



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2022-2026

Projet PACTES

Centre Hospitalier de Montauban - juin 2022



TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	6
CHAPITRE I.....	13
<i>Etablissement de référence pour le département du Tarn-et-Garonne, le Centre Hospitalier de Montauban s'engage dans une démarche inédite d'élaboration et de mise en œuvre d'un projet médico-soignant de territoire pour la période 2022 / 2026</i>	13
1 - LE DIAGNOSTIC RELATIF AU TERRITOIRE.....	14
1.1 Un territoire de santé dont les besoins de soins sont marquants.....	14
1.2 Une offre de soins fortement concurrentielle.....	15
1.3 Une attractivité fragilisée pour le Centre Hospitalier de Montauban.....	16
2 - UNE NECESSAIRE CONSOLIDATION DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE SUR LE TERRITOIRE	17
2.1 Le renforcement du Centre Hospitalier de Montauban comme établissement de référence sur son territoire.....	17
a) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en confortant son offre de soins de proximité : exemple de l'adaptation de l'organisation du service d'urgences.....	18
b) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en développant de nouvelles activités. ...	18
c) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en faisant progresser son offre de soins : exemple du projet médical de cancérologie (2022/2026).....	19
d) Conforter la structure d'étude et de traitement de la douleur chronique référente du département depuis 2014.....	26
2.2 Cette ambition se concrétise grâce à une démarche inédite : l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médico-soignant de territoire.....	27
a) Les parcours de soins déjà assumés par le Centre Hospitalier de Montauban sur l'ensemble du territoire verront leurs "outils" modernisés : exemple des parcours en santé mentale.....	27
b) Des parcours de soins seront coordonnés par le Centre Hospitalier de Montauban sur l'ensemble du Groupement Hospitalier de Territoire : exemple de la filière gériatrique...	28
c) Des parcours de soins déjà coordonnés avec le seul Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin - Moissac seront complétés.....	29
d) Le projet médical de territoire porté par le Centre Hospitalier de Montauban ne se limite pas au seul périmètre du Groupement Hospitalier de Territoire.....	29

- e) La stratégie du Centre Hospitalier de Montauban ne se limite pas au seul périmètre du département:..... 31
- f) La consolidation du plateau médico-technique 32

CHAPITRE II 36

Pour mener à bien son projet de transformation, le Centre Hospitalier de Montauban doit impérativement compléter sa stratégie médico-soignante par la mobilisation de leviers efficaces de modernisation et l'élaboration d'un Schéma Directeur nécessairement ambitieux..... 36

1 - LA MOBILISATION DES LEVIERS NECESSAIRES A LA MODERNISATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER37

- 1.1 La démarche de formalisation des parcours de santé 38
 - a) Choisir le degré de précision de formalisation des parcours 38
 - b) Toute personne est concernée par trois types de parcours : 38
 - c) La fluidification des parcours et la gestion des lits sur le territoire 40
- 1.2 L'engagement pour la qualité et la sécurité des soins 40
 - a) La politique qualité et gestion des risques 40
 - b) Déployer la mise en place des CROMS, des PROMS, des PREMS en lien avec les usagers, les équipes médico-soignantes : 44
 - c) Développer le travail en équipe : 45
- 1.3 Le développement des compétences : accompagner les évolutions du projet médico-soignant : 46
- 1.4 L'intégration directe et inédite des usagers dans la conception de la stratégie de l'établissement / l'expérience patient..... 46
 - a) Un engagement institutionnel 47
 - b) Les objectifs du projet..... 48
- 1.3 La définition et la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance / le projet managérial 50
 - a) Principes généraux 50
 - b) Le triptyque « projet de pôle – contrat de pôle – délégation de gestion » 50
 - c) Management des pôles et rôle des directions fonctionnelles 51
- 1.4 La réalisation des orientations définies dans le projet social d'établissement 52
 - a) Le projet social du personnel médical 52
 - b) Le projet social du personnel non médical 60
- 1.5 Les leviers de l'innovation, de la recherche et de la formation 69
 - a) Conforter l'innovation organisationnelle au bénéfice direct des patients 69
 - b) Le projet recherche..... 69
 - c) Le projet simulation 74

1.6	L'amélioration du pilotage de l'établissement par la diffusion d'une culture médico-économique / le projet de gestion	76
a)	Orientation 1 : Renforcer le pilotage de l'établissement par la production d'indicateurs partagée et fiables issus d'un travail concerté entre la Direction des affaires financières et de la contractualisation, le département d'information médicale et l'ensemble des directions fonctionnelles.....	76
b)	Orientation 2 : Promouvoir un circuit administratif du patient fluide, simplifié et adapté aux réformes en cours (Fides Séjour et nouvelles modalités de financement), en s'appuyant sur l'action du Comité de Pilotage « Circuit administratif du patient ».....	79
1.7	L'intégration de la responsabilité sociale et environnementale dans le projet d'établissement	81
a)	Définition et enjeux de la RSE	81
b)	Les thématiques retenues pour le PE 2022 / 2026.....	82
1.8	Le positionnement des actions logistiques comme fonctions supports à l'échelle territoriale.....	83
a)	La méthodologie suivie s'est articulée autour de quatre phases.....	83
b)	Les enjeux et les perspectives	85
2 -	LA DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES MEDICO-SOIGNANTES PAR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SCHEMA DIRECTEUR AMBITIEUX	89
2-1	Un nouveau Schéma Directeur Immobilier est indispensable	89
a)	Le patrimoine est dégradé et préoccupant	89
b)	Un patrimoine multi site en plein cœur de la commune de Montauban	89
c)	Des problématiques de flux	90
d)	Des coûts d'exploitation prohibitifs.....	90
2.2.	Ce Schéma Directeur doit impérativement intégrer le virage numérique et l'investissement biomédical.....	91
a)	Le Schéma Directeur des Systèmes d'information : sécuriser et faciliter	91
b)	La stratégie relative à l'investissement biomédical : comment gérer « le paradoxe montalbanais » ?	100
c)	La conception d'une stratégie de communication.....	100
ANNEXES		101

PREAMBULE

Le Projet d'Établissement 2022-2026 constitue le document de référence qui définit, à compter du 1^{er} juillet 2022, la stratégie du Centre Hospitalier de Montauban pour les cinq prochaines années. Il s'agit d'un véritable projet de transformation de l'établissement à la fois dans son organisation interne et également dans son maillage avec le reste du territoire, particulièrement (mais non exclusivement) à travers le Groupement Hospitalier de Territoire de Tarn et Garonne (GHT 82).

Le Projet d'Établissement définit les orientations stratégiques de l'Institution hospitalière en matière de projet médico-soignant, de projet social, de projet managérial, de schéma directeur des systèmes d'information, de schéma directeur immobilier, de projet qualité et sécurité des soins, de projet de gestion et de projet des fonctions logistiques de l'établissement.

