge progressive de l'activité à compter de 2023.

## GARANTIR UNE OFFRE COMPLÈTE D'HÉMATOLOGIE

Consolidation de l'hospitalisation de jour (chimiothérapies) et de consultations externes.

Réouverture de l'activité d'hospitalisation complète d'ici 2023.

Réflexion sur un élargissement complémentaire des activités.

Offre unique pour tout le territoire Drôme-Ardèche.

Équipe médicale commune en partenariat institutionnel avec le centre Léon Bérard.

## DÉPLOYER L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE THORACIQUE

Diagnostic et traitement chirurgical de l'ensemble des affections pulmonaires.

Autorisation de prise en charge chirurgicale des cancers pneumologiques.

Offre cancérologique unique pour tout le territoire Drôme-Ardèche, depuis décembre 2021.

Équipe médicale commune en partenariat institutionnel avec les Hospices Civils de Lyon.

Objectif d'assurer une prise en charge 24 h / 24 et 7 j / 7, d'ici 2024.

## CRÉER L'ACTIVITÉ DE RÉANIMATION NÉONATALE

Seule maternité de niveau 2B (soins intensifs de néonatologie) en Drôme-Ardèche.

Objectif d'autorisation de niveau 3 (réanimation néonatale).

Réflexion sur les transports néonataux.

Projet à structurer avec l'appui des Hospices Civils de Lyon et du réseau Aurore.

Mise en place progressive de cette organisation sur les 3 à 5 prochaines années.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## RENFORCER ET SIMPLIFIER LES PARCOURS DE SOINS TERRITORIAUX

Exigence absolue de soins en qualité et en sécurité, pour tous.

En privilégiant les prises en charge de proximité adaptées.

Objectif de prises en charge coordonnées et graduées.

Construction de ces organisations collectives avec les différents acteurs de santé.

Équipes communes, consultations avancées, télémédecine…

## AMPLIFIER LES COOPÉRATIONS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Poursuite de la forte dynamique au sein de la direction commune.

Coopération au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT).

Coopération avec les autres établissements publics de santé de Drôme-Ardèche.

Partenariat avec l'ensemble des structures privées.

Attention particulière à porter aux EHPAD et structures médico-sociales.

## CONSOLIDER LE PARTENARIAT AVEC LA VILLE

Premier recours indispensable à des prises en charge et des parcours pertinents.

Coordination existante avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Annuaire des accès directs et facilitation d'accès pour les avis spécialisés.

Développement des admissions directes.

Amélioration de l'organisation de la sortie de l'hôpital.

## REPENSER LES OFFRES DE SOINS PROGRAMMÉS ET NON PROGRAMMÉS

Articulation des offres de la ville et de l'hôpital.

Fluidité de la gestion des lits, notamment pour l'aval des urgences adultes.

Mobilisation coordonnée des lits à l'échelle territoriale.

Optimisation des organisations programmées en hospitalisation de jour et en externe.

Projet d'évolution architecturale au bénéfice des urgences adultes et pédiatriques.

## CONDUIRE L'OPÉRATION « PLATEAU TECHNIQUE » ET LA RECONSTRUCTION DE L'EHPAD

Plateau technique structurant le développement de l'hôpital pour les 15 prochaines années.

Nouveaux plateaux agrandis de soins critiques et de bloc opératoire fin 2024.

Repositionnement de la gastro-entérologie ; agrandissement du secteur obstétrical fin 2025.

Reconfiguration des urgences gynécologiques et obstétricales fin 2026.

Ouverture du nouvel EHPAD mi-2024.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## S'APPUYER SUR L'EXCELLENCE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Les Hospices Civils de Lyon, CHU de référence du CHV.

Partenariats complémentaires avec les autres CHU régionaux et le centre Léon Bérard.

Temps médicaux partagés.

Accueil d'une centaine d'internes chaque semestre, et des autres étudiants en santé.

Projet d'accueil des externes en médecine.

## SOUTENIR LA RECHERCHE CLINIQUE

Dynamique actuelle de l'unité de recherche clinique et de son équipe pluriprofessionnelle.

Projet de rapprochement institutionnel avec les Hospices Civils de Lyon.

Développement des activités d'investigation et de promotion.

Mécénat et partenariats industriels.

Valorisation de la recherche paramédicale et en sciences humaines.

## DÉPLOYER LES AVANCÉES SCIENTIFIQUES ET TECHNOLOGIQUES

Activités interventionnelles.

Réflexion sur l'acquisition d'un robot chirurgical.

Accompagnement de la digitalisation des soins et des organisations.

Appropriation des avancées de l'intelligence artificielle.

Simulation en santé.

## PROMOUVOIR L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

Extension des prises en charge ambulatoires et salon d'accueil chirurgical.

Déploiement des nouveaux métiers au bénéfice de la fluidité des parcours des patients.

Synchronisations médico-soignantes.

Coordination entre les services cliniques et les fonctions support.

Réflexion prospective sur la gestion des crises sanitaires.

## PORTER LES ENJEUX DE LA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE ET ENVIRONNEMENTALE

Promotion d'une approche globale.

Préoccupations sociales et humaines.

Exigences écologiques et environnementales.

Dimension économique.

Développement durable.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## REDÉFINIR LE MODE DE GOUVERNANCE

Refondation de la contractualisation interne.

Délégations de gestion au bénéfice des pôles et services.

Déclinaison concrète du principe de subsidiarité.

Rééquilibrage de la place respective des services et des pôles.

Suppression des « irritants » du quotidien.

## ACCOMPAGNER ET FACILITER L'EXERCICE CADRE

Promotion des métiers et fonctions d'encadrement.

Formation d'adaptation à l'emploi et tout au long du parcours professionnel.

Dispositif institutionnel de formation des chefs de pôle, cadres de pôle et chefs de service.

Renforcement de la place du binôme chef de service/cadre de proximité.

Création d'outils facilitant l'exercice au quotidien.

## DÉVELOPPER DES AXES DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Respect et reconnaissance réciproques.

Politique volontariste d'accès aux statuts.

Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Gestion des moyens de remplacement, en particulier de l'absentéisme inopiné.

Garantie des 3 semaines consécutives de congés l'été.

## AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ ET LA FIDÉLISATION

Accueil institutionnel garanti à tout nouvel arrivant.

Réflexion sur la construction d'un nouvel internat.

Accompagnement des projets de mobilité ou d'évolution professionnelle.

Facilitation de la formation tout au long de la vie.

Promotion des nouveaux métiers.

## NOURRIR LE SENS AU TRAVAIL ET LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

Formalisation des valeurs et orientations stratégiques du CHV.

Connaissance par chacun des projets de son service.

Cadre institutionnel de réunions de services.

Connaissance mutuelle entre secteurs et professionnels.

Politique de communication interne.

# POLITIQUES INSTITUTIONNELLES ET VOLETS D’ACCOMPAGNEMENT TRANSVERSAUX

# LES POLITIQUES INSTITUTIONNELLES

## PROJET MÉDICO-SOIGNANT

Ce projet médico-soignant 2022-2026 du Centre Hospitalier de Valence succède au précédent projet médical et au projet de soins couvrant la période 2015-2020. La terminologie a été volontairement remplacée par celle de « projet médico-soignant » afin de mieux intégrer le point de vue des professionnels paramédicaux et médicaux dans un projet commun, le renforcement de la pluridisciplinarité étant au cœur de ce nouveau projet. En effet, le projet médico-soignant permet d'acquérir une culture commune en réponse aux besoins de santé du territoire. Un projet pluriprofessionnel, acteurs médicaux et paramédicaux confondus, fédérera les équipes avec les usagers dans leur prise en soins.

Ce projet doit permettre de proposer une vision stratégique de développement de l'activité à l'horizon 2030 et l'amélioration de la prise en soin en réponse aux besoins de santé. Il constitue donc le point d'ancrage de l'activité, du développement et des projets de l'établissement.

Il est le projet de la communauté hospitalière, construit à partir du diagnostic et des projets des trios de pôle et de l'ensemble des acteurs contribuant à la prise en charge des patients.

Le Centre Hospitalier de Valence souhaite inscrire son projet médico-soignant dans une dynamique d'ancrage territorial et de développement de son activité. Dans un contexte financier contraint et d'évolution de l'offre de soins sur le territoire, l'établissement entend asseoir son positionnement de recours notamment comme établissement support du GHT DAV, développer de nouveaux modes de prise en charge, plus adaptés aux besoins et répondant à une logique de qualité et sécurité des soins.

**Le Projet Médico-Soignant est une nécessité pour fixer le cap des équipes en termes de qualité et sécurité des soins et prises en charge.**

Ce projet doit être:

- un projet novateur qui répond aux besoins de santé des patients en leur permettant un parcours de soins de qualité intégrant tous les acteurs de ce parcours ;
- un projet fédérateur des initiatives de l'ensemble des acteurs de l'établissement mais aussi avec les acteurs de la ville et du territoire ;
- un projet qui dépasse les clivages sectoriels pour proposer une offre de soins de qualité ;
- un projet qui réunit toutes les compétences au service du patient permettant un parcours de soins efficient ;
- un projet qui permette de maintenir les points forts du Centre Hospitalier et de répondre aux enjeux de politiques publiques notamment de prévention ;
- un projet évolutif et adaptatif avec un suivi d'évaluation régulier.

Le projet médico-soignant doit porter la vision de la stratégie et du devenir de l'établissement à l'horizon 2030.

Le projet médico-soignant va se centrer autour du parcours patient et se donne pour ambition de :

- poursuivre son inscription dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques / gestion des risques ;
- développer la coordination entre les différents professionnels pour une prise en soin efficiente des usagers (coordination chef de service / cadre de santé, médecins professionnels, concordance des temps médico-soignants, construction des organisations collectives…) ;
- adapter l'offre de soins (prévention, soins palliatifs, soins psychologiques…) ;
- renforcer, fluidifier, simplifier les parcours (gestion des flux, cellule ordonnancement...) dans un schéma urbanistique ambitieux ;
- renforcer la place des patients dans sa prise en charge en lien avec le projet des usagers ;
- amplifier la recherche clinique et innovation ;
  - identifier les champs favorables au développement : IPA Protocole de coopération,
  - accompagner l'évolution des nouveaux métiers ;
- développer la formation au bénéfice du projet médico-soignant (développement des compétences nouveaux outils pédagogiques innovants simulation en santé).

### LA SOUS-COMMISSION CME CSIRMT

La sous-commission CME CSIRMT est créée comme un outil du projet médico-soignant. Elle est définie comme un organe consultatif permettant une approche collective, pluridisciplinaire des sujets médico-soignants de l'établissement.

## PROJET QUALITÉ

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est identifiée comme une orientation stratégique de l'établissement, une exigence essentielle dans le fonctionnement interne, mais également dans les relations avec l'extérieur : patients, professionnels du système de santé, associations, partenaires extérieurs.

- Inscrire le management de la qualité et de la gestion des risques dans une coconstruction, dans laquelle chaque acteur s'implique activement.

  – Une direction et des professionnels engagés.
  Sur le plan stratégique, le projet de gestion de la Qualité et de la sécurité des soins est porté par la CME et le Directoire.

  – Pilotage clair et coordonné avec un organigramme définissant clairement les rôles de chacun.
  La répartition des rôles entre le niveau stratégique, le pilotage et le niveau opérationnel, est clairement définie.
  Tous les experts coordonnent leurs actions et assurent un soutien méthodologique.
  L'encadrement des services en lien avec le service qualité porte la démarche en abordant régulièrement la démarche qualité en équipe. Pour ce faire l'encadrement dispose d'outils adaptés à chaque secteur et chaque métier. En complément et en appui le service qualité se déplace au sein des services pour accompagner et soutenir l'encadrement dans cette mission à l'occasion de temps d'échange et de partage, notamment après les transmissions.

- Faire du développement de la culture qualité des équipes un point fort de l'établissement

– Par une approche adaptée, régulière et en proximité du service qualité : échange, écoute formation des professionnels.
  Pour atteindre l'objectif d'acculturation, l'organisation se veut proactive et décentralisée jusqu'au niveau des équipes de soins.
  Il convient de présenter les attentes en matière de démarche qualité en réunion d'équipe.
  La méthode du parcours traceur est utilisée comme outil d'échanges avec les professionnels en utilisant un jeu de cartes « questions/réponses » au cours de l'évaluation.
  Il convient aussi de rencontrer les professionnels pour aborder les FEI marquantes du secteur, réaliser un retour d'information.
  L'objectif est de déployer ces séances d'échanges avec les professionnels dans tous les secteurs.

– Mise en place de référents qualité, un partenariat avec la coordination des soins.
  Des référents qualité sont missionnés au sein des unités pour faire vivre la démarche qualité au quotidien.

– Promouvoir l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).
  Le souci d'améliorer la qualité des soins et de garantir la sécurité des prises en charges est une priorité. Cette priorité se traduit par un engagement constant de tous les professionnels, à évaluer régulièrement leurs pratiques et à mettre en œuvre les objectifs prioritaires du programme d'actions pour la qualité des soins.

  – Communiquer institutionnellement pour garantir la communication de proximité
  Il convient de partager les priorités et les actualités de la démarche qualité régulièrement dans les différentes instances de l'établissement.

- Sécuriser et améliorer en continu nos pratiques.
  En matière de recherche et d'amélioration de la sécurité des patients, la déclaration des évènements indésirables doit être valorisée. Pour ce faire, il convient de :
  – communiquer auprès des professionnels les attentes en matière de déclaration ;
  – déployer les échanges avec les professionnels pour résoudre et traiter « in situ » les différents sujets communiqués via les fiches d'évènement indésirables ;
  – éveiller la vigilance des professionnelles en partageant les mécaniques de survenue des accidents médicaux ;
  – promotion des démarches CREX/RMM ;
  – sensibilisation des professionnels.

## PROJET USAGERS

### FAVORISER LES DROITS DES USAGERS

Les équipes ont à cœur à rappeler que *« les usagers doivent être accompagnés au mieux dans cette étape de leur vie »* en témoignant de leurs soutiens et en affichant leur volonté d'impliquer le patient, ils permettent de placer le patient au centre du système de santé.

Aussi, au centre hospitalier de Valence, le patient, outre le fait d'être acteur de sa prise en charge, participe à l'organisation hospitalière. Cette co-construction s'incarne à travers le recueil de son expérience, la mise en place de process qui le concerne… Tout au long de son séjour, le patient est invité à évaluer les dispositifs. Ainsi son expérience contribue à l'évaluation et l'amélioration des pratiques.

*« Pour moi, un séjour idéal à l'hôpital, c'est bénéficier de soins appropriés et rester le moins longtemps possible mais aussi, être associé à la décision et surtout que l'on tienne compte de mon avis. »*

C'est en s'appuyant sur le vécu des patients que les représentants des usagers élaborent leur engagement. Ces personnes qualifiées défendent un projet au bénéfice de l'ensemble de patients qu'ils rencontrent sous différentes modalités : rencontre sur sites, échanges dématérialisés, passage dans les services.

Ces porte-parole des usagers siègent au sein des commissions et instances dans lesquelles il a été mandaté. Ils garantissent le respect et la promotion des droits des malades et usagers du système de santé, et contribuer à l'amélioration qualitative du système de santé.

Chez nous, ils ont toute leur place.

Le patient acteur de sa prise en charge participe à la sécurité et qualité des prises en charge.

### AMÉLIORER L'ACCUEIL DES USAGERS ET L'ÉCOUTE DES PATIENTS

**Circulation au sein du site.**
- Politique d'accessibilité pour tous.

**Amélioration de l'offre de stationnement.**
- Stationnement, signalétique *(ex. : permettre aux usagers de se repérer, faciliter l'accueil et l'orientation du patient pour se rendre dans un service).*

**Accessibilité téléphonique et facilitation des prises de rendez-vous.**
- Faciliter la prise du premier rendez-vous et en réduire les délais d'obtention.
- Mieux connaître les temps d'attente aux consultations avec pour objectifs de les réduire s'ils sont excessifs.

**Développement des démarches et formalités réalisables à distance.**
- Poursuivre l'accès à distance au plus grand nombre des services de l'hôpital.

**Accueil physique à l'entrée du bâtiment principal.**
- Maintenir la présence physique des agents d'accueil.

**Condition d'accueil.**
- Orientations relatives à l'hospitalité (ex. : *informer les patients de la disponibilité de documents d'informations, informer les accompagnants des services mis à leur disposition : déjeuner, dormir à proximité de la personne hospitalisée et faciliter la présence de proches et/ou aidants lorsque la situation le nécessite*).
- Garantir la protection des biens des patients, en veillant à la sécurité et à la sûreté de ces derniers.

### ACCROÎTRE LA LISIBILITÉ ET LA FLUIDITÉ DES PARCOURS DE SOINS

- Soins chroniques.
- Soins occasionnels en urgence et en programmé.
- Soins polypathologiques.
- Nouveaux métiers et nouvelles organisations adaptés aux besoins des patients.
- Communication externe sur l'offre de soins et l'organisation du CHV.

## DÉVELOPPER LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION

### Contribution à la prévention primaire.

- Développer des actions adaptées et personnalisée pour renforcer la capacité du patient à agir (ex. : *développer la prévention en matière de lutte contre les addictions : tabac, alcool, autres drogues…*).
- Afficher ou mettre à disposition dans les services des supports d'informations sur la prévention primaire (ex. : activités physiques, nutrition, hygiène, sexualité et dépistage).
- Mettre en œuvre une politique de partenariat avec les nombreuses associations ainsi que des patients partenaires présents dans les services.

### Dépistage, diagnostic et traitement précoce des maladies.

Mise en place de programme de prévention de l'obésité, de l'allergie.

### Programmes d'éducation thérapeutique.

### Prévention tertiaire.

### Responsabilité populationnelle et expérimentation.

## INTÉGRER LE PATIENT COMME ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

### Information du patient sur sa PEC.

- S'assurer que le patient bénéficie des informations légales / s'assurer que la personne accueillie a été informée de ses droits, de façon adaptée.
- Faire bénéficier le patient d'actions d'informations qui favorisent son implication dans sa prise en charge.
- Transmettre par messagerie sécurisée aux professionnels de santé de ville, au plus tard le jour de la sortie du patient, les documents permettant la continuité de leur prise en charge.
- Établir une cartographie des associations présentes sur le site (contractualisation).
- S'assurer que les services disposent de la liste et des coordonnées des associations pouvant être contactées.
- S'assurer que les professionnels de santé intègrent dans leurs missions la nécessité de faire le lien avec les associations et les patients partenaires concernés.

### Implication du patient.

- Remettre au patient, au plus tard le jour de son départ de l'établissement, la lettre de liaison à la sortie et l'ensemble des documents permettant la poursuite de sa prise en charge.
- Mieux informer pour permettre l'adhésion du patient.

### Attention particulière aux publics les plus vulnérables.

- Sensibiliser les professionnels à la bientraitance, particulièrement auprès des patients vulnérables : isolés, ayant des difficultés d'expression.

### Garantie du respect des droits du patient.

- S'assurer de la délivrance d'une information claire et adaptée à chaque patient et à sa famille lors de l'annonce d'un diagnostic.
- Mieux former les professionnels aux droits des patients.
- S'assurer que les équipements et les pratiques respectent la dignité et l'intimité du patient (ex. : *portes fermées, intimité des patients et de leur famille dans une chambre à deux lits (en particulier en cas de survenue d'un décès, transfert dans une chambre simple), paravent en place dans chaque chambre à deux lits ; hygiène des locaux ; état de la chambre, vêtements respectant l'intimité du patient…*).

### Renforcement de la place des représentants des usagers.

- S'assurer de l'effectivité de la communication entre les soignants et les usagers et de la mise en œuvre des mesures de gestion des conflits.
- Favoriser l'identification des représentants des usagers par les usagers et les professionnels.
- Poursuivre le travail de formation et d'informations des représentants des usagers.
- Soutenir les initiatives proposées par les associations d'usagers.

# PROJET GOUVERNANCE ET MANAGEMENT

## ENJEU, CONVICTION ET APPROCHE GÉNÉRALE

Le projet de gouvernance et de management décrit les principes institutionnels majeurs à l'œuvre dans le management général et le fonctionnement général de l'établissement.

Le projet de gouvernance et de management « CHU 2030 » repose sur la conviction que pour répondre au mieux dans la durée aux missions collectives de service public d'une part, aux aspirations collectives et individuelles des professionnels d'autre part, il s'agit d'organiser et de favoriser l'implication, la responsabilisation et l'épanouissement des acteurs, en particulier médico-soignants.

Le projet vise ainsi à favoriser :
– un processus permanent de concertation et de co-construction, entre direction générale et présidence de CME, et plus globalement entre direction et communauté médico-soignante et hospitalière ;
– la responsabilisation des pôles d'activités et des services ;
– l'implication de l'encadrement et des personnes en responsabilité institutionnelle ;
– l'implication des professionnels.

La politique de gouvernance et de management se veut donc ouverte, concertée et partagée.

## CONTEXTE GÉNÉRAL À PRENDRE EN COMPTE

L'hôpital s'inscrit par définition dans un environnement et un contexte beaucoup plus général, évoluant par nature dans le temps, en fonction des évolutions sociétales, de contexte économique et social, d'innovations thérapeutiques et scientifiques, etc.

Certaines dimensions sont plus particulièrement prégnantes :
– dans le mode actuel de financement des établissements, le contexte reste mouvant, incertain, contraint et concurrentiel, avec de fait, une obligation pour les établissements de faire évoluer en permanence et de manière réactive leurs organisations ; les changements n'étant pas anormaux, mais inhérent aux fonctionnements. Le projet de gouvernance et de management ne doit donc dès lors pas nier ou de vouloir éviter les changements, mais de les anticiper et /ou accompagner. Il doit faire partager cette approche et en faciliter l'appropriation par la communauté hospitalière ;
– les approches territoriales sont aujourd'hui indispensables pour prendre en charge au mieux les besoins de santé de la population et la fluidité des parcours. Elles amènent de fait les établissements à se penser et agir dans des fonctionnements, non auto-contré et fermé, mais ouvert et nourri de multiples interrelations avec de multiples acteurs. Le CHV y est d'autant plus soumis dans son rôle de recours du GHT Drôme-Ardèche-Vercors. Le projet de gouvernance et de management doit favoriser la prise en compte de cette approche territoriale ;
– les hôpitaux traversent depuis ces dernières années des crises majeures, de nature différente, s'étant succédées, donnant même l'idée d'une crise permanente. Si les hospitaliers ont démontré au cours de ces crises une incroyable capacité d'engagement, d'adaptation, de compétence et de résilience, les équipes sont parfois aujourd'hui dans un sentiment d'usure, voire d'épuisement et ont un besoin majeur de soutien et de sens. C'est une dimension, voire la dimension essentielle à prendre en compte dans le projet de gouvernance et de management ;

– ceci est d'autant plus vrai que les établissements sont plus que jamais confrontés à la rareté des compétences, non seulement médicales, mais dans des de très nombreux métiers, alors même que les ressources humaines constituent l'unique dimension « indépassable » : faute de professionnels, il est strictement impossible de pouvoir remplir les missions de service public de santé. Les établissements se trouvent de fait en concurrence pour attirer et fidéliser les professionnels ;
– enfin, les évolutions culturelle du rapport au travail sont par définition en constante évolution, venant réinterroger en particulier les questions du curseur vie professionnelle / vie personnelle, de besoin de sécurité et de repère, de besoin de sens, notamment en termes de responsabilité sociétale et environnementale, de besoin d'être pris en compte dans sa singularité, etc.

Le projet de gouvernance et de management ne doit pas avoir d'approche en termes de jugement sur toutes ces évolutions. Il doit se consacrer à pleinement les prendre en compte autant qu'il doit continuer à porter avec la plus grande force les missions et les valeurs de service public qu'il porte. C'est la plus grande conciliation des exigences collectives de service public d'une part, et des aspirations collectives et individuelles d'autre part, qui garantira au long cours la meilleure réponse aux besoins de santé et les meilleures conditions d'exemples pour les professionnels.

### ORIENTATIONS GÉNÉRALES EN TERMES DE CONTENU

Le projet de gouvernance et de management devra ainsi en particulier s'appuyer sur et s'attacher à déployer et favoriser :
– un socle de valeurs partagées ;
– le partages des enjeux et éventuelles contraintes auxquels faire face ;
– une vision stratégique à long terme partagée ;
– la clarté des orientations stratégiques à laquelle chacun a vocation à contribuer, quels que soient son secteur d'activité et son métier ;
– une gouvernance partagée entre direction et communauté médicale et soignante, vivant en particulier au travers du binôme directeur général/président de la CME, d'un fonctionnement de directoire pleinement actif, en bonne articulation avec les autres instances, et d'un co-portage systématique des projets ;
– une capacité d'action favorisée au bénéfice des pôles et services, en renforçant la responsabilisation et l'implication des acteurs, en réinterrogeant le principe de subsidiarité en leur faveur, en refondant les contrats internes de pôles et de services ;
– la facilitation de leur fonctionnements au quotidien ;
– l'accompagnement, le soutien et la facilitation de l'exercice de leurs missions pour l'encadrement et les professionnels en responsabilité institutionnelle ;
– une clarification et une simplification des processus institutionnels de prise de décisions et de leur mise en œuvre ;
– L'organisation structurée de l'expression des professionnels au sein de leur service et de leur pôle ;
– la prise en compte des nouveaux enjeux sociétaux ;
– la plus grande prise en compte des aspirations collectives et individuelles des professionnels, en particulier à travers le projet social.

## VOLET PROJET SOCIAL

Dans le contexte actuel post crise sanitaire et de difficultés de recrutement, le projet social a pour objectif principal de donner envie aux professionnels, y compris médicaux, d'exercer au centre hospitalier de Valence et d'y poursuivre leur exercice professionnel afin de contribuer à la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins au bénéfice des patients.

Pour ce faire, le projet social a été construit en 4 axes de travail, dont leurs déclinaisons permettront d'atteindre cet objectif.

### PROMOUVOIR L'ATTRACTIVITÉ ET FIDELISER LES PROFESSIONNELS

L'objectif d'amélioration de l'attractivité nous amènera à nous questionner sur notre politique de recrutement des nouveaux professionnels et nécessitera la poursuite de la mise en place de mesures d'attractivités, formalisées via des protocoles d'accord. La refonte de l'accueil des nouveaux arrivants est également essentielle afin d'être en conformité avec les attentes des professionnels et de les intégrer à notre communauté dès leur prise de poste. Le sentiment d'appartenance doit être développé dès le premier jour leur permettant ainsi de se sentir intégrés par l'institution.

Au-delà de ces actions, partagées aussi pour le personnel médical, et l'attente d'un accueil personnalisé de qualité, l'attractivité se concrétisera également avec le nouveau projet d'accueil des externes au centre hospitalier de Valence, en poursuivant la politique d'accueil des internes et en confortant la politique sur les postes d'assistants partagés en lien avec le CHU ou sur le GHT.

Attirer les professionnels ne nous assure pas leur stabilité et leur exercice au sein de notre établissement sur du long terme. Aussi, la fidélisation de nos professionnels doit être une action à mener à part entière. Les nouveaux professionnels auront à cœur de connaitre les possibilités d'avancement offertes par l'institution ce qui devra nous inciter à sécuriser l'emploi par le biais des mises en stages ou de la pérennisation des postes médicaux mais également à communiquer autour des politiques relatives à la carrière.

La politique relative aux avancements tout au long de la carrière ainsi que la politique relative à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences devront être poursuivies et explicitées afin que chaque professionnel ait connaissance du plan de carrière auquel il peut prétendre au sein de la structure. La politique de mobilité devra être développée assurant une mobilité aux professionnels qui souhaiteraient exercer dans un autre secteur et qui, faute de mobilité, feraient le choix de quitter l'établissement. Les personnels médicaux ont aussi une attente forte de pouvoir être écoutés sur le déroulement de leur carrière, ce qui pourra être facilité par la mise en œuvre des nouveaux entretiens professionnels des praticiens. Il convient aussi de favoriser les échanges interprofessionnels, le centre hospitalier étant apprécié pour la présence d'équipes dans quasiment toutes les spécialités médicales et chirurgicales et par l'existence d'un plateau technique complet.

Enfin, la fidélisation devra également passer par le développement des compétences des professionnels et la possibilité pour tous de bénéficier d'une formation. L'amélioration de la prestation formation et de sa lisibilité sera un enjeu à relever afin que, d'une part, le professionnel ait connaissance des formations existantes et que d'autre part, il puisse bénéficier d'un accompagnement individuel par des experts du domaine pour mener à bien son projet. C'est un levier stratégique, y compris pour les personnels médicaux.

### AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'amélioration de la qualité de vie au travail fait partie intégrante des mesures d'attractivité et de fidélisation à développer et doit faire l'objet d'un axe de travail à part entière compte tenu des nouvelles attentes des professionnels.

La qualité de vie au travail s'entendra comme une meilleure prise en compte des conditions de travail et de sécurité des professionnels. Une réflexion sur les moyens de remplacement mis à disposition au sein des services doit être au cœur de nos actions d'amélioration des conditions de travail, assurant ainsi aux professionnels la garantie de bénéficier de leurs congés et jours de repos.

La poursuite de l'actualisation du DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels) aura pour finalité de se questionner sur la prévention des risques professionnels dont les risques psychosociaux font partie. La mise en œuvre de plan d'actions en lien avec le DUERP permettra de trouver des solutions avec les professionnels de terrain afin d'améliorer leur exercice quotidien. C'est en recherchant des solutions ensemble sur des problématiques du quotidien que les professionnels se sentiront écoutés et reconnus par l'institution.

Une attention particulière sera également portée autour des travailleurs handicapés ou en difficultés de santé, dont le maintien dans l'emploi est essentiel. La poursuite de notre partenariat avec le FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) ainsi que le déploiement du plan d'actions relatif au maintien dans l'emploi seront des travaux à mener pour que l'établissement réaffirme sa volonté d'intégrer ses professionnels au sein de nos services.

Le développement de nos actions sociales à destination des professionnels offrira aux professionnels des services essentiels, tels que des places en crèche pour les enfants des professionnels, la facilitation des transports, un accès au CGOS désormais accessible aussi aux personnels médicaux, une assistante sociale, ou encore des consultations médicales dans des spécialités, difficiles d'accès en ville. Faire bénéficier aux professionnels de ces services ne peut être qu'une plus-value et viendra renforcer notre attractivité sur le territoire.
Les professionnels, y compris médicaux, attendent aussi un engagement fort de leur institution dans des actions de développement durable et afin d'être cohérents entre leur engagement quotidien et les évolutions sociétales.
Pour les personnels médicaux, il conviendra de développer une politique institutionnelle sur les valences cliniques afin de favoriser l'engagement individuel sur des projets transversaux hospitaliers, développer les activités de recherche clinique ou de formation interne par exemple.

Améliorer les conditions de travail, c'est aussi transmettre à nos professionnels des informations essentielles sur la vie de l'institution, ou valoriser le travail ou les initiatives des équipes par le biais de nouveaux moyens de communication comme un intranet ou un portail agent. Moderniser notre communication en faveur de notre communauté de professionnels devra faire partie des enjeux de demain, dans un monde de plus en plus numérique.

### FACILITER L'EXERCICE CADRE

Le cadre et le chef de service étant un maillon essentiel au sein du service, il est indispensable de soutenir les professionnels exerçant des fonctions d'encadrement et de leur faciliter leur exercice quotidien. Ils feront l'objet d'une attention particulière tant à leur arrivée au sein de l'institution qu'au cours de leur vie professionnelle notamment par le biais de formations personnalisées.

Le développement des bonnes pratiques de management en les accompagnant à travers un parcours de formation adapté ainsi que la mise en place d'un dispositif de soutien seront des outils facilitant leur exercice.

Si l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels est importante, il n'en reste pas moins que celle de l'encadrement doit être au cœur de nos préoccupations. Contribuer à la diminution de l'interruption des tâches les aidera à travailler sur la rédaction de projets ou la réalisation du planning.

Enfin, consacrer des temps d'échanges autour des actualités institutionnelles facilitera la compréhension des décisions institutionnelles que l'encadrement pourra par la suite mieux expliciter à ses équipes.

### MODERNISER LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Les nouvelles générations de professionnels étant de plus en plus intéressées par la conciliation de leur vie privée avec leur vie professionnelle, la question du temps de travail devra être abordée en prenant en compte ces nouvelles attentes.

La garantie de bénéficier de jours de congés annuels, de disposer de temps pour la rentrée scolaire, ou pour les évènements familiaux importants par le biais des autorisations d'absence, d'exercer en télétravail, devront être cœur de notre discussion sur la mise en œuvre d'une politique relative au temps de travail.

L'adaptation des rythmes de travail selon les profils de professionnels sera également une des pistes de réflexion à mener afin que les professionnels ayant des difficultés de santé, les femmes enceintes, ou les professionnels en seconde partie de carrière trouvent leur place dans les organisations de travail proposées et ne soient pas éloignés de l'emploi pour ces raisons.

À l'heure du digital, repenser notre outil de gestion du temps de travail afin qu'il soit intuitif tant pour l'encadrement que les professionnels fera partie de la réflexion sur le temps de travail. La mise en place d'une application via smartphone ou un portail agent devront être étudiés, facilitant ainsi les échanges entre encadrement et professionnels sur leurs plannings. Les attentes sont fortes pour les personnels médicaux également avec un projet sur la formalisation des règles de gestion du temps de travail et son informatisation afin de moderniser cette gestion.

# LES VOLETS D'ACCOMPAGNEMENT TRANSVERSAUX

## VOLET RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE ET ENVIRONNEMENTALE

Depuis 2009, le Centre Hospitalier de Valence s'est engagé dans une politique de Développement Durable organisée autour d'un programme pluriannuel décliné en fiches actions ayant pour finalité de favoriser la mise en place de pratiques et de modes d'organisation plus respectueux de l'environnement, des ressources naturelles et des personnes. Sans forcément faire trop de bruit, les actions menées initialement par un groupe de travail puis par la suite par un comité de pilotage ont pris discrètement place pour s'ancrer durablement au sein de notre établissement.

Le développement durable au CHV est une question de philosophie et non une question de mode.

L'humain et son environnement sont au cœur des préoccupations du projet d'établissement, dont les trois composantes essentielles sont : l'environnemental, le sociétal et l'économique. Notre engagement dans le développement durable passe par la promotion des pratiques existantes et par le développement d'une démarche globale.

L'intégration des pratiques de développement durable au sein des organisations et du projet d'établissement du CH vise à rendre responsables à la fois nos modes de production et de consommation mais également nos pratiques sociales et managériales. Si la question de la gestion durable des déchets a été la porte d'entrée du développement durable à l'hôpital, elle est loin d'être la seule concernée par les actions qui visent à suivre des pratiques toujours plus respectueuses des hommes et qui préservent aussi la planète.

Les principes généraux qui guideront l'ensemble des projets du centre hospitalier s'inscrivent dans :

– **un engagement social et managérial** en déployant une gouvernance et des pratiques managériales durables et responsables par la communication, la définition des organisations, en favorisant la participation, l'implication et la motivation des personnels. Il s'agit également d'adopter une politique sociale attractive pour les professionnels en améliorant les conditions et l'ambiance au travail, à veiller à l'équité entre tous, à développer la mobilité professionnelle, la formation et les compétences tout en maintenant les conditions d'hygiène, de santé et de sécurité ;

– **un engagement environnemental,** visant à la préservation des ressources en assurant un suivi précis des réseaux d'eau afin d'en réduire les consommations et à participant à la lutte contre le changement climatique en améliorant la performance énergétique des installations tout en promouvant les bonnes pratiques. Les démarches déjà engagées et à poursuivre en termes d'optimisation des stockages, de valorisation des déchets avec une recherche active de filières durables, de diminution de l'impact des transports logistiques, de favorisation de la biodiversité par une gestion différenciée des espaces verts s'inscrivent dans cette volonté. Enfin, les actions fortes déjà menées par l'équipe de restauration vont continuer à se développer que ce soit en termes de lutte contre le gaspillage alimentaire, de tri des déchets, de développement de l'offre des produits de qualité, locaux et de saison ;

– **un engagement économique** en réalisant des investissements durables et responsables tout en assurant le contrôle et la pérennité de l'établissement. Ces actions sont issues de l'intégration de critères d'écoresponsabilité et d'écoconception dans la politique d'achat et dans l'étude des projets. Par ailleurs, son rôle d'employeur, ses volumes d'achats et son devoir d'efficience positionne également l'établissement comme une organisation avec un rôle considérable au sein du territoire.

## VOLET SCHÉMA URBANISTIQUE, IMMOBILIER ET D'INVESTISSEMENT

### PRÉAMBULE

Le schéma urbanistique établit un cadre général architectural et fonctionnel, au sein duquel viennent s'adosser ensuite les différentes opérations immobilières, afin d'en assurer une cohérence globale. Il définit les grandes zones d'activité et le schéma des différents flux, leur fonctionnalité, et leur facilité d'accès.

Dans ce cadre urbanistique, le schéma directeur immobilier identifie la stratégie immobilière, ainsi les opérations majeures envisagées.

Le plan pluriannuel d'investissement vient quant à lui décrire en investissement, non seulement les opérations de travaux, mais également les projets majeurs d'achats/acquisitions.

Les schémas viennent tous en appui de la déclinaison des orientations stratégiques du projet d'établissement. Ils reposent sur une vision prospective, à 15, 10 et 5 ans ; ils définissent ainsi de manière pluriannuelle le cadre d'action de l'établissement, même sils doivent nécessairement pouvoir faire l'objet d'ajustements ou d'adaptations pour répondre aux éventuelles évolutions en termes d'enjeux et d'environnement.

### CONTENU GÉNÉRAL

Le projet urbanistique, immobilier et d'investissement confirme tout d'abord les projets structurants majeurs, d'ores et déjà validés et le cas échéant à l'œuvre ; en particulier :
– le plateau technique ;
– la construction de l'EHPAD de Beauvallon ;
– la construction de la deuxième salle de coronarographie.

Il comprend également les opérations majeures, prévalidées sur leur principe, mais non validées explicitement sur le plan institutionnel, ni dans leur mise en œuvre, ni dans leurs ordonnancement dans le temps ; on peut notamment citer : l'achat d'un robot chirurgical, l'installation d'un deuxième TEP-scan, un projet d'extension de l'ophtalmologie, un projet de développement de la radiologie interventionnelle, le projet de reconstruction d'un internat/externat, le projet relatif aux urgences adultes et pédiatriques, le projet de maternité niveau 3, la reconstruction du bâtiment USLD/SSR, le projet relatif au SAMU et au SAS.

Il a enfin vocation à recenser par ailleurs de manière exhaustive l'ensemble des besoins exprimés, tels qu'identifiés en 2017 dans le cadre de la démarche dite de schéma directeur complémentaire, actualisé depuis en tant que de besoin.

### PROCESSUS DE FORMALISATION, DE DÉCISION, DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DANS LE TEMPS

Le schéma urbanistique, immobilier et d'investissement sera soumis à la concertation du directoire décision intentionnelle explicite d'ici mi-2023.

Sa mise en œuvre et son suivi dans le temps feront l'objet d'une présentation à minima annuelle en directoire.

## VOLET SYSTÈME D'INFORMATION

Le volet SIH (Système d'information hospitalier) du projet d'établissement s'organise autour de 5 axes majeurs.

### RÉPONDRE AUX BESOINS MÉTIERS ACTUELS ET FUTURS

- **Accompagner les projets institutionnels** portés par les services cliniques ou les directions fonctionnelles. À ce titre, la DSI assume le rôle de maîtrise d'œuvre, voire d'assistant à la maîtrise d'ouvrage.
- **Être à l'écoute des utilisateurs et développer les compétences :** les technologies du numérique, la réglementation et les usages évoluent constamment. Afin d'anticiper au mieux les besoins et de permettre la bonne appropriation des outils, la communication entre les équipes support et l'ensemble des utilisateurs sera renforcée : nouveaux canaux d'informations, newsletter, temps d'échanges collectifs et de questions-réponses, base de connaissances, tutoriels plus facilement accessibles, formations ciblées…
- **Travail à distance et mobilité :** le système d'information doit désormais permettre aux professionnels d'exercer leur métier à distance de manière facilitée et en toute sécurité, que ce soit au sein d'établissements voisins ou à domicile (télétravail).
- **Digitalisation et innovation :** la digitalisation des différents métiers sera poursuivie, notamment sur l'aspect dématérialisation. Une attention spécifique sera apportée aux possibilités nouvelles offertes par les technologies d'intelligence artificielle et de valorisation des données, ainsi qu'à toutes perspectives innovantes proposées par l'écosystème de la e-santé.

### ADAPTER LE SYSTÈME D'INFORMATION AUX ÉVOLUTIONS DE PRISE EN CHARGE

- **Ouvrir le SIH sur l'extérieur :** un système d'information ouvert est indispensable à la mise en œuvre d'une véritable médecine de parcours associant l'ensemble des professionnels de santé et sociaux du territoire : hôpitaux, structures de ville, cabinets libéraux, centres de santé, réseaux, dispositif d'appui à la coordination… L'objectif de cette ouverture est de permettre le partage d'informations nécessaires à la coopération des professionnels tout en respectant la sécurité et les droits des patients.
- **Inscrire le projet SIH dans la stratégie nationale « Numérique Santé » :** au-delà de la poursuite de la convergence des applications médicales au sein du GHT, le partage et l'échange d'informations médicales seront garantis dans le cadre des objectifs nationaux tels que l'interopérabilité des SI (utilisation de l'identité nationale de santé – INS) et le déploiement des services socles : alimentation et consultation du DMP, développement de l'usage de la messagerie sécurisée de santé, développement de la e-prescription. Pour ce faire, l'usage des outils régionaux proposés par le GCS SARA sera privilégié (MonSisra notamment).
- **Intégrer le patient comme acteur :** le patient deviendra lui aussi un utilisateur du SIH via un portail de services, lui permettant non seulement d'accéder à ses données ou de réaliser des démarches administratives, mais également de participer à sa propre prise en charge. Ainsi, le déploiement d'outils de télésuivis ou de télésurveillance au domicile permettra d'accompagner le virage ambulatoire.

### GARANTIR LA PERFORMANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION (SI)

- **Stabiliser et consolider l'existant :** certains systèmes arrivent en fin de vie, soit par indisponibilité des pièces détachées, soir par l'arrêt de la maintenance applicative par les éditeurs. Dans les années à venir, une part importante du budget informatique sera dédiée au renouvellement de serveurs, d'éléments actifs réseaux ou de systèmes de stockage. Le maintien en conditions opérationnelles par la mise à niveau régulière des équipements participe à la performance du SI en réduisant le taux d'incidents et d'indisponibilité. Enfin, il conviendra de veiller à la maîtrise de la croissance du parc matériel et gérer son obsolescence.

- **Renforcer l'interopérabilité** en développant une logique d'urbanisation et de rationalisation du SIH.

- **Garantir un support technique efficace :** la confiance qu'un agent porte en un outil repose sur l'assurance qu'il sera soutenu en cas de difficultés, avec un niveau de réussite et dans des délais compatibles avec la criticité de l'outil. La montée en compétences des équipes technique et fonctionnel aura pour objectif de maximiser le taux de résolution des problèmes sans rupture d'appel (résolution par le support de niveau 1 au cours de la première sollicitation). L'escalade au niveau 2 devra être fluide et transparente pour le demandeur.

### RENFORCER LA CYBERSÉCURITÉ

- **Protéger le SI :** un certain nombre de mesures techniques sont à renforcer afin de réduire le risque d'intrusion malveillante : mise à niveau des pare-feu, antivirus de nouvelle génération (de type EDR), accès réseau Zero Trust (ZTNA), cloisonnement des réseaux, bastion d'administration, application rigoureuse et systématique des correctifs aux failles de sécurité…

- **Former et sensibiliser les utilisateurs** régulièrement et systématiquement aux bonnes pratiques et à l'hygiène informatique. 80 % des attaques reposant sur une intervention humaine, il est nécessaire de développer une culture de la sécurité afin que chacun acquière les bons réflexes.

- **Se préparer à la crise :** le CHV s'attachera, d'une part, à s'équiper en solution de détection des alertes par analyse des journaux d'évènement (SIEM, SOC), et d'autre part, à organiser la gestion de crise : exercice de test, revue du PRA-PCA et des modes dégradés, identification des applicatifs les plus critiques devant être redémarrer en premier, etc.

### FAIRE CONVERGER LES SYSTÈMES D'INFORMATION DU GHT

- **Poursuivre la trajectoire de convergence décrite dans le schéma directeur du SI.** Les travaux de convergence entamés depuis 2019 ont permis le déploiement d'un Dossier Patient unique et d'un socle technique commun : interconnexion, serveur de rapprochement des identités, plateforme d'interopérabilité. Ces travaux se poursuivront notamment dans les domaines de l'anesthésie, de la gestion territoriale des lits, et des fonctions supports.

- **Fédérer les équipes :** la convergence du système d'information transforme progressivement la façon dont les équipes informatiques travaillent et collaborent. Au sein du GHT, très peu d'établissements disposent de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer les projets et garantir l'atteinte des nombreuses exigences qui portent sur les SI. Dès lors, en s'appuyant sur l'expérience acquise en commun depuis 2019, il conviendra de définir, en lien avec l'ensemble des établissements membres du GHT, la meilleure organisation permettant d'offrir un service de qualité et de proximité, de garantir la cohérence des projets SI, de spécialiser et mutualiser les compétences les plus pointues.

## VOLET GESTION

### ENJEUX

La raison d'être de l'hôpital public est de remplir au mieux sa mission de service public de réponses aux besoins de santé de la population.

Le projet d'établissement a défini pour ce faire 5 orientations stratégiques.

Le projet de gestion a ainsi pour objectif de construire et de maintenir dans le temps les grands équilibres budgétaires et financiers, ainsi qu'une trajectoire soutenable, gageant de manière robuste et pérennes les orientations stratégiques, les projets et le fonctionnement de l'établissement.

Le projet de gestion n'est ainsi pas un but en soi, mais au contraire le moyen au service des projets du centre hospitalier ; ceci, tant dans le cycle d'exploitation que dans le cycle d'investissement.

### CONTEXTE GÉNÉRAL D'ÉLABORATION

Le centre hospitalier a connu une période de tension et de difficultés sur 2017-2019, en conséquence d'une trajectoire budgétaire et financière s'étant fortement dégradée au cours des années précédentes, en même temps qu'un tassement marqué de l'activité, conduisant alors à un déficit d'exploitation relativement important, à une mise en suspend par les autorités de tutelles des projets d'investissements majeurs et structurants pour l'avenir.

La démarche dite de contrat de développement initiée en 2018 a permis de stopper la dégradation et d'inverser la tendance, ce que la période par nature très particulière de la crise sanitaire Covid n'a pas remis en cause. Après une période délicate de mise en œuvre de certaines évolutions d'organisation en 2019, la démarche s'avère aujourd'hui pleinement fructueuse, en termes de dynamique d'activité (forte depuis plus de 2 ans, en divergence de la dynamique générale observée pour les hôpitaux publics) et de progressive amélioration des résultats.

Au regard des ambitions majeures de l'établissement en miroir de son rôle de recours Drôme Ardèche, se traduisant par la mobilisation de ressources humaines et d'investissements conséquents, cette trajectoire budgétaire et financière vertueuse doit toutefois être maintenue et même confortée au cours des prochaines années.

### CONTENU GÉNÉRAL

L'approche pluri-annuelle du projet de gestion se cristallise en particulier à travers le PGFP/PPI dont une version actualisée à la lumière des projets majeurs du projet d'établissement CHV 2030, sera soumise à concertation, puis validation institutionnelle, d'ici le milieu de l'année 2023.

Le cadre pluri-annuel devra par définition pouvoir faire l'objet d'adaptations, pour tenir compte des éventuelles évolutions en termes de projets majeurs ou d'environnement.

La soutenabilité de l'investissement et du fonctionnement exige par ailleurs que le cycle d'exploitation dégage des ressources suffisantes, ce qui sera suivi à travers les EPRD.

### CO-PORTAGE

Pour garder le sens du projet de gestion (moyen au service des projets de l'établissement, en particulier médicaux, en réponse aux besoins de santé), il est absolument indispensable que l'établissement s'appuie sur et fasse vivre en permanence un partage et un co-portage direction / communauté hospitalière des enjeux et démarches médico-économiques.

# PROJETS DES PÔLES

PÔLE

# MÉDECINES ET ONCOLOGIE MÉDICALE

GASTRO-ENTÉROLOGIE

HÉMATOLOGIE

ONCOLOGIE

HÉMOVIGILANCE

PNEUMOLOGIE

INFECTIOLOGIE

HÔPITAL DE JOUR DE CANCÉROLOGIE

DERMATOLOGIE

ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

SOINS PALLIATIFS

**MIG (MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL)**

CEGIDD (CENTRE GRATUIT D'INFORMATION DE DIAGNOSTIC ET DE DÉPISTAGE)

ÉQUIPE DE LIAISON DES SOINS EN ADDICTOLOGIE

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

ACTIONS TRANSVERSALES EN CANCÉROLOGIE

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de pôle → Docteur Philippe Brun.
Cadre supérieur de pôle → Pascale Gossin Veilleux.
Cadre administratif de pôle → Frédérique Thomas.

## LE PÉRIMÈTRE DU PÔLE EST CONSTITUÉ PAR LES UNITÉS FONCTIONNELLES SUIVANTES :

| Intitulé | Responsable d'unité fonctionnelle ou de service |
|---|---|
| Pneumologie | Docteur Philippe Brun |
| Infectiologie | Docteur Hélène Champagne |
| CeGIDD | Docteur Marie Anne Arthus |
| Hématologie | Docteur Anne-Sophie Michallet |
| Hôpital de jour de cancérologie | Docteur Philippe Brun |
| Plateforme de coordination en cancérologie | Docteur Guillaume Buiret |
| Dermatologie | Professeur Florent Grange |
| Addictologie – ELSA | Docteur Youri Zlakomanov |
| Équipe mobile et unité de soins palliatifs | Docteur Véronique Lafumas |
| Gastro-entérologie | Docteur Nicolas Etchepare |
| Hôpital de jour de gastro-entérologie | Docteur Céline Montuclard |
| Équipe interhospitalière d'hémovigilance | Docteur Mirela Chirila |

## Capacitaire des services

| Intitulé | Nombre de lits et places |
|---|---|
| Pneumologie | 24 lits |
| Infectiologie | 10 lits |
| Hématologie | 10 lits non ouverts |
| Hôpital de jour de cancérologie | 27 places |
| Dermatologie | 5 lits et 2 places |
| Addictologie – ELSA | 10 lits et 24 lits et 3 places HDJ |
| Unité de soins palliatifs | 10 lits |
| Gastro-entérologie | 18 lits et 2 places HDJ |

# INTRODUCTION

Le pôle médecine et oncologie médicale est un pôle d'activité médicale qui comprend des spécialités ayant en commun la prise en charge thérapeutique des pathologies tumorales, inflammatoires, infectieuses et les activités transversales de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé. Il inclut la filière addictologie / alcoologie, l'hémovigilance, les soins palliatifs.

Dans le cadre de ce parcours, la prise en charge est globale, de la prévention au dépistage, du diagnostic de la maladie à sa prise en charge thérapeutique, en incluant les aspects psychosociaux, les soins de support et la fin de vie.

Ce pôle constitue une référence de territoire pour plusieurs activités : addictologie, dermatologie hospitalière et prise en charge du mélanome, endoscopie interventionnelle du secteur public, cancérologie pulmonaire, suivi et traitement des hémopathies (sauf leucémie aiguë du sujet jeune et greffes de moelle osseuse), hémostase, infectiologie.

Ces 4 années (2015-2020) ont vu se structurer le pôle autour du patient :

– renforcer les parcours de prise en charge : de la prévention au dépistage du diagnostic à la thérapeutique et aux suites de soins incluant l'éducation thérapeutique (filière BPCO) ;

– accentuer la dimension territoriale en termes de prise en charge ;

– instaurer la notion de solidarité intra et inter-pôles afin d'anticiper ou pallier des situations exceptionnelles, pour lesquelles les compétences des équipes soignantes et médicales apporteront une réponse, en promouvant les communications intra et inter-pôles ;

– adapter nos organisations aussi bien pour les hospitalisations que nos activités ambulatoires :
  - recrutement d'infectiologue,
  - augmentation du capacitaire en pneumologie,
  - mise en place en HDJ d'une infirmière de thérapeutique anticipée,
  - initiation du projet de créer une Infirmière de pratique avancée BPCO et VIH,
  - développement de nouvelles activités en HDJ Dermato (allergologie et cryodermatologie),
  - développement de l'HDJ oncologie (accueil de nouvelles spécialités),
  - augmentation de place en HDJ en gastrologie,
  - mise en place d'une AMA pour l'accompagnement des patients en hématologie ;

– organiser et valoriser les EPP et les RMM intra-unité et au sein du pôle et organiser des staffs pluridisciplinaires dans chaque unité ayant des lits identifiés soins palliatifs.

Dans cette perspective les projets du pôle pour les années 2022-2026 porteront sur les objectifs suivants :

– améliorer la prise en charge des patients soit en le plaçant au cœur des projets comme accueillir plus de patients et offrir de nouvelles prises en charge ou en structurant les parcours de soins notamment en créant de nouveaux métiers tel que celui Infirmière de pratique avancée ;

– compléter l'offre de soins sur le territoire Drome Ardèche pour se rapprocher au plus près des patients ;

– accentuer les liens avec le CHU notamment sur des projets de recherche clinique pour développer des traitements innovants ;

– développer de nouvelles prises en charge en lien avec d'autres établissements de la région Rhône-Alpes ;

– replacer les infirmières sur leur cœur de métier (le soin) et créer des postes de secrétaire d'hospitalisation ;

– continuer à améliorer la qualité de vie au travail des soignants en évaluant les charges de travail.

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET MÉDECINES ET ONCOLOGIE MÉDICALE

## Addictologie : santé mentale, addictions, psychiatrie

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Zlakomanov.

### LE PROJET

Les pathologies duelles qui associent addiction et troubles psychiatriques sont « un enjeu de santé publique majeur », une cause qui demande coordination, engagement, et en intelligence collective. Ces pathologies souvent chroniques et qui apparaissent tôt dans la vie, autour de 20-25 ans, sont, au-delà des souffrances provoquées, une source importante non seulement de mortalité prématurée, mais aussi des maladies chroniques et handicap, avec de très considérables coûts sociaux induits. Leur fardeau global s'est alourdi de 41 % entre 1999-2010, les pathologies psychiatriques et addictives représentent désormais au niveau mondial près du quart du total des années de vie avec handicap (28,4 %). Il faut donc mieux prendre en compte la question des addictions, avec l'idée que les corrélations parfaitement établies entre troubles mentaux et addictifs ne sont pas en cooccurrences dues au hasard. Ces troubles sont en interaction avec des effets mutuellement aggravants, chacun pouvant être un facteur causal.

De plus ces troubles ont souvent des facteurs causaux communs en amont, comme des antécédents de négligence, de maltraitance, d'abandon dans l'enfance, stress, adversité sociale. Il peut donc s'agir de pathologies duelles, l'expression à double visage d'un désordre commun en amont.

Le tabac et l'alcool provoquent 130 000 morts par an. Plus de 900 000 hospitalisations annuelles en raison de troubles mentaux ou du comportement liées à la consommation excessive d'alcool et la moitié des patients admis en service hospitalier présente un trouble mental associé à un abus de substance.

– Créer des compétences psychiatriques à l'USAA.

– Couvrir les secteurs Tain / Tournon en soins addictologiques.

– Renforcer les liens addictologiques avec le milieu pénitentiaire (patients suivis en prison et post-réinsertion).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Prise de contact avec les établissements concernés (CH-Tournon et milieu pénitencier).

2 – Recrutement d'un psychiatre avec compétence en addictologie.

3 – Développement de consultations avancées sur le territoire.

## Soins palliatifs : ouvrir 5 lits de SSR en soins palliatifs

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet

### LE PROJET

Existence sur le CH de Valence d'une Unité de soins palliatifs de 10 lits MCO.

Cependant, absence de lits d'aval pour les patients dans l'incapacité de rentrer à domicile et non admissibles aux EHPAD ou USLD (patients de moins de 60 ans) ou en attente d'une institutionnalisation pour laquelle les délais d'admission restent très importants.

Réflexion à mener sur la création de lits de Soins de Suite en Soins Palliatifs pour ces profils de patients.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Prévoir dans les 5 prochaines années la création d'un groupe de réflexion visant à élaborer et chiffrer un tel projet.

Établir un relevé annuel du nombre de patients de notre USP pour lesquels cette problématique de devenir se pose. (À débuter au deuxième semestre 2022.)

## Soins palliatifs : bains thérapeutiques en soins palliatifs

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet.

### LE PROJET

Création d'un espace de bain thérapeutique dans notre Unité de Soins palliatifs. Dans le cadre d'une approche globale du soin pour les patients en Soins palliatifs.

La balnéothérapie, agrémentée de massages, d'eau chaude, d'huiles essentielles et de musique, participe à l'amélioration du confort des patients par ses effets décontractants et apaisants. Il s'agit donc d'un soin à part entière qui s'inscrit parfaitement dans la démarche palliative.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Étude de faisabilité des travaux dans l'unité de Soins palliatifs.

2 – Achat du matériel (baignoire thérapeutique, huiles essentielles, matériel de musique).

3 – Mise en œuvre des travaux.

## Pneumologie : mise en place de l'écho-endoscopie bronchique

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Brun.

### LE PROJET

L'écho-endoscopie bronchique est devenu un examen essentiel en cancérologie pulmonaire, pour l'exploration des adénopathies médiastinales ou des tumeurs proximales non visibles en endoscopie classique, Et dans le bilan préopératoire de certains patients. Actuellement ces examens sont réalisés à Lyon.

L'écho-endoscopie est déjà en place en gastro-entérologie et il y a possibilité de développer cette technique en réutilisant une partie du matériel gastro-entérologique.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Recrutement de personnel médical formé ou susceptible d'être formé à cette technique.

## Création de locaux de consultation pour le pôle

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun et tous les médecins du pôle.

### LE PROJET

Les locaux de consultation sont à saturation sur l'ensemble des services du pôle médecine et oncologie médicale. Les différents projets de service prévoient une augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux (IPA) et nous risquons d'être dans l'incapacité de proposer des locaux que ce soit des bureaux administratifs ou des locaux de consultation pour l'ensemble de ces médecins.

Une réflexion de grande envergure doit être envisagée sur la problématique de ces locaux.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Évaluation des besoins actuels, à court, moyen et long terme.

2 – Réorganisation des locaux pour créer des bureaux médicaux et salle de consultation.

## Renforcer le service d'hématologie pour garantir une offre de soins complète

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Santana.
Docteur Brun.

### LE PROJET

Structuration d'un service d'hématologie au sein du pôle avec augmentation progressive de l'activité ambulatoire à savoir la consultation, l'hôpital de jour et les demandes d'avis. Sécuriser les prises en charge des patients de Drôme-Ardèche et répondre aux demandes d'avis en interne ainsi qu'aux nombreuses demandes d'avis de la médecine de ville.

Faciliter la prise en charge du patient au plus proche de son domicile : travail déjà débuté avec l'HAD, les hôpitaux de proximité du GHT (Crest, Romans, Le Cheylard…) et dans le même temps, permettre une prise en charge de qualité avec possibilité d'envoi dans des centres experts pour bénéficier de protocoles non ouverts sur Valence.

Redynamiser la recherche clinique : ouverture de 2 protocoles en cours et 3 études observationnelles déjà ouvertes.

Dans un second temps, réouverture très progressive des lits d'hospitalisation pour l'hématologie ± réhabilitation des chambres à flux pour les isolements protecteurs. Cela permettrait de prendre en charge quasi toutes les pathologies hématologiques du bassin.

Projet plus détaillé dans le PMS envoyé à la direction.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recrutement d'hématologues jusqu'à 5 PH. Actuellement, expertise en myéloïde. Recruter des praticiens avec expertise en lymphoïde.

2 – Structuration de l'hôpital de jour et augmentation progressive de l'activité.

3 – Ouverture d'une filière hémato-gériatrie avec arrivée d'une assistante partagée, le Docteur Taki en novembre 2022 qui va initialement se former en hématologie pendant 2 ans.

4 – Poursuivre la PEC AMA (Assistante Médicale Ambulatoire) avec recrutement d'une seconde AMA.

5 – Recrutement d'une IPA (Infirmière de Pratique Avancée)

6 – Structuration d'une plateforme transfusionnelle.

7 – Pour l'hospitalisation conventionnelle, mise en place d'une ligne d'astreinte pour sécuriser la PEC des patients.

8 – Ouverture progressive des lits d'hospitalisation conventionnelle.

## Pneumologie – Infectiologie : développement de la poly(somno)graphie nocturne

Recréer au sein du service un lit d'hospitalisation « sommeil » de polygraphie nocturne avec utilisation en journée du lit en HDJ pour les HDJ infectieux (VIH, plaie et cica infectieux) et bilan pneumo (fibrose…).

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Champagne.

### LE PROJET

Suite à la crise sanitaire puis le manque de pneumologues, l'activité de polygraphie nocturne sur le lit dédié a été suspendue. Le recrutement d'un pneumologue spécialisé dans la pathologie du sommeil permettra de reprendre et développer cette activité sur un lit dédié dans le service.

Par ailleurs, la disponibilité de ce lit dans la journée pourra être utilisée pour un accueil dans de meilleures conditions des patients d'hôpital de jour d'infectiologie, mais aussi de développer des hôpitaux de jour : infectieux non VIH (plaie et cicatrisation à orientation infectieuse, ostéites complexes) et pneumologiques (bilans de fibrose…).

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Recrutement d'un pneumologue spécialisé dans la pathologie du sommeil préalable à la reprise de cette activité.

# L'HÔPITAL DE RECOURS DROME ARDÈCHE

## Création d'une unité d'hémostase clinique et d'hémovigilance au CHV

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Chirila-Hetsch

### LE PROJET

Création d'une unité d'hémostase clinique : l'unité d'hémostase clinique est spécialisée dans le diagnostic et le suivi des pathologies hémorragiques et thrombotiques constitutionnelles et acquises.

Centre de diagnostic et traitement des maladies hémorragiques filière MHEMO, dans la région Drôme-Ardèche.

– La maladie thromboembolique veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) reste la troisième cause de décès dans les pays développés.

– Les pathologies de l'hémostase à risque hémorragique essentiellement, hémophilie et autres déficits en facteur de la coagulation, maladie de Willebrand et thrombopathie.

Elle assure également, dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, la mise en place du traitement adapté, l'organisation de la prise en charge au long cours des patients et le diagnostic d'apparentés.

Il est important d'améliorer l'offre des soins sur le territoire Drôme-Ardèche concernant ces pathologies thromboemboliques et hémorragiques.

Actuellement, le Centre Hospitalier de Valence ne dispose que d'une activité d'hémostase clinique de 30 % ETP médical pour l'ensemble du territoire Drôme-Ardèche.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – La création d'une unité d'Hémostase Clinique (maladies hémorragiques constitutionnelles et thromboemboliques) nécessite :

2 – d'intégrer l'activité actuelle d'hémostase dans le service d'hémovigilance (activité réalisée par le même médecin) avec la création d'une unité d'Hémostase Clinique et d'Hémovigilance ;

3 – organisation des vacations supplémentaires au vu de la demande actuelle (ETP médical supplémentaire de 80 %) ;
développer des formations médicales et paramédicales pour la prise en charge de ces patients au sein du réseau Drôme-Ardèche.

## Transformation de l'antenne de vaccination en centre de vaccination

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Champagne.

### LE PROJET

Constatations actuelles : actuellement le service de Maladies infectieuse est Antenne de vaccination antirabique et effectue les suivis de vaccinations thérapeutiques instaurées par le Centre de vaccination (Lyon ou Annonay) : nombre de vaccinations dans le service : 71 en 2018, 44 en 2019 (baisse en 2020 et 2021 dans contexte sanitaire : 13). L'objectif de transformation de l'antenne en centre est de simplifier le parcours patient sur un même lieu de proximité.

Par ailleurs, dans le cadre du référent anti-infectieux, des avis ou téléexpertises sur la vaccination sont régulièrement demandés à l'équipe d'infectiologie. Des constations régulières montrent que les patients, en particulier les immunodéprimés n'ont pas toujours leurs vaccinations à jour.

L'objectif du projet est de favoriser le conseil en vaccinologie dans le territoire Drôme Ardèche, en s'appuyant sur l'équipe d'infectiologie. Il s'agit donc de formaliser un Parcours patient de prévention par la vaccination.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Transformer l'antenne de vaccination antirabique en centre de vaccination via un protocole de collaboration avec IDE (permanence de 3 demi-journées par semaine) dans un premier temps.

2 – Via recrutement temps IDE / IPA, proposer une activité de vaccination de l'immunodéprimé.

3 – En lien avec le Centre de Vaccination de la ville :appuyer un Centre de vaccination Internationale sur l'équipe d'infectiologie (protocole de coopération IDE ± temps médecin).

## Oncologie : consolider l'équipe médicale et s'ouvrir davantage sur le territoire pour se rapprocher du patient

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Dramais.
Docteur Brun.

### LE PROJET

Recruter des oncologues pour étoffer le service, dans le but de réaliser de manière optimale l'activité d'oncologie.

Pouvoir assurer ses propres formations, comme le font nos collègues hématologues et dermatologues, et celles des IDE et d'Aides-soignantes des services du pôle.

Actuellement, il n'y a qu'une seule PH à temps plein, 2 PAA à 80 % et un médecin généraliste à 40 %.

Poursuivre le travail de déploiement sur d'autres sites du GHT (HDN, Crest, Die, Tournon, Le Cheylard, Saint-Marcellin, HAD), en vue d'une coopération interhospitalière, pour traiter les patients au plus proche de chez eux (chimiothérapies, transfusions, immunothérapies, avec les médecins ressources locaux).

Renforcer les liens avec les HDN.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Offrir des postes d'assistants dans le but de les recruter ensuite comme PH.

2 – Déjà en cours grâce à des contacts et conventions avec Crest, Tournon, Le Cheylard.

3 – À poursuivre et intensifier avec l'aide des cadres, pharmaciens, IDE, en formant d'abord en hôpital de jour, nos collègues médecins, IDE et pharmaciens du territoire.

4 – En allant assurer des consultations dans les hôpitaux du GHT au plus près des patients, et une présence médicale auprès des équipes 1 à 2 fois par mois, pour chaque site.

## Hémovigilance : informatisation du dossier patient transfusionnel unique et complet avec prescription connectée entre l'Établissement et l'EFS

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Chirila-Hetsch.

### LE PROJET

À ce jour : 9 Hôpitaux partenaires de l'EIHH : HDN, CH Vals d'Ardèche, CH Tournon, CH Crest, CH Die, CH Saint-Félicien, CH Saint-Marcellin, CH Le Cheylard.

#### Rôles et missions

– Formation du personnel paramédical, médical et transporteurs de PSL.

– Évaluation de pratiques professionnelles annuelles.

– Mise à jour des procédures transfusionnelles.

– Traçabilité des produits sanguins labiles, enquête et signalements des dysfonctionnements et des effets indésirables survenant chez les receveurs.

– Collaboration avec les correspondants locaux d'hémovigilance, les référents et l'EFS site de Valence.

– Soutien dans l'application de la réglementation de la sécurité transfusionnelle en lien avec les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance AURA.

– Nouvelles collaborations avec d'autres établissements de proximité : mise en place de la transfusion et formations aux personnels transfuseurs.

L'avenir se tournant vers une informatisation du dossier transfusionnel (de la prescription à la transfusion, en passant par la traçabilité des PSL), l'acquisition d'un logiciel informatique spécifique au niveau de notre établissement et du GHT s'impose dans les 5 prochaines années.

Le service d'hémovigilance portera ce projet dès le début (appel d'offres, choix du logiciel, mis en place, formation, puis dépannage auprès de soignants hot-line Hémovigilance).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Lancement du projet de l'informatisation du dossier patient transfusionnel unique et complet avec prescription connectée entre l'Établissement et l'EFS.

2 – Le logiciel permettra de couvrir tout le parcours transfusionnel, de la prescription médicale en passant par la traçabilité du consentement du patient, jusqu'à la confirmation de la transfusion envoyée à l'EFS via un flux informatique sécurisé. L'application permet également de consulter les résultats d'analyse réalisés par l'EFS.

3 – Le point fort de ce logiciel est la possibilité de paramétrer les protocoles transfusionnels individuels (sujets allergiques, greffés…) ou pour des groupes de patients (femmes enceintes, personnes âgées). Dans le but d'améliorer la sécurité transfusionnelle des patients.

## Gastro-entérologie – Poursuite du développement de l'équipe médicale au sein de CHV et sur le territoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Etchepare.

### LE PROJET

Le service de gastro-entérologie du CH de Valence contribue aux :
– soins de proximité avec une unité d'hospitalisation conventionnelle (hospitalisations directes et post-urgences), des activités de consultation, d'endoscopie digestive (coloscopies, gastroscopies), un hôpital de jour pour la prise en charge de la cancérologie digestive et des maladies digestives chroniques ;
– soins de recours principalement dans le domaine de l'endoscopie interventionnelle (cathétérisme biliaire et écho-endoscopie) et d'urgence (astreinte opérationnelle d'endoscopie digestive 24 h / 24) ;
– une activité de recherche clinique.

À l'échelle du territoire, plusieurs praticiens du service ont une activité aux CH de Crest et de Die.

Un très fort besoin de santé existe actuellement principalement dans le domaine de la cancérologie digestive et de l'endoscopie digestive, cela sur le bassin valentinois mais également à l'échelle de Drôme-Ardèche.

La perspective du futur plateau technique permettra une augmentation majeure de l'activité d'endoscopie digestive (x 2) afin de répondre à ces besoins. Dans l'attente, les locaux actuels de la gastro-entérologie permettent d'initier une augmentation progressive du nombre de patients pris en charge.

Le service souhaite donc poursuivre son développement afin de répondre au mieux à ces besoins de soins de proximité et de recours, sur le bassin Valentinois et au-delà.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Augmentation des effectifs médicaux : création de 2 postes de praticiens hospitaliers

2 – Travailler sur les effectifs de personnel non médical nécessaires pour accompagner cette augmentation d'activité en endoscopie digestive et en hôpital de jour.

3 – Renforcer l'activité sur le territoire Drôme Ardèche avec le développement des consultations avancées et la fluidification des activités recours.

## Pneumologie : développement de l'épreuve d'effort

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Rival.

### LE PROJET

L'hôpital dispose d'une épreuve d'effort métabolique permettant de faire des épreuves d'effort à la fois cardiologique et respiratoire. Cette épreuve d'effort est la seule du GHT.

Il va y avoir développement des indications d'épreuves d'effort du fait de la mise en place de la chirurgie thoracique au sein de l'hôpital.

Par ailleurs, un suivi des sportifs est en train de se mettre en place avec les cardiologues. Dans ce but une acquisition de matériel afin de pouvoir réaliser des tests de provocation de l'asthme d'effort par hypercapnie doit être envisagée.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recrutement médical pour pouvoir réaliser davantage d'épreuves d'effort.

2 – Acquisition de l'appareil de provocation de l'asthme.

## Pneumologie : consolider l'équipe médicale au sein du CHV et s'ouvrir sur le territoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Brun.

### LE PROJET

Le service de pneumologie est le seul du territoire de santé, que ce soit en pneumologie général ou en oncologie thoracique.

Sous réserve de recrutement médical suffisant, il faut développer des consultations avancées à l'hôpital de Crest, une téléexpertise sur les autres hôpitaux du territoire, et à terme une implantation pneumologique sur Romans avec une équipe mutualisée comportant au moins six médecins Temps plein.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Revenir à l'effectif de 4 pneumologues, dont 2 ayant la compétence en oncologie thoracique pour permettre le développement du service au sein du CHV.

2 – Recrutement d'un 5e pneumologue afin de proposer des consultations avancées sur l'hôpital de Crest, mais aussi de renforcer l'équipe médicale sur Valence.

3 – Recrutement d'un 6e pneumologue afin de proposer une présence médicale quotidienne sur l'hôpital de Romans pour développer l'ambulatoire, les endoscopies, la prise en charge hospitalière.

## Hématologie : plateforme transfusionnelle

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Santana.
Docteur Brun.

### LE PROJET

Structuration d'un service d'hématologie au sein du pôle avec augmentation progressive de l'activité ambulatoire à savoir la consultation, l'hôpital de jour et les demandes d'avis. Sécuriser les prises en charge des patients de Drôme-Ardèche et faciliter leur prise en charge au plus proche du domicile : travail déjà débuté avec l'HAD, les hôpitaux de proximité du GHT (Crest, Romans, Le Cheylard…).

Projet plus détaillé dans le PMS envoyé à la direction.

Montée importante de l'activité de l'hôpital de jour : environ 30 entrées par semaine pour l'hématologie auxquelles s'ajoutent environ 20 transfusions par semaine.

Plus de 80 % des transfusions peuvent être programmées. Cette donnée rend indispensable la création d'un parcours organisé sur l'HDJ pour éviter les temps d'attente et les reports de patients.

La création d'une plateforme transfusionnelle permettrait de mettre les supports transfusionnels à part en laissant l'HDJ pour des entrées classiques d'immunothérapie et/ou polychimiothérapie.

L'exemple du projet au Centre Léon Bérard avec une plateforme transfusionnelle comprenant 3 méridiennes ± 1 lit en cas de patient fragile est une preuve de son bon fonctionnement avec une rentabilité importante. Celle-ci nécessite un temps infirmier et un 20 % de secrétariat pour organiser les entrées (réception des biologies, vérification des RAI, envoi dans les hôpitaux de proximité si nécessaire…).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Trouver les locaux (1 à 2 chambre[s] au sein de l'HDJ ?) pour la plateforme.

2 – Organisation d'un roulement efficient par une secrétaire de l'HDJ avec un temps dédié (20 %).

3 – En cas de lit vide, possibilité de faire entrer un traitement court de l'HDJ.

4 – Recrutement d'un temps infirmier qui pourrait tourner sur l'HDJ.

5 – Un médecin référent par semaine en cas d'événement indésirable ou un médecin dédié.

## Hématologie : téléexpertise en oncologie et hématologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Santana.
Docteur Dramais.
Docteur Brun.

### LE PROJET

Les avis hématologique et oncologique sont nombreux au sein du territoire Drôme Ardèche. Avec l'augmentation d'activité en hématologie et oncologie et le recrutement d'oncologues et d'hématologues formés, le CHV est voué à être référent dans chaque domaine d'expertise.

L'hématologie a donné 272 avis entre janvier et avril 2022 soit environ 15 à 20 par semaine (versus 6 à 10 par semaine en 2021) pour la médecine de ville et pour certains hôpitaux de proximité. Les avis sont actuellement demandés par mail, fax ou téléphone.

L'oncologie donne 10 avis par semaine pour la médecine de ville et certains hôpitaux de proximité.

Les demandes vont en augmentation croissante. L'objectif est de les structurer par un premier tri réalisé par le secrétariat (avis non hématologiques rejetés), puis un second tri par un médecin, qu'il soit spécialiste ou non.

Pour le moment, une réponse orale ou par mail est donnée avec une convocation du patient. De temps en temps, le médecin rappelle directement l'interlocuteur pour faciliter la prise en charge du patient ou éviter un déplacement.

Par ailleurs, un certain nombre de consultations téléphoniques sont données pour éviter des déplacements de certains patients ou avoir un avis rapide avant une consultation présentielle.

Une même organisation pour tous les avis et téléexpertises permettra de réaliser des statistiques sur l'origine des demandes (médecins généralistes, établissements partenaires conventionnés), d'intégrer ces expertises au dossier Easily et de les valoriser financièrement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Structurer l'équipe au sein de chaque service pour avoir un temps dédié à ces téléexpertises.

2 – Former les secrétaires à la première étape de tri permettant un gain de temps médical.

3 – Communication à la ville dans premier temps puis aux établissements partenaires.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Développement de l'ambulatoire en dermatologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Professeur Grange.

### LE PROJET

L'activité ambulatoire en Dermatologie va dans les mois et années à venir, continuer de se développer en raison de l'extension d'activité ou l'arrivée en 2022 de praticiens spécialisés en dermato inflammatoire, allergologie, onco-dermatologie et/ou dermato pédiatrique, ou d'assistants partagés. En particulier, le recrutement du Docteur E. Couty en mars 2022 (PH, DESC de cancérologie), du Docteur T. Sofalvi en avril 2022 (1 vacation hebdomadaire, allergologie hospitalière), l'extension de l'activité du Docteur Fortier-Beaulieu (½ vacation supplémentaire, cryochirurgie, chirurgie de l'ongle) ; le recrutement attendu en novembre 2022 d'un assistant temps plein et 2 assistants partagés. À cela s'ajoute l'accueil régulier, chaque semestre, de 2 internes DES (été 2022 : 1 phase d'approfondissement et 1 Docteur Junior)

1. De l'activité interventionnelle qui devra « tourner » 5 jours / 7 à temps plein : développement de la chirurgie des tumeurs cutanées, de la cryochirurgie, et de leur enseignement aux internes et jeunes praticiens.
2. Du développement des activités existantes : file active de patients sous biothérapie ou accueillis et suivis pour un cancer, allergologie hospitalière génératrice d'un grand nombre d'HDJ, Photothérapie Dynamique, puvathérapie…
3. De l'augmentation des hospitalisations de jour chirurgicales et médicales (hors « traitement du cancer »).

Il s'agit d'optimiser la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt des patients, au cœur d'un lieu fonctionnel regroupant les plateaux techniques.

Les locaux tels que configurés actuellement assurent souplesse et fonctionnalité et suffisent à l'activité réalisée ; cependant, rapidement (fin 2022) il devra être envisagé de nouveaux espaces (espace de consultations supplémentaires et bureaux médicaux à proximité des plateaux techniques de chirurgie, cryochirurgie, photothérapie dynamique et imagerie médicale (dermoscopes, Fotofinder).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Redéfinir le capacitaire de l'unité de Dermatologie (salles de consultation / bureaux médicaux, places physiques d'HDJ, « parcours patient » pour la photothérapie dynamique et la photothérapie).

2 – Adapter les effectifs paramédicaux aux besoins définis (besoin d'IDE : 1 IDE pour « CS – HDJ – Photothérapie » ; 1 IDE « bloc » ; 1 IDE « allergologie » certains jours (préparation des tests).

3 – Réaliser un programme de formation pour les soignants en lien avec les différentes spécialités du service et les nouvelles thérapeutiques.

## Développer les activités ambulatoires en structurant les parcours de soins par spécialité

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Madame Gossin Veilleux, cadre supérieur de santé.

### LE PROJET

L'activité ambulatoire en cancérologie va dans les mois, années à venir se développer de par :

1. le vieillissement de la population avec le risque de développer plusieurs cancers → une durée de vie de la file active actuelle et à venir plus importante ;
2. la reconstitution de l'équipe médicale d'hématologie au sein du CHV (arrivée de nouveaux praticiens) ;
3. le développement de l'activité d'Onco-dermatologie ;
4. le développement de nouvelles thérapies (immunothérapies) et de nouvelles indications (traitement préventif des rechutes par adjuvants).

Il est à noter le rapprochement de l'activité ambulatoire de cancérologie de gastro-entérologie, prévue en 2025, de celle réalisée actuellement à l'HDJ cancéro du premier étage du bâtiment médical.

La PEC des patients par des parcours de soins structurés avec le développement de nouveaux métiers tels que les IDE de pratique avancée sera nécessaire, tout en consolidant les missions des IDE de prescriptions anticipées (ITA).

Il s'agit d'optimiser la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt des patients.

Il sera nécessaire de créer un poste de cadre de proximité pour accompagner ce développement.

Les locaux tels que configurés actuellement suffisent à l'activité réalisée cependant, à terme, il devra être envisagé de nouveaux espaces (transformation locaux actuels ou changement de localisation ?).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Redéfinir le capacitaire de l'HDJ de cancérologie et envisager dès aujourd'hui « demain ».

2 – Créer un poste de cadre de proximité.

3 – Définir une charte de fonctionnement.

4 – Adapter les effectifs paramédicaux aux besoins définis en tenant compte des effectifs déjà existants dont le poste d'ITA.

5 – Réaliser un programme de formation pour les soignants en lien avec les différentes spécialités du service et les nouvelles thérapeutiques.

6 – Créer un poste d'IPA pour fluidifier le parcours des patients.

7 – Assurer un pilotage médico-soignant administratif.

## Créer une unité transversale plaies et cicatrisation

Pôle Médecines et Oncologie Médicale.
Pôle Chirurgie Bloc Anesthésie.
Pôle Médecine et Spécialités.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Dauriac.
Docteur Blanc-Lasserre.
Docteur Le Borgne de Lavillandre.
Docteur Champagne.
Docteur Bellidenty.

### LE PROJET

De nombreuses spécialités et compétences sur le CHV prennent en charge des plaies chroniques. Le projet est de formaliser un parcours de soins regroupant l'ensemble de ces compétences (chirurgie plastique, dermatologie, infirmière plaie et cicatrisation, infectiologie, gériatrie, diététique, endocrinologie, médecine vasculaire, radiologie interventionnelle…) avec création d'un secrétariat unique et d'hôpitaux de jour dédiés et de fluidifier le parcours pour diminuer les temps de prise en charge.

Par ailleurs, il existe une forte demande de la ville pour la prise en charge hospitalière sur le territoire laissant penser qu'un développement important est à prévoir (augmentation de la file active de patients, augmentation des actes de radiologie interventionnelle et de chirurgie plastique, formalisation d'un véritable service de Plaie et cicatrisation).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mise en place d'un temps de secrétariat et de locaux d'hôpitaux de jour.

2 – Développement et augmentation de l'activité avec éventuel recrutement de nouvelles IDE plaie et cicatrisation.

## Création d'une plateforme pluridisciplinaire du sommeil

Pôle de chirurgie anesthésie bloc opératoire + pôle de médecine et spécialités (neuro + cardio) + Médecine et oncologie médicale (pneumo).

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc-Lasserre.
Docteur Homeyer.
Docteur Plouin-Gaudon.
Docteur Chidiac.
Docteur Bretelle.
Docteur Rival.

### LE PROJET

Les troubles du sommeil sont un enjeu de santé publique et font depuis plusieurs années déjà l'objet d'une attention particulière. Ils sont connus comme étant un élément pourvoyeur ou aggravant de nombreuses pathologies, qu'elles soient cardiaques, endocriniennes (diabète, obésité…), neurologiques (maladies neurodégénératives, démences, AVC…), psychiatriques, oncologiques, infectieuses (y compris le COVID), accidentologiques (20 % des accidents de la route attribués à de la somnolence excessive)…

Actuellement au Centre Hospitalier de Valence, les bilans du sommeil sont réalisés dans plusieurs services : ORL, cardiologie, pneumologie. Ils ont été suspendus en neurologie, en raison de la situation CRITIQUE des lits hospitaliers, et du manque global de personnel soignant.

D'autre part les bilans effectués en ORL, pneumologie et cardiologie ne sont pour le moment réalisés qu'en ambulatoire sous forme de polygraphies ventilatoires qui, contrairement au Gold Standard de la Polysomnographie, ne permettent pas de diagnostiquer précisément tous les troubles du sommeil.

Dans les cas, de plus en plus nombreux, où il faut avoir recours à des examens pointus (cf. notamment le décret AU JO du 28.03.22), comme la PSG, les TILE (tests itératifs de latence d'endormissement), et TME (tests de maintien d'éveil), il est nécessaire d'adresser les patients dans des centres experts, souvent en CHU ou dans le privé, où les listes d'attente peuvent être de plusieurs mois, voire d'un an.

Or, en neurologie, il y aurait en théorie déjà la possibilité de réaliser des TME (il faudrait compléter le matériel) puisque 3 IDE / techniciennes sont formées à la mise en place des enregistrements de sommeil, PSG, TILE, TME. Elles n'ont toutefois pas leur DU sommeil. Les locaux ne sont pour le moment pas non plus adaptés et il faudrait compléter le matériel.

Plusieurs médecins se sont d'ores et déjà formés aux pathologies du sommeil, via le DIU national adapté, et souhaitent mettre en place une plateforme de prise en charge plus globale des troubles du sommeil.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recruter 1 technicien·ne ou former 1 technicien·ne ou IDE (IPA ?) aux pathologies du sommeil et idéalement à l'interprétation des tracés.

2 – Obtenir une chambre qui puisse être dédiée, permettant à la fois des enregistrements de jour et de nuit. Cette chambre doit être sanctuarisée, insonorisée, avec un système permettant d'obscurcir la chambre en journée. Système de surveillance vidéo à prévoir.

3 – Impliquer plusieurs médecins de diverses spécialités, formés aux pathologies du sommeil pour superviser la plateforme (déjà en cours).

## Structurer le parcours des maladies chroniques en créant un poste d'infirmière de pratique avancée en gastrologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Montuclard.
Docteur Etchepare.

### LE PROJET

La prise en charge optimale des patients atteints de maladies chroniques nécessite un suivi régulier, en consultation ou en hôpital de jour, dans deux cadres différents :
– soins programmés (évaluation efficacité traitement, validation d'un nouveau cycle de traitement oral ou injectable, contrôle tolérance clinique et biologique) ;
– soins d'urgence ou semi-urgence non programmés (gestion des complications de la pathologie et/ou du traitement).

Actuellement, il n'existe pas de temps dédié pour ces soins urgents / semi-urgents, pourtant absolument indispensable, avec une prise en charge non standardisée et non valorisée.

Les objectifs d'un poste infirmier de coordination seront d'optimiser la prise en charge dans le cadre :
– des soins programmés : suivi téléphonique / éducation thérapeutique / prévalidation de traitement / gestion fréquence et nécessité de consultation médicale ;
– des soins non programmés : gestion ou orientation adaptée des problèmes aiguë, éviter des passages non indispensables aux urgences, améliorer communication médecin de ville / hôpital, ou organiser hospitalisations directes en service de médecine au besoin ;
– des prescriptions anticipées de certaines chimiothérapies.

Sont concernées toutes les pathologies chroniques digestives : maladies inflammatoires chroniques intestinales, cancérologie digestive, cirrhoses décompensées…

Est attendu un bénéfice secondaire avec un gain de temps médical permettant d'augmenter le nombre de plages de consultations ou le nombre de patients suivi en HDJ.

Les perspectives ultérieures seraient d'étendre la partie d'éducation thérapeutique aux patients des différents hôpitaux du GHT, voire même au secteur privé afin d'optimiser les relations ville / hôpital. Ce poste pourrait être transformé en poste d'IPA à plus long terme.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

La création de ce poste d'IDE nécessite plusieurs étapes.

1 – Identifier un·e ou deux IDE intéressé·es par le projet.

2 – Encadrement et formation initiale de l'IDE à définir (par l'intermédiaire des médecins du service ± financement de formation(s) : éducation thérapeutique, prescription anticipée ± IPA quand le poste sera créé en Gastro-entérologie.

3 – Rédiger un protocole précis avec actions IDE bien définies en amont, construit avec les médecins gastro-entérologues qui interviennent actuellement pour la prise en charge des MICI et en cancérologie digestive.

4 – Assurer la valorisation T2A des séjours que cela crée en HDJ.

## Structurer les filières de soins BPCO et VIH en créant un poste d'infirmière de pratique avancée

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Champagne.
Madame Gossin Veilleux, cadre supérieur de santé.

### EXPLICATION LITTÉRALE DU PROJET

Le service ambulatoire de Pneumologie et Maladies infectieuses prend en charge diverses pathologies chroniques pulmonaires (BPCO et insuffisance respiratoire) et Infectieuses (Patient vivant avec le VIH) avec de nombreuses comorbidités communes. C'est dans ce contexte que s'intègre le projet d'implantation d'une Infirmière de pratique Avancée (IPA) dont le but est d'améliorer les parcours patients, fluidifier les prises en charge et favoriser la prévention des comorbidités. Les objectifs de la prise en charge par l'IPA :

1. prise en charge des patients BPCO / insuffisance respiratoire chronique en lien avec les pneumologues : la file active actuelle est estimée à 500 patients. Effectuer des consultations de réévaluation après instauration d'un traitement par pneumologue ;
   coordonner la filière de dépistage et prise en charge BPCO : créer et coordonner un programme d'ETP, activité de recherche clinique, activité de prévention, actualisation des vaccinations, organisation du dépistage des comorbidités (atteinte vasculaire, cardiaque, dénutrition, cancer…) ;
2. dépistage de comorbidités / pathologies chroniques / polypathologies chez les patients vivants avec le VIH (PVVIH) : la file active de PVVIH est de 570, avec une population vieillissante participant très peu à l'activité de dépistage en population, malgré de nombreux facteurs de risques et de nombreuses comorbidités ;
   d'intégrer au sein du service un parcours de dépistage des comorbidités (consultation ± organisation d'HDJ) : cardiopathie, atteinte vasculaire artérielle, BPCO post-tabagique, cancer pulmonaire, diabète, pathologies neurodégénératives, ostéoporose…, afin de faciliter le recours aux médecins généralistes ou spécialistes et de s'assurer du bon suivi de ces pathologies ;
   formaliser le parcours de soins dans le cadre de la prévention des IST / cancers liés HPV et tabac.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Création du poste IPA (Infirmière finissant sa formation fin juin 2022).

## Développement de l'activité ambulatoire dans le cadre de la filière BPCO

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Rival.

### LE PROJET

La mise en place d'une filière BPCO a déjà commencé avec développement du réseau ville hôpital et développement du réseau avec les autres établissements du GHT, notamment l'hôpital de Die.

Une évolution est à prévoir de cette filière avec mise en place d'une IPA et augmentation globale du nombre des EFR, qui va nécessiter l'acquisition d'une 2e cabine de pléthysmographie et le renforcement de l'équipe des infirmières ambulatoires.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mise en place d'une IPA pour coordonner le réseau au sein du GHT, assurer le suivi des patients qui se présentent dans le cadre de cette filière et assurer le retour d'information auprès des professionnels de ville.

2 – Acquisition du 2e cabinet de pléthysmographie est extension de l'équipe.

## Définir un parcours de soins identifié en soins palliatifs sur le territoire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet.

### LE PROJET

1. Créer une équipe médicale commune territoriale (Fédération Médicale Inter-Service Hospitalier)

Dans le cadre de la coopération territoriale, les équipes médicales de Soins Palliatifs des établissements du CH de Tournon, du CH de Crest, du CH de Valence et des HDN se sont rapprochées en vue de créer une équipe médicale commune (EMC).
Ce projet est le fruit d'un travail commun entre les équipes de direction et les équipes médicales des 4 établissements.
Les soins palliatifs se doivent d'être une activité de proximité pour maintenir le lien avec les proches.
L'objectif de la création de cette Équipe Médicale Commune (EMC) est de proposer un parcours de soins identifié et complet pour assurer une prise en charge adaptée et de qualité pour le patient.

2. Développer l'activité mobile extrahospitalière de soins palliatifs.

L'Équipe mobile de Soins Palliatifs a pour mission d'intervenir auprès de patients en situation palliative qu'ils soient hospitalisés au sein du CH de Valence mais également en extrahospitalier (établissements médico-sociaux, domicile de patients, HAD…)
Or depuis quelques années et notamment depuis la crise sanitaire du COVID, nous sommes confrontés à une demande croissante d'intervention pour des patients non hospitalisés sur notre Centre hospitalier. Cette demande se rajoute à notre activité intrahospitalière qui ne désemplit pas.
Ainsi et afin de pouvoir prendre en charge un maximum de patients, nous avons développé une activité de consultations externes de Soins Palliatifs qui elle aussi est en croissante augmentation.

Cependant, cela ne suffit pas toujours, notamment lorsque les patients extrahospitaliers sont trop altérés pour se rendre en consultation. Il est alors nécessaire que ce soit notre équipe qui se déplace à son domicile.
Afin de pouvoir mener à bien notre mission et de répondre dans des délais raisonnables aux sollicitations d'interventions toujours plus nombreuses à l'extérieur du CH de Valence, nous avons besoin de renforcer notre EMSP.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rédaction de la convention de FMIH par les équipes médicales de Soins palliatifs des Centres hospitaliers de Crest, Tournon, Romans-sur-Isère et Valence.

2 – Validation par les instances des 4 établissements de la convention FMIH.

3 – Utilisation du budget FIR actuel pour la création d'un temps d'assistante sociale dédié à l'EMSP afin notamment de pouvoir intervenir auprès de patients ambulatoires rencontrés en consultation et d'anticiper l'évaluation de leurs plans d'aide dans le but de faciliter leur maintien à domicile.

4 – Dans un deuxième temps et après réévaluation de notre financement FIR, renforcement des temps de personnels médicaux et non médicaux de notre EMSP (nécessité de renforcer tous les postes : médecin, IDE, secrétaire et psychologue).

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Soins palliatifs – Développement de l'activité recherche clinique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet.
Docteur Trichard.

### LE PROJET

– Participation de notre Unité en tant que centre investigateur à divers travaux de recherche clinique en lien avec nos confrères de Soins Palliatifs des HCL.

– Mise en œuvre de nos propres projets de recherche en tant que promoteur.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Participation à l'étude MIR –P (« efficacité et sécurité d'usage de la mirtazapine comparée à l'escitalopram par voie orale dans la polysymptomatologie associée au cancer ») : en cours.

2 – Développement d'un projet de recherche intitulé « Évaluation des bénéfices de l'utilisation du snoezelen sur les symptômes d'inconfort de patients cancéreux hospitalisés dans une USP » : rédaction du protocole de recherche en cours.

## Soins palliatifs – Développement de l'analgésie intrathécale

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet.

### LE PROJET

L'analgésie intrathécale est une pratique d'antalgie intéressante pour soulager les patients porteurs de pathologies cancéreuses responsables de douleurs localisées mais résistantes à des traitements opioïdes administrés par voie générale.

Volonté de notre équipe de développer cette pratique en partenariat avec nos confrères du Centre Léon Bérard.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recrutement de patients par l'EMSP ou l'USP.

2 – Validation de l'indication en RCP ITARA qui se tient 1 fois tous les 15 jours au centre Léon Bérard.

3 – Réflexion sur un partenariat avec le Centre Léon Bérard pour la pose de matériel ou développement de l'activité sur le CHV (en lien avec les neurochirurgiens ou les anesthésistes).

4 – Création d'une convention entre le Centre Léon Bérard et la pharmacie du CHV pour l'approvisionnement et la préparation des produits antalgiques administrés dans ces pompes.

5 – Formation des IDE de l'USP à l'utilisation et au remplissage des pompes intrathécales et des médecins de l'USP à la prescription de ce type d'antalgiques.

6 – Disponibilité d'un lit en HDJ de Médecine pour le suivi et le remplissage réguliers des pompes et Formation du personnel IDE de l'HDJ.

## Soins palliatifs – Développement de la médiation animale

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Lafumas-Fouquet.

### LE PROJET

Mise en place de séances de médiation animale en USP afin d'offrir à nos patients un temps hors des soins médicaux, visant à amener de l'apaisement en maintenant et favorisant leur bien-être physique et psychologique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recherche d'un professionnel formé à cette pratique.

2 – Prise en charge par la DATEL de ses séances.

3 – Établir un planning d'intervention au sein de l'Unité de Soins Palliatifs.

## Pneumologie – Recherche clinique en oncologie thoracique et en pneumologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.

### LE PROJET

Le service de pneumologie avait participé à des essais de recherche clinique sur le cancer du poumon, soit commerciaux, soit à titre institutionnel dans le cadre de l'IFCT notamment.

Le déficit d'effectifs médicaux a stoppé net cette recherche clinique. Une volonté de redévelopper ces projets dès recrutement reste un objectif du service.

Par ailleurs le recrutement de pneumologue orienté sur les autres pathologies respiratoires pourrait permettre de participer également à de la recherche clinique dans d'autres domaines pneumologiques.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Recrutement de pneumologues.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Gastrologie : création d'un secrétariat de coordination d'hospitalisation

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Etchepare.
Docteur Tsounis.
Madame Greve-El Hassani → cadre administratif de pôle.

### LE PROJET

Lors d'un séjour hospitalier la gestion administrative est essentielle au bon déroulé et à la fluidité du parcours du patient.

Cela débute en amont de l'hospitalisation par la programmation directe des hospitalisations en coordination avec les médecins et avec la préparation de l'entrée du patient : contact téléphonique avec le patient pour modalités de séjour.

Durant l'hospitalisation, la secrétaire de coordination gère et programme les examens complémentaires internes (radiologie, endoscopie, consultations d'anesthésie…), organise le transport (PTAH), réceptionne les appels téléphoniques des familles et participe à l'anticipation du devenir sous la responsabilité la cadre de santé du service.

La secrétaire de coordination gère la sortie d'hospitalisation : elle réalise les documents de sortie et leur remise au patient, planifie les examens et consultations nécessaires, organise le transport pour un retour à domicile dans les meilleures conditions. Enfin la secrétaire de coordination veille à la complétude du dossier patient.

À ce jour l'unité d'hospitalisation du service de gastro-entérologie ne dispose pas de temps secrétariat dédié, celui-ci est fondu dans le temps global du service et permet uniquement la frappe des courriers de sortie (simplement du back-office). Les IDE assurent les missions administratives inhérentes à l'hospitalisation (glissement de tâches).

L'objectif est de créer un poste de secrétaire médicale de coordination d'hospitalisation afin de répondre aux attentes suscitées et de bénéficier de l'expertise administrative de la secrétaire médicale.

Le poste de secrétariat de coordination d'hospitalisation est idéalement situé au cœur du service, afin d'avoir accès à l'information en direct. Ce type de poste permet aux secrétaires médicales d'exercer leur métier au plus proche du patient, au sein du service, développant le sentiment d'appartenance, moteur pour les agents. Parallèlement cette organisation permettra de recentrer les IDE du service sur leurs tâches propres.

Il est donc attendu une amélioration de la DMS et de la qualité de vie au travail de l'ensemble du PNM de l'unité d'HC de gastro-entérologie.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Constituer un groupe de travail avec les secrétaires médicales, la cadre de santé, le chef de service et des membres PM.
Définir sous l'égide de la CAP, en collaboration avec la cadre infirmière du service et l'équipe médicale, une fiche de poste précise et définir le temps supplémentaire nécessaire à cette organisation.
Organiser des immersions des secrétaires médicales du service sur des postes de coordination d'hospitalisation afin de se familiariser avec ce nouveau type de missions.
Mettre en place un plan de formation à ce nouveau poste avec l'appui des secrétaires référentes planning et de la CAP.

2 – Faire paraître une vacance de poste correspondant au temps supplémentaire alloué.

3 – Organiser le planning avec la présence sur ce poste de coordination avec suivi et réévaluation à 1 mois, 3 mois et 6 mois.

## PMI : créer un poste de secrétariat d'hospitalisation pour régler les questions administratives pour recentrer les soignants sur le soin

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Brun.
Docteur Champagne.
Madame Zammit, cadre administratif de pôle.

### LE PROJET

L'ensemble des tâches administratives actuelles impacte la prise en charge des patients par les soignants, avec des conséquences sur la DMS et la qualité de la prise en charge des patients. La création d'un poste de secrétaire d'hospitalisation permettra :

– d'avoir une action sur la DMS en favorisant les retours de rendez-vous d'examens complémentaires et en réalisant les suivis sur Trajectoire et rappel de SSR pour favoriser les sorties de patients ;
– libérer du temps soignant / médecins pour une prise en charge de qualité (prise en charge des tâches administratives pures : entrées / sorties administratives, appels des transporteurs…) ;
– remise du courrier au patient à sa sortie dans la mesure du possible pour correspondre aux critères HAS.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Constituer un groupe de travail avec les secrétaires médicales, la CDS, le chef de service et des membres PM. Définir sous l'égide de la CAP, en collaboration avec la cadre infirmière du service et l'équipe médicale, une fiche de poste précise et définir le temps supplémentaire nécessaire à cette organisation.
Organiser des immersions des secrétaires médicales du service sur des postes de coordination d'hospitalisation afin de se familiariser avec ce nouveau type de missions.
Mettre en place un plan de formation à ce nouveau poste avec l'appui des secrétaires référentes planning et de la CAP.

2 – Faire paraître une vacance de poste correspondant au temps supplémentaire alloué.

3 – Organiser le planning avec la présence sur ce poste de coordination avec suivi et réévaluation à 1 mois, 3 mois et 6 mois.

## Qualité de vie au travail : renforcement du temps d'aide-soignant de nuit en PMI

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Champagne.
Madame Gossin Veilleux, cadre supérieur de santé.

### LE PROJET

Le capacitaire du service de Pneumologie-Infectiologie a été modifié comme suit :

– augmentation capacitaire à 32 lits : note de service 07-2020 : 32 lits pneumo / infectio à compter du 9 mars 2020 ;
– augmentation capacitaire à 34 lits suite travaux le 1er octobre 2020 : décision 36-2020.

Depuis l'ouverture du service à 34 lits, l'activité du service de Pneumologie-Infectiologie ne faiblit pas. La typologie des patients accueillis dans le service s'est modifiée avec des prises en charge en soins de plus en plus lourdes que ce soit le jour ou la nuit (population vieillissante polypathologique nécessitant des soins de nursing aussi bien le jour que la nuit avec des demandes fréquentes de réassurance).

Actuellement, la nuit, il n'y a qu'une AS et 2 IDE pour les 34 patients. Les soins techniques IDE sont nombreux et ne permettent pas de réaliser des soins de nursing.

Les rapports des cadres d'astreinte de nuit relatent fréquemment la nécessité d'aide dans cette unité au regard de la charge en soins. Les professionnels du service impliqués dans la qualité des soins portés aux patients ne se retrouvent plus dans les missions de nuit qui leur incombent pour pouvoir satisfaire toutes les demandes des patients. Il est fréquent qu'ils n'arrivent pas à prendre leur temps de pause pour pouvoir assurer les soins en toute sécurité.

La bienveillance et le sens donné au travail sont des valeurs portées par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale relayée par l'encadrement.

Il nous paraît donc indispensable, au vu des difficultés rencontrées par les professionnels la nuit, qu'un temps aide-soignant supplémentaire soit envisagé.

C'est pourquoi nous sollicitons l'augmentation du temps aide-soignant de nuit dès cette année.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Augmentation du temps AS de nuit à hauteur de 3 ETP = 1 aide-soignant en 12 heures 7 jours / 7.

PÔLE

# MÉDECINES ET SPÉCIALITÉS

CARDIOLOGIE ET SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

NEUROLOGIE ET UNITÉ NEURO-VASCULAIRE

DÉPARTEMENT DE SPÉCIALITÉS
ENDOCRINOLOGIE
MÉDECINE INTERNE
NÉPHROLOGIE
RHUMATOLOGIE

MÉDECINE POLYVALENTE

DIÉTÉTIQUE

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de pôle → Docteur Blanc Lasserre.
Cadre supérieur de pôle → Amélie Gaillardon.
Cadre administratif de pôle → Frédérique Thomas.

Le Pôle médecines et spécialités comporte 4 unités et dispose d'une capacité de 152 lits et 11 places : soins intensifs, hospitalisation complète, hospitalisation de semaine et hospitalisation de jour.

Il regroupe tous les professionnels de santé (57 médecins, 6 cadres de santé.

130 infirmier·ère·s, 80 aides-soignants, 18 agents des services hospitaliers, 8 diététiciennes, 3 psychologues, 1 orthophoniste, 1 pédicure-podologue, 25 secrétaires) nécessaires à la prise en charge optimale des patients dans des domaines aussi complexes que la cardiologie, la neurologie, la médecine interne, l'endocrinologie, diabétologie, néphrologie et rhumatologie.

Le service diététique est rattaché au pôle du fait des spécialités représentées.

## LE PÉRIMÈTRE DU PÔLE EST CONSTITUÉ PAR LES UNITÉS FONCTIONNELLES SUIVANTES :

| Intitulé du service | Capacitaire | Chef de Service |
|---|---|---|
| Département de Cardiologie<br>– Usic<br>– Cardiologie conventionnelle<br>– Rythmologie<br>– Cardiologie interventionnelle | SI 16 lits<br>HC 12 lits<br>HDS 17 lits<br>HDJ 2 places | Docteur Rabot |
| Neurologie<br>– Unité neuro-vasculaire<br>– Hospitalisation conventionnelle<br>– Laboratoire d'exploration neurosensorielle | SI 8 lits<br>HC 26 lits<br>HDJ au DS et en ONCO | Docteur Beschet |
| Médecine polyvalente | HC 25 lits | Docteur Noel |
| Département de Spécialités<br>– Endocrinologie Diabétologie<br>– Médecine Interne<br>– Néphrologie<br>– Rhumatologie | HC 48 lits + 2 de replis<br>HDS 6 lits<br>HDJ 9 places<br>Complet et intermédiaire | Docteur Puget |
| Diététique | | |

# INTRODUCTION

Les principales actions menées au cours de ces 4 années ont été, par service :

## CARDIOLOGIE

– Consolidation de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) et de la cardiologie : ouverture de 4 lits supplémentaires d'USIC (passage de 12 à 16 lits).

– Ouverture d'une structure ambulatoire de 2 places pour la prise en charge Coronarienne et de Rythmologie.

– Les 45 lits de cardiologie sont regroupés au 2e étage bâtiment principal dont 16 lits de soins intensifs, 12 lits coronariens, 7 lits de Rythmologie et 10 lits de cardiologie médicale.

– Mise en place de la télésurveillance des dispositifs pacemaker et défibrillateur implantable.

– Fermeture du SSR rééducation cardiaque.

– Vasculaire : laser endo-veineux – arrêt activité vasculaire suite au départ du médecin.

## MÉDECINE POLYVALENTE

– Passage de 20 à 25 lits en médecine Polyvalente, les lits sont au 5e étage du bâtiment principal et le service prend en charge tout type de pathologie.

## DÉPARTEMENT DE SPÉCIALITÉS

– Extension de l'hôpital De Jour (HDJ) du département de Spécialités et neurologie passage de 6 places à 9 places d'Hôpital de jour afin d'accompagner le virage ambulatoire et développement des HDJ intermédiaire en rhumatologie et en endocrinologie-diabétologie.

– Restructuration du département de spécialités avec transformation des lits HDS en lits d'hospitalisation complète : 48 lits répartis (+ 2 lits de replis néphro) répartis sur 2 ailes Nord et Sud dont 6 lits HDS spécialisés endocrinologie-diabétologie.

– Mise en place du suivi des maladies rénales chroniques (MRC) stade 4 et 5.

## NEUROLOGIE

– Le service de Neurologie se situe au 5e étage du bâtiment principal avec 34 lits dont 8 lits de soins intensifs.
– L'équipe de neurologue s'est renforcée afin de développer la relation ville-hôpital et mener un projet territorial de prise en charge sur le GHT.
– Mise place d'une éducation thérapeutique pour la prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques.
– Mise en place de la plasmaphérèse en réanimation.

L'ensemble de ces projets sera consolidé sur les 4 prochaines années avec une amélioration et une diversification des prises en charges des patients notamment grâce à l'ambulatoire, les consultations externes, les programmes d'éducation thérapeutique, l'ouverture d'une deuxième salle de coronarographie, la création d'un centre thrombectomie et la coopération au sein du Centre Hospitalier de Valence (CHV) et du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Le pôle Médecines et Spécialités s'oriente vers un renforcement de l'offre de soins dans toutes les spécialités :
– neurologie (UNV et télé accident vasculaire cérébral (AVC), centre de thrombectomie, IPA AVC et Parkinson, consultation post-AVC, neuro-oncologie, et maladie neurodégénérative…) ;
– rhumatologie (filière ostéoporose, prise en charge des pathologies rhumatismales) ;
– néphrologie (IPA maladie chronique rénale, dialyse péritonéale, hémodialyse) ;
– endocrinologie-diabétologie (GHT, développement de prise en charge avec les dernières avancées thérapeutiques en diabétologie…) ;
– médecine interne (maladies rares et auto-immunes) ;
– cardiologie médicale (rythmologie, télécardiologie, 2e salle de coronarographie, équipe mobile de cardiologie) ;
– médecine polyvalente : optimisation du parcours patient et du lien ville hôpital notamment pour les patients âgés.

Tout cela s'accompagnera des réorganisations nécessaires dans le cadre des déménagements et des restructurations liées à ce projet, tant sur le plan paramédical qu'au niveau des secrétariats.

La formalisation des parcours de soins reste au cœur des projets du pôle.

L'objectif de toutes ces actions est avant tout d'assurer une prise en charge qualitative du patient en créant de nouvelles activités et en adaptant les ressources aux besoins du patient.