Le Projet d'Établissement est une réponse aux fragilités notables identifiées dans le rapport d'étonnement du nouveau Directeur (présenté en juin 2021 aux instances de l'établissement, soit trois mois après cette prise de poste) :

« - *Une organisation en pôles insuffisamment ancrée dans une logique systémique*

Une construction polaire non objectivée,

Des outils inexistants ou non utilisés,

Des acteurs en quête de positionnement.

- *Un développement tardif de l'outillage managérial d'un hôpital moderne*

Un pilotage médico-économique balbutiant, marqué par une insuffisance de coordination et de partage,

Une culture de la Qualité et de la Gestion des Risques à conforter et à structurer,

Une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences à l'état embryonnaire.

Les difficultés actuelles nous obligent :

- *La dégradation de la situation budgétaire et financière est significative...*
Un déficit d'exploitation prévisionnel de 12 millions d'euros sur un exercice budgétaire,
Un déficit cumulé à plus de 40 millions d'euros sur un cycle de 10 ans,
Une dette sociale à l'égard de l'URSSAF vertigineuse,
Une marge brute d'exploitation qui ne permet pas de financer les investissements courants.
- *... alors même que le niveau d'endettement reste en-deçà des seuils d'alerte :*
Indicateur d'une insuffisance majeure d'investissements,
Cette carence en investissements se vit et se vérifie au quotidien,
Ce paradoxe peut empêcher le CH de profiter de la double opportunité que représentent le plan national de désendettement et le plan national d'investissements.
- *L'inaction du CH le condamnerait à **se voir imposer des mesures d'économies à l'aveugle** et, surtout, à ne pas pouvoir investir pour préparer l'avenir (impacts sur tous les outils de travail).*
Il y a donc urgence à créer les conditions d'un retour effectif et durable à un équilibre économique.

En réponse à ce diagnostic :

- *Des décisions portant sur la méthode de travail:*
Les principes : transparence, dialogue, arbitrage;
Les outils : l'inscription du CH dans une dynamique de gestion de projet (formation, fiche projet, revue de pôles);
Les outils : la structuration du co pilotage médico-économique (CREA, indicateurs, contractualisations).
- *Des décisions portant sur la gouvernance:*
Les instances et la direction;
Chefs de pôle et responsables médicaux de service;
Projet d'établissement et projet managérial. »

Le projet médico-soignant

Au cœur du Projet d'Etablissement figure le projet médico-soignant ; il fixe des objectifs médicaux et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à court et à moyen terme, il détermine les évolutions et les adaptations de l'offre de soins dans un territoire de santé donné.

Ce projet médico - soignant de l'établissement a été élaboré autour d'un diagnostic et d'une vision partagée par le personnel médical et soignant et l'administration hospitalière lors de plusieurs séances de travail durant le deuxième semestre de l'année 2021.

Sa construction s'est faite à travers la participation des quatuors de pôle à des moments forts de l'Institution hospitalière que sont les revues de pôles.

Sa construction s'est également traduite par la participation ouverte aux praticiens hospitaliers, aux cadres, aux équipes soignantes et à tout personnel désireux de s'impliquer dans l'écriture de ce projet. Il s'agit donc d'un travail collectif qui, partant d'un diagnostic « points forts / pistes d'amélioration / menaces / opportunités », caractérise la situation du Centre Hospitalier de Montauban à un moment donné. Cette évaluation permet d'identifier des axes vers lesquels le projet médico-soignant doit être orienté pour les cinq prochaines années.

Le projet médico-soignant prend en compte les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) de la région Occitanie et doit ainsi permettre à tous les acteurs de santé d'améliorer l'état de santé de la population, faciliter l'accès aux soins et lutter contre les inégalités.

Par ailleurs, le projet médico-soignant prend en compte le positionnement du Centre Hospitalier de Montauban en tant qu'établissement support et établissement de recours pour l'ensemble du GHT de Tarn et Garonne. C'est pourquoi, au-delà des besoins qui ont été identifiés au travers des revues de pôle, ce projet reprend également et en complément la contribution attendue du Centre Hospitalier de Montauban à la mise en œuvre du projet médical de territoire.

Ce projet médical de territoire ne se limite pas aux seules contributions des établissements qui constituent le GHT de Tarn et Garonne. L'une des particularités du Projet d'Etablissement 2022-2026 du Centre Hospitalier de Montauban est donc la prise en compte d'une triple dimension : la dimension de l'établissement de référence (Centre Hospitalier de Montauban) ; les contributions au projet médical partagé du GHT de l'ensemble des établissements qui participent à cette stratégie publique départementale ; et une troisième catégorie d'acteurs que sont les établissements privés qui ont accepté d'établir ou de renforcer des collaborations existantes avec l'établissement de référence que représente le Centre Hospitalier de Montauban.

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

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définit les objectifs généraux en matière de qualité, d'organisation et d'évaluation des soins et l'ensemble des mesures qui permettent la réalisation de ces objectifs. Partie intégrante du Projet d'Etablissement, et en cohérence avec le projet médical, il s'agit donc d'un instrument fédérateur qui concerne tous les professionnels soignants.

Elaboré par la Direction des Soins, en collaboration avec les cadres supérieurs de santé de pôles, c'est un outil de référence pour les actions de pratique clinique, d'organisation, d'encadrement, de formation, de recherche soignante.

Ce document est un outil qui a pour ambition de donner du sens à l'action individuelle et collective des professionnels de soins du Centre Hospitalier.

Le projet de soins s'inscrit naturellement dans le cadre des actions du Projet Régional de Santé et des orientations du projet de soins partagé du GHT 82.

Le projet social

Le projet social définit les objectifs généraux de l'établissement en matière de politique sociale ainsi que les mesures qui permettent leur réalisation afin de concourir à la mise en œuvre de l'ensemble des projets institutionnels.

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

Les trois axes sur lesquels le projet social est orienté sont :

- recruter, fidéliser et faire vivre les compétences ;
- préserver la santé et améliorer les conditions de travail des professionnels de l'établissement ;
- améliorer la qualité de vie au travail de l'ensemble des équipes.

Au regard des enjeux d'attractivité et de fidélisation qui concernent aussi bien les professionnels médicaux que certains professionnels para-médicaux, une politique spécifique a été conçue pour chacune de ces « catégories professionnelles ».

Le projet managérial

Le projet managérial vise à refonder les conditions de gouvernance en redéfinissant les rôles et les missions respectifs des pôles et des directions fonctionnelles, et à l'intérieur des pôles la répartition des responsabilités, des missions et du rôle de chacun des acteurs - chefs de pôles, directrices référentes de pôles, cadres supérieurs de santé de pôles, cadres administratifs affectés aux pôles.

L'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement se traduira notamment par la conception de véritables contrats de pôle avec trois composantes :

- la formalisation et le suivi des projets qui ont été intégrés au Projet d'Etablissement 2022-2026 ;
- la déclinaison de la politique qualité et sécurité au niveau de chaque pôle avec la définition d'indicateurs de suivi et de résultat par pôles ;
- le pilotage des activités du pôle.