D'autre part, l'accent sera mis au niveau managérial sur la qualité de vie au travail, l'optimisation des conditions de travail, l'accueil et la fidélisation du personnel dans l'esprit bienveillant qui anime le pôle.

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET MÉDECINES ET SPÉCIALITÉS

## Cardiologie : organiser le parcours du patient âgé polypathologique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Rabot.
Docteur Courtial.

### LE PROJET

Mettre en œuvre de manière plus concrète la collaboration déjà amorcée entre les services de cardiologie et de gériatrie pour la prise en charge des patients âgés polypathologiques admis pour problème cardiologique aigu.

Former les équipes actuelles et futures du CSG au diagnostic et à la prise en charge optimale des pathologies cardiaques rencontrées en gériatrie, en acquérant une compétence en échographie cardiaque.

Accompagner la création progressive de lits dédiés à la cardio-gériatrie au CSG.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation d'une partie de l'équipe actuelle de gériatrie et des futurs (éventuels) arrivants à la cardio-gériatrie et à l'échographie cardiaque.

2 – Création d'une équipe mobile de cardiologie à orientation Insuffisance Cardiaque pouvant intervenir pour expertise notamment au Court Séjour Gériatrique

3 – Création de 3 lits fléchés cardio-gériatrie au CSG.

## Médecine polyvalente : organiser le parcours entre les urgences et le service

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Noel.
Docteur Grasse.
Madame Engel, cadre de santé.

### LE PROJET

Le service de médecine polyvalente est une unité de soins prenant en charge les patients polypathologiques provenant essentiellement des urgences.

La demande d'hospitalisation via les urgences est de plus en plus importante, il est donc essentiel de pouvoir continuer à proposer des hospitalisations rapides dans les meilleures conditions d'accueil en réduisant le temps d'attente aux urgences.

La diversité des patients et l'activité des urgences fluctuante induisent des prises en charge souvent complexes. Les compétences de chacun demandent une adaptabilité au quotidien.

C'est pourquoi notre priorité est d'optimiser la coopération entre les différents professionnels afin de fluidifier le parcours de soins du patient et faire reconnaître la spécificité de notre discipline « la polypathologie ».

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

La fluidification du parcours patient urgence / médecine polyvalente nécessite plusieurs étapes.

1 – Augmenter les possibilités d'accueil des patients en ayant les ressources humaines nécessaires pour répondre à la demande d'hospitalisation :
- création d'un poste d'infirmière de journée afin de pouvoir augmenter les entrées-sorties des patients ;
- privilégier les sorties le matin afin de proposer une plus large plage horaire d'accueil du patient.

2 – Diffusion d'une ligne médicale téléphonique directe :
- centraliser les demandes d'admission ;
- faciliter l'admission de patients pour les autres services.

3 – Développer les liens entre le service des urgences et la médecine polyvalente :
- cibler les priorités d'hospitalisation en se déplaçant auprès des équipes des urgences ;
- proposer des hospitalisations programmées pour des bilans non urgents et de ce fait s'assurer des possibilités d'hospitalisations à court et moyen termes.

## Neurologie : parcours des patients âgés polypathologies victimes AVC

Pôle médecine et spécialités.
Pôle gériatrie.
Pôle médecines et oncologie médicale.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc Lasserre.
Docteur Troussard.
Docteur Lafumas.

### LE PROJET

Les patients victimes d'AVC, très âgés, polypathologiques, dépendants, sont de plus en plus nombreux, au sein du CHV comme sur le reste de la France. (cf. analyse du registre thrombolyse Valentinois, Docteur Buiret). Certaines filières AVC (IDF, cf. ci-après) ont formalisé un parcours dédié.

Ces patients pourraient bénéficier :
– d'une prise en charge initiale en USI NV, pour éviter l'aggravation neurologique initiale et déterminer le meilleur traitement ;
– puis être ensuite dirigés vers la structure le plus adaptée à leur état clinique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontres avec les services impliqués.

2 – Identification des profils patients.

3 – Écriture du parcours.

## Neurologie : créer une consultation post-AVC pour patients âgés

Pole médecines et spécialités.
Pôle gériatrie.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc Lasserre.
Docteur Bellecoste.

### LE PROJET

Les missions de la consultation post-AVC sont définies par l'instruction N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluations pluriprofessionnelles post-AVC et du suivi des AVC :
– évaluer la maladie vasculaire ;
– établir un pronostic fonctionnel et cognitif par une évaluation neuropsychologique ;
– évaluer les troubles de l'humeur (dont la dépression) ;
– évaluer la qualité de vie du patient ;
– assurer la meilleure prévention secondaire et le contrôle des facteurs de risque ;
– proposer ou renforcer si nécessaire un programme d'éducation thérapeutique ;
– évaluer la qualité de vie de l'entourage et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien ;
– informer le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risque, les traitements, les associations de patient et être force de proposition en orientant éventuellement le patient vers les professionnels et les structures adaptées.

L'évaluation pluriprofessionnelle des patients :
– âgés (> 80 ans) ;
– présentant des comorbidités ;
– mais pour lesquels la cause de l'AVC a été identifiée ;
– et ayant pu regagner leur domicile après leur AVC ;
– pourrait utilement être réalisée par les gériatres.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Finaliser la trame de la consultation post-AVC.

Organiser :
– la prise de rendez-vous en gériatrie ;
– l'accueil du patient en gériatrie (en HDJ ?) ;
– la communication entre spécialistes et la ville.

## Neurologie : création d'une plateforme pluridisciplinaire dédiée au sommeil

Pôle de chirurgie anesthésie bloc opératoire.
Pôle de médecine et spécialités (neuro + cardio), médecines et oncologie médicale (pneumo).

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc-Lasserre.
Docteur Homeyer.
Docteur Plouin-Gaudon.
Docteur Chidiac.
Docteur Bretelle.
Docteur Rival.

### LE PROJET

Les troubles du sommeil sont un enjeu de santé publique et font depuis plusieurs années déjà l'objet d'une attention particulière. Ils sont connus comme étant un élément pourvoyeur ou aggravant de nombreuses pathologies, qu'elles soient cardiaques, endocriniennes (diabète, obésité…), neurologiques (maladies neurodégénératives, démences, AVC), psychiatriques, oncologiques, infectieuses (y compris le COVID), accidentologiques (20 % des accidents de la route attribués à de la somnolence excessive)…

Actuellement au Centre Hospitalier de Valence, les bilans du sommeil sont réalisés dans plusieurs services : ORL, cardiologie, pneumologie. Ils ont été suspendus en neurologie, en raison de la situation CRITIQUE des lits hospitaliers, et du manque global de personnel soignant.

D'autre part, les bilans effectués en ORL, pneumologie et cardiologie ne sont pour le moment réalisés qu'en ambulatoire sous forme de polygraphies ventilatoires qui, contrairement au Gold Standard de la Polysomnographie, ne permettent pas de diagnostiquer précisément tous les troubles du sommeil.

Dans les cas, de plus en plus nombreux, où il faut avoir recours à des examens pointus (cf. notamment le décret AU JO du 28.03.22), comme la PSG, les TILE (tests itératifs de latence d'endormissement), et TME (tests de maintien d'éveil), il est nécessaire d'adresser les patients dans des centres experts, souvent en CHU ou dans le privé, où les listes d'attente peuvent être de plusieurs mois voire d'un an.

Or, en neurologie, Il y aurait en théorie déjà la possibilité de réaliser des TME (il faudrait compléter le matériel) puisque 3 IDE / techniciennes sont formées à la mise en place des enregistrements de sommeil, PSG, TILE, TME. Elles n'ont toutefois pas leur DU sommeil. Les locaux ne sont pour le moment pas non plus adaptés et il faudrait compléter le matériel.

Plusieurs médecins se sont d'ores et déjà formés aux pathologies du sommeil, via le DIU national adapté, et souhaitent mettre en place une plateforme de prise en charge plus globale des troubles du sommeil.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recruter 1 technicien·ne ou former 1 technicien·ne ou IDE (IPA ?) aux pathologies du sommeil et idéalement à l'interprétation des tracés.

2 – Obtenir une chambre qui puisse être dédiée, permettant à la fois des enregistrements de jour et de nuit. Cette chambre doit être sanctuarisée, insonorisée, avec un système permettant d'obscurcir la chambre en journée. Système de surveillance vidéo à prévoir.

3 – Impliquer plusieurs médecins de diverses spécialités, formés aux pathologies du sommeil pour superviser la plateforme (déjà en cours).

## Neurologie-cardiologie : améliorer les diagnostics étiologiques des vertiges par une prise en charge multidisciplinaire centrée sur le patient

Pôle de chirurgie anesthésie bloc opératoire.
Pôle médecine et spécialités.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Pujo.

### LE PROJET

Les vertiges aigus et chroniques restent une entité pluridisciplinaire dont le diagnostic étiologique peut être difficile à poser. Le parcours du patient peut être émaillé de nombreux allers-retours entre différentes consultations ou examens complémentaires.

La mise en place d'un hôpital de jour permettrait de regrouper une bonne partie des examens nécessaires lors d'une seule venue et de faciliter les échanges directs entre les différentes spécialités pouvant être impliquées (neurologue, ORL, cardiologue…).

Cela simplifierait donc le parcours du patient et permettrait de décloisonner les spécialistes impliqués.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir les spécialistes souhaitant s'impliquer dans l'HDJ.

2 – Recruter un kinésithérapeute vestibulaire sur l'hôpital ± orthoptiste.

3 – Définir la liste d'examens pouvant être inclus dans une venue d'HDJ.

4 – Définir le lieu d'accueil et le capacitaire de ces lits : consultations d'ORL, hospitalisation de jour de médecine.

## Neurologie : créer une consultation première crise épilepsie / malaise

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Tardy.

### LE PROJET

Organiser des vacations de consultation première crise-malaise qui soient disponibles dans un délai raisonnable de 15 jours après demande externe ou des urgentistes.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

L'admission au SAU de patients pour une première crise d'épilepsie est fréquente. Il peut s'agir parfois de malaises suspects d'être d'origine comitiale sans certitude.

Il est parfois difficile malgré l'avis du neurologue de garde, d'organiser les suivis de ces patients dans un délai raisonnable, pour discuter rapidement l'indication à une thérapeutique médicamenteuse, la possibilité ou non de poursuite professionnelle, et de la conduite automobile.

Le projet aurait pour vocation d'organiser des vacations hebdomadaires ou bimensuelles pour recevoir ces patients rapidement en consultation et statuer sur la situation, dans un délai comme recommandé par la HAS de 15 jours avec un EEG.

Une fois l'organisation de ces consultations clairement définie, une communication auprès des neurologues du territoire pour leur expliciter le principe pourra être organisée, afin que l'entrée à cette consultation puisse avoir lieu via la consultation de médecine générale également.

## Neurologie : structurer et organiser la prise en charge thérapeutique des malades parkinsoniens

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Breynaert.

### LE PROJET

Structurer et organiser la collaboration avec appui santé 26 07 pour le développement de l'éducation thérapeutique pour les patients porteurs de la maladie de Parkinson.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

À ce jour, la place de l'hôpital dans le développement du seul programme d'éducation thérapeutique validé ARS sur notre GHT pour les patients parkinsoniens (« Parkinson et moi » cf. plaquette appui santé 26 07) s'est limitée à l'intervention du Docteur Breynaert en tant que référent scientifique dans l'élaboration du programme puis pour la validation des inclusions de patients au sein du programme.

Le temps neurologue disponible limité, les multiples réorganisations du réseau de santé appui santé 26 07 (ex-collectif sud) et le contexte sanitaire ont compliqué la mise en route de ce programme et limité la participation de l'hôpital à ce projet.

L'arrivée de nouveaux neurologues et l'évolution épidémique favorable pourraient être l'occasion de renforcer la collaboration entre l'équipe de neurologie du CHV et appui santé afin de favoriser le développement de ce programme d'éducation thérapeutique.

En effet, les CHU ne peuvent supporter les besoins en éducation thérapeutique de l'ensemble du territoire et les données de la littérature récente ont pu monter l'intérêt en termes de qualité de vie des patients mais également d'un point de vue médico-économique, du développement de ces programmes.

Dans ce contexte, il paraît essentiel que la participation de la neurologie du CHV dans ce programme se poursuive et même s'intensifie.

# Néphrologie : structurer le parcours des Maladies Rénales Chroniques en créant un poste d'infirmière de pratique avancée

## RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Brucker.

## LE PROJET

1. Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique stades 4 et 5.
   – Améliorer l'accès à la primo-consultation de néphrologie afin d'identifier les patients à risque évolutif et optimiser la prise en charge du patient IRC stades 4 et 5 en lui proposant au plus tôt l'accès au parcours MRC.
   – Mise en place d'un suivi alterné médical (néphrologue) et paramédical (IDE) pour les patients inclus dans le parcours MRC 4 / 5.
   – Former une IPA pour le parcours MRC 4 / 5.
   – Former des patients ressources : réunions d'information patients avec l'association France-Rein.
   – Renforcer les liens avec le médecin traitant pour ces patients.
   – Favoriser les circuits courts, sans passer par les urgences, pour les patients inclus dans le parcours MRC.
2. Encourager la dialyse à domicile (HDD, DP) : améliorer l'accompagnement du patient au stade de pré-dialyse via le parcours MRC, afin de construire un projet thérapeutique lui permettant de dialyser à domicile.
3. Améliorer l'accès à la greffe : augmenter le nombre de greffe préemptive.
4. Optimiser la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë en partenariat avec le service de réanimation.

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME ARDÈCHE

## Ouverture d'un centre de thrombectomie au CHV

Pôle médicotechnique et santé publique.
Pôle médecine et spécialités.
Pôle de chirurgie anesthésie bloc opératoire.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc Lasserre.
Docteur Deplus.
Docteur Dauriac.

### LE PROJET

La thrombectomie mécanique des AVC par occlusion artérielle proximale est validée depuis 2015, en complément de la thrombolyse IV. L'éloignement de plus de 100 km des centres pratiquant cette technique constitue une perte de chance pour les patients du territoire.

Nous développons donc un projet territorial de création d'un centre de thrombectomie mécanique à Valence, pour les patients du territoire Sud de la région Auvergne-Rhône-Alpes, présentant un AVC ischémique avec occlusion artérielle proximale, soit lors de leur admission primaire au centre hospitalier de Valence des patients relevant de la GHT RVV, soit après transfert en provenance d'un autre établissement du territoire, l'imagerie ayant été réalisée sur place et l'indication de thrombectomie confirmée par télémédecine.

Ce projet transversal implique notamment :

– en radiologie : la formation des radiologues et manipulateurs radio à la technique, le recrutement d'un assistant partagé, la création d'une astreinte opérationnelle dédiée, l'identification des salles de radiologie interventionnelle ;

– en anesthésie : la réorganisation de l'activité postée des praticiens ;

– au centre 15 (SAMU 26 et 07) : l'adaptation des procédures d'orientation préhospitalière ;

– en neurologie : la formation des IDE à la PEC des patients en sortie de thrombectomie, la formalisation des procédures de PEC intrahospitalière, l'adaptation du nombre de lits UNV.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation des radiologues : 2021-2022-2023.

2 – Montée en charge progressive avec, à partir de 2023, la réalisation d'actes de thrombectomie mécanique en heures ouvrables.

3 – Par la suite l'autonomisation des actes de thrombectomie mécanique des AVC par occlusion artérielle proximale des patients du territoire sud.

## Neurologie : structurer le parcours des patients victimes d'AVC au sein du GHT

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc Lasserre.

### LE PROJET

Au sein des hôpitaux de la GHT, l'objectif est de créer et améliorer un collectif de soins au service des patients atteints d'AVC, en coordonnant les projets médicaux, pour garantir une prise en charge spécialisée, équitable, permanente.

Il est proposé l'organisation suivante :

1. La régulation de tous les cas d'AVC par le SAMU-Centre 15.
2. L'accueil en urgence : soit dans un établissement siège d'UNV, soit dans un établissement de proximité susceptible d'effectuer l'acte de thrombolyse si les délais d'acheminement sont plus courts, disposant : d'un service de médecine d'urgence ouvert 24 h / 24 ; d'une équipe de médecins formés, d'un accès direct au plateau d'imagerie – IRM ou scanner à défaut – et disposant d'une liaison par télémédecine avec l'UNV ;
3. Les patients sont ensuite adressés en priorité à l'USI NV après contact avec le neurologue de garde.
4. La prise en charge, au-delà des 48-72 premières heures d'USI NV, s'appuie après transfert du patient sur les hôpitaux de proximité : lorsque l'état du patient est jugé stable ; lorsque l'équipe soignante sur place permet d'initier le projet de rééducation du patient (présence de kinésithérapeute, orthophoniste…) ; lorsque le plateau technique sur place permet de compléter le bilan étiologique (écho cœur, écho doppler des TSA…).

5. Cette organisation permet de garantir l'accessibilité à l'USI NV, et de permettre aux patients une prise en charge de proximité.
6. La prise en charge post-aiguë implique les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), avec des liens formalisés permettant que l'adressage soit anticipé le plus tôt possible pour prévenir au maximum l'apparition ou le développement des séquelles.
7. La phase de consolidation et le retour à domicile sont accompagnés par les équipes UNV, SSR, équipe mobile SSR, HAD.
8. La consultation médicale post-AVC est confiée au neurologue, gériatre ou médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) en fonction des besoins du patient.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Le projet a déjà été présenté et validé au collège médical de la GHT en septembre 2019 – mais du fait du COVID n'a pas pu être mis en place de façon opérationnelle. Depuis, le développement de la télémédecine, la mise en place d'un PACS commun, le projet de création d'un centre de thrombectomie, entre autres, imposent la mise à jour des organisations. Il est prévu d'adapter, après rencontres avec les différents établissements, les parcours des patients. Le projet pourra imposer une adaptation du nombre de lits d'UNV.

## Développer la cardiologie interventionnelle de territoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Champin.

### LE PROJET

En termes de volume d'activité en coronarographie / angioplastie, le centre de cardiologie interventionnelle du CH de Valence se situe actuellement en tête des centres en Rhône-Alpes.

Le CH de Valence est le seul établissement à pratiquer des actes de coronarographie sur les établissements de Drôme Ardèche.

Le recrutement du CH de Valence pour la coronarographie est large : il s'étend de Romans au nord, à Montélimar au Sud en passant également par l'Ardèche (Aubenas et Privas).

Cette activité est essentiellement assurée par trois PH temps plein (> 95 % des procédures) et par des praticiens libéraux (< 5 %).

– Saturation des lits d'accueil avec un allongement des délais pour l'activité programmée (plus de 3 semaines de délai pour une admission programmée en HDS), avec même une diminution de la capacité d'accueil du fait du développement de la rythmologie interventionnelle
– Saturation de la salle de cardiologie interventionnelle qui se traduit par de fortes amplitudes horaires dans les périodes de pleine activité (plus de 12 h d'amplitude) et le samedi matin.
– Difficulté à gérer les urgences.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Relocalisation du plateau d'exploration fonctionnelle cardiaque et des salles de consultations.

2 – Installation d'une seconde salle interventionnelle.

3 – Renforcement de l'équipe paramédicale et médicale.

4 – Coopérer avec les autres établissements CH HDN et CH Montélimar sur 2 volets.

5 – Accès des praticiens de ces établissements à la salle interventionnelle.

6 – Participation à l'astreinte.

7 – Gérer les flux de patients (urgences, ambulatoire, retour précoce, hospitalisation programmée).

8 – Optimiser l'intégration de l'activité de rythmologie interventionnelle.

9 – Développer l'activité ambulatoire de coronarographies diagnostiques.

## Neurologie : traiter les formes sévères de la maladie de Parkinson

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Breynaert.

### LE PROJET

Structurer et organiser la prise en charge des patients porteurs d'une maladie de Parkinson et pouvant relever d'un traitement de 2e ligne, via des consultations dédiées, pour à la fois évaluer le traitement le plus adapté pour chaque patient, présenter les différentes stratégies thérapeutiques, et organiser le passage au traitement de 2e ligne le cas échéant.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

L'arrivée de nouveaux neurologues, avec une orientation mouvements anormaux / maladie de Parkinson, sera l'occasion d'organiser ensemble ces consultations dédiées, de les structurer et de les formaliser pour les rendre plus efficaces et les optimiser.

Une fois l'organisation de ces consultations clairement définies, une communication auprès des neurologues du territoire pour leur expliciter le principe de ces consultations pourra être organisée et permettre in fine de faciliter l'accès à ces traitements de seconde ligne pour les patients porteurs d'une maladie de Parkinson.

Le partenariat avec les structures impliquées dans ces traitements de 2e ligne (hospitalisation à domicile, CHU de référence) et les services partenaires (gastro-entérologie pour la Duodopa) sera également à formaliser.

Cela sera également l'occasion d'affiner les protocoles actuels de mise en place de ces traitements que ce soit en hospitalisation (CHU pour stimulation cérébrale profonde et CHV sinon), en ambulatoire, ou via l'hospitalisation à domicile.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Rhumatologie : élargir la prise en charge de l'ostéoporose

Médecines et spécialités.
Chirurgie.
Médecine et oncologie médicale.
Gériatrie rééducation.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Équipe médicale de rhumatologie.

### LE PROJET

Optimiser la prise en charge de l'ostéoporose sur le GHT.

En prévention primaire :
– via les demandes internes / externes pour les suspicions d'OP post-ménopausique ;
– via les demandes internes / externes pour les suspicions d'OP cortico-induites (multi-spécialités) ;
– via les demandes internes/externes pour les suspicions d'OP hormono-induites (oncologie, gynécologie urologie – réseau PASCA) ;
– via la visibilité lors d'événement comme la journée ostéoporose.

En prévention secondaire :
– via la filière ostéoporose ;
– via les services de chirurgie et de médecin dès lors qu'une fracture de fragilité est recensée dans les antécédents.

Poursuite des consultations diagnostiques couplées à la DMO.

Création de consultations de suivi dédiées dans les cas le nécessitant.

Création d'un hôpital de jour bilan de fragilité osseuse avec dépistage des risques de chutes, pour les patients le justifiant, afin d'orienter par la suite les patients vers la filière gériatrique (HDJ dédié).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recrutement de rhumatologues avec fiche projet en cours.

2 – Ouverture de nouvelles plages de consultations.

3 – Formalisation de la téléexpertise notamment pour le suivi des patients éloignés.

4 – Optimiser et développer l'éducation thérapeutique ± former de nouveaux agents.

## Créer un passeport insuffisance cardiaque

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Rabot.

### LE PROJET

Créer une vraie filière de prise en charge de l'Insuffisance Cardiaque intégrant dans un même circuit tous les profils de patients, allant du jeune patient insuffisant cardiaque sévère provenant d'un autre centre du territoire, au patient âgé polypathologique admis via les urgences du CH de Valence.

Cette filière serait structurée autour d'un « Passeport Insuffisance cardiaque » nominatif, unique, complet.

Ce document, qui suivrait le patient tout au long de sa vie, serait généré lors du premier contact, puis actualisé lors de chaque consultation ou chaque séjour hospitalier, que ce soit directement dans le service par l'équipe de Cardiologie, ou par une Équipe Mobile d'Insuffisance Cardiaque si le patient est hébergé ailleurs, ou enfin au cours d'une Hospitalisation de Jour d'Insuffisance Cardiaque.

Ce document serait disponible sous forme dématérialisée pour l'ensemble des acteurs des établissements du GHT, et via l'intégration à « Mon Espace Santé » pour les acteurs de ville, spécialistes et généralistes. Il serait également remis en format papier au patient.

Il leur permettrait ainsi une connaissance complète, claire et simplifiée de la cardiopathie du patient, de ses comorbidités, des explorations réalisées et de la stratégie thérapeutique mise en œuvre dans son ensemble, ainsi qu'un suivi biométrique et biologique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définition du contenu médical du document.

2 – Formalisation numérique du « Passeport Insuffisance Cardiaque », unique, rapide à compléter, avec gestion des autorisations de lecture / écriture.

3 – Début d'inclusion des patients hospitalisés du service de Cardiologie.

4 – Mise en œuvre du lien avec « Mon Espace Santé ».

5 – Mise en route de l'HDJ Insuffisance Cardiaque.

6 – Début d'inclusion des patients ambulatoires du service de Cardiologie.

7 – Mise en œuvre de l'Équipe Mobile d'insuffisance Cardiaque.

8 – Début d'inclusion des patients hospitalisés dans les autres services en partenariat avec 2 unités « prioritaires » : le service de Médecine Polyvalente et une unité de cardio-gériatrie en projet.

9 – Élargissement à tous les acteurs de l'hôpital et aux cardiologues libéraux.

## Neurologie : créer un poste IPA de coordination de parcours post-AVC

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Blanc Lasserre.

### LE PROJET

Objectif : établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale d'une personne victime d'AVC, PEC au CHV.

Missions :
L'IDE de coordination de parcours post-AVC participe aux missions définies par l'instruction N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluations pluriprofessionnelles post-AVC et du suivi des AVC en :
– proposant un temps de consultation infirmière de sortie avant le retour à domicile du patient ;
– accueillant le patient lors d'une consultation infirmière de suivi 1 à 2 mois après la sortie d'hospitalisation ;
– s'il le juge nécessaire, l'IDE de coordination de parcours post-AVC peut proposer une 2e consultation infirmière ou un suivi téléphonique à distance de la première consultation.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Identification d'un candidat.

2 – Formation d'un candidat : diplôme IPA, ± DU en éducation thérapeutique ou, DIU AVC ou, DU coordination de parcours.

## Rhumatologie : optimiser les parcours patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques

Pôle Médecines et spécialités.
Pôle Médicotechnique et santé publique.
Pôle Femme mère enfant.

### RÉFÉRENT DU PROJET

Équipe rhumatologie.

### LE PROJET

Améliorer la prise en charge des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC).

1. Meilleurs accès à une consultation rapide pour le diagnostic ± PEC en hospitalisation de jour ou complète et limiter les fuites.
2. Nécessité d'avoir accès au plateau technique nécessaire pour ces diagnostics (radiologiques, biologiques, éventuelle biopsie – ponction – infiltration…).
3. Organisation claire du suivi du patient en précisant qui fait quoi entre le MT, le spécialiste de ville le cas échéant, le spécialiste hospitalier du CHV (au sein du CHV ou du GHT) ± recours en CHU si besoin via comité thérapeutique ou RCP ± téléexpertise et transition pédiatrie-adulte.
4. Participation active du patient via le développement de l'éducation thérapeutique et un travail conjoint avec les associations de patients.
5. Communication au sein et en dehors du CHV via les journées dédiées, affichage…
6. Accès à des consultations de 2e avis en relais de la ville si besoin.
7. Participation aux registres ± activité de recherche clinique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recrutement de rhumatologues avec fiche projet en cours.

2 – Ouverture de nouvelles plages de consultations et développer la prise en charge ambulatoire à travers des hôpitaux de jour complets et incomplets avec augmentation du temps IDE pour cette optimisation dans le cadre du projet ambulatoire du département de spécialité en partenariat avec la médecine interne.

3 – Formalisation de la téléexpertise.

4 – Optimiser et développer l'éducation thérapeutique ± former de nouveaux agents.

5 – Fluidifier l'accès au plateau technique pour pouvoir augmenter le nombre d'hospitalisations programmées.

## Médecine interne : améliorer le parcours de soins pour les maladies systémiques

### RÉFÉRENT DU PROJET

Équipe Médecine Interne.

### LE PROJET

Fluidifier accès / demande Médecine Interne :
– par mail, tél., courrier, fax, SISRA ;
– depuis la ville, généralistes ou spécialistes ;
– depuis les hôpitaux GHT ou hors GHT ;
– depuis les services du CHV.

Réduire le délai de PEC / prise de contact et limiter les fuites :
– en consultation ;
– en hospitalisation ;
– et consultation de transition avec la pédiatrie.

Réaliser le bilan diagnostique et préthérapeutique, avec gradation des moyens selon urgence diagnostique :
– en ambulatoire ;
– en hôpital de jour ;
– en hospitalisation complète.

Développer l'éducation thérapeutique.

Assurer le suivi des patients :
– en consultation ;
– en hospitalisation de jour ou complète ;
– en formalisant la téléexpertise ;
– suivi conjoint pour la grossesse avec gynéco-obstétrique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Projet déjà lancé avec :
- recrutement d'un 3e praticien interniste ;
- augmentation du nombre de lits dédiés à la Médecine Interne (+ 3) ;
- ouverture de nouvelles plages de consultation.

2 – À mettre en œuvre :
- éducation thérapeutique ;
- formalisation téléexpertise ;
- augmentation des hospitalisations programmées.

## Médecine polyvalente : optimiser le parcours patient entre la ville et l'hôpital

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Noel.
Docteur Grasse.
Madame Engel, cadre de santé.

### LE PROJET

Le service de médecine polyvalente accueille des patients polypathologiques dont le recrutement principal vient des urgences. Le constat est que certains passages aux urgences pourraient être évités avec des hospitalisations directes. Il est donc indispensable de favoriser le lien avec la médecine de ville en proposant des hospitalisations rapides en cas de situations semi-urgentes, des hospitalisations programmées ou des consultations.

Les patients concernés sont des patients polypathologiques chroniques qui nécessitent des hospitalisations itératives et dans certains cas un suivi spécifique avec un plateau technique et des spécialistes.

Il s'agit d'optimiser la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins afin de garantir la prise en charge la plus orientée possible pour ces patients fragiles.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Le développement du parcours ville-hôpital nécessite plusieurs étapes.

1 – Faciliter la collaboration avec la médecine de ville :
- faire connaître la ligne téléphonique médicale de médecine polyvalente ;
- favoriser les hospitalisations directes en permettant aux médecins de ville d'adresser leurs patients, par une filière d'admission autre que le service des urgences.

2 – Créer une consultation de médecine polyvalente :
- étudier le besoin d'effectifs médicaux et non médicaux ;
- aménager un espace de consultation ;
- augmenter la disponibilité des lits quotidienne en diminuant la durée moyenne de séjour grâce à des sorties plus précoces et des reconvocations ;
- favoriser le suivi de nos patients pour poursuivre un bilan déjà entamé ou annoncer un diagnostic suite à des prélèvements en attente ;
- favoriser le lien avec la médecine de ville en organisant des consultations avant une éventuelle hospitalisation et anticiper les examens nécessaires ;
- Suivi à terme de patients polyhandicapés / dénutris avec accès aux soins difficiles.

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Ouverture d'un centre de thrombectomie

Se référer à la fiche action n° 1 du thème CHV recours Drome-Ardèche.

## Endocrinologie – Diabétologie : développer les prises en charge ambulatoire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Quemerais.
Docteur Habchi.
Docteur Daenen.
Docteur Dhont.

### LE PROJET

– Favoriser la mise en place de nouvelles technologies disponibles concernant la prise en charge du diabète, notamment du sujet jeune de Type 1.

– Poursuivre en parallèle l'accompagnement à l'information et l'éducation pour l'ensemble des patients diabétiques vis-à-vis de leur pathologie chronique.

– Limiter le temps d'hospitalisation pour une population en activité professionnelle pour un certain nombre, en favorisant une prise en charge AMBULATOIRE.

– Par le développement de personnels pour les activités ambulatoires, développer d'autres secteurs d'activité endocrinienne comme les explorations dynamiques hormonales (tests endocriniens) nécessitant pour certaines explorations une surveillance médicale.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

**1 –** Favoriser la prise en charge ambulatoire des patients :

- pour les patients diabétiques de type 1 (DT1) : parcours de soins structuré :
  – mise sous pompe à insuline sous cutanée en ambulatoire en HDJ,
  – initiation de capteurs de mesure continue du glucose (CGM) (Guardian Sensor 3, Dexcom G6, Freestyle libre 2…) en HDJ,
  – mise en place de l'insulinothérapie autonomisée en boucle fermée : système Diabeloop, Medtronic 780G, autres…,
  – en corollaire programme éducatif « insulinothérapie fonctionnelle » (IF) réalisé sur 4 jours en HDS (hospitalisation de semaine) → prérequis indispensable pour accéder à la boucle fermée,
  – optimiser la transition des jeunes DT1 de la pédiatrie vers le secteur adulte ;
- pour les patients diabétiques de type 2 (DT2) :
  – prise en charge multi-professionnelle en HDJ des diabétiques de type 2 déséquilibrés ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière conventionnelle (HDS ou HC),
  – prise en charge éducative (IDE, Diététicienne), utilisation de plateau technique pour suivi des complications chroniques du diabète (FO, doppler…) éducative (IDE, Diététicienne), utilisation de plateau technique pour suivi des complications chroniques du diabète (FO, doppler…) ;
- développement de la télésurveillance (dans l'attente d'une rémunération forfaitaire).

**2 –** Proposer des tests endocriniens dynamiques au CHV. Dans le cadre du bilan hypophysaire (hypoglycémie insulinique, test au CRH, test au glucagon…) : tests dont la réalisation avait été réorientée en CHU faute de personnel.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Améliorer la qualité de vie des soignants en médecine polyvalente

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Noel.
Docteur Grasse.
Madame Engel, cadre de santé.

### LE PROJET

Les soignants de médecine polyvalente sont souvent confrontés à une charge de travail fluctuante entraînant des périodes de suractivité. Les compétences attendues sont multiples, les pathologies sont diverses et à l'origine d'une adaptabilité constante et d'une actualisation régulière des connaissances.

Le service est souvent sollicité pour répondre aux besoins des urgences mais également des spécialités. Et nous pouvons être sollicités sur des missions spécifiques selon le contexte institutionnel (hématologie, COVID, UHCD).

La crise sanitaire a bouleversé notre conception de notre rôle soignant et nous amène à réfléchir sur le sens de notre travail.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Développer la qualité de vie au travail nécessite plusieurs étapes :

1 – Redéfinir le management interne du service de médecine polyvalente :
- discuter la réorganisation des plannings IDE et AS avec le passage en 12 heures et diminuer le nombre de week-ends travaillés ;
- maintenir l'adaptabilité de l'équipe en développant les formations flash proposées aux soignants de médecine polyvalente par les médecins du service ;
- diversifier l'activité des médecins en participant à différentes consultations sur l'hôpital (mémoire…).

2 – Développer le bien-être au travail :
- organiser des moments de détente au sein du service (atelier de cohérence cardiaque, yoga, méditation…) dans une salle adaptée ;
- poursuivre des moments d'échange et de suivi avec la psychologue.

3 – Développer l'attractivité du service et la fidélisation :
- faire valoir notre spécificité de « polypathologie » et nos compétences diverses ;
- recevoir les futurs internes en formation FST médecine polyvalente ;
- intervenir sur les IFSI et IFAS pour le recrutement des paramédicaux par des interventions diverses (cours, participation au forum…).

4 – Redéfinir le sentiment d'appartenance :
- Favoriser la cohésion au sein du service et également interservices par des activités extrahospitalières (running, randonnée, restaurants, spectacles…).

PÔLE

# CHIRURGIE ANESTHÉSIE BLOC OPÉRATOIRE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIE

CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

CHIRURGIE UROLOGIE

CHIRURGIE VISCÉRALE

ANESTHÉSIOLOGIE

CENTRE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

CHIRURGIE AMBULATOIRE

BLOC OPÉRATOIRE

# PRÉSENTATION

## PRÉSENTATION DU PÔLE

Chef de pôle → Docteur Dauriac
Cadre supérieur de pôle → K. Bolomey
Cadre administratif de pôle → Nathalie Helmer

## SERVICES OU UNITÉS COMPOSANT LE PÔLE

| Intitulé | Responsable d'unité fonctionnelle ou de service | Nombre de lits |
|---|---|---|
| Chirurgie orthopédique et traumatologique | Docteur Ratsimbazafy | 26 |
| Ophtalmologie | Docteur Pollet-Villard | 2 |
| Unité de chirurgie ambulatoire | Docteur Dauriac<br>Docteur Plouin Gaudon | 20 places |
| ORL et chirurgie cervico-faciale | Docteur Buiret | 10 |
| Chirurgie viscérale | Docteur Henry | 26 |
| Urologie | Docteur Combe | 10 |
| Neurochirurgie | Professeur Vassal | 10 |
| Chirurgie thoracique | Professeur Tromc | 2 |
| Chirurgie réparatrice et reconstructrice | Docteur Bellidenty | 2 |
| Anesthésiologie | Docteur Dauriac | |
| Bloc opératoire | Docteur Dauriac et Docteur Pujo | |
| Unité de lutte contre la douleur | Docteur Chambon | |

# INTRODUCTION

Le développement de l'activité chirurgicale est un axe stratégique du projet médical de l'établissement. Ces dernières années, nos efforts ont permis une croissance forte de l'activité des différentes spécialités du pôle et la création de nouvelles activités.

La création du GHT DAV, et le positionnement du CH de Valence en tant qu'établissement support de ce grand GHT et en tant qu'établissement de recours Drôme Ardèche, nécessitent de poursuivre les efforts de notre pôle.

Ainsi, le pôle Chirurgie-Bloc-Anesthésie (CBA) du Centre hospitalier de Valence regroupe désormais de nombreuses spécialités chirurgicales telles que :
– l'orthopédie traumatologie ;
– la chirurgie viscérale ;
– l'ORL et la stomatologie ;
– l'urologie ;
– l'ophtalmologie ;
– la neurochirurgie ;
– la chirurgie thoracique ;
– la chirurgie reconstructrice et réparatrice.

À ces spécialités chirurgicales, s'ajoutent le service d'anesthésie et le centre de douleur chronique.

Depuis plusieurs années, le pôle CBA porte des projets innovants, centrés sur le patient, avec la recherche constante d'optimisation du parcours de soins et des prises en charge. Nous pouvons citer :
– la création d'une centrale de programmation ayant depuis évolué vers une plateforme préopératoire regroupant cette centrale de programmation, le service d'anesthésie et le secrétariat du bloc opératoire ;
– la mise en place d'un salon d'accueil chirurgical ayant permis de généraliser les entrées à J0 ;
– le développement du parcours debout vers le bloc opératoire et au sein du bloc.

Ces nouvelles organisations ont pour but d'offrir une prise en charge personnalisée à chacun de nos patients et à chaque étape de son parcours.

Dans les mois et les années à venir, nous poursuivrons dans cette voie.

Plus particulièrement, nos projets porteront sur :
– la poursuite du développement de la RAAC (Récupération Améliorée Après la Chirurgie) en chirurgie orthopédique, en urologie, en chirurgie viscérale… ;
– la création d'une UPOG (Unité Péri Opératoire Gériatrique) en lien avec les équipes du pôle de Gériatrie ;
– la poursuite du développement de l'activité chirurgicale ambulatoire ;
– l'adaptation des moyens à la croissance d'activité au niveau de la Plateforme préopératoire.

L'un des objectifs majeurs et quotidiens de notre pôle est de poursuivre l'optimisation de l'utilisation du bloc pour tous ses utilisateurs afin de permettre la prise en charge de nos patients dans les meilleures conditions (sécurité, délai de prise en charge…). Cette action sera poursuivie à l'ouverture du nouveau bloc opératoire qui offrira plus de salles d'interventions. Cette optimisation passe par une révision régulière de la maquette opératoire et un suivi des indicateurs de bloc.

Notre pôle propose des prises chirurgicales de haute technicité et à la pointe de la technologie. De nouveaux projets permettront d'intégrer au bloc opératoire des innovations telles que :
– mise en place d'un robot chirurgical ;
– création d'une salle hybride dans le nouveau bloc opératoire.

De son côté le service d'anesthésie se positionne comme support des projets chirurgicaux, afin d'accompagner la croissance de notre activité.

Notre pôle s'inscrira dans le rayonnement de notre établissement à l'échelle du territoire.

Le pôle CBA en quelques chiffres (2022) :
– 90 lits d'hospitalisation complète sur 3 étages de chirurgie ;
– 20 places de chirurgie ambulatoire ;
– 11 salles de bloc opératoire (8 salles dédiées à l'activité programmée selon une maquette opératoire), 2 salles dédiées à l'activité d'urgence et semi-urgences et 1 salle dédiée à l'activité obstétricale ;
– plus de 12 000 interventions chirurgicales au bloc central auxquelles s'ajoutent des prises en charges (par l'équipe d'anesthésie) délocalisées en endoscopie digestive, en radiologie interventionnelle et en cardiologie interventionnelle ;
– 45,4 % d'activité chirurgicale ambulatoire ;
– Près de 9 700 séjours dans nos services de chirurgie.

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET CHIRURGIE ANESTHÉSIE BLOC

## Améliorer le diagnostic des vertiges par une approche pluridisciplinaire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Pujo.

### LE PROJET

Les vertiges aigus et chroniques restent une entité pluridisciplinaire dont le diagnostic étiologique peut être difficile à poser. Le parcours du patient peut être émaillé de nombreux allers-retours entre différentes consultations ou examens complémentaires.

La mise en place d'un hôpital de jour permettrait de regrouper une bonne partie des examens nécessaires lors d'une seule venue et de faciliter les échanges directs entre les différentes spécialités pouvant être impliquées (neurologue, ORL, cardiologue…).

Cela simplifierait donc le parcours du patient et permettrait de décloisonner les spécialistes impliqués.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir les spécialistes souhaitant s'impliquer dans l'HDJ.

2 – Recruter un kinésithérapeute vestibulaire sur l'hôpital ± orthoptiste.

3 – Définir la liste d'examens pouvant être inclus dans une venue d'HDJ.

4 – Définir le lieu d'accueil et le capacitaire de ces lits : consultations d'ORL, hospitalisation de jour de médecine.

## Développer l'activité de chirurgie reconstructrice et réparatrice

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Bellidenty.

### LE PROJET

Depuis la mise en place de l'UF de chirurgie plastique, nous constatons un accroissement très important de la demande de prise en charge de patients principalement en oncodermatologie et en reconstruction mammaire uniquement par un recrutement interne, faisant réaliser des arbitrages de prise en charge avec la chirurgie plastique générale (dermolipectomies post amaigrissements, réduction mammaire, dermatochirurgie bénigne…).
Le recrutement en oncodermatologie ne fait que s'accroître grâce aux recrutements croissants de dermatologues et à la réputation de l'équipe de dermatologie avec un bassin de population concerné qui s'étend sur toute la Drôme Ardèche puisque nous sommes le seul centre référencé pour le traitement des mélanomes.
Ces derniers mois, nous avons renforcé la coopération avec les équipes de gynécologie pour la prise en charge des reconstructions mammaires immédiates. Pour les reconstructions secondaires, les délais opératoires vont en s'accroissant de façon importante.
Il est nécessaire de pouvoir apporter une réponse correcte en termes de délai à ces patientes au sein du même établissement que leur prise en charge initiale tout en pouvant prendre en charge la cancérologie.
Du point de la chirurgie plastique générale, nous sommes le seul établissement régional à proposer une prise en charge en service public pour les séquelles d'amaigrissement post-bariatrique. Il me paraît nécessaire de conserver spécificité d'autant plus que nous allons avoir un recrutement interne qui va apparaître dans l'année qui vient (patients du Docteur Rakotoson).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Augmenter le temps de plage opératoire mensuel de 2 journées à 4 journées.

2 – Avoir une infirmière de consultation pour diminuer le temps de consultation et donc augmenter leur nombre

## Optimiser la prise en charge anesthésique du patient d'oncologie chirurgicale

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Dauriac pour le service d'anesthésie.

### LE PROJET

Ces dernières années, des études cliniques ont montré que la période périopératoire est un moment crucial dans l'évolution du cancer et ceci du fait de facteurs multiples.

Ce sujet est désormais régulièrement abordé dans les publications médicales en anesthésie et dans nos congrès médicaux. Les données actuelles de la recherche fondamentale et clinique autour des effets potentiels de l'anesthésie dans la progression tumorale vont dans le sens d'un renforcement du rôle de l'anesthésiste-réanimateur dans la période périopératoire.

Notre équipe souhaite travailler dans ce sens et développer un parcours de prise en charge anesthésique en pré, per et postopératoire de ces patients d'oncologie chirurgicale, basé sur une prise en charge personnalisée dès la consultation d'anesthésie, une prise en charge peropératoire type « OFA » (= anesthésie sans opioïdes) et sur l'analgésie multimodale avec large recours à l'utilisation des anesthésiques locaux (ALR, infiltration du site opératoire par le chirurgien…).

Cela nécessitera un travail en étroite collaboration avec les différents services de chirurgie, pour présenter ce projet et le mettre en place de façon concertée.

Ces prises en charge spécialisées pourront faire l'objet de publications médicales, et sont en lien avec le développement de la RAAC.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Groupe de travail en interne au service d'anesthésie pour rédaction et validation du parcours de prise en charge et des protocoles.

2 – Rencontres avec les différentes spécialités chirurgicales concernées pour présentation et mise en place concertée.

3 – Suivi et évaluation.

## Participer à l'amélioration du parcours périopératoire du patient âgé

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Les praticiens du service d'anesthésie.

### LE PROJET

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une réduction progressive des réserves fonctionnelles des principaux organes. À ceci se surajoutent les maladies chroniques.

Ces modifications physiologiques ou la notion de maladies chroniques préexistantes ont une incidence sur ces prises en charge anesthésiques. Ce sujet fait l'objet de nombreuses publications récentes et de recommandations des sociétés savantes (dont la SFAR).

Notre équipe médicale souhaite participer aux programmes d'optimisation de prise en charge de ces patients tant en programmé qu'en urgence ou semi-urgence.

Nous souhaitons construire un programme spécifique de prise en charge du sujet âgé, multidisciplinaire, associant urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, gériatres, pharmaciens et soignants pour améliorer le devenir post-opératoire des patients âgés. Ce sujet a beaucoup été décrit dans le cadre de la chirurgie orthopédique, conduisant au projet UPOG en cours de réflexion au sein de notre institution.

Ce programme doit être décliné pour l'anesthésie lors des phases pré, per et post-opératoires :

– évaluation préopératoire minutieuse en consultation d'anesthésie ;
– optimisation de nos prises en charge peropératoires en fonction des données récentes de la littérature : techniques et protocoles d'anesthésie adaptés à ces patients, monitorage… ;
– mise en place de protocoles d'analgésie postopératoires selon les recommandations récentes… ;
– il existe plusieurs enjeux majeurs au développement de ce programme :
  - réduire le délai de prise en charge chirurgicale pour les urgences et semi-urgences (facteur diminuant significativement la morbi-mortalité post-opératoire de ces patients),
  - évaluer les fonctions cognitives en préopératoire. Nous souhaitons pouvoir développer, en lien avec les équipes de gériatrie, un circuit permettant d'optimiser la détection de troubles cognitifs préopératoires,
  - réduire la survenue ou la décompensation de troubles cognitifs postopératoires.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Groupe de travail en interne au service d'anesthésie pour rédaction et validation du programme et des protocoles.

2 – Rencontres avec les différentes spécialités chirurgicales et médicales concernées pour validation et mise en place concertée.

3 – Suivi et évaluation du programme.

# L'HÔPITAL DE RECOURS DROME ARDÈCHE

## Asseoir le positionnement de référent bi-départemental du service d'ORL

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Buiret.

### LE PROJET

Depuis avril 2022, le service d'ORL assure la permanence des soins dans la Drôme et l'Ardèche, aidé par les ORL du GHPP et des HDN. Il est donc prévu, à l'échelle du GHT Nord le recrutement de 3 à 4 praticiens hospitaliers dans les quatre prochaines années.

Le service d'ORL est pionnier dans l'établissement en matière de prise de rendez-vous par les patients ou d'avis pour les médecins généralistes : téléphone, accueil physique, mails, prise de rendez-vous directement sur Internet, SARA. Cependant, malgré cette flexibilité d'accès, nous constatons la difficulté du patient à prendre rendez-vous et des médecins généralistes ou urgentistes à nous joindre.

Enfin la réduction d'accès aux plages de bloc opératoire du CHV allonge de plus en plus les délais. En attendant le nouveau bloc opératoire et l'augmentation des plages disponibles, d'autant plus nécessaires que le recrutement du personnel médical sera effectif, l'utilisation des blocs d'autres établissements sera étudiée.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Améliorer l'efficacité du secrétariat afin d'améliorer la joignabilité, en particulier pouvoir répondre aux appels téléphoniques (moyen majoritaire pour la prise de rendez-vous).

2 – Fluidifier le flux des patients dans le cadre de la permanence de soins en établissant des parcours de soins, en utilisant les moyens de communication virtuels de la plate-forme SARA (visite médicale de patients hospitalisés dans d'autres CH par exemple par visioconsultation entre l'ORL d'astreinte et le médecin sur place).

3 – Augmenter les capacités d'accueil et de consultations au premier étage de la tour de consultations.

4 – Organiser des formations pour les médecins généralistes et spécialistes.

5 – Obtenir l'accréditation de chirurgie cancérologique pour le centre hospitalier de Crest (demandée depuis de nombreuses années) pour la chirurgie dermatologique (non soumise à quota). Pouvoir opérer dans des blocs opératoires d'autres établissements (comme Crest, pour les patients de Die).

## Étendre l'offre d'ophtalmologie sur le territoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Pollet-Villard.

### LE PROJET

1. Accessibilité directe des soins de base et de proximité sur l'ensemble des GHT.
   - Filière de réfraction et dépistage efficace de l'ensemble de la population.
   - Protocole de délégation : orthoptiste hospitalières ou libérales.
   - Accès hospitalier direct de la filière visuelle : réfraction, contactologie.
   - Centraliser au sein du CHV par une équipe pérenne.
   - Accueil de praticiens remplaçants ou intérimaires (retraité).
2. Soins non programmés bi-départementaux.
   - Renforcer le CHV comme acteur de référence dans les soins d'urgence ophtalmologiques.
     - Filière Telestroke (OACR) : coordination urgences (RNM-OCT par IDE d'urgences, télé-interprétation par OPH d'astreinte, hospitalisation en UNV pour thrombolyse / thrombectomie).
     - Accueil de toute pathologie ophtalmologique unique au sein de l'établissement (urgences, OPH de ville, médecin traitant, patient) également pour imagerie ou examens complémentaires : Hôpital de jour en multispécialité.
   - Coopération du bassin ardéchois.
     - Formation PAA, Flux de patients chirurgicaux purement hospitaliers.
     - Protocole de délégation (dépistage RD, RNO, Suivi glaucome stabilisé) sur l'ensemble des établissements des GHT centralisés sur le CHV.
     - Indépendance de la PDS GHT Sud Drôme Ardèche corrélée au partenariat GHT RVV.
3. CHV, référence dans chaque hyper-spécialité, notamment en rétine médicale et chirurgicale.
   - S'appuyer sur une équipe pérenne au CHV partageant l'activité volumineuse et spécialisée. Pérenniser chaque sur-specialité avec 2 praticiens par thématique.
   - Plateau technique de pointe à poursuivre.
   - Recrutement sur le GHT via les protocoles de dépistage / diagnostique : désenclaver les bassins désertiques, permettre un accès aux soins rapide et adapté aux pathologies cécitantes, positionner le CHV comme référence d'injection et chirurgicale.
   - Projet Consultation Basse vision avec diagnostic (ETDRS), et coopération des acteurs de ville (Ortho basse vision, ergothérapeute, instructeur en locomotion, assistante sociale).
4. Collaboration des acteurs régionaux.
   - Accompagnement des orthoptistes libérales aux protocoles de délégation :
     - aide à l'achat du matériel ;
     - contrat de collaboration ;
     - interface de communication sécurisée des données télétransmises ;
     - collaboration intra et extra GHT : PDS, consultations communes ;
     - collaboration avec la médecine de ville : plateau technique, expertises ;
     - collaboration avec les centres de références de recherche et universitaire : étude de vraie vie, partenariat.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Développer la filière de chirurgie bariatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Henry.
Docteur Rakotozon.

### LE PROJET

L'activité de chirurgie bariatrique a débuté en septembre 2021. Il est prévu à ce titre une première phase de prise en charge de 42 patients sur un an, correspondant à des recettes d'activité autour de 310 000 €, devant se déployer à moyens constants au bloc opératoire et en service d'hospitalisation. Il est accepté pour ce faire : dépense à caractère médical (botte de compression et sonde de calibration), à hauteur de 6 000 €. Les éventuelles autres dépenses induites par la spécificité de cette prise en charge (transport…). Des investissements en matériel, autour de 4 000 € (amortissement sur sept ans), soit 571 € pour la première année. Cette phase est en cours. Le bilan préopératoire est d'au moins six mois. En conséquence le nombre d'interventions réalisé jusqu'alors est encore faible.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

Terminer les bilans préopératoires et démarrer les interventions.

## Créer un Hôpital de Jour en ORL

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Kevin Pujo.
Docteur Isabelle Plouin-Gaudon.
Docteur Frédéric Chidiac.

### LE PROJET

Les explorations fonctionnelles ORL permettent l'exploration de troubles ORL variés comme la surdité, les vertiges, les troubles du sommeil dont les causes sont parfois difficiles à établir. Grâce au développement des explorations fonctionnelles, on peut poser un diagnostic précis et donc un traitement adapté.

Actuellement nous offrons des explorations basiques : audiométrie, tympanométrie, vidéonystagmographie, posturographie, potentiels évoqués auditifs précoces, polygraphies de l'adulte. Toutes les explorations sont faites en externe.

Depuis plusieurs années, les médecins du service d'ORL se sont formés et se forment encore aux explorations fonctionnelles.

L'idée d'une unité d'explorations fonctionnelles est :
1. de compléter l'offre actuelle (audiométrie dans le bruit, ASSR, Echodia®) et la compétence des intervenants (audiométristes, kinésithérapeute et orthoptiste spécialisés dans le vertige) ;
2. de l'élargir à de nouveaux domaines (troubles de la voix, que leur traitement soit médical ou chrirugical) ;
3. d'aller vers de nouveaux publics (troubles du sommeil de l'enfant, troubles de l'équilibre de la personne âgée).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir la localisation et le capacitaire de cette unité. L'idéal serait une proximité géographique avec les lieux où seront réalisés les examens (hospitalisation de jour directement en consultation ? en UCA ?). Si une unité d'hospitalisations de jour de médecine était créée, nos patients pourraient avoir vocation à y être reçus.

2 – Définir le matériel médical, chirurgical (pour la phonochirurgie) et les compétences universitaires à acquérir.

3 – Travailler sur les effectifs médicaux et paramédicaux, avec en particulier besoin de recrutement d'audioprothésistes (cinq interviennent déjà dans le service, gratuitement, par des conventions), kinésithérapeute et orthoptiste spécialisés dans le vertige, APA.