Le schéma directeur des systèmes d'information

Le projet de restructuration du Centre Hospitalier de Montauban, combiné aux différentes réformes relatives au système d'information hospitalier, rendent nécessaire l'évolution de notre système d'information. Le système d'information d'un hôpital se doit d'être en complète cohérence avec la stratégie de cet établissement.

Conçu pour mettre en œuvre le plan stratégique de l'établissement en matière de développement des outils d'échanges et d'information et de sécurisation des procédures, le schéma directeur des systèmes d'information est donc un acte de planification qui permet de définir un cadre d'évolution du système d'information sur la période du Projet d'Etablissement avec la volonté affirmée d'améliorer la qualité du service aux utilisateurs et aux patients.

Le schéma directeur des systèmes d'information constitue donc à la fois un document de transition dans l'attente de la mise en œuvre pleine et entière du schéma directeur des systèmes d'information du GHT et un outil de pilotage des transformations à mener au sein de l'établissement avant l'ouverture du Nouvel Hôpital.

Le schéma directeur immobilier

Le schéma directeur immobilier a pour objet essentiel de permettre la mise en œuvre de nouvelles orientations médicales et organisationnelles de l'établissement par l'adaptation, la création, la réforme des locaux et des installations techniques nécessaires afin de répondre à des exigences multiples (ainsi par exemple l'adaptation à la prise en charge médicale, l'adaptation aux normes techniques de sécurité, d'environnement, de développement durable, l'adaptation aux conditions de travail, l'adaptation aux exigences hôtelières).

Le schéma directeur immobilier constituera donc la déclinaison des réorganisations d'activité autour de deux sous-ensembles : la réalisation du projet de plateau technique et la conception d'un nouvel établissement permettant tout à la fois de réaliser ce nouveau plateau technique avec des pôles d'hospitalisation totalement neufs.

Le projet qualité et gestion des risques

L'établissement s'appuie sur la méthodologie de la certification HAS et sur la future V 2021 basée sur la notion de parcours patient, qui doit pouvoir s'appliquer à la fois sur notre bassin de population et au sein de notre GHT.

Cette méthode permet d'assurer la cohérence et la continuité du parcours de soins et des axes de travail prioritaires qui ont été décrits dans une politique et dans le programme qualité et sécurité, données qui seront reprises dans le compte qualité et dont l'évaluation sera suivie en particulier par des indicateurs opposables.

Fort de ces éléments, le Projet d'Etablissement engage donc la communauté hospitalière dans son ensemble sur les quatre prochaines années.

Sa mise en œuvre sera évaluée chaque année afin qu'il demeure un outil vivant permettant ainsi à l'établissement de demeurer au service de la population du département de Tarn-et-Garonne et, au-delà, au service d'une partie de la population de la région Occitanie.

Le Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Montauban poursuit trois grands objectifs :

- Refonder, consolider et développer l'offre de soins publique hospitalière dans un département en croissance démographique soutenue mais caractérisée à la fois par un vieillissement et par une forte précarisation de sa population ;
- Moderniser les outils, professionnaliser la gestion et manager les équipes du service public hospitalier sans exclure la coopération avec d'autres acteurs du système de santé dont les finalités peuvent converger ;
- Transformer la culture de l'établissement par l'intégration quotidienne des enjeux de sécurité et de qualité ; déconcentrer le processus de gestion et de décision par une organisation en pôles outillée et une double contractualisation (contractualisation de délégation et contractualisation des prestations) ; rendre durablement attractif notre établissement, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels de santé.

Le Projet d'Etablissement 2022-2026 du Centre Hospitalier de Montauban ou le projet **PACTES** :

- **P**atients, **P**rofessionnels, **P**rojets ;
- **A**venir, **A**mbulatoire, **A**udace ;
- **C**onfiance, **C**oopération, **C**ontractualisation ;
- **T**erritoire, **T**ransparence, **T**ransformation ;
- **E**ngagement, **E**xcellence, **E**nsemble ;
- **S**oins, **S**olidarité, **S**ervice public.

CHAPITRE I

Etablissement de référence pour le département du Tarn-et-Garonne, le Centre Hospitalier de Montauban s'engage dans une démarche inédite d'élaboration et de mise en œuvre d'un projet médico-soignant de territoire pour la période 2022 / 2026

1 - LE DIAGNOSTIC RELATIF AU TERRITOIRE

1.1 Un territoire de santé dont les besoins de soins sont marquants

Le Centre Hospitalier de Montauban recrute l'essentiel de sa patientèle sur le département du Tarn-et-Garonne.

a) **L'étude des besoins en termes d'offre de soins se concentre sur l'analyse socio-démographique et épidémiologique de la population tarn-et-garonnaise.**

La population du Tarn-et-Garonne est une population dynamique. En effet, les prévisions de l'INSEE prédisent une augmentation de la population de plus de 26% d'ici à 2050 ; elle passera alors de 258 000 habitants en 2017 à 325 000 habitants en 2050. Cette tendance est beaucoup plus optimiste que la tendance nationale (la population globale devrait croître de 15% d'ici à 2050).

Cette dynamique se traduit sur la population âgée notamment. Ainsi, la part de la population âgée de plus de 75 ans connaîtra une évolution significative et passera de 10,80% en 2013 à 21 % de la population du département en 2050. La tendance est la même sur la tranche d'âge de 55 à 75 ans, avec une augmentation de 2 points en moins de 40 ans.

De fait, un basculement entre la part de la population la plus jeune et la part de la population la plus âgée s'opèrera. Il est à prévoir une diminution de la part des 0 - 14 ans avec une baisse de 11,6% de la proportion de cette population. En 2013, la part des 0 - 14 ans était de 18,9% (contre 10,8% pour les plus de 75 ans). En 2050, les tendances devraient ainsi s'inverser avec une part des enfants de 16,7% dans la population (contre 21% prévus pour les plus de 75 ans).

Cette évolution de la structure de l'âge combinée à la dynamique de l'évolution populationnelle permet d'estimer que la future population du Tarn-et-Garonne générera une augmentation de la demande de soins et se traduira mécaniquement par une hausse de la demande sur le département.

b) **Les données épidémiologiques du Tarn-et-Garonne sont quant à elles similaires au niveau national.**

En effet, les habitants du département de Tarn-et-Garonne ont une espérance de vie à la naissance relativement similaire à celle de la moyenne française que ce soit pour les hommes ou les femmes : soit 79,8 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes en 2019 sur le département --- un niveau très proche de la moyenne française, respectivement de 79,7 et 85,6 ans.

Concernant les taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans), ils sont, pour le territoire tarn-et-garonnais, globalement inférieurs à la moyenne nationale.

Ainsi, les premières causes de décès prématurés sont les pathologies liées à une tumeur, représentant ainsi respectivement 35% des causes de décès pour les hommes et 47% des causes de décès pour les femmes. S'ensuivent les maladies de l'appareil respiratoires, plus prégnant chez les hommes que chez les femmes.

Une autre source de décès prématurés est représentée par les traumatismes et empoisonnements, cause finalement non représentée pour les femmes au niveau national alors que cela représente 8% des décès prématurés sur le département du Tarn-et-Garonne.

Cependant, en prenant en compte les principales causes d'affections longues durées (ALD) et en comparant leur prévalence entre le département et la France métropolitaine, il peut être observé qu'un plus grand nombre de personnes est touché par les affections psychiatriques de longue durée sur le Tarn-et-Garonne qu'en moyenne en France (avec une différence de 507 personnes supplémentaires touchées sur 100 000 habitants).

Ces données épidémiologiques sont logiquement soumises à évolution dans le temps avec notamment la recherche et le développement de nouveaux traitements sur des maladies existantes, ou encore l'apparition d'éventuelles nouvelles pathologies (ou une augmentation importante de leur prévalence en comparaison à aujourd'hui) avec l'évolution des comportements de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie.

Ces données permettent cependant d'identifier les priorités du projet médico-soignant du Centre Hospitalier de Montauban pour les cinq prochaines années : la constitution d'une filière gériatrique complète et présente sur l'ensemble du territoire ; le renforcement de l'offre de soins en cancérologie, particulièrement en hématologie et en onco-pneumologie ; le développement et la diversification des modalités de prises en charge en soins psychiatriques ; la consolidation de la place de leader en chirurgie (chirurgie orthopédique et chirurgie générale), dans un contexte « local » qui est appelé à rester fortement concurrentiel.

1.2 Une offre de soins fortement concurrentielle

Le territoire est doté de cinq structures hospitalières dont quatre établissements sur la commune de Montauban. Ce dimensionnement vient fragiliser le positionnement de l'établissement public.

En effet, ce sont trois cliniques qui sont implantées sur la commune en sus du centre hospitalier. Si l'une d'entre elles, la Clinique Honoré Cave, dispose d'une offre de soins pointue en ORL et ophtalmologie, les deux autres viennent directement concurrencer le Centre Hospitalier de Montauban. La clinique Croix Saint Michel est un établissement familial disposant d'une offre relativement complète en médecine, chirurgie et obstétrique avec 102 lits et places. La Clinique du Pont de Chaume, appartenant au groupe privé ELSAN, dispose de 252 lits et places et propose une offre de soins similaire à celle du Centre Hospitalier de Montauban.

Ainsi, ce sont trois maternités de niveau 1 (puis deux maternités depuis début décembre 2021), deux services de réanimation et de soins critiques, deux unités de soins intensifs de cardiologie et deux services d'urgences qui sont proposés aux habitants du Tarn-et-Garonne. Cette répartition de l'offre peu pertinente n'est pas nécessairement favorable à l'établissement public de référence du territoire.

Les cliniques privées autour du Centre Hospitalier renforcent l'aspect concurrentiel entre les établissements, notamment par la proximité des établissements et de l'offre développée dans ces structures privées. La Clinique du Pont de Chaume représente le principal concurrent du Centre Hospitalier de Montauban avec des activités communes telles que : les urgences, les soins critiques (Réanimation polyvalente et Unité de Surveillance Continue) et la cancérologie avec une autorisation de chimiothérapie et de chirurgie cancérologique en digestif et sein pour les deux établissements.

1.3 Une attractivité fragilisée pour le Centre Hospitalier de Montauban

Le Centre Hospitalier de Montauban est le premier opérateur sur son territoire – toute spécialité confondue – avec 23% des parts de marché. Toutefois, la clinique du Pont de Chaume talonne l'établissement public de près et accueille un peu moins de 22% des patients du territoire. Bien que le centre hospitalier voit son attractivité se renforcer plus vite que celui de la clinique, dans un contexte de hausse de consommation des soins, le positionnement des deux établissements dans le temps reste stable, illustrant le fort environnement concurrentiel du territoire.

Premier opérateur du territoire en médecine, le centre hospitalier reste concurrencé

En médecine, avec 28% des parts de marché au global, le Centre Hospitalier de Montauban est le premier offreur de soins sur le département. Son attractivité est particulièrement marquée en neurologie, accueillant ainsi plus d'un patient sur deux ainsi qu'en addictologie, prenant en charge près de 4 patients sur 5.

En cardiologie et pneumologie, le Centre Hospitalier de Montauban est également le premier opérateur ; néanmoins son positionnement est plus fragile, puisque la clinique du Pont de Chaume réalise un quart des parts de marché.

Le CHU de Toulouse prend également en charge des patients du département, dans des proportions non négligeables, notamment en médecine interne (néphrologie, endocrinologie).

En chirurgie, l'offre de soins est dispersée et d'autant plus concurrentielle

En chirurgie, le positionnement de l'établissement public est plus en recul, confrontée à une concurrence locale mais également régionale.

En effet, en ORL et ophtalmologie, la Clinique du Dr Cave, spécialisée sur ces deux segments, capte une grande partie de la patientèle.

En orthopédie, le Centre Hospitalier de Montauban est le premier opérateur et accueille, notamment via les urgences, près de 30% de la patientèle du territoire. En digestif, la balance est plus favorable au Pont de Chaume avec 28% des parts de marché, le Centre Hospitalier de Montauban en comptabilise 23%.

Le positionnement de l'ensemble des acteurs du territoire est néanmoins fragile, les fuites vers les établissements toulousains, publics et privés, restent importantes (en moyenne 20 % de la consommation de soins).

La maternité du Centre Hospitalier de Montauban joue son rôle de recours pour les parturientes du territoire

Depuis 5 ans, la maternité du Centre Hospitalier de Montauban consolide son positionnement de maternité de niveau 2 sur son territoire, et ce dans un contexte de baisse continue des naissances. Le nombre d'accouchements a diminué sur le territoire du Tarn-et-Garonne, passant de 2 786 en 2015 à 2 505 en 2019.

Toutefois, désormais, près de 2 parturientes sur 5 sont prises en charge au sein de l'établissement public.

Cette dynamique positive pour l'offre publique s'est faite au détriment de la clinique du Pont-de-Chaume (fermeture de cette maternité en novembre 2021).

2 - UNE NECESSAIRE CONSOLIDATION DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE SUR LE TERRITOIRE

C'est sur la base de ce diagnostic que le projet du Centre Hospitalier de Montauban a été élaboré. Il l'a été autour de valeurs revendiquées par une communauté hospitalière attachée au service public.

Afin de continuer à répondre aux besoins de la population sur le territoire, de garantir la plus haute qualité de soins possible et de retrouver une situation financière stable, l'établissement souhaite lancer une politique ambitieuse de modernisation de ses organisations.

A travers ce projet de nouvel établissement, les équipes souhaitent véritablement s'inscrire dans un tournant majeur indispensable pour consolider la place du Centre Hospitalier sur son territoire et lui permettre d'assumer pleinement les missions de service public qu'il revendique.