## Développer la filière ortho-gériatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Ratsimbazafy.
Docteur Dauriac.

### LE PROJET

– Poursuivre l'organisation de la filière gériatrique avec comme objectif de fluidifier le parcours des patients âgés présentant une fracture ou un traumatisme nécessitant une prise en charge en ortho-traumatologie.
– Établir un protocole de gestion préopératoire des anticoagulants.
– Mettre en place des téléconsultations avec les EHPAD.
– Assurer un suivi des patients sur place dans les SSR de Die et Tournon.

Création de lits UPOG : il s'agit d'une unité périopératoire ortho-gériatrie, unité de soins périopératoires accompagnant le patient âgé bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale orthopédique, de son entrée aux urgences jusqu'à la sortie vers un SSR ou vers son lieu de vie.

Les patients concernés sont des patients de plus de 75 ans, avec une ou plusieurs comorbidités : polymédication, polypathologie, chutes à répétition, troubles neurocognitifs, isolement social, dépendance fonctionnelle, nécessitant une prise en charge chirurgicale orthopédique.

Ces patients sont à risque de présenter une complication type confusion, décompensation d'une pathologie chronique, installation d'une dénutrition, iatrogénie…

La prise en charge multidimensionnelle gériatrique de ces patients permet d'optimiser la récupération fonctionnelle et de réduire la durée de séjour.

Il s'agit d'optimiser la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt des patients fragiles.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Finaliser et mettre en place le projet « Création d'une UPOG ».

2 – Définir une charte de fonctionnement entre les intervenants médicaux et paramédicaux.

## Élargir l'offre de soins en orthopédie sur le territoire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Ratsimbazafy.

### LE PROJET

Développer la permanence et la continuité des soins sur le GHT en permettant l'accès à des consultations avancées à tous les patients au plus près de leurs domiciles.

D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus sera multiplié par 2,3 en Ardèche et par 2,5 dans la Drôme, entraînant des besoins de consultations avancées en périphérie du CHV d'où l'élargissement de l'offre des consultations d'Orthopédie à Die, Crest, Tournon… et aussi l'augmentation de chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Crest.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formaliser un cahier des charges.

2 – Création de locaux et organisation des consultations avancées dans les différents établissements.

3 – Réseau ville / hôpital à développer.

# Promouvoir la RAAC

## ORTHOPÉDIE

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Ratsimbazafy.
Docteur Dauriac.

### LE PROJET

Amélioration des durées de séjours :
– mettre en place les Protocoles d'infiltration in situ ;
– généralisation des attelles de cryothérapie ;
– levers précoces ;
– recours aux prestataires de soins pour les retours à J2 après chirurgie prothétique.

Mise en place d'une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après chirurgie : RAAC.

Le patient a un rôle actif dans cette approche.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation de tous les intervenants qui participent à ce parcours patient pour permettre d'avoir un socle de connaissances des données publiées.

2 – Organiser les parcours avec la mise en place de procédure et de protocoles de soins et la réorganisation des soins.

3 – Construire le projet avec le patient.

4 – Anticiper la sortie du patient et développer le réseau ville / hôpital.

5 – Mettre en place une procédure pour les secrétaires de programmation pour accompagner la démarche lors de la programmation de l'intervention.

## UROLOGIE

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Duplaix.
Docteur Coroi.

### LE PROJET

– Le Service d'urologie du Centre Hospitalier de Valence a une zone d'attractivité couvrant le territoire de santé du Groupement Hospitalier de Territoire Rhône Vercors Vivarais (GHT RVV) comptant 4 établissements : CH Valence, CH Die, CH Crest, CH Romans (jusqu'à juillet 2021 et probablement dans l'avenir également).

– Au cours de ces dernières années, le Service d'urologie a continué de développer et d'adapter son offre de soins d'urgence et programmés à une demande de soins en constante progression, dans un environnement marqué par une augmentation régulière de la moyenne d'âge du bassin de population, la désertification progressive de la médecine de ville mais également une vive concurrence de l'offre de soins privée.

– Projet Réhabilitation précoce Après Chirurgie (RAAC) : Les objectifs sont multiples : diminution des complications ; récupération des capacités fonctionnelles du patient, lui permettant un confort plus précoce, que ce soit pour la douleur post-opératoire, la reprise d'un transit et d'une alimentation normale, ou de la déambulation avec retour à une activité physique normale.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation de tous les intervenants qui participent à ce parcours patient pour permettre d'avoir un socle de connaissances des données publiées.

2 – Organiser les parcours avec la mise en place de procédure et de protocoles de soins et la réorganisation des soins.

3 – Construire le projet avec le patient.

4 – Anticiper la sortie du patient et développer le réseau ville / hôpital.

5 – Mettre en place une procédure pour les secrétaires de programmation pour accompagner la démarche lors de la programmation de l'intervention.

## VISCÉRAL

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Henry.
Docteur Rakotoson.

### LE PROJET

Ce mode de prise en charge est en vigueur dans le service de chirurgie viscérale depuis plus de quatre ans. Il s'agit d'un projet pluridisciplinaire. L'émulation initiale qu'il a suscitée s'est émoussée. Sa généralisation à toutes les interventions de chirurgie viscérale éligibles implique entre autres une prise en charge anesthésique spécifique, une prise en charge de l'analgésie peropératoire spécifique, l'intervention active de kinésithérapeutes qui se heurte actuellement à des difficultés, l'intervention de diététiciennes qui se heurte également actuellement des difficultés. Le développement de ce mode de prise en charge sur les différents services du pôle peut contribuer à son développement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation de tous les intervenants qui participent à ce parcours patient pour permettre d'avoir un socle de connaissances des données publiées.

2 – Organiser les parcours avec la mise en place de procédure et de protocoles de soins et la réorganisation des soins.

3 – Construire le projet avec le patient.

4 – Anticiper la sortie du patient et développer le réseau ville / hôpital.

5 – Mettre en place une procédure pour les secrétaires de programmation pour accompagner la démarche lors de la programmation de l'intervention.

## ANESTHÉSIE

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Les praticiens du service d'Anesthésie.

### LE PROJET

La RAAC, approche de prise en charge globale du patient, favorise le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Le patient a un rôle actif. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire et de collaboration étroite entre les différentes équipes de chirurgie et le service d'anesthésie.

Notre équipe d'anesthésie sera partie prenante du développement de la RAAC en lien étroit avec les services de chirurgie qui souhaiteront initier ou renforcer ce projet centré sur le patient et sur le chemin clinique du patient.

Ainsi notre participation active à ces projets visera à améliorer la prise en charge de nos patients lors des différentes phases de sa prise en charge : pré, per et post-opératoires. Nous participerons à la réflexion, à la rédaction et au suivi des protocoles de prise en charge RAAC avec chaque service de chirurgie concerné.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recensement des projets RAAC au sein des différents services de chirurgie.

2 – Rencontre avec ces équipes chirurgicales pour élaborer les projets et les chemins cliniques des patients.

3 – Travail en groupe pour élaborer les programmes et les protocoles avec chacune des équipes chirurgicales inscrites dans cette démarche. S'ensuivra la validation par les équipes concernées.

4 – Mise en place progressive des programmes (et des protocoles).

5 – Suivi et évaluations régulières des programmes et des protocoles.

## Étendre l'offre de soins en urologie sur le GHT

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Duplaix.
Docteur Coroi.

### LE PROJET

– Le Service d'urologie du Centre Hospitalier de Valence a une zone d'attractivité couvrant le territoire de santé du Groupement Hospitalier de Territoire Rhône Vercors Vivarais (GHT RVV) comptant 4 établissements : CH Valence, CH Die, CH Crest, CH Romans (jusqu'à juillet 2021 et probablement dans l'avenir également).

– Au cours de ces dernières années, le Service d'urologie a continué de développer et d'adapter son offre de soins d'urgence et programmés à une demande de soins en constante progression, dans un environnement marqué par une augmentation régulière de la moyenne d'âge du bassin de population, la désertification progressive de la médecine de ville mais également une vive concurrence de l'offre de soins privée.

– Projet des consultations à Crest, Die, Romans en plus de Valence : apporter des soins urologiques dans les territoires.

### PRINCIPALE ÉTAPE DU PROJET

3 établissements des RCP uro-gynéco au sein du GHT / CH Valence.

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Acquérir un robot chirurgical

## UROLOGIE

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Duplaix.
Docteur Coroi.

### LE PROJET

– Le Service d'urologie du Centre Hospitalier de Valence a une zone d'attractivité couvrant le territoire de santé du Groupement Hospitalier de Territoire Rhône Vercors Vivarais (GHT RVV) comptant 4 établissements : CH Valence, CH Die, CH Crest, CH Romans (jusqu'à juillet 2021 et probablement dans l'avenir également).

– Au cours de ces dernières années, le Service d'urologie a continué de développer et d'adapter son offre de soins d'urgence et programmés à une demande de soins en constante progression, dans un environnement marqué par une augmentation régulière de la moyenne d'âge du bassin de population, la désertification progressive de la médecine de ville mais également une vive concurrence de l'offre de soins privée.

– Acquisition d'un système de chirurgie robotique : déjà présent à Lyon, Grenoble ; pas encore présent au sein d'établissements privés de proximité. Le robot chirurgical a le potentiel d'attirer un nombre important des patients pour des interventions programmées. Le robot augmente l'attractivité du centre pour les futurs praticiens pour pouvoir proposer une offre médicale importante. Il s'inscrit dans une démarche transdisciplinaire qui concerne les praticiens de chirurgie thoracique, ORL, gynécologique digestive, et urologique. Le premier centre qui a le robot dans la région attirera tous les patients de la région. La région Drôme-Ardèche est un « désert robotique » : il n'existe donc pas le même accès aux soins (médecine à deux vitesses) pour les habitants de ce territoire.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réunions spécifiques avec les autres services chirurgicaux (chirurgie thoracique, digestive, gynécologique et ORL) pour choisir un système robotique (Intuitive – Da Vinci ?) et se mettre d'accord sur les journées opératoires pour chaque spécialité.

2 – Formations spécifiques pour les chirurgiens et IBODE.

3 – Proctor pour les premières interventions.

## VISCÉRAL

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Henry.
Docteur Rakotozon.

### LE PROJET

Il s'agit d'un projet innovant auquel la chirurgie viscérale est intéressée. L'un des praticiens, le Docteur Rakotoson, entreprend d'ores et déjà des formations spécifiques en centre spécialisé formateur en juin 2022 puis fin 2022. Le recrutement d'un praticien hospitalier qui en a une très bonne expérience est en cours. Il est motivé à la mise en place et au développement de cette activité.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réunions spécifiques avec les autres services chirurgicaux (chirurgie thoracique, digestive, gynécologique et ORL) pour choisir un système robotique (Intuitive – Da Vinci ?) et se mettre d'accord sur les journées opératoires pour chaque spécialité.

2 – Formations spécifiques pour les chirurgiens et IBODE.

3 – Proctor pour les premières interventions.

## Acquérir un système de Neuronavigation

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Popa.
Docteur Hatem.

### LE PROJET

L'acquisition du système de neuronavigation permet de sécuriser la prise en charge chirurgicale des patients opérés des tumeurs cérébrales dans une zone éloquente et d'effectuer d'autres activités inexistantes actuellement comme la biopsie cérébrale. Il est devenu indispensable pour le service de Neurochirurgie.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Évaluation du nombre d'intervention de chirurgie crânienne supplémentaire qu'on peut espérer effectuer grâce à l'acquisition du système.

2 – Fiche projet pour présentation directoire.

3 – Mise en place de procédure pour ce nouveau matériel.

4 – Formation pour les neurochirurgiens et IBODE et IDE de Bloc.

## Poursuivre l'informatisation du service d'anesthésie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Dauriac pour le service d'anesthésie.

### LE PROJET

Le service d'anesthésie a initié son informatisation dès 2015 en informatisant la consultation d'anesthésie avec un logiciel métier. Depuis, nous souhaitons poursuivre cette démarche en informatisant la phase per et post-opératoire immédiate en SSPI. Cette informatisation a déjà été mise en place dans de nombreuses structures hospitalières.

Nous souhaitons que ce développement puisse se faire à l'échelle du GHT.

Cette informatisation permettra :
– une optimisation de la traçabilité de prise en charge anesthésique de nos patients au bloc opératoire ;
– une sécurisation de nos prises en charge car nous disposerons des antériorités de nos patients (y compris la nuit et le week-end pour les urgences) ;
– une simplification et une sécurisation des consultations ;
– une simplification et une réduction importante de la gestion des dossiers CGDM ;
– une optimisation et une sécurisation de nos prises en charge à l'échelle de la Direction commune et du GHT.

Par ailleurs, nous avons développé les téléconsultations dès 2020 (en tenant compte des préconisations de la SFAR), projet que nous avions de longue date et renforcé dans le contexte de la crise sanitaire. Désormais nous souhaitons aller plus loin et développer les téléconsultations pour les patients résidants en EHPAD ou hospitalisés dans d'autres établissements du GHT. Ainsi, nous pourrions assurer un confort et une sécurité supplémentaire à ces patients notamment en limitant des transferts en ambulance, du temps passé en salle d'attente… Le développement de ces téléconsultations participera à l'optimisation de l'organisation des consultations d'anesthésie.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Déploiement de l'informatisation des consultations d'anesthésie à l'échelle du GHT.

2 – Déploiement de l'informatisation du « peropératoire » au CH de Valence puis sur les autres blocs opératoires du GHT.

3 – Poursuite de la mise en place des solutions de téléconsultations avec les autres établissements de la Direction commune et du GHT (MCO, SSR et EPHAD).

## Développer une chirurgie de pointe par l'implantation d'une salle hybride

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Dauriac et l'ensemble des praticiens du pôle et praticiens utilisateurs du bloc opératoire.
Encadrement médical et paramédical du bloc opératoire.

### LE PROJET

La salle hybride est une salle d'intervention qui associe les caractéristiques d'une salle de chirurgie dite conventionnelle à celle d'une salle interventionnelle, comprenant un système d'imagerie médicale.

Ces dernières années, l'introduction des salles hybrides, possible par l'émergence des technologies d'imagerie a permis le développement de nouvelles pratiques chirurgicales, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie thoracique, en chirurgie cardiaque et vasculaire, ou encore en urologie et permet d'intégrer des pratiques moins invasives et mini-invasives.

L'installation d'une salle hybride dans notre nouveau bloc opératoire permettra de nous inscrire dans cette démarche innovante dont les bénéfices pour les patients sont reconnus. En effet, les salles hybrides constituent une évolution technologique qui permet d'augmenter la précision des gestes chirurgicaux et la sécurité des patients. Cela permettra également de réduire la durée d'hospitalisation et de contribuer au développement de procédures de réhabilitation précoce type RAAC.

Ce projet s'adossera à un projet médical ambitieux et permettra à toutes les spécialités utilisatrices de notre bloc opératoire de développer des prises en charges médico-chirurgicales de pointe.

Parmi les spécialités chirurgicales de notre établissement qui ont des utilisations reconnues dans une salle hybride, nous pouvons citer : la chirurgie orthopédique-traumatologie (en chirurgie programmée dont la chirurgie prothétique et en traumatologie d'urgence), la chirurgie urologique (par exemple dans le cadre des néphrectomies, de la chirurgie percutanée du rein comme la néphrolithotomie percutanée), la neurochirurgie intracrânienne ou rachidienne en post-traumatique ou en programmé, la chirurgie thoracique, la radiologie interventionnelle avec la réalisation des gestes de thrombectomie durant les périodes de permanence des soins.

L'évolution des besoins d'utilisation de cette salle se fera en fonction de l'évolution des techniques chirurgicales et des équipes.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Groupe de travail (praticiens utilisateurs du bloc opératoire, directions fonctionnelles de notre établissement, services techniques supports de ce projet…) : rencontres avec les différentes sociétés, choix des équipements.

2 – En parallèle, rédaction du projet médical (en cours).

3 – Installation de la salle hybride dans le cadre de l'équipement du nouveau plateau technique.

4 – Début de l'activité chirurgicale en salle hybride selon la maquette opératoire rédigée en amont et validée en commission des utilisateurs du bloc opératoire (à l'ouverture du futur bloc opératoire).

Analyse de l'activité au sein de cette salle hybride selon les indicateurs de bloc, suivi et évaluation.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Consolider l'équipe médicale du service d'anesthésie par le recrutement

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Dauriac.

### LE PROJET

Notre service, comme beaucoup de services d'anesthésie en France est en sous-effectif médical. Cependant, nous avons pu recruter des praticiens ces dernières années. Ainsi, nous sommes actuellement 16 praticiens dans l'équipe soit un peu plus de 12 ETP (contre 5 il y a cinq ans). L'objectif cible est de 24 ETP.

Nous devons donc poursuivre cette démarche, afin de diminuer et à terme de ne plus avoir à recourir à l'intérim médical.

Compléter notre équipe médicale permettra :
– d'assurer une prise en charge médicale en équipe et donc optimale et sécurisée de nos patients, avec le recours à des technologies de dernière génération et selon les recommandations de la littérature ;
– de rédiger et mettre en place des protocoles et procédures de prise en charge anesthésiques en collaboration avec les différents services de chirurgie et en assurer le suivi ;
– participer à la démarche qualité institutionnelle, en participant notamment à des EPP et RMM ;
– participer à la recherche clinique ;
– de mettre en place une équipe médicale d'anesthésie à l'échelle de la Direction commune voire du GHT.

Ces arguments devront faciliter les prochains recrutements, en montrant que l'équipe est très dynamique, que notre activité clinique est riche et variée. Nous insisterons sur la qualité de vie offerte et tant au niveau professionnel que par notre localisation. La construction du futur bloc sera un argument d'importance.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET (étapes simultanées)

1 – Fidélisation des praticiens de l'équipe sur le long terme.

2 – Poursuite du recrutement de nouveaux praticiens, en partenariat avec le coordonnateur du DES d'Anesthésie-Réanimation de notre CHU de rattachement, avec les HCL et avec nos tutelles, en proposant des postes d'assistants partagés, des postes de Docteurs juniors.

3 – Poursuite du recrutement de nouveaux praticiens parmi nos jeunes intérimaires. Nous privilégierons le recours à des intérimaires susceptibles d'être intéressés par un poste pérenne au sein de notre équipe.

## Plateforme de programmation opératoire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Le trio de pôle, les cadres du bloc opératoire et l'ensemble des praticiens du pôle et praticiens utilisateurs du bloc opératoire.

### LE PROJET

Par le regroupement en un seul et même lieu géographique (adapté au volume d'activité) des secrétariats de la centrale de réservation, d'anesthésie et du bloc opératoire mais également du centre de prélèvement du laboratoire, nous permettons l'optimisation de la programmation du séjour chirurgical et opératoire de nos patients. De plus, nous proposons ainsi, à l'issue de la consultation chirurgicale, un lieu unique de prise en charge préopératoire aux patients.

**Les objectifs :**
– fluidifier le parcours préopératoire du patient ;
– harmoniser les pratiques et les outils ;
– optimiser au maximum les plages et les programmes opératoires ;
– optimiser des ressources RH.

Cette organisation déjà mise en place depuis quelques années et dont les bénéfices ne sont plus à démontrer, deviendra incontournable à l'ouverture du nouveau plateau technique.

La prise en charge optimisée et centralisée de l'intégralité des patients du futur plateau technique pour toutes les spécialités, la capacité de programmer les examens complémentaires, de maîtriser la programmation opératoire et la reprogrammation permettra d'optimiser au mieux le nouveau plateau technique.

L'adaptation nécessaire des locaux devra être anticipée afin d'absorber la croissance d'activité sur les années à venir.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réaliser une projection d'activité du nouveau bloc opératoire pour évaluer le flux et les besoins en locaux (centrale de programmation, consultations d'anesthésie, laboratoire de biologie) : en cours.

2 – Redimensionner les besoins (effectifs et locaux) → groupe de travail : secrétaires et trio de pôle.

3 – Déterminer les parcours patients.

4 – Prospecter les locaux à proximité des services de chirurgie avec les directions fonctionnelles concernées afin d'adapter les locaux à l'activité et au parcours patient et afin d'améliorer les conditions de travail.

5 – Assurer la phase de travaux.

6 – Organiser les fiches de postes

7 – Fédérer les spécialités qui n'ont pas encore adhéré à la plateforme préopératoire.

8 – Analyser les indicateurs de bloc et de programmation, afin d'assurer le suivi et l'évaluation de la plateforme préopératoire.

PÔLE

# FEMME MÈRE ENFANT

URGENCES GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

URGENCES PÉDIATRIQUES

CENTRE DE PLANIFICATION ET D'ORTHOGÉNIE

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET DU SEIN

PÉDIATRIE

NÉONATALOGIE

CHIRURGIE INFANTILE

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de Pôle → Docteur Agnes Juven
Cadre supérieur de Pôle → Sabrina Bottet
Cadre administratif de Pôle → Stéphanie Fraychet

Les différents services d'hospitalisation du pôle Femme Mère Enfant se répartissent géographiquement entre plusieurs bâtiments de l'hôpital :

## LE PÉRIMÈTRE DU PÔLE EST CONSTITUÉ PAR LES UNITÉS FONCTIONNELLES SUIVANTES :

| Intitulé | Responsable d'unité fonctionnelle ou de service |
|---|---|
| Urgences Gynécologiques et Obstétricales | Docteur J. Bertrand |
| Urgences Pédiatriques | Docteur A. Juven |
| Centre de Planification et d'Orthogénie | Docteur N. Léticée |
| Consultations de gynécologie et obstétrique | Docteur N. Léticée |
| Maternité | Docteur S. Mictariu |
| Unité de grossesses pathologiques | Docteur V. Cavillon |
| Chirurgie Gynécologique et du sein | Docteur F. Petitperrin |
| Consultation et hospitalisation de pédiatrie | Docteurs I. Labedan et M. Delattre |
| Service de néonatalogie | Docteur C. Monsec |
| Consultation et hospitalisation de chirurgie Infantile | Docteur Z. Ferdjoukh |
| Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger | Docteur A. Juven |

# INTRODUCTION

## DANS LE BÂTIMENT B

– Consultations et hospitalisations de pédiatrie :
16 pédiatres – plus de 2 200 séjours en 2022 :
• 4 lits d'unité de surveillance continue ;
• 2 lits d'hospitalisation de jour ;
• 9 à 17 lits d'hospitalisation complète en fonction de la saison.

– Consultations et hospitalisations de chirurgie infantiles :
5 chirurgiens + 1 poste en cours de recrutement – près de 1 500 séjours en 2022 :
• 8 lits d'hospitalisation complète ;
• 4 lits d'hospitalisation de jour.

– Service de néonatologie : près de 400 séjours en 2022 :
• 12 lits de néonat ;
• 6 lits de soins intensifs.

– Maternité : 2 700 accouchements en 2022.

– Urgences pédiatriques : 20 000 passages/an.

– Urgences gynécologiques et obstétricales :
10 000 passages/an.

## AU REZ-DE-CHAUSSÉE DU BÂTIMENT 50, ACCESSIBLE PAR L'ENTRÉE PRINCIPALE A

– Unité de grossesses pathologiques :
près de 1 000 séjours/an :
• 8 lits d'hospitalisation complète.

– Hospitalisation de chirurgie gynécologique et du sein :
5 chirurgiens – plus de 600 séjours.
• 7 lits d'hospitalisation complète.

– Consultations de gynécologie et d'obstétriques :
près de 12 000 consultations/an.

Le centre de planification et d'orthogénie est quant à lui situé dans le bâtiment H et assure chaque année plus de 1 200 consultations médicales et 750 consultations autres.

Récemment ouverte, l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger a pris la suite de l'Unité d'Accueil des Mineurs Victimes dans l'accueil et la prise en charge des mineurs victimes de violence, en collaboration étroite avec les sites des HDN et du GHPP et avec un partenariat avec le CHU de Grenoble. Ses locaux se trouvent dans le bâtiment O.

Les travaux importants sur l'établissement vont permettre de dimensionner les futurs locaux de gynécologie et obstétrique pour accueillir jusqu'à 3 500 accouchements, avec un regroupement géographique de l'UGO, du bloc obstétrical et des consultations de gynécologie et d'obstétrique. Seule maternité de niveau 2B de Drôme Ardèche, la maternité du Centre hospitalier de Valence ambitionne, avec le soutien de la direction et de l'ARS, un passage en niveau 3 avec réanimation néonatale dans l'avenir.

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET FEMME MÈRE ENFANT

## Mieux accueillir les couples, les femmes

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Médecin Chef d'unité des consultations de gynécologie et d'obstétrique.
Coordinatrice des consultations de gynécologie et d'obstétrique.

### LE PROJET

Visites virtuelles.
Messages de prévention.
Plaquette.

## Améliorer les conditions d'accueil dans le secteur d'hospitalisation des patientes présentant une grossesse à risque

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Victor Cavillon, chef d'unité du secteur d'hospitalisation des grossesses à risques.
Fabienne Leroy, sage-femme de coordination.

### LE PROJET

Amélioration du vécu des patientes qui nécessitent une hospitalisation en grossesses à risque en agissant sur les conditions d'accueil.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Créer un espace convivial (local avec table, chaises, assise confortable) pour donner la possibilité aux hospitalisées de manger ensemble mais également de participer à des ateliers d'activité manuelle.

2 – Accueillir au sein du service l'association des blouses roses (local dédié indispensable à cet accueil, pas existant actuellement).

3 – Améliorer l'hôtellerie en proposant des tisanes, des repas bio ou un petit-déjeuner amélioré le dimanche.

4 – Décorer le service avec des photos ou dessins pour le rendre moins stressant : sécurité émotionnelle.

5 – Développer des soins type soins de support (coiffure / soins esthétiques).

6 – Cours sur le thème « Fees : femmes enceintes environnement et santé » qui abordent des sujets comme les polluants dans l'alimentation, les cosmétiques ou les logements…

7 – Proposer une activité physique en lieu avec la pathologie des patientes : marche, yoga (aménagement dans salle conviviale grâce à ballon tapis).

8 – Formation du personnel sur les problématiques environnementales, sur l'activité physique chez les femmes enceintes.

## Créer un hôpital de jour pour les patientes nécessitant une surveillance rapprochée durant leur grossesse

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Cavillon, gynéco-obstétricien.
Madame Leroy, sage-femme de coordination.

### LE PROJET

Création d'une unité d'hôpital de jour afin d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire en vue d'une surveillance rapprochée des parturientes présentant une pathologie (diabète, addiction, RCIU, PEC à visée pédiatrique, DAN, psycho périnatalité).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Unité de lieux :
- 1 chambre double (2 cardiotocographes) ;
- 1 salle de consultation (bureau, table d'examen) ;
- 1 salle d'écho (échographe, mutualisation avec celui du secteur de grossesse à risque) ;
- 1 salle d'éducation thérapeutique (mutualisation avec espace convivial du secteur de grossesses à risques « fiche action 1 »).

2 – Mutualisation des locaux d'HJ obstétrique avec ceux de la chirurgie gynécologie :
- 3 jours pour l'obstétrique ;
- 2 pour la chirurgie gynécologique.

Recrutement et formation d'une sage-femme en capacité de prendre en charge ce secteur 3 jours par semaine en 8 ou 9 h) : 0,8 ETP.

## Accompagner l'attachement parent-enfant

### RÉFÉRENTS DU PROJET

L'équipe de périnatalité.

### LE PROJET

Durant la période périnatale, parents et futurs parents peuvent être confrontés à des inquiétudes et des bouleversements émotionnels. Certains peuvent se trouver démunis ou dépassés quant aux soins à apporter à un nouveau-né. De nombreuses pratiques de maternage sont valorisées ou décriées et il est parfois difficile pour les jeunes parents d'avoir accès à des informations vérifiées.

Un accompagnement de qualité de ces périodes d'incertitude est indispensable pour donner aux parents les ressources nécessaires.

Il s'agit de développer des actions locales de soutien à la parentalité afin de favoriser l'autonomie des parents et la confiance dans leur capacité à prendre soin de leur enfant.

L'objectif est également d'harmoniser et recentrer nos pratiques autour des besoins individuels de chaque famille.

Débordant de son rôle de soin, la maternité pourrait devenir en outre un lieu-ressource d'information et de soutien à la parentalité.

## Créer un secteur dédié à la prise en charge de la chirurgie gynécologique et du sein avec la même unité de lieu (CS, HJ, HC)

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Petitperrin, chirurgien gynéco-obstétricien.
Madame Leroy, sage-femme de coordination.

### LE PROJET

Créer un secteur de prise en charge en chirurgie gynécologique et du sein où se déclinent les différentes étapes de la prise en charge.

L'objectif est :
- d'assurer un accompagnement de qualité en proposant sur le même secteur :
  - des consultations pré et post-opératoire,
  - de l'hospitalisation de jour en pré-op pour l'annonce / Temps d'accompagnement soignant (TAS) pré-op / psychologue / CS anesthésie avec un secrétariat de coordination ou en post-op pour CS post-op, TAS post-op, psychologue ou soins de support,
  - de l'hospitalisation complète pour la surveillance post-opératoire ;
- de rendre visible cette activité au niveau du grand public ;
- de sécuriser les patientes en leur proposant une prise en charge dans une unité de lieu ;
- d'optimiser les organisations au niveau du secrétariat et des équipes médicales et soignantes.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Installation sur un secteur de l'activité de chirurgie gynécologique et du sein qui comprendrait les consultations, l'hôpital de jour, l'hospitalisation complète.

2 – Création d'un hôpital de jour avec partage des locaux avec l'obstétrique (2 jours pour la chirurgie gynécologique, 3 jours pour l'obstétrique).

3 – Création d'une plateforme de secrétariat pour l'organisation des CS, de l'HJ et de l'HC, pour la prise de rendez-vous et l'accès téléphonique des professionnels libéraux (pour les avis ou orientations).

## Renforcer la filière physiologique en Maternité et ouvrir une maison de naissance hospitalière

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Coordonnateur en maïeutique.
Sages-femmes de coordination.
Sages-femmes.

### LE PROJET

L'objectif de créer une filière physiologique officielle sur le CHV est de mettre en lumière l'activité réalisée par les sages-femmes dans le cadre de la prise en charge des patientes relevant de leurs compétences. Il s'agit :
- de mettre en place une offre de soins peu médicalisée avec un temps d'accompagnement sage-femme adapté ;
- de rendre visible une offre de soins pour les patientes de notre bassin de santé ;
- de développer l'attractivité de la maternité pour les sages-femmes et de fidéliser les équipes (accent sur la qualité de vie au travail).

Cela passe par :
- une autonomie de la sage-femme dans le cadre d'une filière physiologique organisée (consultations de suivi de grossesse, accouchement, post-partum, suivi gynécologique de prévention, IVG) ;
- un temps sage-femme spécifiquement dédié à cette activité ;
- une reconnaissance de la place de la SF dans notre structure hospitalière (gestion administrative, intégration aux décisions de l'institution dans les décisions en lien avec la maïeutique).

La mise en place et la reconnaissance d'une filière physiologique peuvent être une première étape avant la création d'une maison de naissance hospitalière et/ou ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Plusieurs secteurs sont impactés à des degrés divers car, même si la filière n'a pas de reconnaissance officielle, les pratiques sages-femmes existent déjà mais ne sont pas toujours réalisées dans de bonnes conditions ou pas complètement organisées.

1 – L'activité en consultations.
Création d'un secteur de consultations SF pour la filière physiologique :
- développer une activité de suivi de grossesses SF au sein de la maternité : locaux et temps SF dédiés à cette activité ;
- réflexion autour d'une activité couplée : suivi de grossesse / activité en SDN ou suite de couches.

2 – La salle de naissance :
- développer la prise en charge physiologique en salle de naissance (information des couples pendant la grossesse) ;
- mettre à disposition les moyens matériels nécessaires (locaux, mobilier, accessoires nécessaires pour exercer au mieux notre « art » (baignoire, ballon, galette, point de traction, cardiotocographes sans fil…).
- allouer le temps d'accompagnement nécessaire pour une prise en charge physiologique (une femme / une sage-femme).

3 – Le secteur de suites de naissance :
- créer un secteur physiologique d'UME : lits d'hospitalisation dédiés à cette activité avec une gestion exclusive par l'équipe SF ;
- définir les modalités de prise en charge des patientes dans une unité de suites de naissance physiologiques ;
- mettre en place une organisation adaptée à ces prises en charge, et des missions et effectifs SF et AP ;
- mettre en place les soins de développement, une SF consultante en lactation, des points info portage ou de partage d'expérience.

4 – La communication autour de la filière physiologique de la maternité du CH de Valence :
- rendre visible auprès du grand public la filière physiologique de la maternité du CH de Valence par une communication vers le grand public (site internet, livret d'accueil) ;
- développer un partenariat avec les professionnels libéraux (MG, obstétriciens, SFL) ciblé sur la prise en charge physiologique (suivi de grossesse, PPO, projet de naissance, repap, visite post, réunion d'info…) : communication vers les professionnels du bassin de santé.

5 – Développer les compétences des équipes en lien avec la prise en charge physiologique des patientes :
- élaborer un plan de formation SF ciblé sur la PEC en filière physiologique (positions d'accouchement, hypnose, allaitement maternel, consultante en lactation, psycho-périnatalité, sécurité émotionnelle…) ;
- formation AP : allaitement, massage bébé, sécurité émotionnelle ;
- formation médicale pour péridurale déambulatoire.

## Améliorer la prise en charge des Femmes Victimes de Violences

Pôle Urgences et réanimation. Pole femme-mère-enfant. Urgences Gynécologiques Obstétricales.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Comité de salle de naissance.
Docteur Bertrand.
Sage-femme référente, violences faites aux femmes.
Sage-femme coordinatrice
en salle de naissance et à l'UGO.

### LE PROJET

Actuellement, la prise en charge des Femmes Victimes de Violences se fait aux urgences, dans un environnement qui ne permet pas un accueil, ni un accompagnement à la hauteur des enjeux et risques encourus par les patientes :

– La prise en charge de ces femmes est lourde psychologiquement pour les personnels soignants de l'UGO (Médecins, SF, AP).
À cela s'ajoutent une formalisation et un protocole (en lien avec les exigences judiciaires) très formel et lourd.
Cela peut conduire à des prises en charge hésitantes, qui ne vont pas dans le sens de mettre en confiance et de rassurer les patientes, voire à des décisions mal appropriées.

– Pis encore, l'accueil est fait dans un espace ouvert, sans aucune possibilité de garantir le minimum de confidentialité.
Dans ces conditions, il est difficile pour les patientes de se sentir suffisamment en confiance pour permettre la mise en place des dispositions appropriées.

Les actions se déclinent en deux familles, RH (Protocoles, Formations) et Locaux.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Actions RH
Ces actions peuvent être lancées sans délai et menées en parallèle.
- Clarification et formalisation des protocoles : effectuer une synthèse des différentes formations, interventions afin d'avoir une prise en charge facilitée, claire et concise.
Référencer les documents et plaquettes à mettre à disposition.

- Anonymisation de la consultation dans Easily.
- Formation des personnels soignants et sensibilisation avec les référents.
- Coordination et suivi en équipe pluridisciplinaire (urgences générales, CEGIDD, police, gendarmerie, associations, traducteurs, réseau ville / hôpital en général…) avec staff.

2 – Actions sur les Locaux

- Création d'un espace suffisant et accueillant avec insonorisation phonique, respect de la confidentialité. Lieu calme avec attente possible pour prise en charge multidisciplinaire si besoin.
  Douche individualisée avec nécessaire de toilette.
- Création d'une « maison des femmes » avec une ligne téléphonique spécifique, possibilité mise à l'abri et/ou hébergement.

## Prendre soin des plus fragiles en périnatalité

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Staff médicopsychosocial.
Task force en périnatalité.
Équipe REPAP.

### LE PROJET

Dans certaines circonstances, l'accompagnement de la grossesse et de la naissance nécessite une attention particulière. Les facteurs de risque de vulnérabilité (difficultés sociales, addictions, violences faites aux femmes, protection de l'enfance, femmes mineures, prématurité…) sont généralement bien identifiés par les professionnels mais les conduites à tenir s'avèrent parfois difficiles à mettre en œuvre.

Par ailleurs, les évolutions sociétales (isolement, augmentation de la précarité et des violences, PMA ou au contraire difficultés d'accès aux soins…) provoquent un accroissement du nombre de ces situations de vulnérabilité dont les conséquences peuvent être lourdes pour la mère et/ou l'enfant.

Pourtant si l'étayage et les ressources mises à disposition des familles et des professionnels sont optimales, les issues peuvent être favorables mais ces accompagnements prennent du temps.

Il s'agit donc de mettre décliner une politique globale de prise en charge de ces vulnérabilités médicales, psychologiques et sociales tout au long du suivi pré et périnatal en envisageant les ressources humaines et matérielles adéquates.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Les étapes peuvent varier sensiblement selon que l'on considère les vulnérabilités médicales, psychiques ou sociales.

1 – Identifier les dispositifs et ressources existants et les articuler entre eux.
À ce jour, plusieurs dispositifs coexistent, chacun ayant un champ d'application bien défini :

- l'expérimentation REPAP (Référent en Parcours de Périnatalité) a été débutée en 2022. S'il valorise le temps professionnel passé à la coordination des parcours complexes et développe le lien ville-hôpital, il soulève également d'autres problématiques : durée limitée dans le temps (expérimentation de 18 mois), inclusions réservées aux patientes résidant dans la Drôme alors qu'un nombre non négligeable de patientes vulnérables résident en Ardèche, inclusion avant la fin du 6e mois de grossesse ;
- la task force périnatalité AURA est en cours de déploiement pour accompagner les vulnérabilités psychiques et autoriser des séjours plus longs et un accompagnement renforcé dans certaines situations. Ce dispositif reste à développer et la collaboration avec le CHDV doit être affinée ;
- l'accueil de nouveau-nés, nés prématurément ou présentant des pathologies, peut se faire sur le CHV soit en unité kangourou soit en service de néonatologie. La présence des parents auprès de leur enfant doit être priorisée mais les infrastructures et les fonctionnements institutionnels ne sont parfois pas favorables ;
- le service d'HAD peut être un relais dans la prise en charge des patientes mais répond également à des critères précis ;

- les services de protection maternelle et infantile et services de protection de l'enfance, les CMS, avec des fonctionnements et une communication différente d'un département à l'autre ;
- les associations de soutien des victimes, accompagnement des migrants, suivi éducatif.

2 – Développer les ressources pour fluidifier les parcours et favoriser la collaboration entre professionnels et avec les partenaires :

- dédier un temps de secrétariat médical à l'unité mère enfant afin de dégager les soignants des tâches plus administratives ;
- affecter une assistante sociale à temps plein sur la maternité, en lien direct avec la sage-femme de coordination. C'est un maillon indispensable de la prise en charge globale. Les situations doivent être suivies et la réactivité et l'anticipation sont essentielles tant la durée de séjour est courte ;
- étoffer le temps médical et non médical pour permettre une prise en charge plus individualisée notamment dans les situations d'addictions ou de vulnérabilité psychologique ;
- créer des espaces d'échanges pluridisciplinaires afin de reprendre les situations complexes que ce soit en interne ou en réseau ;
- développer l'appropriation par les professionnels des dispositifs de protection de l'enfance par la formation ;
- développer les compétences professionnelles autour des prises en charges en unité kangourou ;
- développer des journées thématiques de formation et d'information professionnelle pour entretenir le réseau ville-hôpital.

3 – Améliorer l'accueil des familles confrontées à des situations compliquées :

- création d'espaces d'accueil favorisant l'accueil des fratries en cas de séjour long en maternité (salle des familles…) ;
- faciliter le quotidien pour les patientes hospitalisées (ou dont le nouveau-né reste hospitalisé) à distance de leur domicile (repas…) ;
- se doter d'infrastructures adaptées à nos pratiques pour éviter au maximum les séparations mère-enfant.

## Améliorer la prise en charge globale du patient en pédiatrie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre d'hospitalisation complète de pédiatrie.
Médecin responsable d'unité d'HC de pédiatrie.

### LE PROJET

Au niveau médico-psycho-social :

– troubles de l'oralité :
  • bénéficier d'une orthophoniste,
  • formation du personnel ;
– nutrition : développer des consultations externes de diététicienne sur la nutrition (suite d'HC : enfants dénutris…) ;
– psy : renforcer le personnel formé à la pédopsy : pédopsychiatre, IDE psy, psychologue ;
– créer un poste d'IDE référent sur la pédopsy dans l'équipe d'HC : référent pour le reste de l'équipe, lien avec l'équipe de la MDA et avec le CHDV. Fluidification des échanges avec l'extérieur ;
– douleur : développement de l'hypnoanalgésie ;
– développer l'éducation thérapeutique en ajoutant d'autres pathologies : neuro, hémato… ;
– avoir une assistante sociale à 100 % en pédiatrie.

Au niveau du matériel :

– avoir du matériel compatible avec le respect du sommeil des enfants :
  • prise de la température,
  • bruits des scopes ;
– avoir du matériel adapté pour les sanitaires ;
– refaire les plaquettes de numéro des chambres.

## Améliorer l'accueil du patient et de ses accompagnants en pédiatrie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre de santé d'HC de pédiatrie.
Médecin responsable de l'unité d'HC de pédiatrie.

### LE PROJET

Pour les enfants :
– développer des soirées à thème ;
– créer un parc pour les enfants ;
– développer les ateliers / activités pour les patients : massages, repas thérapeutiques, prévention addiction par l'équipe d'addicto, sport-santé, intervention avec des écoles d'esthétisme, ateliers culinaires, journal des ados, participation à la décoration du service… ;
– améliorer les menus pour la pédiatrie : adéquation des plats à l'âge des enfants, augmentation variété des menus, baisse de l'usage du plastique et augmentation de l'appétence des plats, travail en collaboration avec les diét. ;
– développer des vidéos de présentation du service à destination des patients.

Pour les accompagnants :
– salon d'attente pour les parents ;
– remplacer les BZ par des banquettes ;
– racheter des coussins ;
– prévoir des lits de cododo ;
– améliorer la communication entre l'équipe chirurgicale et les parents.

## Développer les actions de prévention en pédiatrie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadres des services de pédiatrie.
Médecin responsable des unités d'Urgences pédiatriques, Hospitalisation complètes de pédiatrie.

### LE PROJET

En hospitalisation complète de pédiatrie : développement d'actions de prévention sur les thèmes suivants : santé, écran, prévention de la mort subite, addictions pour les ados…

Dans les salles d'attente des différents services : diffusion messages de prévention et autres à destination des parents / accompagnateurs.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Groupe de travail pluriprofessionnel sur la prévention.

2 – Formation du personnel au repérage et à la prise en charge de la maltraitance infantile.

## Améliorer l'accessibilité et l'accueil téléphoniques

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadres des services de pédiatrie.
Médecin chef du service de pédiatrie.

### LE PROJET

Actuellement, de nombreuses familles se plaignent de ne pouvoir joindre les services de l'hôpital pour prendre des rendez-vous ou obtenir des informations. Les soignants rencontrent également des difficultés importantes pour contacter les services en internes (prise de rendez-vous, avis, demandes d'informations). Cela génère dysfonctionnements et pertes de temps importantes, avec interruption de tâches pour les soignants.

L'équipe souhaiterait différencier les lignes internes et externes. Les lignes internes permettraient aux services du CHV de se joindre mutuellement plus facilement. Les lignes externes permettraient de gérer les appels provenant de l'extérieur de l'établissement (patients, professionnels libéraux et autres établissements).

Ce fonctionnement serait parfait également pour les autres services du CHV.

Des moyens humains seront nécessaires pour répondre aux appels : secrétaire de service, infirmière de programmation.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Créer de nouvelles lignes pour séparer les lignes internes et externes.

2 – Homogénéiser cette pratique à l'ensemble des services du CHV, en priorisant l'imagerie.

3 – Créer les postes d'infirmière de programmation et de secrétaire de service.

4 – Communiquer les nouveaux numéros en interne et vers l'extérieur.

## Créer un pôle de consultations sages-femmes

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Coordinatrice des consultations
de gynécologie et d'obstétrique.
Coordinatrice de l'orthogénie et du centre de planification.

### LE PROJET

Saturation des locaux de consultation PFME.
Nouvelles compétences sage-femme.
Attractivité des postes de consultation.
Collaboration augmentée avec le CEGIDD.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Développer les consultations d'orthogénie au centre de planification.

2 – Développer les consultations de gynécologie à bas risque.

3 – Communiquer sur les nouvelles activités.

4 – Assurer le bionettoyage et l'entretien des locaux par un personnel dédié.

## Sécuriser et informatiser les prescriptions en néonatologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Monsec, chef de service néonatologie.
Madame Faivre, cadre de santé néonatologie.

### LE PROJET

Nécessité réglementaire.
Projet de réanimation néonatale.
Dossier spécialisé adapté à la néonatologie.
Informatisation complète du dossier de soins avec transmissions ciblées, pancarte, plan de soins.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mettre à jour les protocoles.
- PM : élaboration formulaires prescription (ordonnances, prescriptions types, etc.).
- PNM : informatisation des documents papiers, travail sur transmissions ciblées et pancarte de soins…

2 – Choix du logiciel de spécialités.
- Formation des PM et PNM au logiciel.
- Achat matériels informatiques et chariots.
- Couverture réseau Wifi au service de néonatologie.

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME ARDÈCHE

## Fluidifier la prise en charge des patientes relevant du diagnostic anténatal

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Médecin Chef d'unité des consultations de gynécologie et d'obstétrique.
Coordinatrice des consultations de gynécologie et d'obstétrique.

### LE PROJET

L'objectif de la surveillance de la grossesse est la mise en évidence, en période anténatale, de malformations ou problèmes fœtaux pouvant conduire à des handicaps après la naissance ou à une prise en charge spécifique.

Le parcours nécessite d'être fluidifié et mieux tracé.

Les évolutions techniques permettront à l'avenir de prendre encore mieux en charge les patientes.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Écrire les parcours de soins et les coordonner.

2 – Désigner des référents par parcours.

3 – Faire évoluer le logiciel de gestion des comptes-rendus.

## Structurer et autonomiser la filière de chirurgie infantile

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre d'hospitalisation complète de pédiatrie.
Médecin responsable d'unité d'HC de pédiatrie.

### LE PROJET

Pour faire face à l'accroissement de l'activité de chirurgie pédiatrique et en raison des recrutements à venir de nouveaux chirurgiens pédiatriques, il est indispensable de revoir le capacitaire de chirurgie pédiatrique.

L'objectif est d'aboutir à la création d'un service de chirurgie pédiatrique distinct de la médecine pédiatrique, avec des lits d'hospitalisation complète et d'ambulatoire. Ce service permettrait d'absorber l'activité actuelle et de développer de nouvelles prises en charge, comme le traitement des brûlures, par exemple.

Actuellement, 40 % des patients en chirurgie ambulatoire ont un parcours non conforme : soit ils sont immédiatement hospitalisés en hospitalisation complète par manque de lit en HDJ, soit ils sont accueillis en HDJ et finissent leur séjour en hospitalisation complète car leur sortie est trop tardive (audit 2021). Malgré la mise en place d'une nouvelle maquette de programmation, le problème persiste.

L'objectif est de respecter le parcours du patient en chirurgie ambulatoire. Cela nécessite une réflexion sur l'organisation de l'activité des chirurgiens, notamment sur la répartition des jours de blocs et des temps de consultations, en collaboration avec les équipes du bloc opératoire.

Un autre objectif est de permettre la sortie la plus rapide possible des patients d'HDJ, en homogénéisant la pratique d'un passage précoce (vers 13 h - 14 h) du chirurgien pour faire sortir les premiers patients.

Enfin, la création d'un salon d'accueil et de sortie permettrait de fluidifier la rotation des patients et leur prise en charge. Le fonctionnement du service serait ainsi optimisé.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – HC
- Finaliser le recrutement pour les postes de chirurgien non pourvus.
- Détermination du capacitaire nécessaire pour assumer l'activité de l'équipe chirurgicale lorsqu'elle sera complète et des moyens en personnel correspondant.
- Travailler avec la direction des travaux pour déterminer la possibilité d'installation d'un nouveau service.

2 – Ambulatoire
- Travailler avec l'équipe chirurgicale l'organisation pour favoriser une sortie précoce des patients d'ambulatoire et ainsi respecter le parcours patient.
- Repenser en équipe l'organisation médicale, chirurgicale et du bloc opératoire pour permettre l'utilisation de la nouvelle maquette de programmation, qui doit assurer un meilleur lissage de l'activité de chirurgie ambulatoire sur la semaine.
- Profiter des futurs travaux pour prévoir un salon d'accueil et de sortie des patients d'ambulatoire.

## Développer l'endoscopie digestive pédiatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Louazon.
Docteur Etchepare.

### LE PROJET

Les maladies du tube digestif nécessitent un recours à l'endoscopie digestive pour en faire le diagnostic et/ou le traitement.

La réalisation de l'endoscopie digestive chez l'enfant nécessite un environnement particulier. La chirurgie pédiatrique est une spécialité bien implantée avec une filière de pédiatrie au bloc opératoire rodée au centre hospitalier de Valence.

À ce jour, l'endoscopie pédiatrique est effectuée sur les vacations d'endoscopie adulte ce qui génère de grosses difficultés d'organisation pour réunir l'environnement favorable à cette pratique d'une part et est limitant en termes de possibilité de développement de cette activité.

Récemment le besoin de recours à l'endoscopie pédiatrique s'est fortement accentué, en lien notamment avec des diminutions forcées d'activités sur le CHU de Lyon.

Le CH de Valence dispose à ce jour d'un opérateur compétent en endoscopie pédiatrique (Docteur Louazon), du matériel d'endoscopie nécessaire et souhaite donc identifier une filière propre à l'endoscopie pédiatrique afin de faciliter la prise en charge des patients.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Identifier une plage opératoire dédiée dans une salle de chirurgie pédiatrique.

2 – Adapter l'effectif paramédical d'endoscopie pour accompagner le développement de cette activité, nécessité de la présence d'une IDE d'endoscopie en salle.

3 – Identifier des places d'hospitalisation pour les patients bénéficiant d'une endoscopie : HC ou HdJ.

## Travailler en collaboration avec les établissements du territoire pour la prise en charge des urgences pédiatriques

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre des urgences pédiatriques.
Médecin responsable de l'unité des urgences pédiatriques.
Médecin responsable de la chirurgie pédiatrique.

### LE PROJET

En tant que seul centre hospitalier de Drôme Ardèche disposant d'urgences pédiatriques, le CH de Valence est le centre référent sur le territoire pour les urgences médico-chirurgicales. Il nous semble important d'uniformiser les prises en charge sur le territoire et proposons d'organiser des partages d'expérience et de protocoles.

Cette uniformisation pourrait favoriser le recours par les patients aux services d'urgence de proximité.

Il est également important de travailler avec les autres structures de Drôme et Ardèche pour mettre en place une plate-forme de gestion des lits pédiatriques sur le territoire, ce qui faciliterait l'orientation des enfants en post-urgences.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontrer les équipes des autres services d'urgence et évaluer les besoins.

2 – Mettre en place un outil partagé pour la gestion des lits.

## Créer l'activité de réanimation néonatale

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Monsec, Chef de service néonatologie.
Madame Faivre, cadre de santé néonatologie.

### LE PROJET

Pour le service de néonatologie.

Étape 1 : séparation des lignes de garde avec une ligne de garde entièrement dédiée maternité salles de naissances néonatologie et assurée par des médecins spécialisés en néonatologie.

Étape 2 : développer l'articulation de la PEC du futur nouveau-né avec les praticiens de l'obstétrique.

Étape 3 : étape intermédiaire avec transport néonatal niveaux 1 2 (> 30 SA-1 000 g détresse respiratoire modérée).

Étape 4 : assurer les transports néonataux des niveaux 1, 2a, 2b 3 vers le CHV (voir la fiche Transports néonataux). Développer l'offre de soins en articulation avec la cellule de transfert. Développer le lien avec le SAMU 26 et le SAMU 69.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recruter des pédiatres spécialisés réa-néonat.
PM néonat : s'intégrer au staff journalier de gynéco-obstétrique, consultations anténatales (DAN) en patho et externe. Développer le lien et la collaboration avec la SDN.
PNM : adapter les ressources à l'activité et aux décrets. Adapter les RH à l'activité de transport NN (IPDE SDN-SMUR ?).

2 – Formaliser le projet de soins palliatifs. ++

3 – Réactualiser la fiche projet transport néonataux existante. Réactualiser le protocole sur l'organisation de la continuité des soins au service de néonatologie, en SDN et en UK en cas de transport NN. Former les PNM aux transports néonataux.

4 – Définir les parcours patients et mettre à jour la cartographie des risques.

5 – Promouvoir le développement et le maintien des compétences sur la PEC des nouveau-nés en surveillance continue UK-NNat.

6 – Valoriser l'IHAB.

7 – Articulation du travail avec le territoire et le réseau.

8 – Simulation haute-fidélité.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Travailler sur le bon usage des urgences pédiatriques

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre des urgences pédiatriques.
Médecin responsable de l'unité des urgences pédiatriques.

### LE PROJET

Actuellement, on observe une augmentation continue et régulière des consultations non programmées aux urgences pédiatriques, provoquant une saturation des urgences.

Plusieurs pistes peuvent être explorées :
– travailler en collaboration avec la médecine et les CPTS pour organiser ces consultations non programmées ;
– travailler en collaboration avec le SAMU pour optimiser la régulation : création de fiches réflexe… ;
– sensibiliser les parents aux missions des urgences et au rôle du 15.
– sensibiliser les parents à la prise en charge des pathologies bénignes et à la reconnaissance des signes de gravité ;
– améliorer le circuit d'admission des enfants placés (foyer, MDE…).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontrer le SAMU pour travailler la régulation.

2 – Rencontrer les partenaires pour organiser les consultations non programmées.

3 – Travailler avec les institutions sur la communication auprès des responsables légaux, en partenariat avec les urgences adultes.

4 – Rencontrer les responsables ASE.

## Fluidifier le parcours du patient en pédiatrie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre d'hospitalisation complète de pédiatrie.
Médecin responsable d'unité d'HC de pédiatrie.

### LE PROJET

Dans chacun des domaines d'hospitalisation, un travail peut être mené pour fluidifier les parcours, que ce soit sur les conditions d'admission en hospitalisation, les sollicitations de professionnels d'autres services hospitaliers ou de l'extérieur, les prescriptions en cours d'hospitalisation, la gestion de la sortie du patient ou les suites d'hospitalisation.