2.1 Le renforcement du Centre Hospitalier de Montauban comme établissement de référence sur son territoire

Consolider l'offre de soins est un enjeu essentiel pour les équipes du Centre Hospitalier de Montauban, que ce soit en renforçant ses activités actuelles ou en développant de nouvelles activités. Les évolutions en matière d'offre de soins doivent répondre à l'objectif structurant d'améliorer la réponse de proximité aux besoins de la population.

De fait, le projet de Nouvel Hôpital réaffirme la double nécessité de maintenir une offre de proximité publique complète sur le territoire du Tarn-et-Garonne et de s'inscrire dans la gradation des filières de prises en charge structurées au sein du Groupement Hospitalier de Territoire.

Un certain nombre de spécialités médicales et chirurgicales contribuent à l'attractivité de l'établissement (addictologie, oncologie, neurologie, orthopédie à titre d'exemple). Les équipes entendent donc les mettre en avant et poursuivre la dynamique de développement sur le nouvel hôpital. Il en va ainsi des projets suivants :

- Développement de l'onco-pneumologie ;
- Structuration d'un parcours bariatrique pluridisciplinaire en associant les gastro-entérologues (dépistage), les diabétologues (suivi pré et post-op), et les praticiens de chirurgie viscérale ;
- Développement de la chirurgie du membre supérieur et de la chirurgie du pied en orthopédie ;
- Renforcement de la chirurgie carcinologique (digestif et sein).

En parallèle, les équipes entendent maintenir et conforter l'offre de proximité avec :

- La création d'un service de médecine polyvalente post-urgence ;
- Le renforcement des prises en charge gériatriques avec la structuration d'une unité post-urgence gériatrique ;
- La consolidation des filières de l'insuffisant cardiaque et de l'insuffisant respiratoire ;
- La solidification des prises en charge en urgence avec la réorganisation du service d'accueil aux urgences et de l'UHCD ;
- Le renforcement des activités d'oncologie.

De plus, dans un souci particulier de jouer leur rôle d'établissement de référence pour le territoire, les équipes médicales s'engagent à accentuer leurs liens avec les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire et à structurer des parcours de soins gradués. Ainsi, plusieurs projets avec Moissac sont en réflexion :

- Mise en place de consultations avancées (pneumologie, rhumatologie, dermatologie) en complément des consultations avancées existantes ;
- Consolidation des équipes de chirurgies notamment dans le cadre de la permanence des soins ;
- Structuration de parcours patients afin de permettre à la population de Moissac de bénéficier du plateau technique de Montauban (écho-endoscopie, rythmologie, gériatrie) ;
- Mutualisation des pharmacies.

En outre, certaines spécialités continueront de travailler en lien étroit avec les partenaires privés du territoire, dans le cadre de protocoles de prise en charge et de gradation des soins. Ainsi, le Centre Hospitalier de Montauban continuera de pourvoir des lits de repli pour la Clinique du Dr Cave, ainsi que d'animer toutes les prises en charge en soins critiques du département, avec la consolidation des lits dédiés sur le Centre Hospitalier.

a) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en confortant son offre de soins de proximité : exemple de l'adaptation de l'organisation du service d'urgences.

Ce projet consiste d'une part à identifier et structurer trois filières : la filière pédiatrique ; la filière gériatrique et la filière neuro-vasculaire. Il consiste d'autre part à organiser différemment le positionnement géographique de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et de l'Unité de Soins Médico-Psychiatriques Aigus (USMPA) afin de permettre la création d'une unité de post-urgence médical.

Le projet se traduit enfin par la mise en œuvre dès le mois de juillet 2022 d'un nouveau dispositif d'admission aux urgences avec fin de l'accès direct aux urgences et admission exclusive des urgences médico-chirurgicales et psychiatriques sur régulation du Centre de Réception et de Régulation des Appels 15 (CRRA 15) et de la régulation de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) 3966 ou adressées par des médecins de ville avec accord du médecin régulateur AMU du CRRA 15 ou du médecin du Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Ces mesures, qui seront complétées par le recrutement d'un cadre assumant la fonction de « *bed manager* » dès le second semestre 2022 à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire du Tarn-et-Garonne, sont indispensables pour garantir le fonctionnement du service des urgences du Centre Hospitalier de Montauban à court terme et dans l'attente de l'ouverture du Nouvel Hôpital.

b) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en développant de nouvelles activités.

De nouvelles offres de soins seront créées dans le cadre du projet médical d'établissement du Centre Hospitalier de Montauban pour les cinq prochaines années (2022/2026).

S'agissant de la filière digestive, une nouvelle activité portera sur la prise en charge globale de l'obésité (projet dit de « chirurgie bariatrique »).

En cardiologie, un projet co-construit par le pôle des Médecines et le pôle Médico-Technique visera à la mise en place d'une activité d'imagerie cardiaque.

En dermatologie : seulement deux praticiens exercent actuellement en dermatologie dans le département du Tarn-et-Garonne (un au Centre Hospitalier de Montauban ; un en secteur libéral). L'un des projets du pôle de rattachement de la spécialité consiste à renforcer l'offre de soins de dermatologie sur le Centre Hospitalier

de Montauban (recrutement en cours), à mettre en place des vacations de dermatologie sur le Centre Hospitalier de Moissac et à diversifier l'offre de soins proposé. Pour assurer cette diversification de l'offre de soins en dermatologie, est envisagée notamment la reprise de l'activité de photothérapie --- activité suspendue pour des raisons de locaux : l'impossibilité de réaliser cette reprise d'activité sur le site principal actuel de l'hôpital illustre de nouveau l'impérieuse nécessité du projet de Nouvel Hôpital.

En rhumatologie : le service de rhumatologie vise à prioriser deux activités nouvelles dans le cadre du nouveau projet médical d'établissement : d'une part, la prise en charge de l'ostéoporose ; d'autre part, la prise en charge des lombalgies.

En psychiatrie : les nouvelles activités portées par les équipes du pôle dans le cadre du projet de pôle de Psychiatrie Adultes au sein du futur projet d'établissement concernent la mise en place d'un Dispositif de Soins Partagés avec la médecine de ville (détection et suivi) ; la création d'un Centre Médico-Psychologique sur le territoire de Grisolles ; le développement de la spécificité des soins aux personnes âgées en élargissant les missions de l'Unité Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée au secteur médico-social ; la mise en œuvre d'un projet de réhabilitation psycho - sociale (RPS).

S'agissant des projets de création de nouvelles activités au sein du pôle Santé Société, sont retenus prioritairement par l'institution :

- la création d'un centre de santé sexuelle ;
- le projet de prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool et aux troubles neurologiques déficitaires transitoires ;
- le développement du sevrage tabagique des patients pris en charge pour tuberculose pulmonaire.

c) Renforcer le Centre Hospitalier de Montauban en faisant progresser son offre de soins : exemple du projet médical de cancérologie (2022/2026)

Le projet médical pour la cancérologie doit permettre de poursuivre la progression de la position du Centre Hospitalier de Montauban dans la réponse aux besoins de santé de la population. Il doit également favoriser l'attractivité des praticiens.