Domaine psy → clarifier les motifs et les voies d'hospitalisation, réorganiser les passages du personnel de la MDA, améliorer la prise en charge des addictions (formation par l'équipe d'addicto du CHV), travailler sur l'orientation post-hospitalisation.

Domaine chirurgical → sortie du patient, transport du patient, prescriptions en cours d'hospit et de sortie.

Domaine médical → sortie, accueil, mobilisation par les kinés, passation entre urgences et hospitalisation.

## Formaliser un plateau de consultation en pédiatrie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre de l'HDJ pédiatrique.
Médecin responsable de l'unité d'HDJ pédiatrique.

### LE PROJET

L'objectif est d'améliorer l'accueil et l'installation du patient en soins programmés. Cela permettra d'avoir un soignant dans chaque salle lors des rendez-vous doublés, ce qui améliore la qualité de la prise en charge.

L'AP serait posté en soins programmés le matin et en consultation l'après-midi. En consultation, cela permettra de décharger le médecin d'actes tels que la vérification de l'identité et la prise de mensuration. La durée du rendez-vous médical pourra être réduite et permettra ainsi d'augmenter le nombre de créneaux de consultation. Ce poste répondra également aux évolutions du référentiel des AP.

L'AP doit bénéficier d'une salle dédiée, à proximité directe de la consultation et des soins programmés, avec le matériel nécessaire pour la prise de mensuration et autres actes (prise de tension, glycémies capillaires…).

La création de ce poste permettra de bénéficier d'un poste en 7 h 30, sur une filière qui est presque exclusivement en 12 h, ce qui permettra de répondre aux besoins de temps aménagés.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Aménager une salle pour effectuer les soins d'accueil de l'enfant délégués à l'AP.

2 – Recrutement d'une AP à 100 % en 7 h 30.

3 – Modification des agendas de consultation des médecins pour tenir compte du gain de temps induit par ce poste.

## Optimiser l'organisation de l'HDJ pédiatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre de l'HDJ pédiatrique.
Médecin responsable de l'unité d'HDJ pédiatrique.

### LE PROJET

Actuellement, la programmation des HDJ de médecine se fait par les infirmières d'HDJ sans temps dédié à cette activité. Cette activité représentait 2 h 30 par jour en moyenne en 2017 et est source de nombreuses interruptions de tâches.

En soins programmés et en HDJ, la programmation nécessite des connaissances et une vision soignante pour que la prise en charge soit la plus adaptée et la plus pertinente possible (appels des familles, conseils, soins incompatibles, temps de jeûne…).

Le projet consiste en la création d'un poste d'infirmière de programmation en 7 heures du lundi au vendredi, qui prendrait en charge cette activité, mais également la programmation des rendez-vous de soins programmés de médecine.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir le lieu de travail de cette infirmière.

2 – Rédiger la fiche de poste.

3 – Recruter l'infirmière puéricultrice.

4 – Révision de la fiche de poste des secrétaires en raison des tâches déduites.

5 – Créer une ligne téléphonique pour l'infirmière de programmation.

## Optimiser l'organisation de l'HDJ pédiatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre de l'HDJ pédiatrique.
Médecin responsable de l'unité d'HDJ pédiatrique.

### LE PROJET

Actuellement, la programmation des HDJ de médecine se fait par les infirmières d'HDJ sans temps dédié à cette activité. Cette activité représentait 2 h 30 par jour en moyenne en 2017 et est source de nombreuses interruptions de tâches.

En soins programmés et en HDJ, la programmation nécessite des connaissances et une vision soignante pour que la prise en charge soit la plus adaptée et la plus pertinente possible (appels des familles, conseils, soins incompatibles, temps de jeûne…).

Le projet consiste en la création d'un poste d'infirmière de programmation en 7 heures du lundi au vendredi, qui prendrait en charge cette activité, mais également la programmation des rendez-vous de soins programmés de médecine.

Actuellement, il est impossible de prescrire la veille les bilans biologiques et les traitements médicaux pour les patients accueillis en HDJ. Cela retarde la prise en charge du patient le jour de sa venue : il faut attendre qu'un médecin ou un interne soit présent pour faire les prescriptions. Or, les soignants sont présents dès 7 heures et les médecins sont en relève et ne peuvent être présents qu'à partir de 9 heures.

L'objectif est de permettre la prescription informatique la veille afin de permettre aux soignants de commencer les prises en charge sans attendre l'arrivée des médecins et d'optimiser la prise en charge des patients.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir le lieu de travail de cette infirmière.

2 – Rédiger la fiche de poste.

3 – Recruter l'infirmière puéricultrice.

4 – Révision de la fiche de poste des secrétaires en raison des tâches déduites.

5 – Créer une ligne téléphonique pour l'infirmière de programmation.

6 – Travailler avec l'équipe informatique sur Easily pour intégrer les fiches de prescription informatisée de l'HDJ.

## Améliorer le parcours patient aux urgences pédiatriques (locaux, effectifs, accueil)

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Juven.
Madame Suiffet.

### LE PROJET

Depuis 2007 (arrivée dans les locaux actuels), l'activité augmente de 3 % par an chaque année passant de 9 000 passages/an à 18 000 passages/an. La prise en charge de la traumatologie des 10-15 ans depuis novembre 2021 représente 2 000 passages/an supplémentaires. La pédiatrie représente 25 à 30 % de l'ensemble des passages aux urgences (adultes, pédiatriques, gynécologiques et obstétricales). Les locaux n'ont pas évolué depuis 2007 et ne répondent plus aux recommandations de la SFMU.

Selon ces recommandations, de nombreux mètres carrés seraient nécessaires dès à présent pour 18 000 passages/an.

Un projet architectural est en cours de rédaction pour créer un service des Urgences pédiatriques dimensionné à notre activité, mais des aménagements sont indispensables pour répondre dès à présent aux besoins des équipes et des patients :
– création de 6 lits d'UHCD pour une meilleure prise en charge et orientation des patients, mais également pour s'adapter plus facilement aux crises sanitaires, plans blancs ;
– agrandissement des salles de décho et IOA ;
– création d'une salle de formation ;
– agrandissement du bureau soignant ;
– créer un espace d'attente supplémentaire et box de consultations.

Au niveau de l'équipe médicale, l'activité des urgences pédiatriques devient spécifique et requiert une équipe médicale formée et dédiée, facteur d'attractivité et de fidélisation.

En ce qui concerne l'équipe paramédicale, une fiche projet est en cours concernant les effectifs IPDE, mais nécessite une évolution. 2 binômes AP/IPDE sont nécessaires (accueil et soins), requérant un poste d'AP supplémentaire et l'adaptation de la fiche IPDE.

Les besoins identifiés sont les suivants :
– création d'un poste d'AP supplémentaire (12 heures) ;
– pérenniser le renfort IPDE hivernal en 12 heures sur toute l'année (activité CHIR 10-15 ans, pédo-psy, amélioration QVT : pause repas) ;
– équipe médicale exclusivement dédiée aux urgences 5,5 ETP ;
– création d'une équipe de remplacement paramédicale sur la filière pédiatrique pour la gestion de l'absentéisme et les congés ;
– ASH poste partagé avec les Urgences Adultes ;
– création d'un temps de secrétariat dédié aux urgences pédiatriques ;
– extension du brancardage pour les urgences pédiatriques 7 j. / 7 24 h / 24.

À l'heure actuelle et du fait de l'augmentation croissante du nombre de passages aux urgences, les locaux ne permettent pas un accueil de bonne qualité, notamment la confidentialité des échanges.

Il serait nécessaire de prévoir les améliorations suivantes :
– une zone assurant la confidentialité à l'accueil ;
– une salle d'accueil et d'entretien pour les familles ;
– l'accueil de l'enfant par un soignant avant l'enregistrement administratif, afin de se conformer aux recommandations de l'HAS et permettre l'orientation correcte du patient ;
– améliorer l'identitovigilance : identité, données administratives et médecin traitant doivent être renseignés et vérifiés en première ligne lors de l'enregistrement administratif ;
– informer les patients du délai d'attente, avec des bracelets, des affiches parcours patient ou tout autre moyen, comme recommandé lors de la certification ;
– équiper les box des urgences avec un support multimédia pour distraire les patients et améliorer leur attente (musique, dessins animés…) ;
– mettre en place un circuit court pour optimiser l'organisation à la prise en charge ;
– mettre en place des consultations médicales et chirurgicales post-urgences.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

#### Les locaux

1 – Travailler avec la direction des travaux pour adapter en priorité le bureau médico-soignant et la salle de pause.

2 – Créer une UHCD.

3 – Rédiger le projet architectural des Urgences pédiatriques.

#### Les effectifs

1 – Communiquer à l'extérieur du CH de Valence pour attirer le personnel médical et paramédical.

2 – Rédiger les fiches de postes pour les recrutements et les adaptations de postes.

3 – Fidéliser les effectifs actuels par la titularisation du personnel en poste.

4 – Recrutements médicaux et paramédicaux.

5 – Formaliser une organisation de travail médical et paramédical.

6 – Communiquer nos besoins au service des brancardiers et aux responsables des secrétariats.

## Améliorer la prise en charge en pédopsychiatrique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre des urgences pédiatriques.
Médecin responsable de l'unité des urgences pédiatriques.

### LE PROJET

L'augmentation des troubles psychopathologiques des enfants et adolescents observée au niveau national se traduit au CHV par une augmentation de 30 % par an en 2021 et 2022 du nombre de passages aux urgences pédiatriques pour ce motif (environ 40 passages / mois).

Actuellement, l'équipe ne dispose pas d'infirmière psy ni de médecin psy pour des avis et orientations. Une hospitalisation est souvent nécessaire dans l'attente d'un avis spécialisé. Les enfants sont orientés aux urgences pédiatriques faute d'urgences pédopsychiatriques dédiées. Il est actuellement quasi impossible d'obtenir une entrée directe en service de pédopsychiatrie ou psychiatrie, le passage aux urgences pédiatriques est de ce fait rendu obligatoire, faute d'avis spécialisé disponible en H24. L'orientation post-urgence de ces patients est également problématique, faute de places dans les établissements spécialisés (8 à 10 lits d'hospitalisation pédopsychiatrique au CHDV pour Drôme Ardèche).

Il est indispensable de structurer ces parcours et de travailler en étroite collaboration avec le CHDV et les autres structures (CMPP, ASE, Maison des Enfants…).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Obtenir une couverture pédopsychiatrique pour avis H24 aux urgences pédiatriques.

2 – Renforcer le partenariat avec les structures extérieures.

3 – Améliorer en interne l'accueil des adolescents agités en collaboration avec les urgences adultes.

4 – Mutualisation de l'équipe IDE psy avec les urgences adultes…

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Améliorer la formation des professionnels (simulation)

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre des urgences pédiatriques.
Médecin responsable de l'unité des urgences pédiatriques.

### LE PROJET

Les prises en charge aux urgences pédiatriques sont en constante évolution, devant répondre à des situations multiples et à des urgences vitales. Cela nécessite une formation continue adaptée et régulière.

Les Centre Hospitalier de Valence étant le seul établissement de Drôme-Ardèche à disposer d'Urgences pédiatriques, il est important d'ouvrir nos formations aux autres structures pour favoriser l'uniformisation des pratiques et permettre les partages d'expériences.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formaliser les formations en interne en DPC : simulation réa, allaitement dans les soins, IOA, décho, maltraitance infantile…

2 – Ouvrir les formations aux autres structures.

3 – Participation au groupe de travail pédiatrique du réseau Urg'ARA.

## Naître et grandir dans un environnement préservé

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Groupe FEES.
Groupe de travail institutionnel.

### LE PROJET

Il s'agit de mettre en œuvre une réflexion globale autour de nos pratiques afin de développer une politique de prévention des risques environnementaux en période périnatale et dans la petite enfance.

En effet, les périodes périconceptionnelle, de la grossesse et de la petite enfance sont des périodes de grande vulnérabilité pour les individus exposés aux agents environnementaux. Aujourd'hui, le concept de santé environnementale revêt des enjeux importants dans le champ de la périnatalité.

Diverses actions se développent sur le territoire, soutenues par les ARS et les réseaux de périnatalité.

À l'échelle de la maternité, il existe une volonté d'accompagner les familles à travers des actions de prévention auprès des femmes enceintes et jeunes enfants.

Certaines actions ont déjà été initiées ou pourraient l'être facilement et d'autres, plus complexes pourront être mises en œuvre dans un second temps.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Selon le délai et les modalités de mise en œuvre plusieurs étapes peuvent être dégagées.

1 – La formation des professionnels de la maternité.
- Elle s'adresse à l'ensemble des personnels exerçant en maternité, toutes catégories professionnelles confondues. Des formations soutenues par le réseau périnatal Aurore, l'association Femme Enfant Environnement Santé et les ARS sont accessibles facilement et sans frais. D'autres sont plus coûteuses (« nesting ») mais peuvent permettre de développer des ateliers plus attractifs auprès des familles.

2 – La réflexion et l'évolution autour des pratiques existantes :
- Le choix des produits : cosmétiques, couches, topiques, produits d'entretien, barquettes alimentaires.
- La gestion des déchets et notamment le circuit des biberons de lait artificiel (recyclage, utilisation de biberons en verre…).

3 – L'information des parents.
- Réunions d'échange.
- Ateliers de mise en pratique.

4 – Participer à une dynamique régionale et territoriale.
- Intégrer les groupes de travail multi-partenariaux impulsés au niveau local.

5 – Mettre en place des pratiques innovantes et/ou des actions de recherche en périnatalité.

## Synchroniser les organisations médicales et paramédicales

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadre de santé d'HC de pédiatrie.
Médecin responsable de l'unité d'HC de pédiatrie.

### LE PROJET

Organiser la visite avant 13 h.

Effectuer la relève à 9 h 30 avec les internes.

Améliorer la prescription des surveillances.

Doter chaque secteur infirmier d'un DECT.

Améliorer la communication :
– entre équipes chirurgicale et paramédicale ;
– entre équipes chirurgicale et médicale.

Développer des temps d'analyse des pratiques pour le personnel paramédical.

## Actualiser le plan épidémique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Cadres des services de pédiatrie.
Chef du service de pédiatrie.

### LE PROJET

Pour faire face à l'activité saisonnière de la pédiatre et aux éventuelles pandémies, il est nécessaire de prévoir l'adaptation des moyens, du capacitaire et des organisations.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réflexion pluriprofessionnelle sur le plan épidémique.

2 – Rédaction du plan.

3 – Diffusion du plan.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Attractivité et qualité de vie au travail des professionnels du pôle Femme-Mère-Enfant

## PERSONNEL MÉDICAL

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Juven.
Docteur Leticée.

### LE PROJET

Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale (SF et médecins), un axe du projet de pôle concernant l'attractivité et la qualité de vie au travail nous semble indispensable.

Le travail déjà engagé par le bureau de la CME se poursuivre selon plusieurs axes tout en restant dans une approche concrète en lien étroit avec la Direction des affaires médicales :

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir les axes prioritaires du projet en lien étroit avec la DAM.

2 – Proposer une feuille de route « attractivité » à l'échelle du pôle FME.

3 – Accueil et accompagnement professionnel au cours de la carrière.

4 – Apprendre à repérer les risques psychosociaux (épuisement professionnel).

5 – Formation et outils pour les chefs de service dans le cadre du management d'équipe.

6 – Partage d'expérience avec d'autres pôles ou équipes du CHV.

7 – Connaissance et rencontre de l'équipe de médiation.

8 – communication positive, respect / gestion des conflits entre professionnels.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Groupe Travail pôlaire médical.

## PERSONNEL PARAMÉDICAL

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Le groupe de travail du pôle.

### LE PROJET

Mot d'ordre du projet de pôle QVT : RESPECT.

Actions QVT 2017 au sein du pôle.

Variations saisonnières en pédiatrie et urg. péd.

Questionnaire QVT en néonat 2022 : vacances estivales.

Actions du PE 2022.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Former l'ensemble du pôle à la communication positive.

2 – Pérenniser les contrats (mises en stage et titularisations).

3 – Procéder à une étude ergonomique des espaces de travail par un spécialiste.

4 – Mettre en place la possibilité de commander des plateaux-repas par les personnels et les faire livrer dans les services.

5 – Installer des étagères dans chaque W.-C. des personnels.

6 – Mettre en place une convention avec l'agglomération de Valence pour un accès sans conditions aux centres de loisirs pour les enfants des personnels ET pour un accueil de dernière minute dans les cantines, périscolaires et crèches en cas de rappel pour remplacement.

7 – Rédiger une charte de travail pôle / service : début groupe de travail septembre 2022.

8 – Mettre en place un groupe de travail (pôle / service) pour mener la réflexion sur les congés annuels et sur la gestion des arrêts inopinés.

9 – Dédier un espace détente aux personnels en dehors des services (salle soleil).

PÔLE

# URGENCES ET RÉANIMATION

SAMU – SMUR

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE (CESU)

ACCUEIL DES URGENCES

UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (UHCD)

RÉANIMATION POLYVALENTE

UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE

COORDINATION DES PRÉLÈVEMENTS ET DES GREFFES

CHAMBRE MORTUAIRE

UNITÉ SANITAIRE DE NIVEAU 1

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de pôle → Docteur Quentin Blanc.
Cadre supérieur de pôle → Isabelle Tavernier.
Cadre administratif de pôle → Delphine Greve El Hassani.

# INTRODUCTION

Le Pôle Urgences – Réanimation du Centre Hospitalier de Valence (CHV) a été particulièrement sollicité ces dernières années pour faire face à la crise sanitaire. Les différentes structures du pole ont su s'adapter, innover pour répondre aux besoins de santé de la population. Cette crise a permis de renforcer la cohésion déjà existante au sein du pôle, mais aussi de s'ouvrir vers nos partenaires du GHT et même d'avoir une réflexion bidépartementale de nos prises en charge. Cette pandémie a eu également une répercussion sur les professionnels de santé, avec un renouvellement important des équipes soignantes dans les structures les plus sollicitées, une évolution du rapport au travail nécessitant un projet managérial et humain ambitieux pour répondre aux attentes des soignants.

Pour autant l'offre de soins existante a continué à s'étoffer pour les soins critiques : augmentation du capacitaire en réanimation polyvalente passant à 16 lits et 7 lits de surveillance continue, permettant de proposer aux patients les plus graves l'ensemble des techniques de suppléance. Le projet du nouveau plateau technique entre dans sa phase de construction : 16 lits de réanimation et 8 lits de surveillance Continue, permettant une mise aux normes des locaux. L'ensemble des soignants des soins critiques est mobilisé pour préparer ce déménagement.

Seul SAMU centre 15 de Drome, celui-ci a vu son activité augmenter lors de la crise COVID, nous conduisant à adapter les effectifs. La perspective d'ouverture du futur Service d'Accès aux Soins est un nouveau défi pour l'équipe soignante et une opportunité de travailler avec la médecine de ville.

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) avec l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ont joué pleinement leurs rôles pendant la pandémie grâce à la mobilisation des soignants. En plaçant le patient au cœur de sa prise en charge, le SAU souhaite développer une nouvelle organisation de la prise en charge des patients aux urgences à travers un projet ambitieux, nécessitant également un travail avec la médecine libérale et les services d'hospitalisation d'aval, pour pouvoir répondre à l'équitable accès aux soins des patients.

L'unité Sanitaire de Niveau 1, qui prend en charge les détenus voit son capacitaire évoluer : réouverture du Quartier Maison Centrale 2 en mai 2022 permettant d'accueillir 50 détenus. La perspective de l'ouverture de la Structure d'Accompagnement vers la Sortie (120 détenus) mobilise pleinement l'équipe soignante du CH Valence en collaboration avec le CH Drome-Vivarais.

Les autres secteurs du Pôle ont également été impactés par la crise sanitaire, nécessitant parfois la réorientation ou la mise entre parenthèse de leurs missions :

– la Coordination des Prélèvements et des greffes, mise en veille pendant la pandémie, porte de nouveaux projets : développement des prélèvements d'épidermes, poursuite et augmentation de l'activité de prélèvements de cornées, et à plus long terme engagement dans des prélèvements multiorganes de type Maastrich 3 ;
– le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) poursuit ses missions de formation, avec pour ambition de monter un centre de simulation ;
– la Chambre mortuaire, fortement impacté lors de la pandémie, doit pouvoir répondre dignement à l'accueil des défunts et de leurs familles : cela passe par un réaménagement des locaux.

Le projet de pôle présenté traduit donc la dynamique des différentes structures et s'inscrit en tout point dans les axes définis institutionnellement et dans la perspective Hôpital 2030.

| Intitulé | Chef de service ou responsable d'unité fonctionelle |
|---|---|
| Accueil des Urgences | Dr Claude Zamour (chef de service) |
| UHCD | Dr Christelle Busseuil |
| SAMU-SMUR | Dr Khalid Echahed |
| CESU | Dr Philippe Bruge |
| Réanimation – Surveillance Continue | Dr Matthieu Jeannot (chef de service) |
| CPG | Dr Laura Crosby |
| Chambre mortuaire | Dr Quentin Blanc |
| USN1 | Dr Christelle Aubert |
| PASS | Dr Christelle Aubert |

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET URGENCES ET RÉANIMATION

## Projet architectural des urgences

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Zamour.
Madame Pellen, cadre de santé.

### LE PROJET

L'objectif de cette fiche action est de présenter l'ensemble de la réflexion sur l'architecture des urgences adultes, à court terme, moyen terme et long terme. Celle-ci s'appuie sur les travaux du groupe de travail du projet de service dont l'objet est de fluidifier et sécuriser le parcours patient.

Le projet à long terme est travaillé dans le cadre du Copil des urgences adultes, piloté par la Direction du Centre Hospitalier de Valence.

1. Projet architectural à court terme (100 k€).
   a. Création de la zone chaude
      → Créer deux à trois postes de zone chaude dans le bureau de CZ.
      – Ouvrir la cloison entre ce bureau et le décho 3.
      – Installer une cloison coulissante (idem décho 1-2-3).
      – Agrandir l'accès (porte bureau CZ).
      – Installer les fluides.
      – Paravents entre les postes de zone chaude.
      – Installer le bureau CZ en zone ambulatoire dans salle de Consultation psychologue, elle-même transférée à l'UHCD.

   b. Augmentation du nombre de box en filière longue.
      – Relocaliser les salles de plâtre et de suture en zone ambulatoire.
      – Équiper cette zone avec des armoires mobiles pour plâtre et suture.
      – Ouvrir la cloison entre la salle de plâtre et la salle de suture actuelles pour aménager 3 box d'examen en filière longue.
      – Fluides déjà présents dans les 2 salles.

2. Architecture à moyen terme : dans l'attente de la refonte architecturale plus conséquente du service des urgences à long terme, les premiers travaux (court terme) financés par le budget alloué de 100 k€ pourraient se poursuivre par des options complémentaires :
   a. Poursuivre l'agrandissement de la zone chaude.
      – Extension sur la salle de pause de l'accueil des urgences.
      – Relocalisation de la salle de pause à déterminer.

   b. Rapatrier les salles de dégrisement et de contention proches de la zone chaude.
      – Localiser la salle de dégrisement et la salle de contention à la place des chambres de garde.
      – Relocalisation des chambres de garde des médecins de l'accueil au Samu lors du déménagement des chambres de garde de pédiatrie et de gynécologie.

3. Architecture à long terme :

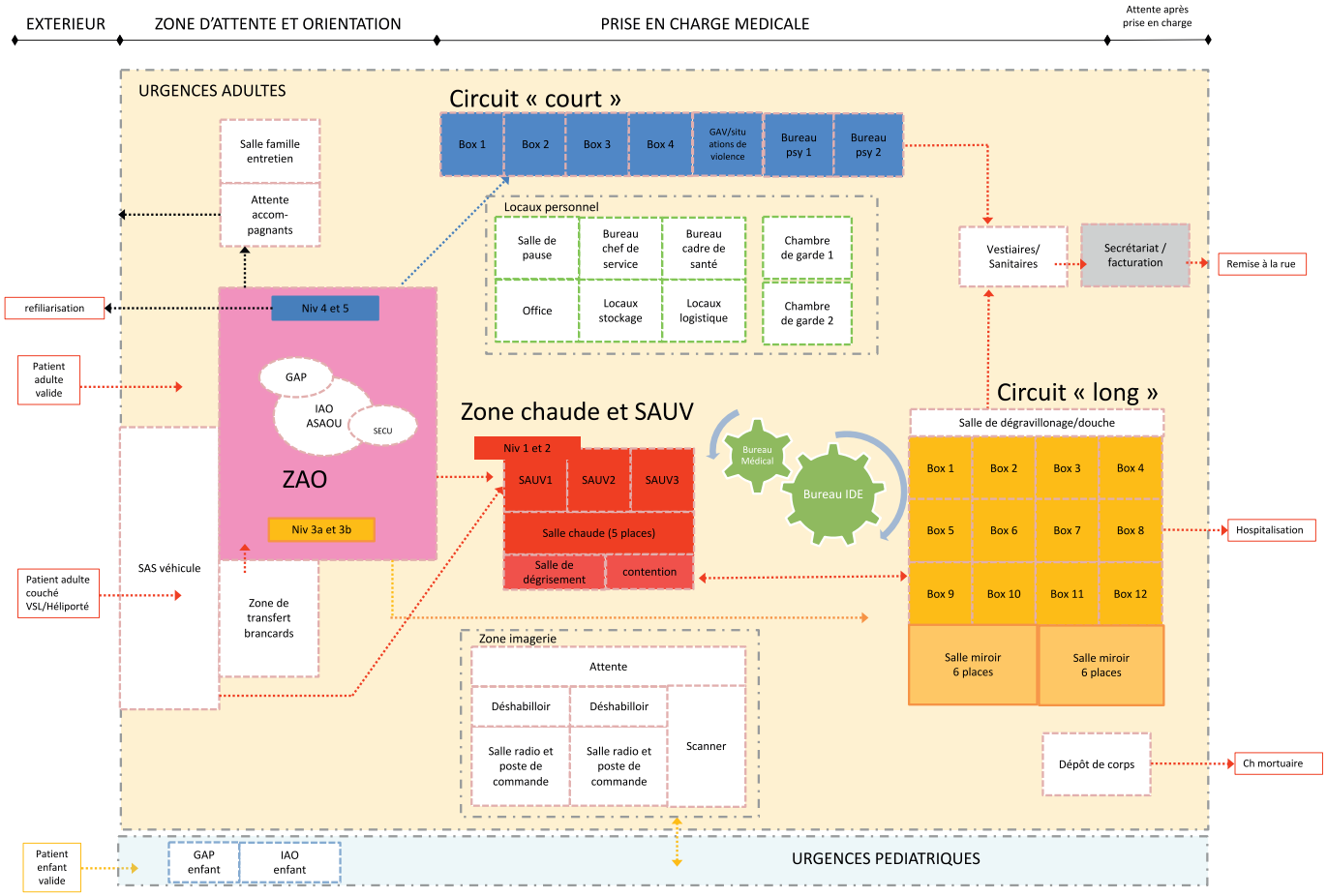
### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Dimensionner les besoins en personnels paramédicaux.

Attente de validation du projet à court terme présenté à T RUST (100 k€) en avril 2022. Première réunion le 30 mai avec la DATEL.

Fin 2022-2023 : entamer les discussions autour du projet à moyen terme en attendant une refonte plus globale du service.

Reprise des réunions du COPIL sur le projet à long terme :
– dimensionner les besoins filières longue / courte / psy avec projection sur les taux de fréquentions ;
– nécessaire flexibilité des locaux pour s'adapter aux SSE ;
– opportunité d'utiliser la surface libérée par les déménagements suite aux travaux du plateau technique pour reconfiguration géographique ;
– les questions institutionnelles : scanner aux urgences, articulation avec pédiatrie accueil et PEC (mineurs traumato et médicale), accueil administratif des patients (GAP) et organisation de la sortie au regard de la nouvelle tarification.




## Développement de l'activité dentaire auprès des patients détenus

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Payen.
Docteur Aubert.

### LE PROJET

Le centre pénitentiaire de Valence a ouvert en novembre 2015 avec deux cabinets dentaires. Au regard de la montée en charge progressive, il a été décidé d'équiper seulement un cabinet dentaire sur les deux et d'attendre pour le second.

Le dernier quartier du centre pénitentiaire a ouvert début 2022 et les effectifs détenus ont augmenté. Le cabinet dentaire est utilisé tous les jours par 2 dentistes.

Un second fauteuil dentaire permettra d'optimiser les prises en charge en permettant le travail dans un cabinet pendant la désinfection de l'autre et ainsi diminuer le délai d'attente.

L'ouverture de la SAS intègre aussi la mise en place d'un cabinet dentaire.

Le recrutement dentaire en milieu hospitalier est difficile. L'ouverture de la nouvelle prison va nécessiter un temps de dentiste supplémentaire. Nous avons en projet d'accueillir des internes en odontologie.

Ils pourraient ainsi se former sans diminuer les plages de soins des dentistes. Cela permettrait également d'augmenter les effectifs médicaux.

L'augmentation de l'effectif paramédical (assistant·e dentaire) doit aussi être envisagée.

L'emplacement de ce deuxième fauteuil dentaire à l'USN1 est prévu depuis l'ouverture (salle, arrivée d'eau et branchement électrique). En plus du fauteuil dentaire et de la radio rétroalvéolaire, l'ameublement de cette salle est à faire : bureau, ordinateur et rangement. Pour la SAS, il faut prévoir un autoclave pour la stérilisation des matériels.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – 2022 : rédaction de l'appel d'offres pour les deux fauteuils supplémentaires équipés (USN1 et SAS).

2 – Janvier 2023 :
- installation des fauteuils et équipement des cabinets (informatique / stérilisation, etc.) ;
- dossier de demande de tutorat pour accueillir des étudiants en stage auprès de la faculté de Lyon ;
- organisation temps paramédical.

## Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Aubert.
Madame Urze, cadre de santé.

### LE PROJET

Projet commun : une des missions de l'USN1 et de la SAS est de mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé en partenariat avec l'administration pénitentiaire.

Pour cela, des groupes d'action en santé sur différentes thématiques sont déjà en place au sein de l'USN1 afin d'effectuer de la prévention auprès de la population pénale, ceux-ci doivent être étendus à la SAS et d'autres sont envisagées :

– poursuite des actions et extension à la SAS :
  - groupe sur les addictions : en partenariat avec l'ANPAA,
  - groupe sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles : en partenariat avec l'ALS (Association de Lutte contre le SIDA),
  - groupe relaxation,
  - groupe méditation,
  - groupe pour l'arrêt du tabac notamment avec le mois sans tabac,
  - Sidaction,
  - groupe sur la réduction des risques : en partenariat avec TEMPO ;

– création de nouvelles actions USN1 / SAS :
  - groupe de sport adapté : avec l'intervention d'un moniteur d'activités physiques adaptées du comité olympique de la Drôme,
  - éducation thérapeutique notamment sur les maladies chroniques : formation, autorisation et programme,
  - participation au Raid Aventure : en partenariat avec le service des sports de l'administration pénitentiaire.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Certaines de ces actions existent déjà au sein de l'USN1, doivent être étendues et d'autres sont à créer.

L'objet de la fiche action est d'organiser la mise en œuvre des actions de promotion de la santé : en termes de financements, de demandes d'autorisations et de fonctionnement (formations de mise à jour et formations initiales pour les professionnels, matériel, etc.).

Les budgets sont à demander auprès de l'ARS et de la DISP (coordination avec la DAF).

## Chambre mortuaire : une nouvelle vie ?

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Blanc.
Madame Tavernier, cadre supérieur de santé.
Madame Greve-El Hassani, cadre administratif de pôle.

### LE PROJET

1. Mise aux normes PMR des locaux : sanitaires et accès.
2. Aménagement des locaux en lien avec l'accueil des familles endeuillées : création d'une pièce polyvalente :
   – salon de présentation du défunt à sa famille avant soins de conservation ;
   – lieu d'accueil et d'attente pour les familles pendant les toilettes rituelles ;
   – jardin extérieur, aménagement.
3. Amélioration des conditions de travail :
   – aménagement de l'espace de travail du bureau administratif ;
   – transfert et aménagement de la salle de pause ;
   – prévention des TMS (troubles musculosquelettiques) et RPS (risques psychosociaux) avec adaptation du matériel et conformité au DUERP (Document unique d'Évaluation des Risques Professionnels) ;
   – formation des agents : ergonomie, accueil.

4. Augmentation du capacitaire : 3 cellules réfrigérées supplémentaires.
   → augmentation d'activité :
   2019 : 1 027 décès,
   2020 : 1 065 décès,
   2021 : 1 099 décès ;
   → Typologie des départs de corps : crémation vs inhumation.
   Pour la crémation, le délai d'attente avant départ de corps et le volume augmentent.
5. Mise en place d'un temps de coordination et d'encadrement (cadre de santé).
6. Traçabilité informatique dans le DPI de la prise en charge des défunts et suivi statistique informatisé de l'activité.
7. Organisation administrative :
   → règlement intérieur à revoir en 2022 ;
   → suivi des conventions : transports des pièces anatomiques pour crémation, convention avec le crématorium de Valence pour traitement des pièces anatomiques, convention pour la gestion des décès de l'EHPAD de Beauvallon, de l'AGDUC de Valence et du CHDV ;
   → suivi de la procédure institutionnelle de PEC des décès en lien avec le service qualité / gestion des risques (y compris dans le cadre de SSE) ;
   → dématérialisation complète des certificats de décès.
8. Création d'une plaquette d'information pour les familles : localisation, démarches à réaliser.
9. Organisation des prélèvements de cornées et de peau au sein de la chambre mortuaire : cf. fiche action CPG.
10. Construction d'une nouvelle chambre mortuaire.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Les travaux de mise aux normes et d'aménagement des locaux.

2 – Organisation administrative et managériale.

3 – La reconstruction de la chambre mortuaire.

## Prélèvement d'épiderme à usage thérapeutique sur personnes décédées

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Petit.
Docteur Crosby.
Madame Oriol, cadre de santé.

### LE PROJET

L'objectif est la réalisation d'un prélèvement d'épiderme à usage thérapeutique en chambre mortuaire ou en service de réanimation sur des donneurs décédés à cœur arrêté ou faisant suite à un prélèvement multi-organes en vue de greffe d'épiderme chez les patients grands brûlés.

Une fois le prélèvement réalisé, celui-ci est acheminé vers la Banque de Tissus et de Cellules de l'Hôpital Édouard Herriot pour être traité, contrôlé et stocké en vue d'une greffe.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Élaboration d'une procédure conforme au cadre législatif du prélèvement d'organes et de tissus, aux règles de bonnes pratiques de l'Agence de la Biomédecine et aux protocoles d'asepsie opératoire en vigueur sur le Centre hospitalier de Valence.

2 – Achat d'un dermatome (2022).

3 – Formation des équipes sur le matériel, les différents dispositifs et les techniques d'asepsie opératoire.

4 – Formation du médecin préleveur et des infirmières coordinatrices auprès d'un Centre Hospitalier autorisé au prélèvement d'épiderme.

5 – Demande de protocole de coopération auprès de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour les IDE de la CPG : « prélèvement de peau mince, feuillets épidermiques, dans le cadre de prélèvements de tissus sur personne décédées ».

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME ARDÈCHE

## Organisation territoriale des unités de soins critiques et formalisation des filières de soins

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Jeannot.
Madame Oriol, cadre de santé.
Madame Ollier, cadre de santé.

### LE PROJET

Organiser la répartition de l'offre de soins critiques (réanimation et soins intensifs polyvalents) sur le territoire Drôme-Ardèche.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – 2022-2023 : rencontrer les acteurs de santé (HDN, Montélimar, Aubenas et Privas).

2 – Définir les filières en cohérence avec chaque plateau technique en fonction des autorisations accordées par l'ARS.

3 – Organiser et fluidifier le parcours de soins de l'orientation initiale jusqu'à la filière d'aval (SRPR, SSR).

## Développer l'activité programmée du service de réanimation / USC

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Jeannot.
Madame Oriol, cadre de santé.
Madame Ollier, cadre de santé.

### LE PROJET

L'activité programmée est de trois types :

1. La plasmaphérèse ambulatoire
   L'activité de plasmaphérèse a été mise en place en 2018. Dans les prochaines années, il s'agit de développer l'activité par la mise en place d'une communication territoriale permettant de récupérer la file active des patients de Drôme-Ardèche.
2. Dialyse conventionnelle
   Ce projet est partagé avec le département de spécialités (néphrologie). L'objectif est d'assurer les dialyses pour les patients hospitalisés en néphrologie.
3. Consultation post-réanimation
   L'activité de CPR a été mise en place en juin 2016. L'objectif des prochaines années est de développer l'activité, en termes de nombre de plages dédiées et de mettre en place un retour d'expérience patients auprès de l'équipe afin de dépister les éventuelles complications constatées post-séjour et ainsi d'améliorer la qualité de prise en charge du patient. Il faudra aussi développer le lien avec les filières de soins chroniques accueillant les patients.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – La plasmaphérèse ambulatoire.
Fin 2022 : action de communication avec les établissements de santé et les spécialistes de ville 26-07.
2024 : définir l'organisation de l'activité dans le nouveau service.

2 – Dialyse conventionnelle.
2024 : définir l'organisation de l'activité dans le nouveau service.

3 – Consultation post-réanimation.
2023 : formalisation d'un modèle de consultation avec les intervenants non médicaux et organisation du retour d'expérience (analyse) et actions correctives.

## Ouverture de la nouvelle unité de réanimation / USIP

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Jeannot.
Madame Oriol, cadre de santé.
Madame Ollier, cadre de santé.

### EXPLICATION LITTÉRALE DU PROJET

Organisation et déploiement de l'activité de soins critiques à l'ouverture du nouveau plateau technique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réflexion aux modalités de déploiement de l'activité de soins critiques au sein de l'établissement.

2 – Organiser le séjour du patient et l'accompagnement de ses proches dans un environnement de soins accueillant.

3 – Réflexion et formalisation d'une organisation médicale.
- Attractivité, recrutement et qualité de vie au travail.

4 – Réflexion et formalisation d'une organisation non médicale.
- Attractivité, recrutement, intégration, formations, suivi et accompagnement des professionnels, organisation des remplacements (pool).
- Qualité de vie et bien-être au travail : supervision, formation.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Mise à jour des règles d'utilisation de l'hélicoptère

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Echahed.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

L'objectif de cette fiche action est de définir et de formaliser les règles d'utilisation de l'hélicoptère.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

**2022 :**

1 – Formalisation des indications d'engagement de l'hélicoptère (dont modalités d'utilisation à vide).

2 – Recensement des aires de poser des départements 26 07.

3 – Modalités d'utilisation de la nouvelle DZ à terme et pendant les travaux.

4 – Suivi opérationnel à mettre en place.

## Mise en place du service d'accès aux soins

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Echahed.
Docteur Zamour.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients.

Objectif : répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Plusieurs sites pilotes ont été mis en place en 2021, se poursuivent en 2022 (augmentation des sites pilotes) et une généralisation du dispositif est prévue en 2023.

Pour le Centre hospitalier de Valence, il conviendra d'organiser :
– accès à l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) et aux soins programmés par un guichet unique ;
– définir les besoins architecturaux et upgrader le système informatique ;
– adapter les effectifs ARM et médicaux (régulateur PDS en H24 – CODAMUPSTS) ;
– coopérer avec la Médecine de ville (codirection du SAS).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontre avec la Direction Stratégie le 15 mars 2021 (T. Rust, K. Echahed, C. Zamour, D. Zinant (CDS), D. Grève-El Hassani).

2 – Réunion le 18 novembre 2021 : retours des sites pilotes régionaux.

3 – Constitution COPIL avant juillet 2022.

4 – Fin été 2022 → projection selon dimensionnement des besoins :
- besoins RH (hors médecine de ville) ;
- besoins architecturaux (déménagement du SMUR conjoint ?).

5 – Dernier trimestre 2022 : intégration dans le COPIL de représentants de la Médecine de Ville.

## Améliorer l'amont et l'aval des urgences

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Zamour.
Madame Pellen, cadre de santé.
Madame Valette, cadre de santé.

### LE PROJET

L'objectif de cette fiche action est l'amélioration de l'amont et de l'aval des urgences. Cet objectif doit conduire à un travail institutionnel : il concerne l'ensemble des services de l'établissement, y compris, dans la promotion des entrées directes dans les services. En amont, il doit conduire à un travail collaboratif sur la pertinence de l'adressage au SAU par l'ensemble des acteurs et repositionner le rôle de la médecine de ville dans la prise en charge.

**En interne :**

– travail sur la pertinence des hospitalisations ;
– modalités de sollicitation et d'intervention des médecins spécialistes auprès des patients du SAU ;
– contractualisation avec les services d'hospitalisation sur les modalités d'admission et le nombre de patients pouvant être admis (impôt lit) ;
– dimensionner les besoins en hospitalisation : utiliser l'indicateur BJML (Besoin Journalier Minimum en Lit) pour quantifier les besoins en hospitalisation non programmée (besoins immédiats) et permettre de s'articuler avec le nombre d'hospitalisations programmées ;
– mise en place d'une cellule de programmation des hospitalisations programmées et non programmées qui inclut le bed-manager, rattachée à la Direction de l'établissement ;
– intégrer les travaux initiés par Docteur Noel et Docteur Prost, sur les parcours patient par pathologie ;
— coordination SAU / régulation (15 / SAS) sur l'orientation des patients, leur admission et la possibilité de réorientation.

**En externe – lien ville / hôpital :**

– collaboration avec la médecine de ville :
  • réappropriation par la médecine de ville de l'accueil des patients ne nécessitant pas l'accès au plateau technique du CHV,
  • modalités d'éligibilité des patients envoyés à la maison médicale de garde,
  • lien avec le médecin traitant sur l'adressage au SAU et la continuité de la prise en charge après le passage aux urgences,
  • promouvoir les hospitalisations directes dans les services ;
– travail en collaboration avec les EHPAD sur l'amont : modalités d'adressage des patients aux urgences et de continuité de prise en charge après le passage aux urgences ;
– développer la collaboration avec l'HAD et les services prestataires offrant une alternative à l'hospitalisation (Prado, etc.).

**Travail de collaboration** (interne et externe) dans le cadre des filières spécifiques sur les parcours patients : cardiologie, gériatrie, traumatologie, neurologie, psy.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Juin 2022 : formalisation et mise en place de la grille de tri French au SAU.

## Développer les Transports infirmiers interhospitaliers

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Echahed.
Docteur Zamour.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

Organisation de transports paramédicalisés de patients relevant de pathologies qui ne nécessitent pas de présence médicale pendant le transport et pour lesquels une présence IDE suffit à assurer au patient un soin sécurisé.

Les objectifs sont multiples : répondre aux évolutions des organisations sanitaires (nécessitant plus de transports interhospitaliers), aux problématiques de démographie de la population médicale dans un contexte de forte pénurie (économie de temps médical) et, pour les équipes paramédicales, l'acquisition et le renforcement de compétences dans le respect des recommandations et de la législation.

Démarrage au CHV le 16 janvier 2021 – avec des évaluations positives (à 1 et 3 mois). Ces transports concernent actuellement la thrombectomie et le SCA. 140 transports ont été réalisés en 2021.

L'objectif de la fiche action est de développer le projet sur d'autres pathologies en fonction des évaluations.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Extension du projet par pathologie.

## Organisation de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Zamour.
Docteur Busseuil.
Madame Valette, cadre de santé.
Madame Pellen, cadre de santé.

### LE PROJET

#### → Rôle de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (recommandations SFMU 2001)

– Principe
- L'UHCD fait partie intégrante du service des urgences, elle est sous la responsabilité d'un praticien du service.
- Elle est non conventionnelle avec un objectif de DMS inférieur à 24 h : chaque jour sa capacité d'accueil est renouvelée.
- L'UHCD est une unité d'observation continue avec possibilité de monitorage de sécurité, elle peut être en partie, une unité de soins continus, avec monitorage pouvant dépasser 24 heures pour patients à risque d'instabilité, nécessitant une densité de soins infirmiers trop élevée pour permettre une hospitalisation ou le maintien dans une unité de soins classiques.

– Capacitaire
- Nombre de lits : 3 à 5 lits pour 10 000 passages au SAU avec un maximum de 16 lits.

– Moyens médicaux et paramédicaux
- Personnel paramédical.
- Cadres de santé : 1 ETP pour 8 lits.
- Infirmiers : 1 IDE 24 / 7 pour 8 lits.
- Aides-soignant·e·s : 1 AS 24 / 7 pour 8 lits.
- Secrétariat médical : 0,5 ETP si moins de 8 lits ; 1 ETP pour 8 à 16 lits : 1,5 ETP au-delà.
- Agents de service hospitalier : proportionnel aux surfaces et volumes des locaux. Il est de 1 ETP par tranche de 250 m² à entretenir.
- Personnel médical.
- Recommandations : entre 7 et 9 lits : 1 médecin sénior journée, entre 10 et 20 lits = 1,5 le jour.

– Critères d'éligibilité des patients
Le patient doit appartenir à un des 4 groupes suivants avec critères d'admission définis et non en fonction des lits d'aval.

Groupe 1 : RAD a priori prévu dans les 24 h après une période de soins prolongés mais restant < 24 h.
- TC classe II de Master.
- Réaction allergique grave ayant répondu au TTT.
- Asthme modéré amélioré.
- Déshydratation.
- Accès palustre sans signe neurologique.
- Convulsions non compliquées.
- Hyperglycémie sans cétose.
- Infections non compliquées.
- Difficultés sociales.

Groupe 2 : mise en observation avant orientation dans les 24 premières heures. Patient pour lesquels les données cliniques ou paracliniques ne permettent pas initialement de prédire l'évolution ultérieure ou de décider de l'orientation. C'est dans ce groupe que se trouveront les patients relevant d'une surveillance plus rapprochée. (UF 4618)
- Douleurs abdominales stables.
- Douleurs thoraciques à faible risque d'insuffisance coronarienne.
- Acidocétose.
- Intoxications médicamenteuses en surveillance et attente d'avis psychiatrique.

Groupe 3 : inférieur à 10 % idéalement (hospitalisation directe dans les étages).
En attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible. Il est recommandé que le groupe 3 soit clairement défini dans le règlement intérieur comme étant une modalité de gestion décidée conjointement entre le service des urgences et les autres services hospitaliers qui doivent s'engager à accueillir ces patients dans des délais fixés à l'avance. Définir a priori les modalités d'intervention des spécialistes d'organes, notamment pour les prescriptions et l'orientation Il est recommandé que les patients qui nécessitent une hospitalisation classique ne soient pas admis ou ne séjournent pas au-delà des limites établies en UHCD pour des causes relevant d'un dysfonctionnement de la structure hospitalière : absence de place ou délai d'attente de place en unité conventionnelle dans l'établissement. Ceci reflète un dysfonctionnement en aval du service d'urgences qui devra faire l'objet d'une évaluation.

Groupe 4 : (= ZSTCD) admission pour valorisation d'activité.
Il est recommandé que ne soient pas admis en UHCD.
- Les pathologies clairement identifiées et relevant à l'évidence dès l'accueil d'un service de spécialité.
- Patients graves relevant d'un service de réanimation ou nécessitant une ventilation artificielle ou d'un monitorage invasif.
- Patients déjà hospitalisés.
- Patients sortant du bloc opératoire.
- Patients programmés même pour une durée inférieure à 24 h (transfusion sanguine) en pratique les patients sont envoyés aux urgences.

→ **Le projet UHCD du CH de Valence**

Actuellement, le capacitaire de l'UHCD est de 8 lits + 2 lits « plus » régulièrement déclenchés.

Les patients, faute d'aval restent à l'UHCD et la DMS cible inférieure à 24 h n'est pas respectée.

Au SAU, le nombre de patients ZSTCD ne cesse d'augmenter, il a atteint, en 2021, 3 218 séjours, soit 270 / mois, soit 9 patients / jour en moyenne.

– Capacitaire – proposition
D'après les recommandations SFMU 2001, une UHCD doit comporter 3 à 5 lits pour 10 000 passages (SAU), au CH de Valence, il y a 40 000 passages annuels (2021), donc un besoin évalué entre 12 et 20 lits.
Idéalement le capacitaire devrait atteindre 16 lits, mais au vu des contraintes, il est proposé d'augmenter le nombre de lits à 12 lits dont 4 lits monitorés.

– Organisation
- Personnel non médical : mise en place de 2 binômes IDE/AS pour 12 lits + la chambre de contention + 2 lits de chambres sécurisées (11.6 ETP IDE et 11.6 ETP AS en 12 heures).
- Encadrement : 1 ETP cadre de santé.
- Personnel médical : 1 médecin H10 et un interne, avec l'ouverture à un recrutement de médecine générale.

– Flexibilité en Situation Sanitaire Exceptionnelle
Upgrader (architecture, matériel, compétences PM et PNM).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

**2023**

**1 –** Obtention des effectifs PM et PNM.

**2 –** Révision des procédures chambres sécurisées et de contention.

**3 –** HAD, prestataires et service social.

## Ouverture de la Structure d'Accompagnement vers la Sortie (SAS)

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Pôle urgence réanimation.
USN1-SAS.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Aubert.
Madame Urze, cadre de santé.

### LE PROJET

Une nouvelle prison va voir le jour sur le site du centre pénitentiaire actuel début 2023. Cette structure sera indépendante de la prison actuelle.

Elle comprendra 120 places : 90 places de détention classique et 30 places de semi-liberté.

Le Centre Hospitalier de Valence est en charge de l'organisation des soins pour les 90 places de détention classiques en collaboration avec le Centre Hospitalier Drôme Vivarais.

Les 30 places de semi-liberté seront gérées par le droit commun, l'USN1 n'intervenant pas sur ce secteur.

Le Centre Hospitalier de Valence sera en charge :
– organisation et coordination de la structure sanitaire ;
– recrutement RH de l'équipe soignante somatique ;
– achat du mobilier ;
– mise en place et maintenance du système informatique ;
– matériel biomédical, achat et maintenance (cabinet dentaire, ECG, Dynamap, etc.) ;
– organisation de trajets des professionnels vers la ville (véhicule) avec ou sans patient détenu ;
– flux logistiques du CHV vers la SAS ;
– projet médical ;
– protocole de fonctionnement entre CHV, CHDV, ARS, centre pénitentiaire et DISP.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Ouverture de la structure début 2023 (marche à « blanc »), démarrage de l'exploitation en mai 2023.

Préalablement, constitution de groupes de travail :
– au sein de USN1 pour écrire le projet médical et de soins commun au CHV et CHDV ;
– au sein du CHV pour organiser le recrutement RH, l'achat des équipements, la supervision des travaux, l'informatique et le biomédical ;
– groupe de travail avec le CHDV, le CHV et l'ARS pour l'organisation des soins ;
– groupes de travail avec l'administration pénitentiaire.

## Précarité et accès aux soins pour tous

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Aubert.
Madame Patrinos, cadre service social.

### LE PROJET

L'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998, jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La PASS est en place au Centre Hospitalier de Valence depuis 2001. L'organisation est structurée autour d'une assistante sociale référente sur la PASS adulte bien repérée par les différents partenaires, une équipe pluridisciplinaire (médecin PASS, assistantes sociales, agent d'accueil, responsable service social) qui facilite le parcours des patients. Des outils sont fonctionnels, comme la plaquette de présentation de la PASS, le bon PASS (permet l'accès aux soins des patients en interne au CHV), la PASS participe au collectif précarité et à ses différents groupes de travail, aux journées régionales des PASS. Parallèlement, une convention PASS/CPAM est en place afin de traiter plus rapidement les ouvertures de droits. Chaque année, des actions de communication internes sont organisées, notamment pour le personnel soignant des urgences pédiatriques.

Au vu du niveau d'activité du service de la PASS (308 dossiers en 2021), des demandes restant en attente faute de temps disponible, et afin de structurer et faciliter le parcours du patient PASS (axe stratégique priorisé du projet d'établissement), l'équipe de la PASS doit être renforcée.

Par ailleurs, l'organisation interne de la PASS doit pouvoir s'appuyer sur des référents médicaux et paramédicaux, afin de travailler en pluridisciplinarité. Enfin, il est nécessaire d'établir et de formaliser une coopération avec le service de la GAP (Direction des Affaires Financières) afin de simplifier le parcours administratif du patient PASS. Il faut aussi veiller à renforcer les liens extra CH avec la CPAM.

Chaque prise en charge sociale nécessite un temps de travail a minima de 3 h par dossier (évaluation sociale, entretiens avec les patients, constitution et envoi du dossier à la CPAM, lien avec les différents partenaires en interne et en externe). Actuellement le temps affecté à la PASS ne permet pas de prendre en charge les patients ayant un problème d'accès aux droits avant leur hospitalisation. Pour exemple, la GAP signale quotidiennement des patients qui viennent en consultation d'anesthésie avec un défaut de prise en charge, potentiellement en situation précaire puisque bénéficiaires de la CSS antérieurement qui ne peuvent être accompagnés du fait d'un manque de temps.

L'activité de la PASS est transversale à l'établissement, elle concerne non seulement le pôle FME avec les services de pédiatrie et de gynéco-obstétrique mais aussi l'ensemble des services de soins susceptibles.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Étoffer l'équipe de la PASS :
– selon les obligations (mise en conformité avec la circulaire DGOS) :
→ temps médical (médecine générale),
→ temps IDE (soins, orientation, etc.),
→ temps assistant de service social : temps supplémentaire nécessaire pour pouvoir évaluer les situations de patients qui viennent en consultation avec défaut de prise en charge, travailler « l'aller vers » et éviter la rupture de soins, notamment post-hospitalisation.

– selon les recommandations :
  → agent administratif : en charge de la partie administrative induite par la prise en charge des patients PASS (élaboration des dossiers, bons PASS, accueil accompagnement, organisation de traduction, etc.) et en charge du reporting du rapport d'activité annuel,
  → temps médical (autres spécialités), sage-femme.

2 – Identifier un référent PASS à la GAP (DAF), organiser le repérage des patients PASS dès l'entrée dans le parcours de soins.

3 – Relancer le groupe de travail PASS avec un calendrier de rencontres régulières.

4 – Organiser une rencontre avec le référent PASS CPAM pour la gestion des situations complexes et poursuivre la structuration des relations avec les acteurs externes en général.