Le Projet d'Etablissement 2022-2026 établit l'oncologie comme un axe transversal. Réunions 3C organisées avec chacun des correspondants : hématologie, pneumologie, chirurgie digestive, chirurgie gynécologique, oncogériatrie.

Parallèlement, nous évaluons l'impact des réformes sur les autorisations en cancérologie pour chaque discipline. (JO 26/04/2022)

Puis nous évoquerons le projet d'oncologie dans sa propre transversalité (3C ; qualité ; soins de supports).

Oncologie médicale : autorisation « traitements médicaux systémiques du cancer »

La réforme des autorisations en cancérologie n'a pas d'impact sur l'activité actuelle. Le nombre d'interventions requises passe de 80 à 100 dont 65 en HDJ (50 précédemment) (mention A). Le CHM est largement au-dessus des seuils avec 416 patients sous chimiothérapie dont 394 en ambulatoire.

Chimiothérapie	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Chimiothérapies	2430	2345	2591	2758	3142	3285
Nombre de patients en chimiothérapie	277	274	301	307	345	416
Dont nombre de patients en ambulatoire	250	257	281	294	331	394

L'autorisation pour prescrire des chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours correspond à la mention B. Elle nécessite une astreinte de médecin qualifié en onco hématologie avec l'expérience de la prise en charge des aplasies longues. Ce n'est pas à l'ordre du jour.

Hématologie

Le projet régional de santé objective la nécessité de renforcer les sites d'équilibre en onco-hématologie. Le projet du CHM est de constituer un binôme d'hématologues pour pérenniser cette activité et accompagner la demande croissante sur le plan qualitatif et quantitatif de cette discipline. Ce projet est soutenu par l'équipe référente du CHU. Une ouverture de poste de PH a été octroyée à la conduite de ce projet.

Le Centre Hospitalier de Montauban se trouve désormais dans une situation de « monopole départemental » : (Départ du Dr Hess de la clinique du Pont de Chaumes aboutissant à l'augmentation significative du recrutement à court terme dès 11/2021. Son activité était chiffrée à 400 séjours en 2019 (notre activité = 861) pour des patients originaires du département).

Axes de travail-projet hématologie :

Augmenter expertise locale : lymphomes cérébraux, suivi ambulatoire post autogreffe-HAD, relai prise en charge leucémie aigue myéloïde induite en centre de référence

HAD : augmenter les molécules éligibles à l'administration à domicile : Daratumumab ? (poster SFH)

Territoire : Moissac : poursuite consultation avancée

Soins de supports : activité physique (projet global oncologie)

Liens avec infectiologie : avis, prise en charge partagée, immunodépression

Agrément internes-assistant partagé-docteur junior

Innovation thérapeutique-recherche clinique : axe fort avec l'IUC

Coordination parcours complexes (carT cell, autogreffes, allogreffes) (projet global oncologie recrutement IDE thérapies ciblées chimiothérapies orales + coordination parcours complexes)

Consultations	2017	2018	2019	2020	2021
Consultations Hématologie :	742	724	643	627	1095

<u>Chimiothérapie</u>	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients en chimiothérapie	274	301	307	345	416
Dont nombre de patients pour hémopathies malignes	86	115	114	104	155
Evolution en % hématologie	31%	38%	37%	30%	37%

L'évolution du nombre de consultations et du nombre de patients sous chimiothérapie est importante.

Il faudra envisager le recrutement d'un 3^{ème} hématologue au vu de la croissance rapide quantitative et qualitative de cette activité.

Pneumologie

Le projet « oncologie thoracique » vise à accompagner l'augmentation exponentielle de l'activité.

- Pas d'amélioration de la situation à CAHORS.
- Echoendoscopies.
- Mini-sonde.
- Augmenter la place au bloc opératoire. Actuellement les patients doivent être hospitalisés pour pouvoir bénéficier de créneaux d'urgence.
- Renforcer les soins de support en particulier la psychologue malgré l'apport récent de Mélanie COLLOT.
- Développer la recherche clinique.
- Réflexion en cours sur les soins palliatifs, en fonction de la création ou non d'une Unité de soins palliatifs.

Point sur la pharmacie

La forte augmentation de l'activité de chimiothérapie (portée par l'hématologie et la pneumologie) a un impact important sur la pharmacie en particulier dans son rôle de « fabrication » des chimiothérapies mais également sur le temps pharmacien (consultation de conciliation médicamenteuse, participation aux RCP, complexité des protocoles, nouvelles molécules). L'adéquation des moyens humains à l'augmentation d'activité doit être revue : temps pharmacien et temps préparateurs à augmenter.

Chirurgie digestive oncologique

Pour la chirurgie carcinologique digestive la réforme ne devrait pas impacter l'activité du Centre Hospitalier de Montauban. Le nombre d'interventions reste à 30 (mention A1) essentiellement pour le colon ; mais pour poursuivre la chirurgie rectale, il faudra le spécifier et justifier de 5 interventions (mention B1) ce qui est déjà le cas actuellement.

Chirurgie des cancers pour les pathologies digestives					
	2017	2018	2019	2020	2021
Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires) : 30 interventions	54	39	50	44	41

Les difficultés actuelles de recrutement de patients sont essentiellement dues aux difficultés concernant l'équipe médicale de gastro-entérologie. La diminution des actes d'endoscopie entraîne mathématiquement moins de diagnostics de cancers coliques précoces.

Ainsi les axes de travail sont essentiellement axés sur la qualité et la Revue de Mortalité et de Morbidité :

- Création d'un document PPAC pour la surveillance alternée. Proposition de faire créer un codage pour pouvoir tracer cette remise.
- Ré évaluation des délais de prise en charge avec le service qualité :
 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante quand elle est indiquée, qui sera réalisé par les oncologues.
 - Délai entre la coloscopie diagnostique et la prise en charge chirurgicale.
 - Les deux équipes oncologie et chirurgie digestive souhaitent mettre en place une RMM commune sur les ports à cath. Critères d'analyses : cause de dépose de port à cath et un suivi annuel de ce paramètre et de l'analyse des causes dans le but d'améliorer les pratiques.

Chirurgie carcinologique du sein

La réforme des autorisations en cancérologie fait passer le seuil d'actes minimum de 30 à 70. La dérogation au respect de cette activité minimale est de 2 ans. A l'heure actuelle il apparaît impossible d'atteindre ce seuil à court terme.

Chirurgie des cancers pour les pathologies mammaires					
	2017	2018	2019	2020	2021
Pathologies mammaires (tumeurs du sein) : 30	2	17	31	21	37

Cette élévation de plus de 100% du seuil fait poser question car comme le Centre Hospitalier de Montauban, nombre d'établissements publics ne pourront pas prétendre à une activité de 70 chirurgies du sein par an. Sachant que les centres experts qui concentrent le maximum de cas sont déjà débordés avec des délais de prise en charge qui se rallongent, l'application de ce seuil sera très difficile à mettre en place.

Oncogériatrie

« Le titulaire de l'autorisation accomplit les diligences nécessaires afin de proposer un traitement aux patients âgés à risque ou en perte d'autonomie atteints de cancer. »

L'évaluation gériatrique doit être assurée, ce qui n'est plus le cas depuis fin 2020 suite au départ d'un praticien.

	2017	2018	2019	2020	2021
Consultations d'oncogériatrie	111	75	87	35	5

Le recrutement d'un praticien hospitalier gériatre « partagé » entre l'oncologie et la gériatrie est une proposition de projet retenu par les 2 parties. (30/70 - 40/60 ?)

L'oncologie dans sa propre transversalité au sein de l'établissement-projet

Le 3C

C'est le symbole de cette transversalité en organisant la RCP ; les soins de support ; l'accès à la recherche clinique ; la qualité ; la RMM,...

Le constat est fait d'un manque de moyens humains pour le 3C et en particulier de moyens propres : Déficit de temps de qualicien et de cadre infirmier dédié. (Le Ch de Brive dispose d'un temps plein de qualicien pour le 3C ; le CHM : 10 %)

Projet d'un cadre de santé en charge du 3C en binôme avec médecin responsable. Cadre avec « autorité » transversale sur tous les services avec activité d'oncologie (onco hémato ; pneumologie ; chirurgie digestive et sénologique mais aussi laboratoire, radiologie, urgences, ...) pour assurer l'uniformité de la prise en charge, de la coordination des soins de supports, du dispositif d'annonce au sein de l'établissement.

Cadre commun services oncologie H24 et ambulatoire + 3C

Cadre commun pour le 3C, le service d'hospitalisation d'oncologie et l'unité d'oncologie ambulatoire pour renforcer équipe IDE spécialisée en oncologie en lourd déficit actuellement, harmonisation des pratiques pour les mêmes patients.

Spécificité de l'équipe infirmière d'oncologie à renforcer.

Les spécificités des infirmières sont diluées par les organisations actuelles tant au niveau de l'AGO qu'au niveau de l'UMA. On propose que les infirmières d'oncologie aient chacune un thème à développer : annonce, soins de support, coaching, chimiothérapie orale, chimiothérapie intraveineuse, soins palliatifs, douleurs avec un projet personnalisé de formation. Un cadre commun aux deux unités pourrait mieux intervenir sur cet axe de formation en centralisant les informations sur les IDE et leurs projets de carrière.

Coordination soins de support en UMA-création GHS intermédiaire

La gradation des prises en charge en ambulatoire dans les établissements autorisés permet la facturation d'une prise en charge tripartite en hôpital de jour sous la forme d'un GHS intermédiaire.

Pour cela plusieurs conditions sont à prendre en compte comme la nécessité de faire les 3 consultations le même jour, sur une même unité de facturation et de tracer cette consultation dans les DPI.

Cela permettrait une forte augmentation de l'activité en secteur ambulatoire avec des recettes liées au GHS intermédiaire.

Une IDE coordinatrice est nécessaire (projet recrutement IDE chimiothérapie orale et coordination soins de support)

Création de poste pour infirmière spécialisée en chimiothérapie orale

Une fiche de poste sera rédigée incluant le coaching des patients sous chimiothérapie orale, la coordination des parcours complexes avec, en ligne de mire, la création en hospitalisation de jour d'une coordination soins de support pour les patients suivis en chimiothérapie orale.

Soins de support en APA en oncologie

La présence d'un enseignant en APA au sein du service d'oncologie est un réel progrès pour nos patients hospitalisés, pour la reprise de leur autonomie, la réadaptation à la marche et le réentraînement à l'effort.

Bilan de l'introduction d'un accompagnement physique adapté :

	file active onco				
	2017	2018	2019	2020	2021
Intervention enseignant en APA (activité physique adaptée)			127	191	127

Projet : poursuite et renforcement des interventions de l'enseignant en APA sur place dans le service, et développement d'une passerelle avec l'activité physique en ambulatoire pour permettre ainsi au patient suivi en chimiothérapie ambulatoire, une consultation de conseils en activité physique en vue de développer cette activité avec les structures déjà existantes. (GHS soins de supports en UMA)

Oncogénétique

Projet d'une consultation d'oncogénétique sur le CHM. (Dr Staub)

Objectifs cancérologie.

- Formaliser un projet médical pour la cancérologie dans le cadre du projet d'établissement 2022-26. Le projet doit permettre de poursuivre la progression de la position du CH de Montauban dans la réponse aux besoins de santé de la population. Il doit également favoriser l'attractivité des praticiens.
- Assurer la coordination médicale de l'unité AGO (addictologie, gastro-entérologie et oncologie, diabétologie)
- Poursuivre le développement de l'activité d'hospitalisation de jour en oncologie
- Maintenir et développer l'activité d'hématologie
- Maintenir et développer le suivi des chimiothérapies orales
- Maintenir la pluridisciplinarité, l'organisation RCP d'oncologie générale (activité chiffrable objectif > à 40/an)
- Maintenir la collaboration avec le Centre de référence CHU-IUC (activité chiffrable par file active de patients adressés pour la recherche clinique ; l'oncogénétique ; les RCP de recours).
- Maintenir la collaboration territoriale avec l'articulation CHIC MOISSAC (maintien d'une consultation avancée, collaboration en onco gériatrie, coordination soins de support).
- Promouvoir et mettre en œuvre une démarche qualité au sein de l'unité AGO et de l'hospitalisation de jour
- Coordination des 3C :
 - Assurer la tenue, le compte rendu et le suivi de deux réunions interne par an (GHT) et une réunion territoriale par an (Public / Privé)
 - Produire une fois par an le rapport d'activité du 3C
 - Définir la politique annuelle du 3C : stratégie et plan d'action

d) Conforter la structure d'étude et de traitement de la douleur chronique référente du département depuis 2014

Les techniques d'antalgie interventionnelle, cinq fois moins utilisées en France que chez nos voisins allemands ou du Benelux, apparaissent pourtant comme des solutions efficaces dans des situations de douleur rebelle cancéreuse ou non.