5 – Réflexion architecturale : nouveaux locaux ? Mutualisation avec d'autres services.

## Précarité et accès aux soins dédié mères et enfants

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Aubert.
Madame Patrinos, cadre du service social.

### LE PROJET

Depuis la mise en place de la PASS en 2001 au sein du CHV, on constate une activité importante au niveau de l'accompagnement des femmes enceintes dans le cadre du dispositif. Pour illustrer, en mai 2022, sur 15 jours 39 dossiers relatifs à ce type de prise en charge ont été comptabilisés.

L'instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières, annexe 2, précise « qu'au regard de la montée en charge des besoins de soins exprimés pour des femmes enceintes ou des enfants, plusieurs parcours dédiés ont été organisés à destination des mères et enfants en PASS. Ils s'adressent, indépendamment de leur structure familiale, aux femmes enceintes et aux jeunes mères, de la date recommandée d'entretien prénatal précoce (4e mois) à celle d'entretien postnatal (2 premiers mois de vie) et aux enfants (accompagnés ou isolés), de la naissance à la majorité (18e année). »

Actuellement, les patientes se présentent au service social suite à leur consultation avec la sage-femme. L'assistante sociale n'est pas toujours disponible pour réaliser l'entretien social permettant l'entrée dans le dispositif et le début de la prise en charge avec l'établissement du bon PASS donnant accès aux soins. Un temps social complémentaire permettrait d'instruire les dossiers de ces parcours mère-enfant et de confier la prise en charge à une équipe pluridisciplinaire spécifique.

La mise en place d'une PASS complémentaire au sein du CH permettra d'organiser des permanences médico-sociales avec une assistante sociale et une sage-femme pour les patientes qui relèvent du dispositif. Pour certaines patientes suivies par des partenaires extérieurs, des rendez-vous pourront être fixés via le secrétariat du service social.

Le financement de cette activité complémentaire permettrait la mise en place d'une sage-femme référente, l'organisation d'une équipe pluridisciplinaire autour de ces prises en charge spécifiques et l'accompagnement des patientes jusqu'à l'accès aux droits.

Dans un premier temps, cette permanence pourrait s'organiser sur une demi-journée par semaine. Les patientes pourraient être repérées dès leur prise de rendez-vous par le secrétariat d'obstétrique. Un bureau mis à disposition de l'assistante sociale à proximité du lieu de consultation de la sage-femme permettrait de faciliter la prise en charge sociale : rendez-vous sur un même lieu pour les patientes.

Estimation des besoins RH : 0.1 ETP de sage-femme, 0.4 ETP d'assistante sociale et 0.2 ETP de temps secrétaire.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

#### 2022-2023

1 – Constitution du dossier de demande de financement complémentaire.

2 – Désignation de la sage-femme référente et constitution de l'équipe pluridisciplinaire, mise en place d'un groupe de travail afin de définir les organisations et le repérage des patientes, en lien et en articulation avec le plateau technique hospitalier.

3 – Mise en place d'outils de suivi statistiques.

## Précarité et accès aux soins dédié aux soins dentaires

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Aubert.
Madame Patrinos, cadre service social.

### LE PROJET

L'Agence Régionale de Santé a sanctuarisé un budget afin de créer une PASS dentaire sur le bassin valentinois. Elle serait un recours également pour les départements Drôme Ardèche.

Une PASS dentaire ne peut être qu'une extension d'une PASS somatique.

Lors du COPIL PASS, réalisé en présence de Madame Pioch (Directrice référente sur le service social), il a été demandé de travailler sur la possibilité d'une mise en œuvre rapide de ce projet afin de pouvoir bénéficier de ce financement.

Les contraintes de locaux en interne au CHV rendent compliquée une mise en œuvre rapide. Mais il existe un fauteuil dentaire au centre hospitalier Drôme Vivarais (CHDV) utilisé seulement 3 demi-journées par semaine.

Il est donc envisagé de travailler sur un protocole d'accord de fonctionnement entre le CHV et le CHDV (rétribution pour le matériel, flux logistiques et flux de patients) pour une mise en place rapide de ce projet.

Il pourra être réfléchi dans un second temps, à l'implantation d'un fauteuil dentaire sur le CHV pouvant être mutualisé avec d'autres services (ORL, stomatologie, urgences dentaires…) ou encore à une PASS dentaire mobile (Truck).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

#### 2022

1 – Rencontre avec ARS, Direction CHV et CHDV, médecin de la PASS et dentiste. Cette réunion doit être organisée par l'ARS.

2 – Élaboration d'une organisation :
- matérielle ;
- financière ;
- lien avec la PASS somatique (flux de patient, dossier médical) ;
- transport de patient.

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Se préparer aux crises sanitaires en soins critiques

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Jeannot.
Madame Oriol, cadre de santé.
Madame Ollier, cadre de santé.

### LE PROJET

Définir et formaliser un modèle d'organisation des soins critiques du CHV pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir une zone REA Éphémère (localisation et volume de lits).

2 – Constituer une équipe opérationnelle de réserve médicale et paramédicale.

3 – Organiser une formation théorique et pratique (immersions).

4 – Acquérir du matériel.

5 – Définir le plan de déploiement en 48 h.

## Ouverture d'un centre d'enseignement par la simulation haute-fidélité

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Bruge.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

Mise en place d'un centre d'enseignement par la simulation haute-fidélité (CESIM) :

Un enjeu d'établissement :
– sécurisation des prises en charge patient ;
– maintien et développement des compétences : attractivité et fidélisation des personnels ;
– travail d'équipe : multiprofessionnels et multispécialités, transversalité, échanges dans les pratiques ;
– scénarii réalistes, basés sur les référentiels professionnels et les procédures de bonne pratique ;
– exposition à des situations rares ;
– continuité avec les parcours de formation initiaux (réingénierie des formations médicales et paramédicales) ;
– ouverture de l'offre de formation à tous les professionnels de santé de la Direction commune, du GHT et extérieurs.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

#### 2022

1 – Estimation du nombre de professionnels concernés en interne au CH de Valence (campagne d'évaluation des agents fin d'année) et en externe. Communication sur le projet.

2 – Coopération avec les autres services / spécialités qui souhaiteraient se joindre au projet (pédiatrie, etc. ?) coécriture de scénarii, coordination par le CESU.

3 – Besoin de financement :
- investissement → besoin en matériel et locaux (chiffrage) – création d'une UF ;
- fonctionnement → besoin en personnel : formateur et assistant formateur (technique, ingénierie de formation, logistique).

4 – Septembre 2023 : ouverture du CESIM.

## Renforcer le centre d'enseignement aux soins d'urgence

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Bruge.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

Réponse à la commande nationale de tout Samu.

Objectif de la fiche action :
– développer l'offre existante ; accroître le nombre de formations : ACR, AFGSU, NRBC ;
– organiser et participer aux exercices SSE ;
– proposer de nouvelles formations telles que des ateliers techniques (MCS Médecins Correspondants Samu), des formations sur les Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) et Poste Sanitaire Mobile (PSM) adulte et pédiatrique, plan blanc.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

**2022-2023**

1 – Bilan des besoins par service.

2 – Identifier les ressources humaines nécessaires, profil de poste des formateurs.

3 – Organiser les formations : ingénierie de nouvelles formations, plannings, formalisation des programmes.

4 – Communication interne et externe.

5 – Collaborations avec les intervenants internes et externes.

## Se préparer aux situations sanitaires exceptionnelles

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Bruge.
Madame Houpert, cadre de santé.
COPIL Plan Blanc

### LE PROJET

Organiser les formations : plan de secours, plan blanc, plan NOVI, plan ORCA, PSM (Poste de Secours Mobile), UDH (Unité de Décontamination Hospitalière).

Organiser et participer aux exercices réglementaires annuels.

Assurer le suivi logistique et technique des PSM adulte et pédiatrique et de l'UDH.

Mise à jour des procédures (plan de secours, plan blanc, plan NOVI, plan ORCA).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

**2022-2023**

1 – Organiser un exercice annuel interne.

2 – Actualiser le plan blanc : réactiver le COPIL.

**2022-2026**

3 – Réactualiser les formations et mise à jour des procédures (en lien avec les visites de conformité).

## Prélèvements d'organes réalisés en situation d'arrêt de traitement

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Crosby.
Madame Oriol, cadre de santé.

### LE PROJET

Face à la pénurie d'organes, depuis 2014, le prélèvement d'organes dit Maastricht III est réalisé en France sur des patients ayant fait l'objet d'une limitation ou d'un arrêt de traitements (LAT). L'arrêt cardiaque du patient est provoqué par l'arrêt des traitements (dont font partie l'alimentation et l'hydratation artificielles) et permet le prélèvement d'organes.

La réalisation de ce projet se fera en étroite collaboration avec les HCL dans la mesure où ce type de prélèvement requiert un support technique (mise en place d'une CRN – circulation régionale normothermique) et humain (nécessité de chirurgiens préleveurs) importants.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réunions d'information et retour d'expériences auprès de l'équipe médicale, paramédicale (réanimation, bloc opératoire) par des centres autorisés au prélèvement DDACIII (donneurs décédés après arrêt cardiaque de type 3) et de l'ABM (Agence de biomédecine).

2 – État des lieux du projet : faisabilité du projet ? cohorte de patients ? Moyens RH, matériel, locaux (nouvelle réanimation et nouveau bloc).

3 – Information aux équipes : diffusion d'un questionnaire auprès des équipes de réanimation, BO afin de clarifier d'éventuels doutes, incompréhensions, questionnement éthique, difficultés du projet…, dépouillement des questionnaires, nouvelle réunion avec les différents professionnels spécialisés dans le MIII.

4 – Recherche documentaire sur le MIII, appropriation du protocole par la CPG.

5 – Organisation de la coopération avec les HCL.

6 – Constitution d'un Comité de pilotage avec médecins, IDE (CPG, réanimation et bloc opératoire).

7 – Rédaction du mode opératoire, procédures, documents opérationnels spécifiques… élaboration d'un calendrier de mise en œuvre.

8 – Validation par le comité d'éthique de l'établissement.

9 – Demande d'adhésion auprès du directeur d'Établissement, présentation du projet en CME.

10 – Validation du projet et demande d'autorisation (avenant) : lettre d'information après accord de la direction et des équipes signée par le directeur et le président de la CME à envoyer à l'ABM, information au directeur du SRA Sud Est et responsable projet MIII à l'ABM.

11 – Élaboration par la coordination d'une documentation spécifique MIII (fiche entretien famille, main courante spécifique MIII, fiches de surveillances de la phase agonique + hémodynamique du donneur MIII…).

12 – Exercice de simulation en coopération avec l'ensemble de services concernés.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Mettre en place Pacte (programme d'amélioration continue du travail en équipe) au SAMU

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Echahed.
Docteur Zamour.
Madame Houpert, cadre de santé.

### LE PROJET

Pacte est l'acronyme du « programme d'amélioration continue du travail en équipe » proposé par l'HAS. L'enjeu : passer d'une « équipe d'experts » à une « équipe experte », en faisant levier sur le collectif de travail. En effet, l'analyse des causes des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) montre qu'il existe un lien entre leur survenue et le travail en équipe : défaut d'organisation, de vérification, de coordination, de dialogue… Pour y remédier, le Pacte comporte de nombreux outils opérationnels autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la dynamique d'équipe, du *leadership.* L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient en agissant sur les facteurs humains et organisationnels.

Le service du Samu 26 souhaite intégrer la démarche Pacte en coordination avec les Samu 07 afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients polytraumatisés envoyés par le Samu ardéchois.

Cette première démarche pourra être suivie par d'autres concernant d'autres pathologies, toujours avec le Samu 07, notamment sur les PEC en UNV ou en USIC au CH de Valence.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Rendez-vous en juin 2022 avec M. R. Carre (direction qualité du CHV) : pour inscription du CHV dans le projet.

Juin-septembre 2022 : définition des contours du projet.

Septembre 2022 : coordination avec Samu 07.

2023 : lancement du programme.

**Un programme en 3 phases :**

1 – Diagnostic, d'une durée maximum de 8 mois, consiste à identifier les difficultés de fonctionnement en équipe pour réaliser le travail au quotidien. À la fin de cette phase, l'équipe doit décider collectivement d'un plan d'actions.

2 – Mise en œuvre et de suivi, d'une durée maximum de 1 an, permet de mettre en œuvre des actions d'amélioration qui découlent du diagnostic.

3 – Mesure, d'une durée maximum de 6 mois, permet d'évaluer : la maturité de l'équipe ; les pratiques collaboratives ; les résultats.

## Organisation et attractivité médicale et paramédicale

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Zamour.
Madame Pellen, cadre de santé.

### LE PROJET

Objectif : fluidifier et sécuriser le parcours du patient aux urgences adultes.

Dimensionnement des personnels médicaux et paramédicaux des urgences en rapport avec le niveau d'activité et les recommandations SFMU 2011.

Révision de la grille de tri de type french et formation des personnels.

Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux autour de la prise en charge du patient en fonction des critères de gravité (french).

Consolider la polyvalence, la formation et l'accompagnement des internes, Docteurs juniors et des personnels non médicaux aux différents types d'activité du service.

Développer les IPA (Infirmières de Pratiques Avancées aux urgences).

Maîtrise des temps de passage en lien avec l'organisation du service et en collaboration avec les services supports du CHV (laboratoires, imagerie), les unités de lits d'aval et les filières (neurologie, cardiologie, gérontologie et psychiatrie).

Poursuite des RMM, des Retex et EIGS.

Développer l'exercice médical territorial dans le cadre de la FMIH : participation des urgentistes, analyses conjointes des EIGS, collaboration sur les protocoles et les procédures.

SSE : rôle dans l'établissement, formation des personnels aux situations catastrophes et situations d'urgence.

Participation à des études médicales et paramédicales.

Organigramme du service et fonctionnement en mode dégradé.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mai 2022 : demande de dimensionnement des personnels.

2 – Fin juin 2022 : mise en place de la grille de tri french et formation des personnels, avec priorisation des moyens sur les patients les plus graves et les plus fragiles.

3 – 2022 : à faire participation aux réunions organisées par la Direction du CHV dans le cadre du COPIL urgences : GAP, imagerie, laboratoires, interfaces avec les services d'aval (urgences pédiatriques, MMG).

4 – 2022 : réunions ville / hôpital pour travailler sur l'amont des urgences et l'aval (adresse monsisra active), courrier de liaison, révision de la grille de tri pour les patients adressés à la maison médicale.

5 – 2022 : travaux avec le SDIS et les maisons de santé afin d'éviter le passage aux urgences.

6 – 2023 : maîtrise des temps de passage : travaux avec le DIM sur la valorisation des séjours (ZSTCD) ; contractualisation avec les services d'aval et les services support ?

7 – Attractivité et fidélisation :
- Proposer des exercices partagés aux personnels médicaux sur des sites et des spécialités (réanimation, USC, pédiatrie, USN1, UHCD).
- Poursuite des tutorats et de l'accompagnement des personnels PNM.
- Parcours de formation des PNM pour monter en compétence sur les différents secteurs (déchocage / SMUR…).
- Mise en place d'un SICS intrapôle urgences-réanimation.

# S'engager dans Pacte pas à pas

| Phase préalable d'engagement | L'équipe et l'établissement se préparent et s'organisent |
|---|---|
| **Avant de s'engager** | – s'informer sur l'intérêt, les enjeux de faire Pacte et les conditions requises.<br>– présenter Pacte dans son établissement auprès des professionnels et de la direction. |
| **Si intérêt de la direction et de l'équipe** | – réaliser l'auto-évaluation pour savoir si l'équipe est prête. |
| **Avant de commencer le projet** | – partager dans l'équipe les enjeux de Pacte.<br>– nommer un binôme référent : un cadre et un médecin.<br>– choisir ou confirmer le facilitateur. |
| **Définir l'enjeu d'amélioration** | – partager cette problématique qui doit faire consensus.<br>– constituer l'équipe en fonction de l'enjeu. |
| **Organiser les étapes** | – anticiper au maximum les actions à conduire. |

| Phase 1 | L'équipe réalise le diagnostic |
|---|---|
| **Enquête culture de sécurité (obligatoire)** | – contacter sa structure régionale d'appui pour accéder au questionnaire en ligne proposé par eFORAP. |
| **CRM Santé (obligatoire)** | – 80 % des membres de l'équipe doivent bénéficier de cette séance. Un animateur formé animera le module. |
| **Analyse du problème** | – pour mieux cibler les actions. |
| **Formalisation du plan d'action** | – prioriser : proposer 2 voire 3 actions. |

| Phase 2 | L'équipe met en œuvre les actions décidées collectivement |
|---|---|
| **Agir sur l'équipe** | – développer la gestion des risques en équipe.<br>– apprendre à mieux communiquer entre professionnels (outil SAED).<br>– agir sur la dynamique d'équipe (outils briefing/débriefing, fiches d'animation de l'équipe, etc.).<br>– travailler sur le leadership (module d'animation). |
| **Agir sur le patient** | – Impliquer le patient dans l'équipe.<br>– mieux communiquer avec le patient (outil FAIRE DIRE). |
| **Agir sur la gouvernance** | – mettre en place des rencontres de sécurité. |

| Phase 3 | L'équipe mesure et évalue |
|---|---|
| **Évaluer la maturité d'une équipe** | – réaliser l'enquête culture de sécurité (obligatoire à 2 ans).<br>– réaliser la matrice de maturité (évaluer les comportements à partir d'événements indésirables) obligatoire à 1 et 2 ans. |
| **Évaluer les pratiques collaboratives** | – utiliser le module patient traceur ciblé sur l'évaluation des pratiques collaboratives et l'implication du patient (obligatoire à 2 ans). |
| **Évaluer les résultats** | – mesurer la satisfaction des professionnels engagés dans Pacte (questionnaire).<br>– choisir des indicateurs avec les professionnels, dont la satisfaction des patients. |

**>>> L'équipe communique et valorise les résultats en interne comme en externe.**

PÔLE

# GÉRIATRIE ET RÉÉDUCATION

CONSULTATIONS MÉMOIRE

HÔPITAL DE JOUR

ÉQUIPES MOBILES

COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

SOINS DE SUITE ET DE RÉÉDUCATION GÉRIATRIQUE

EHPAD BEAUVALLON

UNITÉ SOINS LONGUE DURÉE

RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de Pôle → Docteur Christelle Troussard
Cadre supérieur de Pôle → Anne Huet
Cadre administratif de Pôle → Frédérique Thomas

## LE PÉRIMÈTRE DU PÔLE EST CONSTITUÉ PAR LES UNITÉS FONCTIONNELLES SUIVANTES :

| Intitulé | Responsable d'unité fonctionnelle ou de service |
|---|---|
| Court séjour gériatrique | Docteur Christelle Troussard |
| Hôpital de jour gériatrique | Docteur Magali Bellecoste |
| Consultation mémoire | Docteur Magali Bellecoste |
| Soins de suite et de réadaptation | Docteur Céline Hervo |
| Équipes mobiles de gériatrie | Docteur Géraldine Courtial |
| Unité de soins de longue durée | Docteur attente de nomination, Dr Christelle Troussard |
| Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) | Docteur Paule Glaizal |
| Rééducation fonctionnelle – kinésithérapie | Docteur Xavier Chambon |

# INTRODUCTION

Le principal objectif du projet de pôle est de construire un parcours de soins coordonné intégrant l'ensemble de la filière gériatrique, y compris les composantes médico-sociales (Service de Soin Infirmier À Domicile – SSIAD, EHPAD) et aussi les services du CHV accueillant des patients âgés polypathologiques.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'amélioration de l'efficience (diminution des hospitalisations injustifiées, fluidification de la filière de prise en charge, coopérations entre les différents intervenants pour éviter les redondances…) sont inscrites à chaque étape de ce parcours de soins.

Sur le volet rééducation, le principal objectif du projet de pôle est la restructuration des locaux de rééducation fonctionnelle du Centre Hospitalier de Valence afin d'améliorer les conditions d'accueil des patients, les conditions de travail des rééducateurs et d'augmenter ainsi l'attractivité de cette unité.

Le pôle s'inscrit dans une collaboration étroite avec la filière gérontologique Drome Ardèche centrée notamment sur les nouvelles technologies d'e-santé.

Le pôle participe aussi à l'enseignement des soignants et des internes et anime des formations extra-muros.

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET

## Développement d'une unité de cardio-gériatrie

### NOM DES PÔLES ET/OU SERVICES CONCERNÉS

Cardiologie Gériatrie.
Court Séjour Gériatrique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Rabot
Docteur Courtial.

### LE PROJET

Mettre en œuvre de manière plus concrète la collaboration déjà amorcée entre les services de cardiologie et de gériatrie pour la prise en charge des patients âgés polypathologiques admis pour problème cardiologique aigu.

Former les équipes actuelles et futures du CSG au diagnostic et à la prise en charge optimale des pathologies cardiaques rencontrées en gériatrie, en acquérant une compétence en échographie cardiaque.

Accompagner la création progressive de lits dédiés à la cardio-gériatrie.

### LES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation d'une partie de l'équipe actuelle de gériatrie et des futurs (éventuels) arrivants à la cardio-gériatrie et à l'échographie cardiaque.

2 – Création d'une équipe mobile de cardiologie à orientation Insuffisance Cardiaque pouvant intervenir pour expertise notamment au Court Séjour Gériatrique.

3 – Création de 3 lits fléchés cardio-gériatrie au CSG.

## Création d'une unité péri-opératoire ortho-gériatrique (UPOG)

### NOM DES PÔLES ET/OU SERVICES CONCERNÉS

Pôle de chirurgie anesthésie bloc opératoire.
Pôle de gériatrie rééducation.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Troussard.
Docteur Dauriac.

### LE PROJET

L'UPOG : unité péri-opératoire ortho-gériatrie est une unité de soins péri-opératoires accompagnant le patient âgé, bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale orthopédique, de son entrée aux urgences jusqu'à la sortie vers un SSR ou vers son lieu de vie.

Les patients concernés sont des patients de plus de 75 ans, avec une ou plusieurs comorbidités : polymédication, polypathologie, chutes à répétition, troubles neurocognitifs, isolement social, dépendance fonctionnelle, nécessitant une prise en charge chirurgicale orthopédique. Ces patients sont à risque de présenter une complication type confusion, décompensation d'une pathologie chronique, installation d'une dénutrition, iatrogénie…

La prise en charge multidimensionnelle gériatrique de ces patients permet d'optimiser la récupération fonctionnelle et de réduire la durée de séjour. Il s'agit d'optimiser la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt des patients fragiles.

Il est important de souligner que le projet d'un Court Séjour Gériatrique orthopédique figurait déjà dans le projet du pôle de gériatrie rééducation 2014-2018. De plus, l'intérêt d'une prise en charge gériatrique des patients âgés hospitalisés en chirurgie orthopédique est déjà reconnu sur le Centre Hospitalier de Valence puisque deux médecins gériatres interviennent déjà dans ce service à hauteur de 0,8 ETP.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Valence dispose d'une filière gériatrique complète sur laquelle l'UPOG peut s'adosser :
– un service de Court Séjour Gériatrique de 30 lits ;
– un hôpital de jour gériatrique, des consultations mémoires et gériatriques ;
– un SSR PAPD, personnes âgées polypathologiques et dépendantes de 35 lits ;
– un secteur hébergement, EHPAD 87 lits et USLD 74 lits ;
– une équipe mobile de gériatrie intra et extrahospitalière.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

La création d'une UPOG nécessite plusieurs étapes :

1 – Définir la localisation et le capacitaire de cette unité. Un prérequis pour le pôle de gériatrie rééducation est que cette unité ne peut pas amputer le capacitaire des lits de Court Séjour Gériatrique existants.

2 – Définir une charte de fonctionnement entre chirurgiens orthopédiques, anesthésistes et gériatre. Le projet d'UPOG doit être construit avec les médecins gériatres qui interviennent actuellement en service de chirurgie orthopédique.

3 – Une fois que la localisation et le capacitaire sont définis, travailler sur les effectifs médicaux et paramédicaux.

4 – Rédiger un projet de service avec l'encadrement, l'équipe paramédicale. Mais aussi développer des formations pour les soignants sur la prise en charge de la confusion, sur la contention. Mais aussi définir des consensus médicaux adaptés aux sujets âgés comme la prise en charge de la douleur, la gestion des anticoagulants.

5 – Renforcer les partenariats avec la filière d'aval : SSR personnes âgées polypathologiques et dépendantes, les EHPAD, les professionnels de santé du domicile.

6 – Assurer un pilotage médico-administratif : valorisation T2A des séjours ; suivi de l'IPDMS.

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME ARDÈCHE

## Quel parcours de soins pour les patients âgés présentant des troubles neurocognitifs ?

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Courtial.
Docteur Bellecoste.

### LE PROJET

Malgré une prévalence élevée des troubles neurocognitifs au sein de la population âgée et l'augmentation significative du nombre de cas dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population, l'accès au diagnostic reste encore insuffisant, à l'origine de sous-diagnostics ou de diagnostics à un stade évolué de la maladie. Ce retard prive le patient et son entourage des interventions susceptibles d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches, d'atténuer les troubles du comportement et de maintenir un niveau d'autonomie compatible avec une vie au domicile.

L'objectif de ce projet est de clarifier le parcours de soins du patient présentant des troubles neurocognitifs afin d'améliorer le repérage des premiers signes de la maladie, de poser le diagnostic et de proposer une prise en charge personnalisée, interdisciplinaire et coordonnée.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Selon le guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif (HAS 2018).

1 – Repérer les premiers signes d'un trouble neurocognitif en médecine générale et débuter la démarche diagnostique.

*Actions :*
- élaboration d'un programme de sensibilisation et de formation des médecins généralistes au dépistage des troubles neurocognitifs ;
- développer des liens avec les Centres de prévention et les dispositifs Azalés.

2 – Établir le diagnostic étiologique et définir les objectifs thérapeutiques.

*Actions :*
- faciliter l'accès aux consultations mémoire et améliorer la lisibilité de l'offre de soins sur le territoire ;
- augmenter le nombre de plages de consultations mémoire, et d'évaluations gériatriques ;
- pour les patients du bassin du Cheylard, soutien du partenariat avec l'hôpital de jour.

3 – Préserver le niveau d'autonomie et de bien-être.

*Action :*
- création d'ateliers d'ETP Alzheimer sur l'Hôpital de Jour gériatrique SSR.

4 – Préserver l'entourage et soutenir les aidants.

*Actions :*
- poursuite des sessions d'aide aux aidants sur le pôle ;
- création d'ateliers d'ETP Alzheimer sur l'Hôpital de Jour gériatrique SSR pour les proches aidants.

5 – Adapter le suivi médical des patients vivants avec un trouble neurocognitif.

*Actions :*
- faciliter le recours aux équipes mobiles gériatriques extrahospitalières au domicile des patients pour lesquels le parcours de soins hospitaliers intra-muros (consultations, évaluations en HDJ) n'est pas adapté (patients anosognosiques, en refus de soins, isolés). Pour couvrir le territoire, création d'antennes d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières sur les centres hospitaliers de Crest et de Die ;
- développer la téléexpertise via MonSisra (en lien avec les consultations mémoire et les équipes mobiles gériatriques).

6 – Prendre en charge les troubles chroniques du comportement.

*Actions :*
- développer les liens avec les unités cognitivo-comportementales existantes ;
- formation des professionnels de santé (libéraux, EHPAD, médecins généralistes) autour des troubles psycho-comportementaux par l'équipe mobile gériatrique extrahospitalière.

7 – Soigner au stade sévère et très sévère de la maladie.

## Quel parcours de soins pour les patients âgés atteints de cancer ?

### NOM DES PÔLES ET/OU SERVICES CONCERNÉS

Pôle de Gériatrie rééducation.
Médecines et Oncologie médicale.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Pelisset.
Docteur Courtial.
Docteur Brun.
Docteur Buiret.

### LE PROJET

Devant le nombre croissant de cancers incidents chez les patients âgés de 75 ans et plus, l'accompagnement de leur prise en soin en devient un enjeu majeur de santé publique.

Leur suivi peut présenter des spécificités liées aux comorbidités, polymédication, à la fragilité qui nécessite une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle et parfois une organisation de soins spécifiques.

Sur le Centre hospitalier de Valence, il existe déjà une Plateforme de Coordination en cancérologie efficiente et il bénéficie de différentes spécialités médicales ou chirurgicales à orientation oncologique qui sont en attente d'une étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire de gériatrie pour accompagner au mieux leur patient.

Par ailleurs le CHV a une filière gériatrique complète (CSG, SSR, EMG, USLD/EHPAD, HDJ, consultations…).

L'objectif est de proposer un parcours de soins du patient âgé atteint de cancer à différentes étapes de son parcours et quel que soit son traitement.

### Quelle évaluation ?

L'évaluation gériatrique approfondie permet d'évaluer les différents paramètres :
– fonctionnel (PS, ADL/IADL, Timed get up and go, Tinnetti et SPPB) ;
– comorbidités (Score Charlson) ;
– état nutritionnel (BMI MNA) ;
– psychologique (GDS) ;
– syndromes gériatriques (sensoriel, chute, troubles neurocognitifs) ;
– statut socio-économique (condition de vie, entourage…) afin de proposer une prise en soin gériatrique adaptée.

Elle peut se décliner par :
– un avis au sein d'un Hôpital de Jour d'oncologie ou autres spécialités ou au décours d'un séjour hospitalier, via l'équipe mobile de gériatrie intrahospitalière ;
– en évaluation pluridisciplinaire en Hôpital de Jour de Gériatrie avec IDE, diététicienne, bilan biologique, ECG, ergothérapeute et assistante sociale ;
– en consultation de suivi avec le gériatre.

Objectifs à moyen terme (dès recrutement sur SSR) : 2 HDJ d'Oncogériatrie par semaine + 1 consultation de suivi et avis selon les besoins.

### À quel moment ?

Au bilan préthérapeutique : suite au dépistage systématique de la fragilité par le spécialiste à l'aide d'un outil, le G8, s'il est inférieur ou égal à 14, une évaluation gériatrique est fortement conseillée.

Elle permettra d'intégrer les propositions gériatriques lors du compte-rendu de la RCP et du programme de soin personnalisé.

Au décours du suivi du patient : consultation gériatrique pour prise en soin des fragilités et éventuel accès à la filière gériatrique.

En pré et post-chirurgie carcinologique afin d'optimiser la prise en soin et proposer une prévention des complications.

En amont d'une radiothérapie lourde.

### Comment ?

En réalisant une demande d'avis sur le logiciel informatique : en précisant le score G8, la question précise de la demande pour orienter l'évaluation et répondre aux attentes des spécialistes, et préciser sous quel format Avis EMG ? / HDJ ?

### Participer à la recherche clinique

Participations à des essais cliniques d'oncogériatrie.

### Liens avec l'UCOG AURA / UCOGIR Auvergne-Loire-Nord Ardèche et Guyane

Participer à la réunion annuelle du COPIL et être identifié sur l'annuaire des réseaux.

Participer aux journées de formations paramédicales ou médicales annuelles pour mise à jour des connaissances.

Possibilité de financement d'appel à projet à hauteur de 5 000 / 10 000 € par an pendant 3 ans (plaquettes, études, matériels…).

Semaine + 1 consultation de suivi et avis selon les besoins.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Calendrier 2022-2023.

1 – À partir de mai 2022, jusqu'à recrutement d'un 4e médecin sur SSR.

2 – Bloquer 1 HDJ MCO le mardi avec avis diététicienne de la plateforme + avis EMG selon les demandes en hospitalisation ou HDJ de spécialité selon temps disponible en l'absence de remplacement SSR.

3 – De façon progressive 0.10 ETP Gériatre vers 0.4 ETP (financement FIR ou MIG ?). Création d'une demande spécifique informatique création d'une plaquette d'information pour les patients.

4 – À partir de septembre 2022, sous réserve de recrutement au SSR ?
Projet de délocaliser les HDJ d'oncogériatrie sur la plateforme de coordination en cancérologie avec IDE / Ergo EMG Gériatre Diététicienne de la plateforme.
2 ou 4 par semaine selon la disponibilité sur les locaux ? En attendant de recruter une IDE formée à la gériatrie (IPA ?), quid du financement ? Temps de secrétariat Médecin Assistante d'Oncologie ?

5 – Extension au territoire.

6 – Collaboration sur le GHT.

7 – Augmentation du temps d'oncogériatre sur le GHT.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Quel parcours de soins pour les patients âgés victimes d'un AVC ?

### NOM DES PÔLES ET/OU SERVICES CONCERNÉS

Pôle de médecine et spécialités.
Pôle médecine et pathologie tumorale.
Pôle gériatrie et rééducation.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Pôle médecine et spécialités → Docteur Blanc-Lasserre.
Pôle médecine et oncologie médicale → Docteur Lafumas.
Pôle gériatrie et rééducation → Docteur BelleCoste.

### LE PROJET

En France, l'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de troubles neurocognitifs et de la troisième cause de mortalité. D'où une mobilisation nationale pour lutter contre les AVC avec l'établissement du plan d'action nationale AVC 2010-2014.

Les patients victimes d'AVC, très âgés, polypathologiques, dépendants, sont de plus en plus nombreux, au sein du CHV comme sur le reste de la France. (cf. analyse du registre thrombolyse valentinois, Dr Buiret). Certaines filières AVC (IDF, cf. ci-après) ont formalisé un parcours dédié.

### Plusieurs enjeux

Optimiser la filière intrahospitalière initiale des personnes âgées présentant un AVC, afin de pouvoir proposer une meilleure prise en charge au plus grand nombre possible de patients.

Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC grâce à une prise en charge multiprofessionnelle précoce, réalisée en unité neurovasculaire ou sur des lits de neurogériatrie identifiés au sein d'un Court Séjour Gériatrique pour certains patients âgés non thrombolysés en coordination avec le neurologue.

Il a été démontré que l'absence de suivi du patient dans l'année qui suit l'AVC est une perte de chance dans le parcours de soins des personnes victimes d'AVC. D'où la volonté de développer des consultations post-AVC pour les personnes âgées, conjointement avec le service de neurologie, pour diminuer les séquelles et limiter la perte d'autonomie engendrée.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Instruction DGOS/R4 numéro 2015 – 262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC et du suivi des AVC : action numéro 6 – définir le contenu d'une consultation post-AVC, expérimenter et la mettre en œuvre.

1 – S'appuyer sur la filière AVC du Centre Hospitalier de Valence (alerte AVC, service des urgences, unité neurovasculaire, service de neurologie) pour permettre une prise en charge initiale des patients très âgés polypathologiques en USI NV, pour éviter l'aggravation neurologique initiale et déterminer le meilleur traitement puis pour les orienter vers la structure la plus adaptée à leur état clinique.

2 – Création de 3 lits dédiés aux patients âgés victimes d'un AVC au sein du court séjour gériatrique avec pour missions :
- prise en charge précoce du patient non thrombolysé : bilan clinique, biologique, radiologique, étiologique (bilan cardiologique) ;
- prise en charge thérapeutique : prise en charge de la polypathologie et des comorbidités ;
- rééducation précoce ;
- évaluation pronostique ;
- bilan médico-social avec orientation vers la structure d'aval adaptée (SSR gériatrique, HDJ SSR, EHPAD, USLD, domicile avec étayage des aides).

Recrutement des patients :
– patients victimes d'un AVC, non thrombolysés, adressés par le neurologue ;
– patients âgés de plus de 75 ans ;
– patient présentant des syndromes gériatriques (polypathologie, polymédication, perte d'autonomie, syndrome confusionnel, antécédents de troubles cognitifs, troubles de la marche, antécédent de chutes à répétition, problématique sociale, malnutrition).

*Actions :*
- création de 3 lits dédiés aux patients âgés victimes d'un AVC et donc nécessité d'augmenter la capacité d'accueil du Court Séjour Gériatrique actuellement de 30 lits. Soit 33 lits de CSG ;
- développement d'une activité de cardiogériatrie (bilan étiologique des AVC).

**3 –** Création de consultations gériatriques post-AVC : évaluation pluriprofessionnelle suite à un AVC pour toute personne ayant présenté un AVC dans les 2 à 6 mois, voire 12 mois, après l'épisode aigu, quelle que soit sa prise en charge initiale (y compris pour ceux qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge en UNV).

Recrutement des patients :
– patients victimes d'un AVC, adressés par le neurologue ;
– patients âgés de plus de 75 ans ;
– patient présentant des syndromes gériatriques (polypathologie, polymédication, perte d'autonomie, syndrome confusionnel, antécédents de troubles cognitifs, troubles de la marche, antécédent de chutes à répétition, problématique sociale, malnutrition).

Missions des consultations :
– évaluer la maladie vasculaire et de repérer d'éventuelles complications ;
– établir un pronostic fonctionnel et cognitif par une évaluation neuropsychologique ;
– évaluer les troubles de l'humeur ;
– évaluer la qualité de vie du patient ;
– assurer la meilleure prévention secondaire et le contrôle des facteurs de risque ;
– évaluer la qualité de vie de l'entourage et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien ;
– informer le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risque, les traitements, les associations de patients ;
– orienter éventuellement le patient vers les professionnels et les structures adaptés. À l'issue de la consultation, il pourra nuitamment être proposé au patient une prise en charge rééducative en hôpital de jour SSR gériatrique.

À l'issue du bilan, sont élaborées pour le médecin généraliste et les différents professionnels prenant en charge le patient :
– une synthèse associant les évaluations médicale, rééducative, psychologique et sociale ;
– des préconisations en termes d'avis spécialisés, de suivi, de rééducation, d'éducation thérapeutique, d'orientation vers des structures adaptées et d'aides pour l'entourage.

*Action*
- création de nouvelles plages de consultations gériatriques pluriprofessionnelles dédiées aux patients victimes d'un AVC.

*Autres*
- création de 3 lits dédiés aux patients âgés victimes d'un AVC et donc nécessité d'augmenter la capacité d'accueil du Court Séjour Gériatrique ;
- formation des soignants (gériatre, IDE, aide-soignant) du CSG aux spécificités de la prise en charge des patients en phase aigu d'un AVC ;
- développement de l'activité de cardio-gériatrie dans le cadre des bilans étiologiques des infarctus cérébraux (cf. fiche action n° 3).

### Impératifs organisationnels

– Rencontres entre les services impliqués pour identification des profils de patients et l'écriture du parcours patient.
– Finaliser la trame de la consultation post-AVC.
– Organiser la prise de rendez-vous avec le secrétariat de gériatrie.

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Aménagement d'une plateforme pluridisciplinaire de rééducation

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Chambon.
Cadre de rééducation.

### LE PROJET

L'objectif du projet est de créer un plateau de rééducation dynamique, innovant et moderne accessible à tous les patients du Centre hospitalier.

Public accueilli : individuel, en groupe ou dans le cadre d'une prise en charge groupale ou d'éducation thérapeutique (ETP).

Cette plateforme pourrait être accessible à différents corps de métier : psychologues, appareilleurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers…

Des projets sont déjà en cours pour faciliter l'accès des patients à des groupes d'éducation thérapeutiques notamment avec l'orthopédie, la rhumatologie, la cardiologie, la neurologie et le Centre antidouleur.

Le plateau actuel de rééducation est ancien, vieillissant, obsolète et constitue un frein à l'accueil des patients dans des conditions adaptées.

Différents projets sont à l'étude : les groupes de parole, les groupes d'éducation thérapeutique, les groupes de remise en forme pour les patients déconditionnés et douloureux chroniques, les groupes de patients porteurs d'un handicap chronique qui voit une progression de leur dépendance notamment dans les déplacements.

Cette remise aux normes du plateau de rééducation constituerait un moyen d'améliorer la transversalité et le partenariat au sein de l'établissement.

Depuis 2004, de nombreux projets de rénovation ont été portés d'abord par le Docteur Reymondon puis par le Docteur Chambon mais malheureusement, pour l'instant, aucun n'a abouti faute de financement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

La rénovation du plateau de rééducation se ferait sur les locaux existants.

L'accueil se ferait pour des personnes individuelles jusqu'à des groupes de 20 personnes au maximum.

1 – La première étape serait d'abord de rénover de manière durable le service de rééducation en insistant sur les qualités d'isolation et du confort thermique.

2 – L'étape suivante serait l'élaboration d'un agenda partagé et des fiches d'objectifs. D'abord pérenniser l'existant avec l'organisation nouvelle des anciens programmes d'éducation thérapeutique et des nouveaux projets de groupe pour la douleur.

3 – Dans un second temps, bien que l'on puisse élargir ce partenariat avec des services intéressés et mettre en place des programmes de réentraînement à l'effort. De manière concomitante, une modernisation des outils de rééducation sera nécessaire. Obsolescence du matériel actuel.
Nécessité d'un outil informatique de type agenda partagé.

## La réalité virtuelle au service de la personne âgée – essai clinique

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Troussard.

### LE PROJET

La réalité virtuelle est de plus en plus utilisée dans les services de soins.

La population âgée hospitalisée ou/et vue en consultation est souvent atteinte de troubles moteurs ou cognitifs pour lesquelles la rééducation est quelquefois limitée.

On peut émettre l'hypothèse qu'un outil qui permettrait de stimuler et d'augmenter la motivation du sujet âgé pourrait entraîner une amélioration des symptômes qu'ils soient physiques ou cognitifs de cette population.

Nous proposons plusieurs études cliniques utilisant la technique de la réalité virtuelle pour améliorer les capacités motrices et aussi cognitives de nos patients.

Ces études se feront en lien avec une société proposant de la réalité virtuelle dans le cadre de protocoles de recherche clinique sur l'hôpital de Valence.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontre avec des fournisseurs de casques de réalité virtuelle.

2 – Rencontre avec l'unité de recherche clinique du Centre hospitalier de Valence.

3 – Écriture du protocole avec toutes les étapes nécessaires à sa validation.

4 – Mi-2023 réalisation des protocoles cliniques.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Projet managérial au SSR : renforcer les compétences individuelles au service du collectif. Motiver et former pour mieux soigner

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Hervo.
Madame Bellavia.

### LE PROJET

Le projet fait suite à l'axe numéro 3 préconisé dans le guide issu du Ségur de la Santé (aout 2021) *« favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant ».*

Il a pour objectifs :
– garantir une qualité des soins optimales par un socle commun de connaissances et de valeurs ainsi : donner du sens / interactions savoir-savoir faire-savoir être ;
– mobiliser les ressources par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire pour accompagner les soignants dans la discipline gériatrique ;
– améliorer la performance du staff ;
– impliquer des soignants, de motivation dans le travail source de sérénité et épanouissement professionnel par l'entretien des connaissances et leur mise en pratique.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Cerner les attentes et les besoins de l'équipe en fonction de son hétérogénéité.
- Réunion de service : information / échange avec l'équipe.
- Analyse du travail quotidien.
- Entretiens annuels d'évaluation.
- Temps informels d'échange au quotidien.
- Mise en place d'une boite à idées pour les sujets à exploiter.

2 – Mise en œuvre
- Établissement d'un calendrier de fonctionnement :
  – 1 fois par mois 14 h - 14 h 30 :
    • exposé d'un retour de formation par membre de l'équipe,
    • formation courte par médecin / rééducateur / équipe transversale,
    • remise à jour de protocoles,
    • temps d'information par un service support ;
  – tous les 2 mois : temps d'échange en présence de la psychologue sur des situations cliniques et/ou relations avec les familles ;
  – 2 fois par an : revue de morbi mortalité.
- Mise en ligne d'un dossier commun partagé SSR avec archivage des présentations pour que tous les membres de l'équipe y aient accès.

## Nouvelle organisation soignante à l'EHPAD

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Glaizal.
Madame Huet, cadre supérieur de santé.

### LE PROJET

Reconstruction d'un EHPAD sur trois niveaux comprenant un rez-de-chaussée et deux étages d'hébergement, dont :
– une unité sécurisée pour 12 résidents aux capacités cognitives altérées avec troubles comportementaux ;
– deux autres unités d'hébergement accueillant chacune 38 résidents, chaque unité étant répartie sur deux ailes du bâtiment ;
– un pôle soin infirmier situé au premier étage, équipé, comprenant bureau, salle de pansement, salle de relève et pharmacie permettant ainsi aux personnels soignants de travailler dans des conditions d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie adaptées.

Le nouvel EHPAD adapté aux attentes et à la dépendance des résidents propose des chambres individuelles, rafraîchies et dotées de salles de bains. L'aide aux repas et la distribution des médicaments seront effectives dans les trois salles à manger de ce lieu de vie.

Les locaux des professionnels de consultation et de soins seront regroupés au rez-de-chaussée (médecin, kinésithérapeute, psychologue et podologue).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Ce projet va contribuer à améliorer les conditions de travail des professionnels de par son architecture (moins de circulation en ascenseur) et ses équipements (rails de plafonnement…) ; des organisations nouvelles vont être à établir :
– organisation hôtelière dans 3 salles à manger dédiées, nécessitant du temps supplémentaire agents hôteliers ;
– permettre aux AS/AVS de se recentrer sur leur cœur de métier ;
– poser une nouvelle organisation au premier étage des distributions des médicaments lors des repas en concertation avec les professionnels ;
– offrir un accompagnement spécifique et personnalisé quels que soient les besoins et l'état de santé des résidents, grâce à la formation des professionnels, aux techniques de soins et de communication adaptés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées et de prises en soins de situations aiguës, voire de soins palliatifs le cas échéant (formation d'AS assistant de soins en gérontologie, assurer un temps infirmier le week-end analogue aux jours de semaine).

PÔLE

# MÉDICOTECHNIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

CYTOGÉNÉTIQUE

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

IMAGERIE MÉDICALE

INFORMATION MÉDICALE

LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE

MÉDECINE NUCLÉAIRE

PHARMACIE STÉRILISATION

SANTÉ AU TRAVAIL

# PRÉSENTATION

## LES STRUCTURES D'ORGANISATION MÉDICALE

Chef de pôle → Docteur Francis Deplus.
Cadre supérieur de pôle → Christian Roux.
Cadre administratif de pôle → poste vacant.

## LE PÉRIMÈTRE DU PÔLE EST CONSTITUÉ PAR LES UNITÉS FONCTIONNELLES SUIVANTES :

| Intitulé | Chef de service |
|---|---|
| Laboratoires de Biologie Médicale | Docteur Françoise Thiebaut |
| Service de Cytogénétique | Docteur Marie-Noelle Bonnet-Dupeyron |
| Service de Pathologie (anatomo-cytopathologie) | Docteur Bernard Juberthie |
| Imagerie médicale : scanners, IRM, échographie doppler, radiologie conventionnelle, radiologie interventionnelle, mammographie | Docteur Francis Deplus |
| Médecine nucléaire TEP Scan | Docteur Houda Leghzali-Moise |
| Pharmacie / Stérilisation | Docteur Hassan Hida |
| Service Hygiène et Épidémiologie | Docteur Fethi Bensalem |
| Département d'Information Médicale | Docteur Josiane Tomas |
| Service de Santé au Travail | Docteur Laurence Duchange |

# INTRODUCTION

Offrant aux services cliniques et aux patients une prestation technique dans le domaine du soin : consultation de spécialités, résultats de biologie médicale, d'anatomo-cytopathologie, et d'imagerie, délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux, conseil en hygiène, prévention et contrôle des infections, stérilisation du matériel, production d'information médicalisée à partir de données d'activité ; le plateau médico-technique du Centre hospitalier de Valence dispose d'équipements modernes et performants.

Les équipes du Pôle Médico-Technique et Santé Publique œuvrent au quotidien avec une préoccupation constante pour la qualité du service rendu aux patients. Dès lors, l'ensemble des prestations ont pour visées la technicité, la sûreté et l'efficacité.

Face aux perspectives et aux enjeux futurs de la coopération territoriale hospitalière, le Pôle continuera son engagement dans une logique de partenariat érigeant ainsi son Plateau Technique comme référence sur le territoire de santé Sud Rhône-Alpes. En outre, avec notamment le service d'anatomopathologie à vocation territoriale, la reconnaissance d'un laboratoire de Biologie Médicale de référence sur les examens de biologie spécialisée du GHT, la poursuite du développement de la prestation de télé imagerie au profit des hôpitaux de la direction commune, le Pôle Médico-Technique tend à conforter son positionnement dans le maillage territorial. In fine, la dimension territoriale du Pôle doit avoir pour objectif une meilleure efficience et un meilleur service rendu au patient.

Enfin, le développement de nouvelles activités et d'équipements médico-techniques tels que la thrombectomie et la création d'une deuxième salle de radiologie interventionnelle multi modalité couplée à un scanner, le traitement de certaines lésions tumorales percutanées mais aussi la spectrométrie de masse, la robotisation de la dispensation des médicaments, l'installation d'un deuxième TEP scan, les techniques complémentaires en biologie moléculaire, témoigne d'une volonté certaine d'inscrire le Pôle et par là même le Centre Hospitalier de Valence dans une dynamique d'innovation, facteur clé d'attractivité.

De plus le service de santé au travail s'inscrit dans la volonté d'améliorer la qualité de vie aux travail dans les établissements de santé.

Pour finir l'intelligence artificielle fera nécessairement son entrée dans différentes activités : du codage des séjours par le DIM, à l'aide au diagnostic…

# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET

## Prévention et contrôle des infections et antibiorésistances

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Weil.
Docteur Vincent.
Docteur Bensalem.

### LE PROJET

Action principale centrée sur la prévention de la transmission croisée des bactéries multirésistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe).

– S'assurer de l'application par tous les professionnels des précautions standard et précautions complémentaires, notamment en réalisant des audits d'observations des pratiques professionnelles (indicateurs nationaux ICSHA et PCC).

– Promouvoir le BUA (Bon Usage des Antibiotiques) notamment en remplissant l'indicateur ATBIR, audit de prescription des antibiotiques d'une durée de moins de 7 jours pour le traitement des infections respiratoires basses) en collaboration avec les services de pharmacie, les infectiologues du CHV et les services qualité des établissements.

– Organiser des formations des professionnels médicaux et paramédicaux (nombre de professionnels formés, catégories professionnelles) sur la prévention des infections et l'antibiorésistance.

– Développer l'information et la formation des usagers (intranet, nombre d'usagers informés / formés) sur la prévention des infections et l'antibiorésistance.

– Mettre en place systématiquement l'alerte informatique dès l'admission du patient connu pour BHRe dans tous les établissements en convention.

– Former les professionnels des établissements sanitaires au repérage des situations à risque de BHRe (soins à l'étranger, rapatriement sanitaire…) et mise en place d'un dépistage.

– Former les professionnels de soins du secteur médico-social à la détection des infections urinaires et la prévention de l'antibiorésistance.

– Assurer la promotion dans le secteur médico-social de la vaccination et de l'utilisation précoce des antiviraux afin de prévenir les infections respiratoires et l'antibiorésistance.

– Poursuivre la veille sanitaire entre les différentes équipes d'hygiène du secteur médico-social 26/07.

– Développer le partenariat équipe multidisciplinaire en antibiorésistance.

## Prévention et contrôle des infections et actes invasifs

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Weil.
Docteur Vincent.
Docteur Bensalem.

### LE PROJET

Action principale centrée sur la réduction du risque d'infection sur les dispositifs intravasculaires :

– s'assurer de l'utilisation des protocoles et des outils d'aide à l'observance grâce à la réalisation d'audit de pratiques et d'autoévaluations régulières ;

– renforcer la formation des professionnels en déployant les outils de simulation et les analyses de cas concrets ;

– surveillance des bactériémies sur cathéters centraux en réanimation (surveillance nationale SPIADI) ;

– former les professionnels de soins du secteur médico-social aux bonnes pratiques de sondage urinaire.

# Poursuivre les campagnes de promotion de la vaccination auprès des professionnels

## RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Weil.
Docteur Vincent.
Docteur Bensalem.

## LE PROJET

39 % des professionnels du CH de Valence ont été vaccinés contre la grippe en 2020. Ce taux est en moyenne de 30 % sur les établissements sanitaires en convention et 37,6 % sur les établissements médicosociaux en convention. L'objectif national de vaccination antigrippale parmi les professionnels de soins est une couverture vaccinale supérieure à 70 % d'ici 2025 en ES et ESMS.

Campagne de vaccination antigrippale en collaboration avec la santé au travail et la pharmacie.

Poursuivre les campagnes de promotion de la vaccination auprès des professionnels par une démarche d'éducation et de promotion de la santé (envisager des partenariats si budget possible : type IREPS ou autres…).

# L'HÔPITAL DE RECOURS DRÔME ARDÈCHE

## Adaptation des équipes d'hygiène

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Weil.
Docteur Vincent.
Docteur Bensalem.

### LE PROJET

La composition en termes de ratio praticien et infirmier pour les établissements sanitaires a été définie par la circulaire de 2000 et n'a fait l'objet d'aucune réactualisation réglementaire à ce jour si ce n'est de nouvelles recommandations SF2H de 2021 non encore validées par les tutelles.

Dans l'établissement, un projet expérimental a permis en 2007 de se doter d'une équipe mobile d'hygiène (EMH) dédiée aux établissements médico-sociaux ; ce projet a ensuite été étendu (et pérennisé) par l'ARS à la région Rhône-Alpes ; le ratio de cette EMH, basé sur notre expérience est d'un ETP praticien et de 1,8 ETP infirmier pour 3 000 résidents.

De nouvelles demandes de conventions ont fait jour (pour l'interétablissements et l'EMH), comme le SSIAD de la ville de Valence ou les FAM-MAS, IEM, IME du bassin, auxquelles le service a répondu partiellement, en fonction de ses moyens humains.

Action principale centrée sur l'adaptation de la composition des équipes à la charge de travail :
– maintenir le travail en réseau sur le territoire de santé Drome-Ardèche Isère ;
– répondre au mieux aux demandes des structures en convention ;
– prévoir l'extension des missions vers l'exercice libéral.

## Accompagner l'activité d'hématologie clinique

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Thiebaut.
Docteur Munier.

### LE PROJET

En lien avec l'augmentation d'activité et les recrutements attendus de médecins en hématologie clinique, nécessité d'adapter les moyens et le personnel nécessaires au fur et à mesure sur le secteur Hématologie biologique du laboratoire.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Formation/ habilitation et/ou recrutement de nouveaux biologistes.

2 – Formation / habilitation et/ou recrutement de nouveaux techniciens.

3 – Achat de microscopes / compteurs de formules / équipement informatique des postes de lecture.

4 – Mise en place de nouveaux marqueurs / techniques en cytométrie en flux.

## Mise en place d'une plateforme de spectrométrie de masse

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Le Bricon.
Docteur Sartre.

### LE PROJET

Acquisition d'un automate de spectrométrie de masse (LCMS) permettant la réinternalisation de dosages spécifiques actuellement externalisés aux HCL : vitamines, médicaments… Avec notamment dosage sur site de certains antibiotiques pour répondre aux demandes des réanimateurs et infectiologues afin d'optimiser l'antibiothérapie et d'améliorer la prise en charge des patients.

Ce serait la seule plateforme LCMS du secteur public Drome Ardèche. Cette acquisition est à envisager dans un cadre de coopération des laboratoires publics Drôme Ardèche avec réalisation de ces examens pour les hôpitaux voisins.

Parallèlement, toujours dans l'optique d'une optimisation de l'antibiothérapie, amélioration de l'évaluation de la sensibilité des antibiotiques grâce à un système automatisant la réalisation et la lecture des concentrations minimales inhibitrices (CMI) des antibiotiques.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Acquisition et installation de l'automate de spectrométrie de masse.

2 – Formation du personnel (techniciens et biologistes).

3 – Validation de méthodes.

4 – Réinternalisation d'activité actuellement sous-traitée aux HCL et mise en place des dosages en routine.

5 – Acquisition et installation d'un système de réalisation et lecture automatique des CMI.

## Installer un second TEP-scan

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Leghzali-Moise.
Madame Carmona, FF cadre de santé.

### LE PROJET

Le CHV est autorisé à installer un 2e TEP.

L'acquisition d'un 2e équipement TEP s'inscrit dans le cadre des objectifs du nouvel arrêté portant sur l'identification d'un besoin et d'une nécessité en matière de santé publique d'une TEP au sein de la zone de soins de proximité du département d'Ardèche. Le SROS reconnaît le centre hospitalier de Valence comme pôle de référence en cancérologie au service des patients adressés par les médecins correspondants de la région Drôme-Ardèche. Du fait de l'expertise du service de médecine nucléaire du centre hospitalier de Valence, la qualité du plateau technique existant, la qualité du pôle oncologie, notre demande d'acquisition d'une 2e TEP s'inscrit dans la logique d'une continuité des soins et la prise en charge globale des patients.

## Ouverture d'une nouvelle stérilisation de territoire

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Combe.
Docteur Hida.
Madame Zinant, FF cadre de santé.

### LE PROJET

Avec le renouvellement du nouveau plateau technique et des blocs opératoires, l'unité de stérilisation sera relocalisée et bénéficiera de nouveau locaux fin 2024.

Ces locaux permettront une extension de surface (en zone de lavage et de conditionnement notamment) permettant d'absorber une augmentation d'activité.

La zone de conditionnement sera réorganisée afin d'améliorer l'ergonomie des postes de travail avec un mobilier adapté et non réfléchissant et facilitant le picking des consommables.

Un nouveau type d'emballage sera utilisé pour conditionner des compositions conséquentes tout en visualisant le contenu.

Quatre laveurs et quatre autoclaves seront transférés dans la nouvelle unité de stérilisation. La mise en place d'une nouvelle cabine de lavage permettra une prise en charge rapide des instruments et des conteneurs en une seule étape.

Pour répondre à une robotisation de certaines interventions chirurgicales et prendre en charge les endoscopes destinés aux cavités stériles du bloc opératoire, l'achat d'un Stérilisateur Basse Température sera nécessaire.

La traçabilité est un axe primordial pour l'unité de stérilisation afin de répondre à la sécurisation de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. En effet, la traçabilité à l'instrument via l'utilisation de lecteur Datamatrix® permettra de retrouver l'historique d'un dispositif médical restérilisable pour chaque patient et d'améliorer la qualité de l'étape de recomposition.

De plus, une interface pourrait être déployée entre le logiciel du bloc Easily® et le logiciel de stérilisation HMSté® pour informatiser entièrement le dossier patient.

Afin de limiter les compositions incomplètes et d'organiser un réassort rapide, l'unité sous réserve d'un temps dédié pourrait prendre en charge le réapprovisionnement (recueil – commandes – réception – recomposition) des dispositifs médicaux implantables restérilisables (ostéosynthèse).

## Conforter et compléter l'offre d'anatomocytopathologie sur le territoire Drôme Ardèche

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Juberthie.
Docteur Augros.
Madame Brunet, FF cadre de santé.

### LE PROJET

Lors de la construction du nouveau laboratoire d'anatomocytopathologie en 2017, celui-ci a été dimensionné pour une activité territoriale. À ce jour, les CH ci-dessous travaillent en collaboration avec le service de pathologie de Valence :
– CH de Privas depuis 2012 ;
– CH de Crest et Die depuis 2017 ;
– CH de Montélimar depuis 2019 (seulement l'activité hospitalière) ;
– CH d'Aubenas depuis 2020 (seulement l'activité hospitalière).

Le projet étant de récupérer :
– l'activité externe des CH de Montélimar et Aubenas ;
– la totalité de l'activité du CH de Romans faisant partie de notre GHT.

Le développement de cette activité permet :
– d'acquérir de nouvelles techniques nécessitant un nombre minimum d'examens pour pouvoir être déployées ;
– d'améliorer l'organisation du service en permettant des spécialisations du personnel tant médical que technique ;
– d'augmenter l'attractivité du service auprès des jeunes médecins et techniciens et ainsi de renforcer l'équipe. Dans cette perspective, on prévoit de créer entre autres un poste d'assistant partagé avec le CHU pour conforter les liens avec nos correspondants experts de spécialités.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontres
Rencontre entre les directions des établissements, les médecins concernés par l'activité d'Anatomocytopathologie et les intervenants du service de Pathologie pour connaître les attentes de chacun.

2 – Réflexion des parties
Suite aux premiers échanges, on procédera à l'analyse des données d'activité, à l'évaluation des impacts matériels, techniques et en ressources humaines, à une réflexion sur l'aspect financier (rentabilité) et les possibilités de réponse aux attentes de chacun.

3 – Réunion de synthèse
Réunion entre les directions, présidents de CME et le représentant du service de Pathologie.
Rédaction de la convention.

4 – Rencontre avec les cadres des services concernés
Présentation du service, du matériel, des méthodes d'acheminement des prélèvements et du consommable et ceci en lien avec les services logistiques.

5 – Signature de la convention.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Implantation d'un scanner au sein du service des urgences

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Deplus.
Madame Robert, cadre de santé.

### LE PROJET

Le service d'imagerie dispose de 3 scanners. L'objectif à terme, est de pouvoir déménager le scanner n° 3 au sein du service des urgences afin de dédier son activité à la prise en charge des patients au plus près de l'accueil des urgences. Ceci permettra de réduire les transports entre le SAU et le scanner, fluidifiera et sécurisera les parcours patients et l'organisation de manière générale.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Ce projet s'inscrit dans le projet de la refonte architecturale du service des urgences. Il ne nécessite donc ni moyens humains, ni moyens financiers supplémentaires (hormis le déménagement en lui-même). Le scanner devra toutefois être implanté à proximité de la salle de radiographie des urgences.

2 – L'espace libéré par ce déménagement en radiologie centrale, permettra de réinvestir les locaux afin d'implanter une nouvelle salle de radiodiagnostic.

## Faciliter la prise de rendez-vous en imagerie

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Deplus.
Madame Robert, cadre de santé.

### LE PROJET

Aujourd'hui l'accès à la prise de rendez-vous en imagerie est limité au fax (hospitalisés et/ou consultants), au téléphone (difficilement joignable) et à l'accueil physique. La création d'un portail de demande et de prise de rendez-vous aura pour objet de faciliter cet accès, tant pour les patients hospitalisés que consultants et externes. Ce portail offrira la possibilité de :
– déposer une demande de rendez-vous nécessitant la validation médicale pour des examens spécifiques ;
– prendre directement rendez-vous en ligne pour des examens plus communs.

La mise en place de ce portail nécessite la mise à jour du logiciel existant et permettra essentiellement :
– la prise en charge de l'INS (Identité Nationale de Santé) ;
– l'interfaçage du logiciel métier avec « Mon Espace Santé » ainsi qu'avec Easily et autres logiciels métiers hospitaliers ;
– la réduction du publipostage.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Changement des serveurs du Système Informatique de Radiologie (RIS). Opération en cours pour une fin prévue en septembre 2022.

2 – Mise à jour et évolution de la version du logiciel métier (RIS) de septembre à décembre 2022.

3 – Démarrage du portail fin 2022 / début 2023.

## Faciliter l'accès au Centre de prélèvement du laboratoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Thiebaut.
Madame Fernandez Alves, cadre de santé.

### LE PROJET

Assurer au centre de prélèvement du laboratoire des locaux suffisamment grands permettant d'avoir 2 salles de prélèvements IDE, une salle d'ECG / attente couchée et une salle de prélèvements médicaux (myélogrammes, prélèvements mycologiques, prélèvements jugulaires…).

Conserver la proximité géographique avec la consultation anesthésie lors de la relocalisation de la centrale de programmation chirurgicale.

Améliorer l'accès et la visibilité du centre de prélèvement pour les patients de l'hôpital et les patients extérieurs à l'hôpital (affichage extérieur, fléchage spécifique, parking…).

Intégrer les prélèvements d'examens biologiques dans les parcours patients (bilans préconsultation, bilans de suivis…), via la prise de rendez-vous associée à la planification du bloc opératoire, le parcours maternité…

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Relocalisation / agrandissement du centre de prélèvement.

2 – Amélioration de l'affichage / fléchage et accès au Centre de prélèvement.

3 – Communication sur l'existence du centre et les prélèvements réalisés.

## Proposer une offre de biologie publique de proximité sur le territoire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Thiebaut.

### LE PROJET

Lors de la crise Covid, le laboratoire de biologie médicale du CHV a pris la place de laboratoire de recours en réalisant les PCR Covid pour plusieurs laboratoires des établissements Drôme Ardèche. Il est par ailleurs sollicité en soutien de laboratoires en difficulté de recrutement (laboratoire du CH de Privas) ou pour la mise en place de biologie délocalisée (CH de Lamastre).

Les contraintes actuelles de recrutement et d'accréditation laissent à penser que des coopérations fortes entre laboratoires et/ou établissements hospitaliers Drôme Ardèche vont devenir nécessaires.

Le LBM de CH de Valence souhaite renforcer sa position de LBM de référence sur le secteur en réalisant la biologie spécialisée pour les laboratoires hospitaliers qui sous-traitent actuellement ces examens au privé avec, le cas échéant, mise en place de postes partagés. Ces coopérations peuvent également être l'occasion de mettre en place de nouvelles techniques.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Automne 2022 : mise en place du projet de partenariat avec le laboratoire du CH de Privas.

2 – Mise en place de la biologie délocalisée au CH de Lamastre.

3 – Enquête auprès des laboratoires Drôme Ardèche sur leurs besoins en termes de prise en charge d'examens de biologie spécialisée. Étude de faisabilité (navettes, informatique, facturation).

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Création d'une deuxième salle de radiologie interventionnelle multimodalité

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Deplus.
Madame Robert, cadre de santé.

### LE PROJET

L'activité en salle d'imagerie interventionnelle est en croissance et demeure une activité soutenue, à raison de 1983 gestes effectués en 2021. La création d'une deuxième salle à proximité de la première a plusieurs objectifs :

– démarrer et développer l'activité de thrombectomie intracrânienne afin de s'inscrire dans le projet territorial. Cette activité permettra la collaboration avec le CHU de Lyon, site formateur pour les radiologues ;

– développer de nouveaux actes grâce à la multimodalité couplant scanner, angiographie et échographie ;

– diminuer les délais de programmation en augmentant l'accès à l'activité interventionnelle ;

– améliorer la qualité :
- meilleures conditions d'asepsie liées à l'environnement de bloc opératoire,
- gain en précision, sécurité et efficience dans les gestes grâce au couplage des modalités,
- accès anesthésie facilité.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Construction d'un bâtiment venant se positionner en continuité de la salle interventionnelle existante 2023-2024 ?

2 – Implantation d'une nouvelle salle interventionnelle multimodale.

3 – Formation des radiologues à la pratique de la thrombectomie intracrânienne 2022-2023.

4 – Formation des manipulateurs au DU de radiologie interventionnelle : 2 formations financées pour 2022-2023.

## Accompagner le virage de la biologie moléculaire

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Barrial-Lochet.

### LE PROJET

– Acquisition d'un automate de PCR multiplex pour une prise en charge syndromique : PCR d'urgence comme les PCR méningite et PCR respiratoire pour des patients de réanimation. Ceci permettant une prise en charge plus rapide et plus large des patients (traitement antibiotique adapté plus rapidement et diminution de la durée moyenne d'hospitalisation).

– Réinternalisation de demandes envoyées aux HCL et éventuellement examens à proposer aux HDN ou autres laboratoires Drôme Ardèche dans le cadre d'un partenariat.

– Élargissement des panels pour les PCR virales et bactériennes sur les automates déjà en place au laboratoire afin d'apporter une réponse plus adaptée et plus rapide aux cliniciens en réinternalisant certaines recherches spécifiques.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Acquisition et installation de l'automate de PCR syndromique.

2 – Étude de faisabilité (volumes / coûts) pour la mise en place de nouveaux paramètres (nouveaux réactifs).

3 – Formation du personnel (techniciens et biologistes).

4 – Validation de méthodes.

5 – Réinternalisation d'activité actuellement sous-traitée aux HCL et mise en place des dosages en routine.

## Robotisation et mise en œuvre de la dispensation nominative

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Hida.
Docteur Grave.
Docteur Eugene.

### LE PROJET

Sécurisation du circuit des médicaments administrés par voie orale.

Automatisation de la préparation individuelle nominative des doses à administrer avec un robot de dispensation individuelle nominative (DIN).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Acquisition d'un robot de reconditionnement unitaire (peut être dimensionné pour les besoins des PUI des établissements de la direction commune).

Acquisition d'un robot de préparation de doses à administrer.

2 phases dans ce projet :

1 – mise en place de ce robot de DIN en mode hebdomadaire pour les patients de la filière gériatrique et les détenus.

2 – extension aux lits de court séjour en mode journalier (DJIN).

L'extension des préparations de doses unitaires et/ou des doses à administrer aux établissements de la direction commune peut également être engagée dans le cadre d'un projet territorial.

## Déploiement de techniques innovantes en anatomopathologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Juberthie.
Docteur Augros.
Madame Brunet, FF cadre de santé.

### LE PROJET

Mise en place de nouvelles techniques en réponse au développement d'activités existantes (IF en dermatopathologie, biologie moléculaire), ou au développement de nouvelles organisations de travail en lien avec des innovations technologiques (pathologie numérique).

Buts : s'adapter aux innovations de la profession, améliorer l'attractivité du service et conforter le lien avec les CHU.

3 axes :

– Mettre en place la technique d'immunofluorescence en dermatopathologie afin de développer la pathologie inflammatoire cutanée au CHV.

– Biologie moléculaire : acquisition d'une nouvelle technologie (NGS) en complément de la technique existante (PCR en temps réel) pour déployer un panel plus large d'offres de techniques en réponses aux demandes de nos correspondants (oncologues, pneumologues, gastro-entérologues, dermatologues, gynécologues…).

– Pathologie numérique : préparer à moyen / long terme le virage numérique de la discipline – voulu par le conseil national professionnel des médecins pathologistes et les instances gouvernementales par l'acquisition d'un scanner de lames pour numériser les images histologiques et permettre de les échanger plus facilement avec les CHU. On peut citer : l'aide au diagnostic par l'analyse d'images, l'utilisation d'algorithmes de quantification pour biomarqueurs diagnostiques ou pronostiques, le partage et échange de lames virtuelles pour recours à l'expertise. Mais aussi des demandes d'avis simples et rapides, la participation à des séminaires de lames…) et l'archivage de certains cas de façon dématérialisée (lames d'IF en dermatopathologie). À noter que la numérisation de la discipline impliquera un effort important de mise à niveau du matériel (outils de numérisation, infrastructures informatiques, postes de travail, réseaux, structuration et gestion des données).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mise en place la technique d'immunofluorescence (IF) :
- simple achat du consommable lorsque l'équipe médicale / paramédicale sera renforcée ;
- adaptation de l'organisation côté technique, rédaction de protocoles ;
- réunion pour une présentation de la technique aux dermatologues.

2 – Développement de la technique de biologie moléculaire :
- évaluation des besoins et de la quantité de technique minimale nécessaire pour la viabilité du projet ;
- rencontre avec les fournisseurs pour l'étude technique et financière du projet ;
- si besoin recherche de recrutement d'examens au-delà du territoire et/ou partenariat avec d'autres services de pathologie de CH généraux (Chambéry, Bourg-en-Bresse…) pour atteindre le seuil de rentabilité ;
- achat, location ou mise à disposition de l'appareil de biologie moléculaire et des consommables ;
- ± signature d'une convention avec les services de pathologie des CHG partenaires éventuels ;
- réunion pour une présentation de la technique aux correspondants cliniciens, oncologues et chirurgiens des diverses spécialités.

3 – Mise en place de la pathologie numérique :
- évaluation des besoins ;
- rencontre avec les fournisseurs pour l'étude technique et financière du projet ;
- réflexion sur les infrastructures informatiques, réseaux, structuration et gestion des données.
- essai de différents automates et des logiciels de traitement ;
- achat, location ou mise à disposition du scanner de lames ;
- mise en place d'une collaboration à distance grâce aux images numérisées avec les CHU pour les avis diagnostiques difficiles et réunions spécialisées multisites.

## Recours à l'IA et amélioration du process de facturation au fil de l'eau

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Tomas.
Docteur Boly.

### LE PROJET

Le recours à un appui informatisé pour le codage ainsi que le contrôle qualité des séjours permettrait de garantir la productivité du service DIM en rendant :
– plus exhaustif le recueil des données ;
– moins chronophage le traitement des dossiers.

Deux types de logiciels métiers permettent actuellement d'améliorer l'exhaustivité ainsi que la qualité du codage des dossiers :
– les outils d'aide au choix des diagnostics pour faciliter et sécuriser le codage initial des dossiers ;
– les outils d'aide à l'optimisation via l'Intelligence Artificielle.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Essais, tests et choix des outils.

2 – Mise en place des passerelles et différents accès informatisés.

3 – Formation de l'équipe DIM à l'utilisation des outils.

4 – Mise en place de tableaux de bord permettant d'assurer le suivi.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Pérenniser le développement de l'EIDLIN

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Weil.
Docteur Vincent.
Docteur Bensalem.

### LE PROJET

Le service d'hygiène et d'épidémiologie s'est doté depuis 1995 d'un organisme de formation EIDLIN. Ce dernier est enregistré par l'OGDPC depuis 2013 en tant qu'organisme habilité à délivrer des formations dans le cadre du DPC.

En 2020-2021, 124 professionnels (soit 696 heures de formation) ont participé à l'une des 11 sessions proposées, malgré la crise sanitaire. Avant cette crise, ce sont plus de 500 professionnels (soit plus 4 000 heures de formation) qui ont été formés chaque année.

Action principale centrée sur une offre de formation sur la Prévention et le Contrôle du Risque Infectieux (PCI), adaptée pour les professionnels des établissements de santé et ESMS :
– pérenniser l'offre destinée aux paramédicaux ;
– ouvrir certaines formations destinées aux paramédicaux (gestion des PICC Line et Mid Line…) aux paramédicaux des secteurs SSIAD ou libéraux ;
– renforcer celle destinée aux médicaux et aux administratifs ;
– amorcer une sensibilisation destinée aux usagers (site intranet, Flyer, campagne annuelle de sensibilisation à la PCI…).

## Restructuration de l'accueil secrétariat IRM / scanner

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Deplus.
Madame Robert, cadre de santé.

### LE PROJET

Afin de mettre en adéquation l'espace d'accueil secrétariat d'imagerie en coupe avec la nouvelle organisation du plateau d'imagerie (départ des radiologues libéraux depuis le 1er janvier 2022), nous souhaitons repenser l'aménagement de ces locaux :
– mise aux normes du mobilier d'accueil ;
– faciliter l'accès et le flux patients ;
– optimiser l'organisation de travail des professionnels.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Concertation avec le service des travaux (élaboration de plan).

2 – Travaux structurels : porte avec accès PMR et repositionnement de la banque d'accueil.

3 – Rachat de mobilier.

## Adaptation des locaux et des effectifs de la Pharmacie à l'activité

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Hida.
Madame Vincendon, FF cadre de santé.

### LE PROJET

#### Adaptation des locaux

La Pharmacie du CHV a été construite et livrée en 2006.
Les surfaces utilisables sont de 1 600 m² environ, toutes activités confondues.
Le budget consommé, indicateur direct du volume d'activité de la pharmacie, était en 2006 de 15 276 000 €, médicaments et dispositifs médicaux compris.
Le budget 2022 (projeté) sera d'environ 46 900 000 €, soit plus (+ 307 %).
Les locaux actuels ne correspondent plus aux besoins en termes de stockage, d'activité, et en termes de normes de sécurité. Par ailleurs, la mise en œuvre de la dispensation nominative qui permet de répondre aux recommandations et aux exigences réglementaires ne peut pas être envisagée dans les locaux actuels.
Les locaux actuels sont également exclusifs de tout projet territorial.

### Adaptation des effectifs

Les effectifs de la pharmacie à périmètre constant ont très peu évolué depuis 15 ans au regard de l'évolution de l'activité de l'établissement.

### Nécessité de réviser et d'adapter

– Les effectifs préparateurs sur les secteurs médicaments et dispositifs médicaux stériles.
– Les effectifs secrétariat et administratifs.
– Les effectifs magasiniers.
– Les Effectifs Pharmaciens (pérennisation des postes d'assistants actuels au regard des difficultés de recrutements et création à très court terme d'un poste supplémentaire sur le secteur dispositifs médicaux.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Agrandissent des locaux de la pharmacie en horizontal et/ou vertical selon les possibilités architecturales et étude de toutes possibilités d'externalisation dans d'autres locaux de certaines activités (préparations).

2 – Évaluation précise des besoins nécessaires à l'activité en personnel préparateurs, magasiniers, et administratifs et mise en œuvre des recrutements.

3 – Pérennisation des postes d'assistants actuels, (sur 2 ans) et recrutement à très court terme d'un pharmacien sur le secteur dispositif.

# Développer une stratégie globale de santé au travail

## RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Duchange.

## LE PROJET

Ce projet s'inscrit dans la volonté de l'ARS d'améliorer la QVT dans les établissements de santé.

### Objectifs

1. Assurer un fonctionnement optimal et pluridisciplinaire du SST du CHV qui pourrait être déployé ensuite à une plus grande échelle en adaptant les moyens.
2. Permettre un égal accès aux services de santé au travail pour tous les personnels des établissements hospitaliers de la Direction Commune ou du GHT avec maintien d'une antenne SST sur chaque site.

Avec :
– mutualisation des moyens dans un contexte de pénurie de médecins du travail en regroupant toutes les compétences d'un SST pluridisciplinaire dans un même service ;
– développement d'une stratégie globale de Santé au Travail dans le GHT intégration au plan pluriannuel de prévention de chaque établissement.

Rappel des missions du SST :
1. réaliser une prévention primaire en Santé au Travail : sensibilisation et formation en prévention des risques professionnels, actions de prévention et actions en milieu de travail au niveau institutionnel ;
2. conseiller les agents, leurs représentants et les Directions sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail ;
3. surveiller l'état de santé des agents et repérer les signes d'alerte santé en lien avec le travail ;
4. favoriser le maintien au travail et prévenir la désinsertion professionnelle ;
5. participer à la veille sanitaire et à des enquêtes épidémiologiques au niveau local, régional ou national.

### Synthèse du projet

Un agrandissement ou un déménagement dans des locaux adaptés.
a. L'amélioration de l'activité clinique à ce jour empêchée par l'absence d'un second cabinet médical.
b. L'amélioration des conditions de travail de chacun, notamment les problématiques d'interruptions de tâche pour des problèmes de locaux.
c. L'amélioration de la qualité d'accueil la confidentialité notamment (bureau partagé, isolation phonique).
Contributeurs du projet repérés : direction des travaux, responsables du Pôle médicotechnique.

### L'amélioration de la base de données préventiel (logiciel métier)

Amélioration de la gestion administrative du service.
Outil utile à la direction et au service permettant des extractions de données pour la gestion des risques professionnels.
Contributeurs de projet repérés : DSI, DRH, prestataire.

### Compétences pluridisciplinaires et moyens humains

Sur le plan du secrétariat, 1,3 ETP semble nécessaires à notre CAP au fonctionnement optimal du service, en évitant les glissements de tâches vers les IDEST.
Devant la difficulté annoncée à recruter un 50 %, et la prévision de polyvalence de Madame Bedouet sur le repérage des risques professionnels (avec un temps de formation puis un temps d'activité dédiée), nous demandons 1,6 ETP (dans l'idéal 2 x 0,8).
Contributeurs de projet repérés : service formation de la DRH, CAP.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

### Organisation temporaire cible sur le CH Valence

Afin d'assurer un fonctionnement adéquat du service de santé au travail du CH Valence, il nous semble nécessaire :

1 – À court terme, agrandissement ou un déménagement dans des locaux adaptés.
Cette demande est constante depuis l'arrivée de la psychologue puis celle du Docteur Anglaret, des solutions de pis-aller ont été déployées mais elles sont insatisfaisantes à terme et la situation nécessite :
- l'amélioration de l'activité clinique à ce jour empêchée par l'absence d'un second cabinet médical ;
- l'amélioration des conditions de travail de chacun, notamment les problématiques d'interruptions de tâche pour des problèmes de locaux ;
- l'amélioration de la qualité d'accueil la confidentialité notamment (bureau partagé, isolation phonique).

2 – À court terme l'amélioration de la base de données logicielle par une refonte du système d'import RH. Demande formulée depuis deux ans pour :
- amélioration de la gestion administrative du service ;
- outil utile à la direction et au service permettant des extractions de données pour la gestion des risques professionnels.

3 – À court terme, étoffer l'équipe administrative.
Sur le plan du secrétariat, 1,3 ETP semble nécessaires à notre CAP au fonctionnement optimal du service, en évitant les glissements de tâches vers les IDEST.
Devant la difficulté annoncée à recruter un 50 %, et la prévision de polyvalence de Madame Bedouet sur le repérage des risques professionnels (avec un temps de formation puis un temps d'activité dédiée), nous demandons 1,6 ETP (dans l'idéal 2 x 0,8).

4 – De monter en compétences pluridisciplinaires, notamment sur la prévention des risques professionnels.
Dans un premier temps, en espérant le retour de notre infirmière, une secrétaire médicale, Madame Bedouet est volontaire pour s'engager dans une formation d'assistante de service santé travail (formation qualifiante qui pourrait être déployée sur le plan de formation).
Cette compétence permet la connaissance et le repérage des risques professionnels, en appui aux services.

### Organisation cible sur la direction commune / le GHT

Une fois l'organisation en place sur le CHV, organisation de l'élargissement, par le biais de conventions (établissement porteur CHV).

Points importants :

1 – Harmonisation du logiciel informatique (besoin d'imports de données RH dans la base). Préalable indispensable.

2 – Trouver des locaux adéquats pour l'activité dans chaque site (accessibilité, confidentialité et aménagement : accès informatique, cabinet médical équipé et bureau polyvalent).

3 – Discuter d'un véhicule de service, temps de trajets sur le temps de travail.

4 – Étoffer l'équipe pluridisciplinaire en gardant :
- une présence médicale suffisante 2 ETP au moins pour un fonctionnement en direction commune, 3 ETP sur le GHT. Sectorisation nécessaire (1 secteur par médecin) ;
- des IDEST formées aux entretiens infirmiers afin d'assurer le suivi d'information et de prévention des agents, sous protocole médical : 3 ou 3,5 ETP sectorisés pour une direction commune et 5 sur le GHT (des IDEST sont déjà présentes sur plusieurs établissements, elles sont précieuses, la formation d'une IDEST en santé travail dure 2 ans) ;
- psychologue : compte tenu de la prépondérance des risques psychosociaux 1 ETP paraît le minimum en SST interétablissement, 2 à 2,5 en GHT ;
- un secrétariat compétent : 1 ETP secrétariat médical par secteur. 0,5 à 1 ETP d'assistant de service de santé travail, formé au repérage des risques ;
- un conseiller en prévention, si possible polyvalent, avec compétence ergonomique indispensable ;
- soulever la question d'une assistante sociale, rattachée au SST ou à la direction mais compétente pour le suivi des agents.

## Automatisation de techniques manuelles en anatomopathologie

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Juberthie.
Docteur Augros.
Madame Brunet, cadre de santé.

### LE PROJET

Le but étant de libérer des ressources humaines permettant d'absorber le surcroît d'activité liée à des recrutements extérieurs et/ou à la mise en place de nouvelles techniques innovantes.

Liste de ces postes de travail :
– automatisation du poste d'enrobage des prélèvements (poste technique) ;
– archivage des blocs et des lames (poste technique et de secrétariat) ;
– postes informatiques : acquisition d'un nouveau logiciel métier pour adapter l'outil numérique aux nouveaux automates, optimiser le travail de certains postes techniques (petite macro…) et de secrétariat (enregistrement, cotation et facturation…) et améliorer la démarche de développement durable en tendant vers une diminution de papier très importante dans notre service ;
– prise de notes dans le logiciel, et non sur les bons d'examen. Passage de 100 % des CR en dématérialisé via Easily + MonSisra. Bon d'examen mis dans Easily pour CH Valence et arrêt de l'impression par le service d'anapath.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET :

1 – Se renseigner auprès des labos ayant déjà ce type d'automates / logiciel (points forts et points faibles) avec visite des sites intéressants si besoin.

2 – Tester plusieurs automates / logiciels concurrents.

3 – Évaluer le gain de temps RH / coût financier.

## Évolution organisationnelle du service DIM au sein du GHT

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Docteur Tomas.
Docteur Boly.

### LE PROJET

La dimension territoriale de l'établissement, positionné en qualité d'établissement support du GHT « Rhône-Vercors-Vivarais », nécessite que le DIM du Centre Hospitalier de Valence puisse évoluer dans l'appui aux établissements faisant partie du GHT.

Cela nécessite notamment une réorganisation du service mais aussi une évolution des compétences des membres du service.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Élaboration d'une gradation associant niveau de compétence et niveau de responsabilité et dessinant un parcours d'évolution professionnelle pour les agents du service DIM avec une vision GHT.

2 – Mise en place d'un plan de formation pour répondre aux exigences définies lors de la gradation du niveau de compétences des TIM.

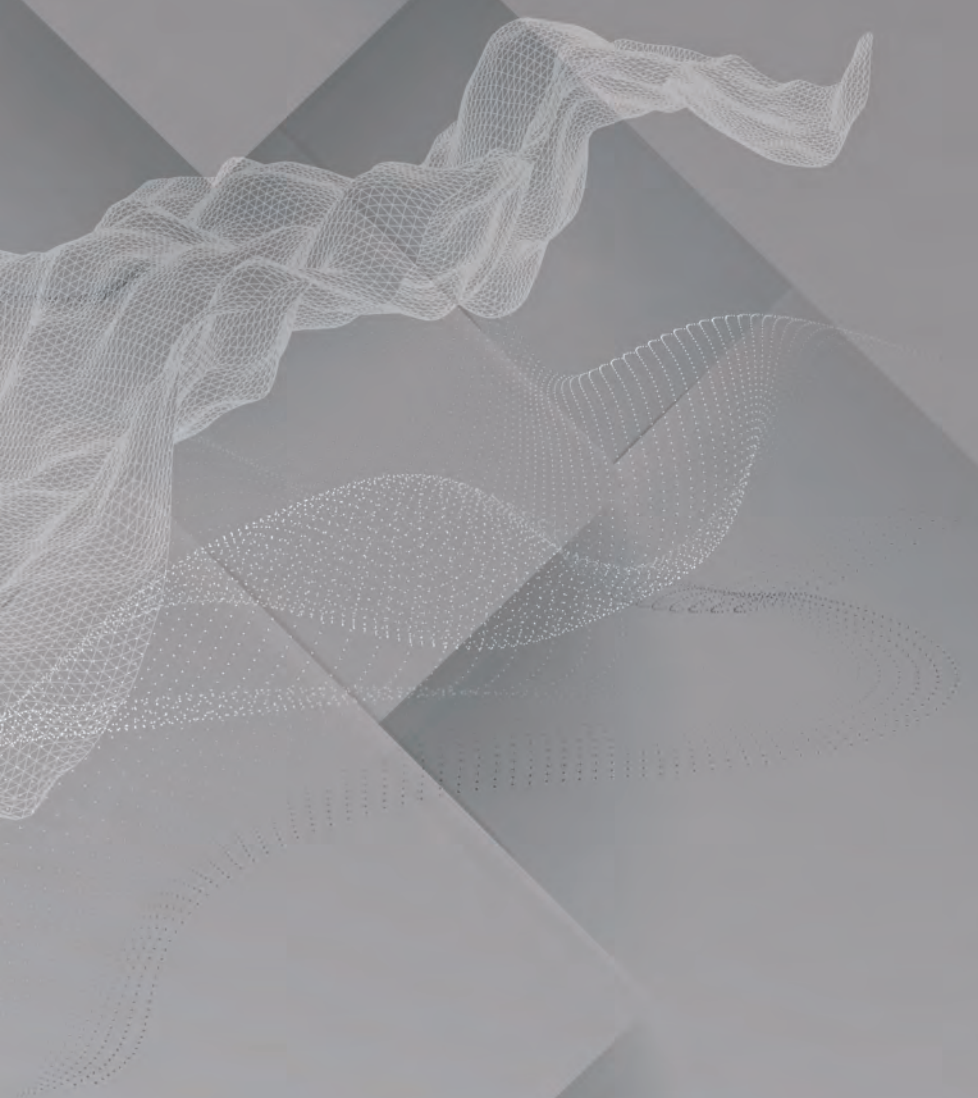
3 – Définition d'un effectif cible de TIM au CHV.

4 – Poursuite de la recherche d'un troisième médecin DIM.

5 – Consolidation du pool support statistique.

PÔLE

# MANAGEMENT ET GESTION



# LE PATIENT AU CŒUR DU PROJET

## Faire du développement de la culture qualité des équipes un point fort de l'établissement

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Transversal.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Kebabsa.

### LE PROJET

Par une approche adaptée, régulière et en proximité du service qualité : échange, écoute et formation des professionnels.
Pour atteindre l'objectif d'acculturation, l'organisation se veut proactive et décentralisée, allant jusqu'au niveau des équipes de soins.
Il convient de présenter les attentes en matière de démarche qualité en réunion d'équipe et au sein des différents services.
La méthode du parcours traceur est utilisée comme outil d'échanges avec les professionnels en utilisant un jeu de cartes « questions / réponses » au cours de l'évaluation.
L'objectif est de déployer ces séances d'échanges avec les professionnels dans tous les secteurs.
Mise en place de référents qualité, un partenariat avec la coordination des soins.
Des référents qualité sont missionnés au sein des unités pour faire vivre la démarche qualité au quotidien.
Communiquer institutionnellement pour garantir la communication de proximité.
Il convient de partager les priorités et les actualités de la démarche qualité régulièrement dans les différentes instances de l'établissement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Présentation de la démarche.

2 – Construction d'outils « parcours traceur » dans le but de rendre la démarche qualité agréable et accessible à tous.

3 – Déploiement de manière pérenne des parcours traceurs dans tous les services au contact des professionnels et des patients.

4 – Démarche qui sera évaluée au travers de la prochaine visite de certification (janvier 2026). Conclusion de la visite de certification.

## Gestion des risques

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service qualité gestion des risques, relation avec les usagers, expérience patient, communication.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Directrice → Madame Kebabsa.
Gestionnaire des risques → Madame Tabarin.

### LE PROJET

Le projet de gestion des risques s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des patients. Il s'agit de développer la culture de déclaration des événements indésirables et la démarche d'amélioration de la qualité qui en découle, auprès de tous les professionnels et au sein des équipes.

Pour ce faire, il convient de :
– communiquer auprès des professionnels les attentes en matière de déclaration ;
– déployer les échanges avec les professionnels dans tous les secteurs pour aborder les FEI marquantes du secteur, réaliser un retour d'information ;
– résoudre et traiter « in situ » les différents sujets communiqués via les fiches d'évènement indésirables ;
– éveiller la vigilance des professionnels en partageant les mécaniques de survenue des accidents médicaux ;
– élaborer et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rencontrer et former les personnels à la déclaration des évènements indésirables et sur le type de déclarations recherché au bénéfice de la sécurité du patient.

2 – Accompagner l'engagement constant de tous les professionnels, en lien avec l'encadrement des services à évaluer régulièrement leurs pratiques et à les améliorer.

3 – Promouvoir des démarches d'analyse CREX/RMM.

4 – Communiquer et suivre les plans d'action.

5 – Moderniser les outils de déclarations de FEI et de rendu des résultats pour permettre l'appropriation de la démarche.

6 – Veiller au respect des référentiels et répondre aux exigences des certifications et évaluations.

## Centraliser les archives médicales

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

CGDM.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Guerbaa.
Madame Barruyer.

### LE PROJET

Tri progressif des salles contenant des archives médicales (antérieures à la création de la CGDM) pour en assurer la gestion unique.

Destruction pour libérer de l'espace de stockage puis archivage et restitution à la demande des secrétariats médicaux si besoin.

Au-delà du projet de centralisation, il conviendra de mener également une réflexion sur la numérisation des archives (médicales et autres) ou, à défaut, sur l'identification de lieux de stockage supplémentaires.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Partir de la cartographie des lieux de stockage des archives médicales du CHV pour établir un calendrier de tri ET une méthodologie adaptée à chaque fonds d'archive.

Pour chaque espace :

1 – Identifier le contenu (typologies d'archives / services rencontrés / périodes extrêmes) afin de définir les durées de conservation réglementaires à observer.

2 – Tri.

3 – Destruction et revalorisation.

4 – Inventaire et archivage de ce qu'il reste à conserver.

5 – Gestion du fonds d'archivage par la CGDM.

# L'ÉQUITABLE ACCÈS AUX SOINS

## Mutualisation des Directions des systèmes d'information du GHT

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.

### LE PROJET

Il s'agit de définir l'organisation de la fonction système d'information sur le périmètre du futur GHT en tenant compte :

– des contraintes réglementaires liées à la constitution des GHT ;
– des retours d'expériences des 2 GHT sur le sujet système d'information ;
– des besoins des 6 filières de soins prioritaires (Soins Non Programmés, Soins critiques, Cardiologie, Oncologie, Neurologie, Périnatalogie) ;
– de la nécessité de trouver un équilibre entre différents niveaux de pilotage : GHT, pivot, local.

# LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

## Attractivité et fidélisation des soignants par la recherche

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Unité de recherche clinique.

### RÉFÉRENT DU PROJET

Docteur Buiret.

### LE PROJET

La recherche médicale via l'Unité de recherche clinique s'est développée ces dernières années et concerne actuellement une quinzaine de services au CHV.

La recherche paramédicale est, quant à elle, à construire et à développer entièrement.

Or la recherche permet une activité stimulante et fédératrice ayant des retombées très positives pour les équipes investies et pour les patients.

Alors que la pénurie médicale et paramédicale est un sujet d'inquiétude, Assurer un temps dédié aux soignants apparaît comme un facteur d'attractivité et de fidélisation, dans un système de santé de plus en plus concurrentiel.

L'unité de recherche clinique se propose d'accueillir et de soutenir le personnel désirant s'investir dans la recherche.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Recherche intégrée au contrat de chaque pôle.

2 – Identification par pôle des agents pouvant prétendre à un temps dédié à la recherche avec l'aide de l'URC.

- **Personnel médical**
  Après le Ségur de la Santé, il est offert aux praticiens hospitaliers la possibilité d'une activité non clinique à hauteur d'une demi-journée par semaine.
  Dans chaque pôle ou service, l'URC se propose d'aider et de contrôler l'effectivité de ce temps de recherche. Une activité minimale exigée serait de 2 à 3 articles à publier par an et au moins un engagement comme investigateur principal dans une étude interventionnelle par an.
- **Personnel non médical**
  Constitution d'un groupe de travail en collaboration avec la direction des soins.
  Accueil et aide du personnel paramédical désirant faire des stages :
  – organisation d'un circuit de formation dédié à la recherche pour les paramédicaux (master, DU), la formation étant le point de départ à tout projet de développement de la recherche. Accompagnement méthodologique pour le développement d'un projet de recherche, aide dans la recherche de financements permettant de consacrer un temps dédié ;
  – projet pilote d'une filière de formation IPA intégrée à l'URC comme stratégie de développement de la recherche en soins infirmiers : acculturation de la recherche auprès de l'URC durant la première année de master, accompagnement au projet de mémoire de master 2 dans un objectif de réponse à un appel à projet paramédical à développer par la suite ;
  – possibilité de poursuite d'études en doctorat : sciences infirmières. Parcours LMD.

3 – Contrôle de l'efficience par l'URC
Évaluation de la production scientifique et des inclusions de patients dans des études interventionnelles.

## Accueil régulier de stagiaires en master : Master URC

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Unité de recherche clinique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Beauchard.
Assistants de recherche clinique.
Docteur Buiret.
Madame Pioch, directrice des affaires médicales
et de la recherche clinique

### LE PROJET

Chaque année, l'Unité de recherche clinique reçoit des propositions de stage niveau licence ou master scientifique sur des fonctions d'Attachée de Recherche Clinique (ARC). Les demandes proviennent principalement des universités Claude Bernard Lyon 1, université Clermont Auvergne, université de Grenoble, université de Saint-Étienne.

Pour le moment ces demandes n'aboutissent pas pour des raisons d'organisation et pour des raisons matérielles.

Nous proposons d'organiser l'accueil régulier de stagiaires à partir du master au sein de l'Unité de recherche clinique en conformité avec les engagements suivants :
– tuteur désigné pour chaque stagiaire ;
– candidatures retenues pour un stage en adéquation avec la capacité d'encadrement de l'URC ;
– accompagnement à la rédaction du mémoire ;
– évaluation des stagiaires et lettres de recommandation.

L'activité de l'URC offre un terrain de stage varié, propice à l'acquisition des différentes facettes du métier d'ARC. Les tâches confiées aux stagiaires comprendraient :
– la saisie des données dans des registres y compris pour les thèses de médecine des internes du CHV ;
– l'observation des visites protocolaires sous la responsabilité de l'ARC référent et ceci dans les diverses spécialités médicales impliquées dans la recherche sur le CHV.

La plus-value pour l'établissement : augmentation du nombre de registres sur l'établissement, augmentation de l'activité et des publications à long terme, augmentation de la visibilité de l'établissement sur la région AURA.

L'URC et la recherche comme incubateur de nouvelles compétences : l'accueil de stagiaires sur des profils master droit sciences politiques ou école de commerce, pourrait servir de point de départ au développement de nouvelles compétences, liées à la levée de fonds.

L'expérimentation pourrait débuter sur de la levée de fonds visant à soutenir des projets de recherche via le fonds de dotation puis s'étendre à d'autres activités en demande sur le CHV.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – 2022 Q3 : évaluation de la création de bureaux supplémentaires service oncologie Hématologie ou relocalisation de l'URC.

2 – 2022 Q4 : identification des missions ou études pouvant être confiées à des stagiaires.

3 – 2023 Q1 : mise à jour du site internet lien permettant la soumission en ligne de CV : proposition d'intervention d'un membre de l'URC au module de formation des masters professionnels de la région.

4 – 2023 Q2 : accueil des stagiaires.

## Création des rencontres annuelles de la recherche clinique au CHV : RARC

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Projet transversal porté par l'Unité de recherche clinique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Professeur Grange.
Docteur Buiret.
Madame Beauchard.
Madame Pioch, directrice des affaires médicales
et de la recherche clinique

### LE PROJET

La recherche clinique désigne toutes les recherches menées pour améliorer la compréhension des maladies et leur traitement. Participer au développement de la recherche au service de la connaissance médicale et des patients, est un enjeu majeur, pour un hôpital de référence. Le centre hospitalier de Valence (CHV) s'est doté d'une équipe pluriprofessionnelle au sein de l'unité de recherche clinique, dont la mission est d'aider à la mise en place d'études à promotion externe ou interne. Parallèlement, un certain nombre de médecins ont un intérêt et une implication en recherche clinique et des soignants ou des équipes souhaiteraient développer la recherche clinique en soins infirmiers.

Malgré ces avancées, la recherche clinique au CHV doit faire face à plusieurs faiblesses :
– le manque d'information des professionnels du CHV sur le développement de la recherche ;
– le morcellement des actions ;
– un nombre encore trop faible d'acteurs impliqués.

Dans ce contexte, nous proposons d'organiser, en 2023, les premières rencontres annuelles de la recherche clinique du CHV (RARC).

Les principaux objectifs, en miroir des faiblesses énoncées plus haut, sont :
– de diffuser l'information sur la recherche clinique au CHV ;
– de fédérer les acteurs et créer des synergies ;
– d'attirer vers l'ouverture à la recherche un nombre croissant de médecins et de soignants.

## PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Les RARC auront lieu une fois par an en fin d'après-midi (16 h à 19 h).

Les 3 étapes du projet sont :

### 1 – Préparation

La préparation consistera principalement en une communication au sein de l'établissement. Les relais de cette communication devront être variés afin de toucher un maximum de médecins et soignants. Ainsi nous souhaitons pour ce projet, sans nécessité de moyens supplémentaires un soutien et une implication de :
– la Direction de la recherche clinique ;
– la CME et son président ;
– la direction des soins et certains cadres de santé. À ce titre, la désignation de cadres de santé référents pour des projets en soins infirmiers paraît souhaitable ;
– l'unité de recherche et son coordinateur médical. Celle-ci sera en particulier en charge de l'établissement du programme ;
– les différents médecins impliqués dans la recherche clinique : essais cliniques, études académiques, encadrement de travaux d'internes ;
– les représentants des internes.

### 2 – Les RARC

Le programme devra être varié, ouvert et accessible, il pourra comporter diversement :
– une présentation de l'équipe et de l'activité de recherche clinique ;
– des témoignages métiers : attachées de recherche clinique, infirmières de recherche clinique ;
– des présentations d'études menées au CHV (à promotion externe ou interne) ;
– une présentation de cas cliniques soumis ou à soumettre dans des revues scientifiques (notamment par des internes) ;
– une présentation de travaux ou de projets de recherche en soins infirmiers. Afin de stimuler ce type de présentation, des IDE du CHV pourront être encouragés à assister à des congrès de recherche en soins infirmiers ;
– un témoignage de patient ayant participé à une étude clinique.

### 3 – Évaluation des RARC

Questionnaire de satisfaction et enquête.
Dans le prolongement de la RARC, les personnes ressources suivantes seront éventuellement identifiées :
– personne intéressée par une formation institutionnelle sur les bases de la recherche clinique (3 h) : formation continue CHV ;
– personne intéressée par la constitution d'un groupe de travail sur recherche paramédicale.

## Anonymisation des tenues et distribution automatique

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

GCS Blanchisserie / CH Valence.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Rigoudy.

### LE PROJET

#### Contexte actuel

Actuellement, les agents du Centre Hospitalier de Valence disposent de 5 tenues nominatives par agents (5 pantalons + 5 tuniques ouvertes mixtes). Avec les contraintes cumulées des rotations de planning des agents, de la sortie des tenues sales des vestiaires, du ramassage par les coursiers et du délai de traitement en blanchisserie, les tenues ne sont pas toujours disponibles au moment où les agents en ont besoin.
L'attribution de tenues nominatives ajoute la contrainte du délai de marquage (qui se cumule lors d'un changement d'état civil ou de service). De plus, l'éloignement géographique de la blanchisserie ne rend pas l'essayage préalable facile et génère des marquages avec des tenues de taille inadaptée et donc un retard de mise à disposition de tenues pour les agents et un travail de remarquage en blanchisserie.
Les tenues sont actuellement livrées dans chaque armoire de service, avec un agent (la plupart du temps aide-soignant) par service qui répartit les tenues livrées dans les différents points de stockage de celles-ci (vestiaires, casiers, bureaux). La répartition de ces tenues par service et donc par armoires est une contrainte de production forte en blanchisserie.
De plus, les arrêts de contrats, arrêts maladie de longue durée… font que nombre de tenues « dorment » dans les vestiaires ou disparaissent.

#### Le projet consiste à :

Pour les utilisateurs : disposer de la bonne tenue, dans la bonne taille et au bon endroit, chaque fois que de besoin (titulaire, CDD, étudiants).
Pour les agents de la blanchisserie : diminuer les troubles musculo-squelettiques en facilitant les opérations de tri et de traitement tout en optimisant la gestion des stocks.
Par la mise en place de distributeurs automatisés de vêtements (DAV) approvisionnés en tenues anonymisées (tuniques fermées).

#### Quels avantages à s'équiper d'un DAV ?

– Grâce au DAV, les utilisateurs peuvent retirer leurs vêtements 24 h / 24 et 7 j / 7. Ce système de distribution apporte aux porteurs de la sérénité puisqu'il n'y a plus de contraintes horaires pour prélever des vêtements. Les membres du personnel n'ont qu'à glisser une carte magnétique personnalisée dans le DAV située à un endroit pratique de l'hôpital.
– Une équipe restreinte dédiée au réapprovisionnement des DAV permettant une remise à disposition de temps soignant.
– Une amélioration des conditions de traitement des tenues en blanchisserie.
– Surveillance et contrôle des niveaux de stocks de tenues professionnelles en fonction du type de vêtement, et de la taille à distance depuis la blanchisserie. De plus, le logiciel associé au système permet aux responsables d'extraire des statistiques, de vérifier par exemple que l'ensemble des vêtements sont rendus avant le départ définitif d'un salarié. Cela permet également de limiter les pertes de vêtements.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Création d'un groupe de travail dédié (blanchisserie, utilisateurs, service technique, service informatique, service logistique, direction des soins, direction des ressources humaines, hygiène) avec visite de Centres Hospitaliers utilisant des DAV.

2 – Identification des lieux possibles pour l'implantation des DAV.

3 – Identification de la répartition des personnels par point géographique en lien avec l'implantation des DAV.

4 – Étude positionnement et dimensionnement des DAV permettant le chiffrage précis du projet.

5 – Réalisation du calendrier prévisionnel de déploiement.

6 – Mise en œuvre sous la forme de groupes projet par sujet.
- Circuit des tenues : choix des tenues – Remplissage des DAV – circuit sale.
- RH et direction des soins : identification des agents – attribution des badges – gestion des arrivées/départs.
- Maintenance DAV et liaison informatique.
- BIH : modification des pratiques internes.

## Informatisation des interventions de bionettoyage

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Hygiène et propreté des locaux.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Vulcano.

### LE PROJET

Mise à disposition des agents de bionettoyage d'une tablette fixée sur le chariot afin d'identifier et de tracer les tâches de bionettoyage réalisées dans chacun des locaux de l'établissement. Une solution aux multiples fonctionnalités :

– planifier et prioriser les tâches selon l'activité et les besoins (fiches de poste interactives) ;
– tracer l'ensemble des actions réalisées en temps réel ;
– communiquer pour fluidifier les échanges entre le personnel (chat interne à l'outil) ;
– déclarer et transmettre les demandes au service technique (interfaçage avec ASSET+) ;
– contrôler la propreté des locaux et les bonnes pratiques (EPP) ;
– reporter et consolider l'ensemble des informations et les exporter (analyse de l'activité) ;
– piloter pour améliorer la prise en charge des résidents et des patients.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Tests en condition réelle (service pilote) de plusieurs solutions informatiques.

2 – Validation du projet au niveau des directions concernées.

3 – Présentation et validation de la démarche dans les différentes instances.

4 – Déploiement : accompagnement progressif des équipes sur une durée estimée de 12 à 18 mois. Pour chaque unité :
- J - 30 : envoi des éléments de paramétrage du service ;
- J - 15 : validation et intégration des données / présentation aux agents ;
- J - 1 : installation et paramétrage des tablettes + tests de fonctionnalités ;
- J : accompagnement individuel des agents sur le terrain ;
- J + 7 : point d'étape avec l'équipe.

## Informatisation de la traçabilité des livraisons

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Logistique.
Informatisation de la traçabilité des livraisons.
Fil conducteur – Axe 1 du programme Phare – DGOS : sécurisation des processus : renforcement des outils avec les SI.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Brevet-Bos → référent informatique.

### LE PROJET

Ce projet vise à sécuriser les flux logistiques en assurant la traçabilité des éléments transportés par les agents logistiques : localisation, heure de collecte et de dépose.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Rédaction d'un cahier des charges avec les différentes parties prenantes – interfaces Dedalus notamment.

2 – Appel d'offres et choix.

3 – Mise en place d'un système test.

4 – Déploiement.

5 – Formation des équipes.

**Livrables :**
– cahier des charges SI traçabilité – financement – programme de déploiement ;
– support de formation / prise en main du logiciel ;
– mise à jour des fiches de poste de l'agent logistique.

**Gains attendus :**
– réactivité ;
– fiabilité ;
– visibilité.

## Évolution, renouvellement de la GMAO

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Responsable des services techniques → Monsieur Ricou.
Responsable exploitation maintenance
→ en cours de recrutement.

### LE PROJET

Mettre à disposition des technicien un outil de GMAO plus adapté :
Plus convivial, plus simple à utiliser.
Avec une solution de mobilité permettant la traçabilité sur les lieux des interventions, leur suivi et les indicateurs d'activité.
Évitant d'imprimer les bons d'intervention papier à chaque intervention.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Voir ce qui existe sur le marché et évaluer les fonctionnalités indispensables et écarter les superflues afin de retenir l'outil le plus adapté à notre besoin.

2 – Définir le périmètre du besoin et des attendus de l'outil.

3 – Déployer l'outil.

# UN PROJET MANAGÉRIAL ET HUMAIN AMBITIEUX

## Contribuer à l'enseignement, la formation des apprenants paramédicaux

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Direction des Soins.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

coordonnateur général des soins.
Cadres supérieurs de santé.

### LE PROJET

– Difficulté de recrutement du paramédicaux avec métiers en tension (infirmiers, aide-soignant kiné et autres).

– Évolution des besoins des patients / thérapeutiques / établissements a un impact sur les compétences attendues des professionnels. Décalage entre les référentiels de formation compétences des jeunes professionnels de santé et les attendues / besoins des établissements de santé (ex. : référentiel IDE 2009 révision prévisionnelle en 2023).

– Charge de travail importante des paramédicaux avec non priorisation de l'activité de formation.

– Temps de formation clinique représente, dans de nombreuses formations paramédicales, 50 % du temps de formation d'où la nécessité que chaque établissement dispose d'une politique ambitieuse d'encadrement des apprenants nécessitant anticipation et investissement.

– Pour l'année 2021, le centre hospitalier de Valence a reçu au moins 475 apprenants (stagiaires paramédicaux). En effet, à ce jour, certains profils de stage ne sont pas centralisés à la direction des soins.

– Augmentation des quotas d'apprenants et des demandes de places de stage.

– Au niveau national, les conditions de stage sont qualifiées par les apprenants, de mauvaise qualité.

**Enjeux de cet axe pour l'établissement :**

– donner la possibilité à chaque apprenant de bénéficier d'un parcours de stage qualifiant, lui permettant de se construire en tant que futur professionnel ;
– associer les professionnels des établissements et des instituts de formation dans une collaboration visant l'optimisation des compétences ;
– participer à l'attractivité des métiers paramédicaux notamment ceux en tension ainsi que l'attractivité du CHV / direction commune auprès des apprenants ;
– investir dans la formation, c'est investir dans l'avenir.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Construire une réelle politique d'encadrement propre à l'établissement d'accueil et ainsi améliorer l'encadrement en stage des apprenants.

2 – Structurer un référentiel d'encadrement des apprenants en fonction du parcours de formation et du niveau de compétences acquises :
- valoriser et reconnaître la fonction de tutorat des stagiaires avec du temps dédié ;
- organiser l'accueil, l'encadrement et l'évaluation de l'apprenant en stage ;
- harmoniser les pratiques pédagogiques dans l'ensemble des services ;
- garantir à toutes les étapes du parcours professionnalisant la sécurité du patient ;
- proposer des parcours de stage qualifiant.

3 – Professionnaliser les tuteurs et structurer le réseau :
- recenser les professionnels tuteurs dans chaque service ;
- poursuivre la formation des paramédicaux notamment tuteurs ;
- assurer un accompagnement et un suivi des tuteurs ;
- organiser des retours d'expérience avec les instituts de formation ;
- organiser des analyses de pratiques professionnelles sur les lieux de stage.

4 – Développer les conditions d'appropriation des outils pédagogiques par les professionnels de proximité et les étudiants :
- s'assurer que les outils et méthodes pédagogiques soient maîtrisés par les professionnels des services (programme de formation – portfolio – fiche d'évaluation, simulation en santé) ;
- mesurer la satisfaction des apprenants en situation d'apprentissage dans les unités ;
- formaliser un dispositif d'évaluation du processus de tutorat.

5 – Développer le travail en partenariat avec les instituts de formation :
- établir un partenariat entre les établissements et les instituts de formation dans le cadre de la démarche qualité ;
- développer la cohérence de formation entre institut de formation et terrains de stage ;
- établir un partenariat dans le cadre de l'alternance, de la répartition harmonisée des stagiaires et des lieux de stage, créer des outils partagés ;
- co-construire les parcours de stage en lien avec l'évolution des métiers, des formations et des référentiels et notamment la stratégie d'encadrement pour les « nouveaux » actes AS/AP ;
- développer et formaliser des parcours qualifiants pour les stagiaires ;
- développer le bien-être et la qualité de vie des apprenants notamment concernant les éléments logistiques en lien avec les stages ;
- développer des stratégies communes préservant l'intérêt des structures et des apprenants en cas de crise sanitaire. Mutualiser la réflexion et la mise en œuvre d'organisation commune et complémentaire en favorisant le gagnant-gagnant-gagnant pour les établissements de santé, les instituts de formation et les apprenants.

6 – Développer la communication et l'attractivité :
- travailler notamment avec les instituts de formation les actions de communication visant l'attractivité des métiers ;
- suivre les données relatives à l'employabilité des nouveaux professionnels sur les établissements du GHT.

## Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes en conjuguant management et bienveillance

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Direction des Soins.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Coordonnateur général des soins.
Cadres supérieurs de santé.

### LE PROJET

La pandémie a impacté la communication interpersonnelle et a distendu les liens sociaux au travail. Le contexte économique et budgétaire de plus en plus tendu dans le secteur sanitaire a un impact direct sur le quotidien des cadres de santé. Ces derniers doivent mettre en œuvre des modes d'organisation toujours plus efficients afin d'optimiser à leur niveau les ressources de l'hôpital, tout en améliorant la sécurité et la qualité des soins. Les évolutions technologiques, des métiers soignants, la transformation du système de santé… modifient / impactent ainsi le périmètre et les activités du cadre.

Plusieurs constats sont réalisés :
– manque d'attractivité de la fonction d'encadrement et démotivations des professionnels encadrants ;
– méconnaissance de la fiche de poste de l'encadrement soignant des partenaires (équipes, praticiens, administrateur) ;
– pratiques non harmonisées entre tous les cadres voire dépendantes des partenaires (administrateur, praticiens…) qui conduisent notamment à une augmentation des sollicitations par les collaborateurs ;
– activités réalisées sans valeur ajoutée liée à la fonction cadre et peu motivantes ;
– beaucoup de temps consacré à la gestion des lits / planning et peu de temps pour la gestion de projets / qualité…
– équipe encadrement paramédical « jeunes dans la mission », plus de 30 % de faisant fonction, difficulté à la montée en compétences des novices…

On retrouve au sein de l'établissement les mêmes problématiques de l'encadrement en souffrance au niveau national. Après « Ma santé 2022 », la loi « améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », le rapport O. Claris, la circulaire du 6 août 2021, la crise sanitaire, la recherche de sens des professionnels de santé, comment le cadre de santé peut se projeter dans l'avenir, voir se reconstruire.

### PROFESSIONNALISER L'ENCADREMENT

– Renforcer la formation, l'accompagnement, le suivi, l'évaluation des encadrants.

– Accompagner le parcours professionnel du futur cadre de santé.

– Évaluer l'impact des formations initiales et continues.

### FORMALISER LES MISSIONS DU CADRE DE SANTÉ DANS LE NOUVEAU CONTEXTE HOSPITALIER

– Renforcer les compétences managériales de l'encadrement.

– Recentrer les missions des cadres sur leur cœur de métier (principe de subsidiarité).

– Améliorer la lisibilité des fonctions encadrement.

– Valoriser l'engagement et les potentiels des professionnels et des équipes.

– Favoriser les échanges entre les cadres de la direction commune et du GHT.

### ÊTRE ATTENTIF AUX CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS AU QUOTIDIEN

– Repérer, mesurer et réduire les situations à risque pour les professionnels.

– Améliorer la cohésion d'équipe et les relations entre professionnels.

– Redonner du sens aux professionnels et le sentiment d'appartenance au CHV.

– Impliquer les professionnels dans la vie de l'établissement.

– Création d'outils facilitant l'exercice au quotidien.

– Suppression des irritants du quotidien.

– Développer un MGT bienveillant en repositionnant les professionnels paramédicaux sur leur cœur de métier.

## Améliorer la communication de la direction des services informatiques et promouvoir l'innovation

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.

### LE PROJET

Dans le contexte de la croissance d'activité de l'établissement et de la mise en place du grand GHT dont le CH de Valence est l'établissement support, il est nécessaire d'améliorer la communication de la DSI au sein du centre hospitalier de Valence et au sein du GHT.

Le numérique étant de plus en plus présent dans les établissements de santé, il est important de permettre à tous les utilisateurs de monter en compétence sur les différents outils utilisés dans les services et de savoir où trouver les informations qui leur manquent pour utiliser les outils de manière optimale.

Il y a de nombreuses communications à faire passer à tous les utilisateurs :
– nouvelles fonctionnalités mises en place sur une application ;
– présentation et rappel des fonctionnalités existantes mais sous-utilisées ;
– coupures prévues ou non d'une application ;
– sessions de formation pour répondre à un besoin.

Nous constatons aujourd'hui qu'il est difficile de faire passer une information à tous les utilisateurs. Les canaux utilisés à ce jour sont l'intranet et les mails que l'on essaye de rendre le plus clair possible mais nous voyons les limites de ce système qui ne touchent pas tous les utilisateurs.

Par ailleurs, les moyens de la DSI sont essentiellement employés à assurer l'exploitation courante du SIH, à remédier aux pannes et dysfonctionnements divers et à conduire des projets structurants et institutionnels. Ainsi, peu de moyens sont consacrés à l'optimisation des process et à la réponse aux besoins concrets et quotidiens des utilisateurs. Apparaissant comme mineurs, ceux-ci sont pourtant des gisements d'efficience et d'optimisation importants à l'échelle de l'établissement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Étudier la possibilité d'utiliser de nouveaux outils de communication plus innovants (accessibles depuis le smartphone, ergonomiques, davantage « userfriendly »).

2 – Étudier la création d'une newsletter de la DSI qui serait distribuée à tous les utilisateurs.

3 – Pour des thématiques identifiées, étudier la création d'un fil Teams pour partager des informations.

4 – Poursuivre le développement des réunions de partage d'information comme cela a été fait pour les secrétariats avec les cafés Easily : donner des « trucs et astuces » aux utilisateurs et répondre à leurs questions d'utilisation.

5 – Étudier la possibilité de développer des formations ciblées pour répondre aux problèmes les plus fréquemment rencontrés par les utilisateurs (notamment les secrétaires).

6 – Centraliser les astuces et tutoriels correspondants aux questions les plus fréquentes dans une base de connaissance facile et rapide d'accès (notamment : bureautique, changement de mot de passe, utilisation de Link-Skype, Teams…).

7 – Aboutir à une communication fluide pour que chaque utilisateur sache comment trouver la bonne information au moment où il en a besoin.

8 – Mettre en place une organisation agile pour rechercher des solutions à la fois simples et innovantes aux irritants du quotidien (« quick win »).

9 – Améliorer la communication de la DSI avec les autres services supports.

10 – Définir l'offre de services de la DSI à destination de l'ensemble des services de l'établissement.

## Garantir la performance du SIH et des postes de travail

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.
Monsieur Courtial.

### LE PROJET

Dans le contexte d'augmentation régulière du parc informatique du CHV, il est nécessaire de poursuivre l'industrialisation de nos process et de notre gestion du parc informatique.

Le projet comporte plusieurs axes de travail :
– renouvellement et mise à jour de nos outils de déploiement ;
– permettre l'accès à nos outils de ticketing et de support en mobilité ;
– poursuivre la rénovation de nos infrastructures serveurs, réseau, etc. ;
– assurer le maintien et le développement des compétences des membres de la DSI (Formations) ;
– automatiser autant que possible les opérations le permettant au moyen d'outils de déploiement.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Analyse des pratiques sur les différents sites du GHT.

2 – Renouvellement des outils de déploiement.

3 – Rénovation des outils de ticketing et support.

4 – Poursuite du renouvellement serveurs (software et hardware). Poursuite de la politique de virtualisation des serveurs à chaque fois que cela est possible.

5 – Définition des formations à réaliser.

## Performance du système d'information – Un support réactif et efficace

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.

### LE PROJET

Outre la disponibilité de l'outil et la capacité à l'utiliser, la confiance qu'un agent porte en un outil repose également sur l'assurance qu'il sera soutenu en cas de difficultés, avec un niveau de réussite et dans des délais compatibles avec la criticité de l'outil en question pour ses missions. Le volet « support utilisateur » n'est pas une variable d'ajustement qui doit être mise en œuvre lorsque cela est possible, mais doit être pris en compte très tôt dans le process de développement de nouvelles applications.

En s'appuyant sur deux équipes : une technique, une fonctionnelle, la DSI se donne les moyens d'offrir un support de qualité à ses usagers : investissement dans des outils de suivi de traitement des demandes, permanence en heures non ouvrées pour le support technique, capacité d'apprentissage accrue des équipes support, éventuelles spécialisations sur tels ou tels volets du SI, etc.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Pour le support technique :

1 – L'accent sera mis sur la résolution des problèmes sans rupture d'appel (le support de niveau 1 réussit à résoudre le problème au cours de la première sollicitation).

2 – Le cas échéant, l'escalade vers un support de deuxième niveau sera fluide pour le demandeur, sans rupture. Dans la mesure du possible, le demandeur n'aura pas à redécrire son problème : la prise d'information lors du premier contact devra être suffisamment pertinente pour que la passation entre supports de niveaux 1 et 2 permette des investigations immédiates.

3 – Enfin, le suivi et le retour vers les demandeurs seront assurés : ouverture de tickets, fermetures par le demandeur lui-même lorsqu'il atteste de la résolution du problème, retours proactifs et visibilité du support sur l'état du traitement de la demande, etc. Le taux de résolution sera naturellement un indicateur majeur de la performance du support.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Le projet consistera à :

1 – Faire l'état des lieux des systèmes d'information de l'ensemble des établissements partis au GHT.

2 – Cartographier / dimensionner les ETP actuels et à venir en quantité et compétences.

3 – Rédiger le nouveau schéma directeur du système d'information à l'échelle du GHT, conforme aux objectifs du projet médical partagé. Ce schéma directeur définira la trajectoire de convergence des applications, d'une part, et le mode d'organisation du travail des équipes, d'autre part.

4 – Prioriser entre les projets identifiés comme prioritaires et arbitrer les moyens alloués par les établissements à la réalisation du schéma directeur du GHT.

Sans préjuger des discussions à venir à l'échelle du GHT, le CHV défend a priori les principes suivants :

– préserver les acquis du travail de convergence déjà entrepris depuis 2019 ainsi que les projets en cours ;
– prioriser la convergence du socle technique et du DPI ;
– considérer que tout nouveau projet informatique doit être aligné sur la politique globale du GHT, et doit donc faire l'objet d'une information auprès des autres établissements ;
– gérer les projets à un niveau opérationnel porté par chaque établissement ou chaque bassin, lorsque cela est possible. Centraliser le pilotage au niveau de l'établissement support du GHT pour les projets qui le nécessitent ;
– renforcer la communication et la coordination entre les équipes SI et clarifier les responsabilités de chacun ;
– fédérer les compétences purement informatiques au sein d'un comité technique SI du GHT ;
– former très régulièrement le personnel aux nouvelles compétences induites ;

– recruter les bonnes compétences à la juste rémunération pour compenser le turnover des équipes et accompagner la croissance structurelle des activités d'exploitation pour absorber le surplus d'activité lié aux projets ;
– valoriser le personnel en place pour le fidéliser :
  • pour tous les statuts (fonctionnaires et contractuels) :
    > installer une nouvelle nomenclature des métiers SI (la nomenclature proposée par le CIGREF intégrant de nouveaux métiers : cybersécurité, datascience, etc.),
    > revoir les fiches de poste,
    > développer la notion de parcours de carrière et formations,
    > stimuler les formations,
    > accéder aux concours.
  • pour les contractuels :
    > mettre en place d'un guide de gestion des agents contractuels SI, intégrant une grille salariale en corrélation avec le marché et ajustement régulier des grilles contractuelles,
    > titulariser.

Le recours à la prestation externe doit être limité, le CHV devant garder la maîtrise de son système d'information.

## Garantir l'interopérabilité entre les applications du SIH

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.
Madame Reynaud.

### LE PROJET

Les interfaces permettent le transfert de données d'une application A vers une application B, sans aucune saisie manuelle par les utilisateurs. Pour ce faire elles se basent sur des référentiels normés.

Les données concernées sont multiples : identité des patients, prescriptions, résultats, actes, dépenses, facturation, recettes, stocks, etc. et la mise en place d'interfaces permet de sécuriser ces échanges de données pour une meilleure prise en charge des patients.

La capacité à développer, à maintenir et à exploiter les flux d'interopérabilité est donc une nécessité. Cela représente une charge de travail importante compte-tenu du nombre d'applications en place, de l'augmentation des échanges intra et extra GHT.

Outre la charge technique qui relève de la DSI, l'enjeu de l'interopérabilité suppose une collaboration très étroite avec les référents métiers afin de s'entendre sur la sémantique des données, la mise en place des flux pertinents ainsi que leur contrôle et leur suivi dans le temps.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Actuellement ce volet est porté par une seule personne ressource (à temps partiel sur le sujet) à l'échelle du CHV (une personne en cours de recrutement pour le GHT pour travailler sur les interfaces GHT).

1 – Nécessité de définir clairement les responsabilités de la DSI dans le suivi des interfaces d'un point de vue fonctionnel par rapport aux directions métiers.

2 – Nécessité de renforcer l'équipe interopérabilité du CHV.
  ▪ Recrutement d'une deuxième ressource (ou plus en fonction du point ci-dessus), permettant d'absorber la charge de travail et de disposer de ressources au quotidien.
  ▪ Maintien des compétences de l'équipe (formation EAI, normes, etc.).

3 – Nécessité de compléter les outils en place :
  ▪ EAI Biomédical.
  ▪ Suivi de l'évolution des normes.

## Fiabiliser la gestion des comptes utilisateurs

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Monsieur Bouvier.
Madame Sapet.

### LE PROJET

Le CHV a mis en place un système de gestion des comptes utilisateurs couplé au logiciel RH. Toutefois ce système ne gère qu'un périmètre applicatif très faible et il ne gère pas les mouvements d'agents.

Dans le contexte de la convergence du SI au sein du GHT et de la mobilité des agents au sein du GHT, la gestion des comptes et des droits des utilisateurs est fortement complexifiée.

Cela pose de plus des problèmes de sécurité, car lorsqu'un professionnel change de service ou d'établissement, ses droits d'accès ne sont pas systématiquement supprimés.

Le projet consiste donc à la mise en place d'outils (IAM/SSO…) permettant :
– la récupération des informations RH (arrivée, mouvement, départ, service d'affectation) ;
– la création du compte AD de manière automatique ;
– la création des comptes dans les applications métiers (DPI, Laboratoire, Imagerie, SI administratif, etc.) ;
– l'affectation des droits dans les applications métiers ;
– la révocation ou modifications des droits, lors des mouvements des agents dans l'établissement, dans le GHT ou leur départ du GHT.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Implication des DRH des différents établissements dans le projet.

2 – État des lieux de solutions en place dans les établissements du GHT pour la gestion des comptes et droits.

3 – Définition du cahier des charges.

4 – Sourcing fournisseurs / solution répondant aux attentes.

5 – Procédure d'achat.

6 – Déploiement.

## Définir la politique d'hébergement des applications du SIH (mutualisation, sécurisation, externalisation)

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Madame Sapet.
Monsieur Bouvier.

### LE PROJET

Dans le contexte de la convergence des Systèmes d'information et de la création du Grand GHT, il est impératif de rationaliser nos datacenters.

Actuellement chaque établissement dispose d'une ou plusieurs salles serveurs qui ne sont pas toujours aux normes et dont l'exploitation et le maintien en conditions opérationnelles sont coûteux.

Par ailleurs, la convergence des applicatifs doit respecter la réglementation relative à l'hébergement des données de santé : en l'état, seul un hébergeur certifié HDS peut héberger les données de santé d'une autre personne morale.

Le projet vise à définir la politique d'hébergement à mettre en place pour le CHV et pour l'ensemble du GHT, permettant :
– la mutualisation de toute ou partie des infrastructures informatiques ;
– une rationalisation des moyens ;
– la réduction des infrastructures en place ;
– une meilleure sécurisation ;
– le respect de la réglementation notamment concernant l'hébergement de données de santé.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Inventaire des datacenters, des applications, des établissements du GHT et des éventuels hébergements externalisés.

2 – Réflexion sur l'interconnexion des sites du grand GHT.

3 – Veille sur l'évolution réglementaire sur l'hébergement de données de santé.

4 – Rédaction d'une politique d'hébergement et d'infogérance du GHT.

5 – Mise en place d'un groupe de travail GHT, sur l'urbanisation du SI, sur la mise en place d'un PRA/ PCA convergent.

6 – Définition de la cible.

7 – Rénovation / mutualisation / construction du datacenter cible GHT.

8 – Migration de l'existant sur la cible.

## Adapter les locaux de la DSI à ses missions

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Madame Sapet.
Monsieur Bouvier.

### LE PROJET

Dans le contexte de la croissance d'activité de l'établissement et de la mise en place du grand GHT dont le CH de Valence est l'établissement support, les locaux de la DSI ne permettent pas la réalisation de nos missions dans de bonnes conditions.

– Les bureaux de la DSI sont implantés en bordure de site et ne sont pas reliés aux galeries du sous-sol.

– Le stock informatique et l'atelier dans lequel les équipements sont préparés sont eux implantés à l'opposé du site. Ce qui impose de nombreux déplacements et une perte de temps importante.

– Les 2 salles de formations sont éloignées l'une de l'autre, l'une d'elles est en sous-sol.

– De plus ces locaux sont anciens, mal isolés, la qualité de vie au travail est donc fortement dégradée en période de froid ou de chaleur.

Les besoins concernant les locaux sont les suivants :
– disposer de locaux regroupés en un seul lieu, disposant d'un accès aux sous-sols ;
– bureaux (simples, doubles et quadruples) permettant d'accueillir, les agents, des fournisseurs, des stagiaires et d'absorber la croissance du service ;
– un stock d'Environ 100 m² + rayonnages + accès palettes / galeries ;
– 2 ateliers de 20 m² équipés pour 4 postes de travail (paillasse) directement attenant au stock ;
– 2 salles de formation de 10 personnes dont une équipée en visio ;

– 1 salle de réunion 16 personnes équipée en visio ;
– les locaux doivent être sécurisés (contrôle d'accès, vidéosurveillance) ;
– garage deux-roues ;
– dotations informatiques adaptées, connexion courant fort / courant faible adaptée.

Les besoins concernant les conditions de travail :
– sanitaires adaptés au nombre d'agents, et idéalement d'une douche ;
– 1 office équipé et permettant la restauration de 10 personnes ;
– locaux isolés (thermiquement), modernes et lumineux ;
– mobilier adapté, poste de travail ergonomique (repose-pieds, rehausseur d'écran, etc.) ;
– polaires (confort + identification du service) ;
– téléphones portables astreintes.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Validation par la direction de la création de nouveaux locaux pour la DSI.

2 – Identification de la localisation de la nouvelle DSI.

3 – Travaux.

4 – Déménagement.

## Consolider les ressources et compétences informatiques

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Service informatique.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Rust.
Madame Barruyer.
Madame Sapet.
Monsieur Bouvier.

### LE PROJET

Disposer des compétences adéquates et en nombre suffisant compte parmi les principaux facteurs de performance de la DSI, et conditionne notamment la capacité à : exécuter le budget d'investissement, conduire les projets institutionnels et réaliser l'exploitation quotidienne du système d'information.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

Le projet consistera à :

– cartographier / dimensionner les ETP actuels et à venir en quantité et compétences :
  • cartographie / juste évaluation des ETP nécessaires à l'exploitation et aux ETP nécessaires à l'accompagnement des projets du CHV. En cas de balance négative, un arbitrage devra être réalisé (recrutement, prestation*, décalage du projet),
  • évaluation systématique des ETP investissement et exploitation de tous les projets portés par tous les services. En cas de balance négative, un arbitrage devra être réalisé. (Recrutement, prestation*, décalage / remise en question du projet) ;

– former très régulièrement le personnel aux nouvelles compétences induites ;

– recruter les bonnes compétences à la juste rémunération pour limiter le turnover des équipes, accompagner la croissance structurelle des activités d'exploitation et absorber le surplus d'activité lié aux projets ;

– valoriser le personnel en place pour le fidéliser :
  • pour tous les statuts (fonctionnaires et contractuels) :
    > installer une nouvelle nomenclature des métiers SI (la nomenclature proposée par le CIGREF intégrant de nouveaux métiers : cybersécurité, datascience, etc.),
    > revoir les fiches de poste,
    > développer la notion de parcours de carrière et formations,
    > promouvoir les formations,
    > accéder aux concours ;
  • pour les contractuels :
    > mettre en place un guide de gestion des agents contractuels SI, intégrant une grille salariale en corrélation avec le marché et ajustement régulier des grilles contractuelles,
    > titulariser.

* Le recours à la prestation externe doit être limité, le CHV devant garder la maîtrise de son système d'information.

## Orientations triennales pour consolider et développer l'organisation biomédicale

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

DATEL – Département d'Ingénierie Biomédicale.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Monsieur Stahl.

### LE PROJET

La vocation du Département d'Ingénierie Biomédicale (DIB) pour le CH de Valence et les établissements du territoire en convention biomédicale est de mettre à disposition du personnel médical et soignant un parc d'équipements biomédicaux opérationnel, de qualité et sûr afin d'en faire bénéficier tout citoyen du territoire dans le cadre de son parcours de santé.

La mutualisation des équipements biomédicaux et moyens de maintenance doit favoriser la cohérence et la gradation dans la prise en charge des patients au sein des différents établissements en convention biomédicale.

L'homogénéisation technique du parc biomédical doit permettre à terme de mieux sécuriser la mobilité des patients, des praticiens et des soignants.

Afin de consolider et de continuer à développer le DIB, 6 orientations principales ont été définies et portent sur les axes suivants :

1. les investissements biomédicaux ;
2. la maintenance biomédicale ;
3. la matériovigilance ;
4. la démarche d'assurance qualité ;
5. la gestion de projet ;
6. l'organisation biomédicale en GHT.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Les investissements biomédicaux.
- Réaliser les dossiers d'investissements biomédicaux des 3 prochaines années.
- Renforcer le lien avec la Direction des Affaires Financières pour les investissements conséquents.
- Introduction d'une démarche de gestions de projets pour les dossiers stratégiques.

2 – La maintenance biomédicale.
- Définir une politique de maintenance commune pour le CH de Valence et les établissements en convention biomédicale. Celle-ci permettra d'écrire les règles de maintenances préventives et de contrôles qualité, conformément à la réglementation en vigueur et une analyse des risques. De cette politique commune découlera une stratégie de maintenance adaptée au contexte local de chacun des établissements.
- Les procédures internes devront être actualisées et davantage formalisées afin d'assurer la bonne réalisation des prestations de maintenance.
- Le plan de formation des techniciens biomédicaux sera actualisé et comprendra la planification des formations nécessaires.
- Le suivi des marchés de maintenance devra être actualisé pour prendre en compte les nouvelles échéances, maîtriser les budgets de maintenance, assurer leur renouvellement dans les délais impartis et optimiser les couvertures souscrites.

3 – La matériovigilance.
- Développer un outil permettant d'améliorer le suivi des incidents et risques d'incidents. Ce développement devra prendre en considération les nouvelles contraintes réglementaires suite à l'entrée en application du règlement européen 2017/745.

4 – La démarche d'assurance qualité.
- Poursuivre la démarche d'Assurance Qualité permettant de formaliser et de structurer les procédures internes. La volonté du DIB est de pouvoir obtenir une certification de son activité selon un référentiel métier biomédical. Cette structuration sera nécessaire pour accompagner le développement continu du CH de Valence et des établissements en convention biomédicale.

5 – La gestion de projet.
- Accompagner les projets structurants ayant une composante biomédicale par le rôle de conseiller sur les technologies biomédicales comme par la mise en place et la coordination de méthodologies propres à la gestion de projets.

6 – L'organisation biomédicale en GHT.
- Mutualiser les ressources de maintenance.
  - Mutualisation des pièces détachées.
  - Mutualisation des équipements de prêt.
  - Mutualiser les formations techniques de maintenance.
  - Mutualiser des compétences spécifiques.
  - Faire converger les contrats de maintenance pour améliorer les prestations et les coûts.
- Faire converger des dossiers d'investissement conséquents (équipements lourds, automates de laboratoire, renouvellements conséquents, etc.) afin de mutualiser les compétences et augmenter les gains sur achat par la massification.

## Centralisation des agents des services de soins sur leur cœur de métier

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Logistique.

Poursuivre la transformation de la logistique du CH de Valence pour assurer la qualité des soins en revoyant le périmètre de l'offre de service.

**Objectifs :**
- permettre aux soignants de se recentrer sur des soins directs, réduire la charge de travail liée à des missions logistiques et réduire leur charge de travail ;
- revoir la fonction logistique comme appui et non plus comme fonction support aux métiers de soin. Engager un dialogue constructif avec les soins pour définir l'offre de service adaptée à leurs besoins ;
- répondre aux enjeux d'optimisation du parcours patients et des services hospitaliers comme gisement de productivité : optimiser pour faire « mieux » au bénéfice du patient en améliorant le travail du soignant. Rechercher le soutien maximum aux services de soins autour d'une organisation efficiente ;
- renforcer la Collaboration achats, approvisionneurs et fonctions support.

**Fil conducteur : mettre en œuvre les 5 axes du programme Phare – DGOS :**
- sécurisation des processus : renforcement des outils avec les SI ;
- automatisation de l'expertise des logisticiens ;
- optimisation du niveau des stocks : réduction des coûts de stockage, réduction du risque de rupture d'approvisionnement ;
- amélioration de l'interface avec les fournisseurs internes et externes ;
- développer la gestion de la supply chain logistique (gestion de bout en bout) (approvisionnement, stockage et distribution) des produits sans oublier l'amélioration de la qualité de vie au travail (gain de temps pour les équipes soignantes déchargées des activités logistiques).

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Brevet-Bos.
Madame Maran.

### LE PROJET

Ce projet vise à questionner les missions des soignants et d'étudier pour les missions logistiques les alternatives possibles pour transférer ces missions des compétences de soignants aux compétences logistiques.

L'un des axes et de développer une approche transversale de la logistique : gestion des E/S biens et des matières (PSL, Linge, Repas, Dossiers médicaux, produits stériles, déchets, produits de santé, prélèvements, disponibilité des locaux de soins).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Développer un management systémique de la logistique. Renforcer l'expression prévisionnelle des besoins réels, minimiser les flux, synchroniser les flux avec les rythmes des soins.
- Mise en place d'une approche de management par processus : cartographie des processus, cartographie des risques des processus (compte qualité), indicateurs de suivi, gestion des interfaces sur l'ensemble des segments de la logistique.

- Expliciter la nature et le niveau des prestations que la logistique peut apporter aux équipes (cf. 10 questions Résah) : analyse des flux au niveau d'un service pour avoir une vision globale et synchronisée avec les activités de son : travailler pour éviter la simultanéité, définition des besoins de transfert vers des logisticiens (problème de dilution organisationnelle).
- Analyser la pertinence des modalités de gestion des produits avec les achats (en stock, hors stock, stocks déportés). (Travail à poursuivre avec une projection pluriannuelle.)
- Analyser la pertinence des produits à conserver en stock déporté.
- Analyser les possibilités et opportunités de gestion des stocks d'étage en Plein Vide.

2 – Centraliser les opérations logistiques sur des agents logistiques et développer les compétences de ceux-ci.
- Formaliser une offre de service sous forme de contrats entre les différents maillons de la chaîne intégrant l'analyse des risques et les indicateurs de performance associés.
- Définir et mettre en œuvre les organisations afférentes à la mise en place de ces offres de service. (Analyser la pertinence de la mise en place de logistique d'étage ou de bâtiments et les modalités associées.)

**Moyens :**
– mise en place d'un groupe projet avec un ou les cadres sup., les responsables des processus associés (achats, transport patients, transport des déchets, ST, responsable logistique, etc.) ;
– faire du benchmarking dans le réseau ;
– solliciter un expert ?
– avoir l'appui de la cellule qualité pour la cartographie des risques ;
– renforcer la fonction d'encadrement de proximité pour détacher du temps de gestion de projet ;
– dans la durée : réaffectation / développement de l'équipe logistique ;
– locaux adaptés.

**Livrables :**
– cartographie des processus avec des fiches processus intégrant les risques ;
– contrats de service ;
– résultat études de pertinence et proposition d'orientations stratégiques ;
– organisations de travail ;
– indicateurs pour valoriser le travail réalisé par les agents logistiques, mettre en perspective ;
– projection pluriannuelle des produits stockés / non stockés ;
– fiche de poste de l'agent logistique d'étage / de pôle.

**Gains attendus :**
– rapidité ;
– fiabilité ;
– visibilité ;
– gains qualitatifs ;
– réduction de la charge des soignants.

## Déploiement d'une approche logistique GHT

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Logistique.

Poursuivre la transformation de la logistique du CH de Valence pour assurer la qualité des soins en revoyant le périmètre de l'offre de service.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Brevet-Bos.
Madame Maran.

### LE PROJET

Analyser les opportunités GHT pour relever ces défis : mutualisation, rationalisation, digitalisation.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Définir les participants du réseau logistique GHT.

2 – État des lieux des organisations et des besoins des établissements.

3 – Définition des axes stratégiques.

4 – Définition des programmes d'action visant à mutualiser les pratiques – les moyens si ceci est pertinent, etc.

**Livrables :**
– cartographie des flux et des processus GHT ;
– résultat études de pertinence et proposition d'orientations stratégiques ;
– proposition d'organisations de travail.

**Gains attendus :**
– efficience ;
– fiabilité ;
– visibilité.

## Rénovation du service restauration

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Cuisine / self / internat.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Buffat.
R. Jarjat.
Monsieur Valette.

### LE PROJET

Remise en état de la restauration dans sa globalité :
A. cuisine relais : modernisation, mise aux normes des locaux et process, ergonomie au travail ;
B. optimisation des selfs : réduction du gaspillage – mise en conformité des équipements – amélioration du service rendu aux professionnels, et de la qualité de vie au travail ;
C. accompagner le projet de reconstruction de l'internat.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Cuisine : définir le programme fonctionnel et technique conformément aux besoins et aux exigences réglementaires :
- identifier les locaux et surfaces nécessaires ;
- positionner les flux (marche en avant) ;
- quantifier les chambres froides / l'épicerie ;
- repenser les locaux pour améliorer les conditions de travail (lumière – extraction d'air…) ;
- définir le phasage et la poursuite d'activité durant les travaux.

2 – Optimisation des selfs :
- programmation des deux selfs de la zone de distribution / plonge ;
- gestion des flux ;
- revoir l'intégralité des équipements ;
- phasage de l'opération et continuité de fonctionnement.

## Réorganisation des espaces de travail des ateliers des services techniques

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Responsable des services techniques → Yvan Ricou.
Responsable exploitation maintenance
→ en cours de recrutement.

### LE PROJET

Mettre à disposition des techniciens des espaces de travail adaptés et agréables pour chacun des secteurs.

Chaque secteur devra contenir :
– un espace atelier ;
– un espace bureautique pour les techniciens afin renseigner les interventions de GMAO, établir des demandes de prix… ;
– un espace pour l'(es) adjoint(s) au responsable de secteur.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Établir un programme des besoins, liste et surface nécessaires des différents locaux.

2 – Évaluer ce qui peut être imaginer dans les locaux existants et envisager une extension si nécessaire.

3 – Évaluer le coût, valider le budget.

4 – Réaliser les travaux.

## Fidélisation, attractivité et qualité de vie au travail des professionnels médicaux

### REFERENTS DU PROJET

Madame Pioch.
Madame Verheyden.

### LE PROJET

Le projet de service de la direction des affaires médicales consiste à définir une politique des ressources humaines médicales qui ne cesse d'évoluer, à l'échelle de son territoire, du GHT Drôme Ardèche Vercors et au regard des changements induits par le SEGUR de la santé. Face aux défis du recrutement à relever quotidiennement, les évolutions sociétales, la nécessité actuelle de recourir à l'intérim pour garantir la continuité sur des services en tensions, et à la démographie médicale sur le territoire national, les principaux enjeux pour la direction des affaires médicales demeurent de poursuivre l'attractivité, la stabilité et la fidélisation des équipes médicales.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Mieux faire connaitre le centre hospitalier de Valence aux professionnels médicaux :
- démarrer l'accueil d'externes au centre hospitalier de Valence en lien avec les facultés de Lyon dans un premier temps avec pour objectif d'accueillir les premiers externes au deuxième semestre 2023. L'objectif est de faire connaitre le centre hospitalier de Valence et le territoire de la Drôme et Ardèche dès la première période des études de médecine ;
- poursuivre l'accueil des internes au centre hospitalier de Valence en lien avec la faculté de Lyon comme levier de recrutements futurs pour le centre hospitalier de Valence et du territoire de la Drôme et de l'Ardèche ;
- poursuivre la politique d'accueil des assistants partagés en lien prioritairement avec les Hospices Civils de Lyon ou un autre CHU pour une spécialité en particulier mais aussi avec un établissement du GHT du fait de notre positionnement comme établissement support du GHT ;
- repenser les démarches de communication extérieure des postes à pourvoir : annonces, participation à des congrès, présence sur les réseaux sociaux, fiches de poste ;
- repenser l'accueil des nouveaux praticiens en le personnalisant davantage et en lien avec le service médical et les services supports

2 – Fidéliser les professionnels médicaux sur le centre hospitalier de Valence et/ou le GHT Drôme Ardèche Vercors :
- poursuivre l'accompagnement personnalisé des personnels médicaux dans leur déroulement de carrière et attentes professionnelles en lien avec les encadrants médicaux ;
- déployer les entretiens professionnels des personnels médicaux par les encadrants médicaux afin d'écouter les attentes et souhaits professionnels des personnels médicaux ;
- repenser la formation médicale continue comme levier de management pour les équipes médicales en cohérence avec les projets de service et les souhaits de formation individuelle ;
- favoriser les mesures de qualité de vie au travail et de conciliation de la vie professionnelle avec la vie personnelle ;
- définir une politique institutionnelle sur les valences non cliniques validée institutionnellement et la déployer.

3 – Amélioration des organisations de travail et du recrutement médical :
- reprendre les règles de gestion du temps de travail médical jusqu'à l'informatisation avec la mise en œuvre d'outils modernes, efficients et conviviaux pour les utilisateurs ;
- élaborer et mettre à jour les maquettes organisationnelles des équipes médicales.

4 – Accompagner la poursuite du développement du travail en réseau et en GHT :
- accompagner les spécialités développant une dimension territoriale : postes d'assistants partagés, conventions de mise à disposition ;
- essayer de moderniser le processus de conventionnement, de facturation et des primes afférentes.

## Attirer les talents

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Direction des ressources humaines.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Charliat → DRH.
Madame Alloix → RRH.

### LE PROJET

Dans un contexte de tension sur le marché du travail, la question du recrutement des professionnels et la révision de nos modes opératoires pour attirer les talents sont incontournables. Concourir à l'objectif d'attractivité du CHV dans son processus de recrutement, d'accueil et de fidélisation de ses professionnels passera par le portage de projets tels que :

– la facilitation du recrutement par :
  - l'intégration de nouveaux professionnels sur la plateforme de gestion des remplacements Hublo, qui à terme pourraient intégrer le CHV,
  - le développement des partenariats avec les acteurs locaux de l'emploi, permettant au CHV d'être représenté sur le territoire et identifié comme un acteur important du territoire (forum de l'emploi par exemple),
  - la réflexion sur la mise en place d'un logiciel de recrutement aidant l'encadrement à faire des choix sur les candidatures reçues,
  - la refonte du process de l'accueil des nouveaux arrivants (du premier contact jusqu'à l'arrivée du professionnel au sein du service). L'accueil des nouveaux arrivants devra être pensé sous un format plus ludique incitant les échanges entre professionnels dès leur arrivée au centre hospitalier, le format traditionnel actuel (informations descendantes lors d'une journée d'accueil) ne permettant plus de répondre aux nouvelles attentes des professionnels ;

– la poursuite de mesures attractives lors du recrutement mais également la mise en place d'offres soutenant la conciliation vie professionnelle et vie personnelle (offres de modes de gardes polyvalents (places en crèche, soutien à la recherche de logement, de modes de gardes périscolaires, etc.).

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

1 – Réorganisation du service RH par la création d'un secteur accueil et recrutement identifiable par le professionnel. Dans le cadre du projet de service de la DRH, une modification organisationnelle est nécessaire afin de centraliser autour d'un même secteur le recrutement et l'accueil. L'organisation de ce secteur s'effectuera par redéploiement de ressources internes à la DRH et par le recrutement d'un agent d'accueil. Il est à noter que la création de ce secteur s'inscrit pour la partie accueil dans le prolongement des points d'accueil de l'établissement mais au service des agents en interne.

2 – Mise en place des projets en lien avec l'accueil des professionnels décrits ci-dessus :
  - refonte de l'accueil des nouveaux arrivants ;
  - ouverture d'Hublo sur le territoire ;
  - recherche de mesures attractives.

## Fidéliser les talents

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Direction des ressources humaines.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Charliat → DRH.
Madame Alloix → RRH.

### LE PROJET

S'il est important d'attirer les talents, il est tout aussi important de leur donner envie de rester au sein de l'institution. Pour ce faire, il sera nécessaire de repenser ou développer les politiques des ressources humaines actuelles :

– l'amélioration des conditions de travail devra être l'objectif principal et devra passer par :
  - une gestion du temps de travail tournée sur la conciliation vie privée / vie professionnelle,
  - une gestion souple des remplacements facilitant le travail des professionnels des services mais également celui des encadrants (extension d'Hublo),
  - une meilleure prise en compte des risques professionnels par le biais de la mise en œuvre de la politique maintien dans l'emploi et par le biais d'un suivi étroit avec l'encadrement des plans d'actions des DUERPS réalisés ;

– la politique de formation devra prendre en compte les attendus des nouveaux professionnels et notamment la mise en place d'un accompagnement individualisé par le biais d'une prestation de conseil en évolution professionnelle ;
– le déroulement de la carrière devra permettre aux professionnels d'avoir une visibilité sur leurs possibles évolutions et les modalités de ces évolutions. La refonte globale de la politique de mise en stage et la poursuite d'une GPMC afin d'identifier et valoriser les métiers seront nécessaires.

Enfin, au-delà du développement ou renforcement de politiques RH, le professionnel devra également se sentir appartenir à la communauté CHV. Le développement du sentiment d'appartenance sera une des actions fortes à mener. Cela pourra notamment se concrétiser via le renforcement des moyens d'action de l'Amicale, le développement d'évènements et le soutien à la communauté managériale.

La mise en œuvre de ces politiques nécessitera une réorganisation du service RH afin d'une part de libérer du temps aux encadrants des secteurs, à ce jour embolisés par la gestion du quotidien et d'autre part de disposer des compétences nécessaires – ex. : conseiller en évolution professionnelle.

### PRINCIPALES ÉTAPES DU PROJET

La mise en place des politiques RH décrites ci-dessus passe dans un premier temps par la réorganisation du service RH permettant de libérer du temps aux cadres et de pouvoir réfléchir profondément aux changements de politiques.

Une fois cette condition remplie, la réflexion sur une gestion du temps de travail en cohérence avec les besoins des nouveaux professionnels ainsi que la modernisation de notre politique de formation par la mise en place d'une prestation de conseil semblent être les étapes prioritaires.

## Moderniser les process RH par une politique zéro papier

### NOM DU PÔLE ET/OU DU SERVICE CONCERNÉ

Pôle Management, Direction des Ressources Humaines.

### RÉFÉRENTS DU PROJET

Madame Charliat.
Madame Alloix.

### LE PROJET

La politique zéro papier devient un objectif incontournable au vu de l'évolution du numérique dans nos environnements de travail. Il est donc nécessaire de mettre en place une politique forte de dématérialisation au sein du service RH afin d'atteindre l'objectif zéro papier à la Direction des ressources humaines en 2030.

On entend ici par dématérialisation la suppression de l'utilisation du papier au sein du service des ressources humaines. Cela implique la dématérialisation de tous nos process RH :
– la dématérialisation du process paie (dont les bulletins de paie) ;
– la dématérialisation du process carrière (du dossier individuel de l'agent) ;
– la dématérialisation du process gestion du temps de travail (mise en place d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail, plus agile) ;
– la dématérialisation du process formation (via gestform) ;
– la dématérialisation de notre communication (via un portail RH – agent) ;
– la dématérialisation de nos outils en dehors des logiciels métiers (fiche navette par exemple).

La politique de dématérialisation nécessitera donc de réinterroger l'environnement de travail des professionnels du service des ressources humaines et des collaborateurs de ce service, de l'ensemble des process RH ainsi que des circuits des décisions allant de la demande du professionnel à la sortie de la décision. Au-delà de l'objectif zéro papier, la dématérialisation entraînera nécessairement une réflexion sur notre SIRH et nos logiciels métiers.

Cette politique s'inscrit tant dans notre plan d'attractivité que dans le plan d'action développement durable de l'établissement. En effet, l'attractivité passe aussi par la modernisation de nos process afin que le centre hospitalier de Valence soit en adéquation avec les attentes des nouvelles générations, futurs professionnels du centre hospitalier, ancrés dans un mode de plus en plus numérique et digitalet souhaitant des échanges fluides et simplifiés avec les services supports. Travailler sur la politique de dématérialisation implique donc la prise en compte des nouvelles attentes des professionnels.

À travers ce projet, nous répondons également à un objectif de développement durable, déjà intégré au plan d'action développement durable du centre hospitalier.

# ANNEXES

# MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

*« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »*

Le projet est la synthèse de :
- les recommandations du Ségur de la santé « Mieux manager pour mieux soigner » ;
- le Plan Régional de santé 2018-2028 ;
- le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (PMP GHT) ;
- le CPOM 2020-2024 ;
- les réflexions des groupes de travail CHV « Ma Santé 2022 » ;
- le bilan du précédent projet d'établissement ;
- le diagnostic stratégique de l'établissement ;
- les plans d'actions qualité et sécurité des soins de l'établissement ;
- les orientations définies par le groupe projet « CHV 2030 » ;
- les travaux des professionnels investis dans les séminaires ;
- les questionnaires remplis par les citoyens et les actions à développer ;
- les ouvrages, articles sur le sujet de la santé en 2030.

Il a été défini 5 orientations stratégiques et 25 actions prioritaires pour la période 2022-2026.

La démarche initiée en février 2021 a été pilotée par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement, aidés du directeur de la stratégie et d'un chargé de mission. La démarche avait débuté en 2019, mais elle a été suspendue pendant la crise sanitaire du Covid.

Le choix a été fait de ne pas faire appel à un cabinet conseil, car nous étions convaincus que l'établissement possédait en interne la capacité et l'envie de mener à bien ce projet, dans le cadre d'une refonte de la gouvernance.

Les objectifs de la méthodologie étaient de :
- prendre en compte le passé et capitaliser ce qui avait déjà été fait :
  - le bilan du précédent projet d'établissement avait été rédigé,
  - à la suite, plusieurs groupes de travail avaient élaboré des actions suite au bilan de 2019. Il n'était pas envisageable de ne pas en tenir compte ;
- rédiger un projet d'établissement projeté dans l'avenir. Le groupe de travail souhaitait capitaliser sur l'expérience mobilisatrice du COVID, en gardant à l'esprit la mobilisation fantastique des personnels durant une année, tout en évaluant leur fatigue et leur difficulté à se projeter dans l'avenir ;
- rendre un document assimilable par tous. Cet objectif nous semblait atteignable en développant la participation : séminaires du directoire élargi, plateforme citoyenne, projets de pôle et de service, présentation aux instances. Il a été fait le choix de travailler en deux phases : une phase synthétique et une phase plus globale.

La méthodologie suivie s'est articulée autour de cinq phases.

Dans un premier temps, un bilan du précédent projet d'établissement a été réalisé, ainsi qu'une analyse de l'activité de l'établissement.

# L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE

## VALENCE, UNE SITUATION GÉOGRAPHIQUE IDÉALE ET ATTRACTIVE

La ville est située à proximité directe des grands axes de circulation routière et ferroviaire. Un climat agréable et ensoleillé permet un tourisme sportif. La culture y a une place privilégiée.

## DES BESOINS DE SANTÉ IMPORTANTS ET AUSSI UNE DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE SOUTENUE

### Répartition de la population par âge (source INSEE)

| Population par âge au 1er janvier 2018 | Ensemble (milliers) | Part des 0 à 24 ans (%) | Part des 25 à 64 ans (%) | Part des 65 ans ou plus (%) | Part des 75 ans ou plus (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Drôme | 516 172 | 28,8 | 43,4 | 27,8 | 9,9 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 8 037 059 | 30,2 | 44,4 | 25,4 | 9,2 |
| France métropolitaine | 65 018 096 | 29,7 | 44,4 | 25,9 | 9,3 |

## UNE PLACE CENTRALE POUR LE CHV AU SEIN DU TERRITOIRE

Un établissement reconnu comme recours sur son territoire de santé, porteur de nombreuses conventions avec les centres hospitaliers de la direction commune et des établissements Drome Ardèche.

Une présence de professionnels libéraux disparate sur le territoire, nécessitant une collaboration accrue avec la ville, les CPTS.

Un établissement attractif pour ses professionnels à conforter.

Un plateau technique complet en cours d'extension.

Une activité dynamique.

Une qualité des soins reconnue par les patients, les autres acteurs de santé, mais aussi les différentes évaluations externes (HAS, ISO…).

## LE BILAN DU PRÉCÉDENT PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Le précédent projet d'établissement 2016-2018 avait été construit selon une méthodologie participative.

Le projet médical élaboré par les membres du bureau de la CME avait été placé au cœur du projet. Il s'articulait et s'inscrivait dans la logique du Projet médical Partagé finalisé dans sa première version en septembre 2015.

Le bilan réalisé nous a permis de constater une appropriation inégale des messages clés évoqués et des orientations stratégiques au projet d'établissement 2016-2018. Par ailleurs, il s'est avéré que les objectifs posés ont été perçus parfois comme trop « ambitieux » et non partagés par l'ensemble de la communauté hospitalière. La cohérence globale des différents projets (volets médical, soins, social et managérial) est également difficile à percevoir.

Des entretiens individuels conduits auprès de l'ensemble des membres du Directoire a permis de dresser la synthèse ci-dessous des points communs évoqués et des points de divergence.

### Synthèse des entretiens directoire 2019 Point de vue sur l'état des lieux diagnostic

| Points communs | Divergences |
|---|---|
| ▪ Structuration des filières programmées / non programmées et mobilisation des ressources internes.<br>▪ Rôle de l'hôpital recours / proximité.<br>▪ Nécessité de consolider / conforter les « bases » (procédures, règles, dématérialisation, stabilité équipes…).<br>▪ Accessibilité de l'hôpital reste insatisfaisante.<br>▪ Lisibilité de l'offre de soins. | ▪ Dynamiques projets : doit-on ou non « brider » les initiatives portées par les équipes médicales ?<br>▪ Éclatement et recomposition des pôles ?<br>▪ CHV doit-il pallier systématiquement aux défaillances de ses partenaires (offre de soins, filière…). |

Il a été intégré, également, dans la réflexion tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur notre futur projet d'établissement (épidémiologie, orientations nationales et régionales de santé publique…). Cela nous a permis d'identifier nos forces, nos faiblesses, nos opportunités et nos menaces.

## UNE DÉMARCHE PROSPECTIVE COLLABORATIVE

2021 — Début 2023

### Séminaires de réflexion

– Équipe projet
– Membres du directoire
– Équipe de direction
– Cadres Sup. Santé

**Invités :**

– Dr Grall – Directeur Général ARS
– M. Daragon
Maire de Valence
Président du conseil de surveillance
– M. Le Moign
Directeur général des Hospices civils de Lyon

**Thèmes de travail :**

– Quel hôpital, quel patient, quelle société en 2030 ?
– Axes stratégiques 2022-2026
– Actions prioritaires

### Plateforme participative

• Professionnels
• Citoyens
• Partenaires

– Questionnaire
– Contributions libres

Automne 2021

### Socle stratégique

– 5 orientations stratégiques

– 25 actions prioritaires

Été 2022

### Fiches actions

Travail de rédaction de l'ensemble des pôles

> 200 fiches actions rédigées
> + politiques institutionnelles et volets transversaux

2022

## LA RÉDACTION DU DOCUMENT GLOBAL

Les pôles et les directions fonctionnelles ont été chargés de rédiger des fiches concernant leur pôle ou leurs services. Les politiques institutionnelles et les volets d'accompagnement transversaux ont été concertés au sein des directions.

# LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE

Centre Hospitalier de Valence

## LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

**24** MOIS DE CONCERTATION

**65** RÉUNIONS DU GROUPE PROJET

**4** SÉMINAIRES

**8** PÔLES CONCERTÉS

**120** PARTICIPANTS

**3 994** VOTES EN LIGNE SUR LA PLATEFORME

**96** PROPOSITIONS SUR LA PLATEFORME

**5** ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

**25** ACTIONS PRIORITAIRES

**200** FICHES CHV 203

**1** SOCLE STRATÉGIQUE REMIS À CHAQUE PROFESSIONNEL

**2 700**
PROFESSIONNELS

DONT **300**
MÉDECINS

**830**
LITS ET PLACES
DONT **600**
EN MÉDECINE / CHIRURGIE / OBSTÉTRIQUE

**46 000**
SÉJOURS PAR AN

**70 000**
PASSAGES AUX URGENCES PAR AN

**240 000**
CONSULTATIONS EXTERNES PAR AN

**2 500**
NAISSANCES PAR AN

**260 M€**
DE BUDGET ANNUEL D'EXPLOITATION

**100 M€**
DE BUDGET D'INVESTISSEMENT SUR LES 5 PROCHAINES ANNÉES

**Établissement pivot d'une direction commune,** regroupant les centres hospitaliers de Valence, Crest, Die, Tournon-sur-Rhône, Le Cheylard et les EHPAD de Satillieu et Saint-Martin-de-Valamas.

**Établissement support du groupement hospitalier de territoire Drôme Ardèche Vercors** (GHT DAV) ; le GHT comprenant, outre les 5 hôpitaux de la direction commune, Groupement hospitalier Portes de Provence, Hôpitaux Drôme Nord, Centre hospitalier d'Ardèche Méridoniale, Centre hospitalier Drôme Vivarais, Centre hospitalier Privas Ardèche, Centre hospitalier Villeneuve-de-Berg, Centre hospitalier intercommunal Vercors Isère, Centre hospitalier des Cévennes ardèchoises, Centre hospitalier de Bourg-Saint-Andéol / Viviers, Centre hospitalier de Rocher Largentière, Centre hospitalier de Lamastre, Centre hospitalier de Nyons, Centre hospitalier de Buis-les-Baronnies, Centre hospitalier de Vallon-Pont-d'Arc.

**Établissement recours pour de nombreuses prises en charge sur l'ensemble du territoire Drôme-Ardèche.**

**Établissement en relation étroite avec les Hospices Civils de Lyon, les autres CHU de la région et le centre Léon Bérard.**

Achevé d'imprimer
sur les presses des Impressions Modernes
07500 Guilherand-Granges
Septembre 2023

CHV 2 0 3 0