Le projet, qui repose sur un partenariat fort avec le service d'anesthésie, vise à proposer à travers un parcours de soin aux patients relevant de ces techniques :

- La neurostimulation médullaire pour les douleurs chroniques d'origine neuropathiques, SDRC (syndrome douloureux régional complexe, ex algodystrophie) inclus, après échec des alternatives thérapeutiques
- L'analgésie intrathécale à travers la recharge, voire l'implantation de pompes, pour les douleurs réfractaires liées au cancer (cancer abdominopelvien comme cancer de l'utérus, du rectum, du pancréas, cancer de l'apex pulmonaire avec syndrome de Pancost-Tobias, métastases osseuses...)
- Des procédures d'anesthésie locorégionale sous forme de blocs du système nerveux somatique et sympathique et d'infiltration mais aussi de bloc continu pour la prise en charge de douleurs chroniques, SDRC en particulier, couplé à de la rééducation, mais aussi pour des douleurs du cancer, en ambulatoire

2.2 Cette ambition se concrétise grâce à une démarche inédite : l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médico-soignant de territoire

a) Les parcours de soins déjà assumés par le Centre Hospitalier de Montauban sur l'ensemble du territoire verront leurs "outils" modernisés : exemple des parcours en santé mentale

Création d'une Cellule de coordination Sanitaire-Médico-social

Afin d'améliorer la coordination des parcours des personnes handicapées psychiques, entre les soins psychiatriques et les établissements et services médico-sociaux et notamment avec les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), un projet relatif à la création d'une cellule de coordination sanitaire / médico-social est co-construit par le pôle Santé Société et le pôle Psychiatrie Adultes. Ce projet consisterait à créer une cellule de coordination associant une équipe hospitalière, des représentants des trois SAMSAH du département, de la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) et de l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques).

L'équipe mobile de l'hôpital en lien avec les partenaires médico-sociaux serait en mesure de maintenir le lien avec la personne handicapée dans l'attente du relais avec l'équipe médico-sociale, de veiller à la continuité des soins en renfort de l'équipe soignante de référence et de faciliter le passage du sanitaire vers le médico-social.

Dans la même logique d'une collaboration plus forte avec le secteur médico-social, les équipes du pôle de Psychiatrie portent le projet d'un élargissement des missions actuelles de l'Unité Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée et de son extension au secteur médico-social. De même, est construit un projet visant à étoffer les missions du Dispositif Mobile de soutien à la réhabilitation (DMSR) avec les différents partenaires du médico-social. Dans cette logique, ce dispositif pourrait s'étendre aux FAM (Foyers d'Accueil Médicalisés) et aux MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées).

Extension du dimensionnement capacitaire de l'Hospitalisation à Domicile en Psychiatrie. L'objectif de ce projet vise à permettre un développement de l'offre de soins de réhabilitation pour une amélioration de la prise en charge des patients

Création d'un centre de Réhabilitation Psycho - Sociale (RPS) en partenariat avec l'ESAP Lou Camin (fondation J. Bost). Le projet de réhabilitation psychosociale doit être complété. Suite à un appel à projet pour la création d'un centre de proximité RPS, un dossier a été déposé en 2019 mais les financements attribués ne permettent pas aujourd'hui une pleine exécution des missions.

b) Des parcours de soins seront coordonnés par le Centre Hospitalier de Montauban sur l'ensemble du Groupement Hospitalier de Territoire : exemple de la filière gériatrique

Le pôle Soins de Suite et Réadaptation / Gériatrie est au cœur de la fluidification des « parcours patients » Personnes Agées et patients de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et à l'interface des liens ville-hôpital sur le territoire.

Aujourd'hui, bien qu'incomplète, la filière gériatrique hospitalière est bien repérée sur le territoire tant au niveau du premier recours que du secteur médico-social. Ses compétences sont également reconnues des responsables universitaires de la filière.

De plus, avec son Unité de Soins de Longue Durée et ses deux Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la filière gériatrique facilite le turn-over des patients issus des services d'hospitalisation de Médecine, de Chirurgie et de Psychiatrie.

Enfin, par sa compétence reconnue en Médecine Physique et Réadaptation, la filière SSR hospitalière entretient des liens étroits de collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse mais aussi avec les autres structures SSR publiques ou privées du département.

Les trois orientations stratégiques définies portent sur :

- la modernisation organisationnelle, qui se caractérise notamment par la transformation des séjours conventionnels vers les séjours ambulatoires et qui suppose impérativement la construction de nouveaux EHPAD (projet récemment « débloqué » et relancé) et la projection sur un nouvel hôpital pour l'ensemble des unités « sanitaires » du pôle. Cette mutation organisationnelle (passage d'une approche de type « séjour » à une approche de type « parcours ») correspond à une transformation majeure pour la filière gériatrique.
- la simplification et la fluidification des parcours patients PA et SSR, en interface étroite avec la ville en amont et en aval pour s'adapter et répondre aux besoins de la population (ce qui impose une amélioration de la qualité et de la pertinence de chacune des étapes du parcours patient en utilisant les bonnes ressources au bon moment dans un parcours de soins qui ne se limite pas au séjour hospitalier). Cet axe s'appuiera sur un large dispositif de type « Qualité / Gestion des Risques » avec des indicateurs et un suivi du PAQSS posant comme thématique centrale la prise en charge médicamenteuse.
- l'innovation et la recherche au cœur des pratiques professionnelles en développant de nouvelles technologies d'évaluation et de prise en charge des patients et résidents.

Comme pour l'ensemble des services de Médecine Chirurgie Obstétrique du Centre Hospitalier de Montauban, la modernisation des outils de la filière gériatrique suppose également de pouvoir bénéficier de nouveaux locaux dans le cadre du projet de Nouvel Hôpital : création d'un Post-Urgence Gériatrique, ouverture d'un Hôpital de Jour, mise en sécurité des activités de l'Unité de Soins de Longue Durée et optimisation du fonctionnement du Court Séjour Gériatrique.¹

¹ Il conviendra de se référer aux fiches projets suivantes

Asseoir l'agrément de SSR mention « affections neurologiques » en HC

Asseoir l'agrément de SSR mention « PAPD » en HC et HJ

Augmenter le capacitaire de l'HJ à 24 patients/jour

Equipe mobile d'expertise en réadaptation

Développer la filière neuro-orthopédique

Développer la prise en charge en restauration fonctionnelle du rachis et de traitement rééducatif des syndromes douloureux régionaux complexes

Moderniser le plateau technique avec les thérapies innovantes en rééducation

c) Des parcours de soins déjà coordonnés avec le seul Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin - Moissac seront complétés

Le Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin Moissac est le seul autre établissement public de santé détenant des autorisations de soins en Médecine et Chirurgie sur le département du Tarn-et-Garonne. Des coopérations préexistantes à la création du Groupement Hospitalier de Territoire ont permis de maintenir une offre de soins hospitalière publique sur l'Ouest du département ; ces coopérations seront complétées, dans le cadre du Projet Médical de Territoire, par les actions suivantes :

- nouvelles consultations avancées en pneumologie (2022), rhumatologie (2023), et dermatologie (2024);
- création de nouvelles équipes territoriales : équipe médicale territoriale d'anesthésie, équipe médicale territoriale d'Hospitalisation à Domicile, équipe territoriale de soins dentaires.

A date, et au regard des difficultés rencontrées par le Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac sur la filière orthopédique (absence pour plusieurs mois du chirurgien titulaire), est envisagée la constitution d'une équipe territoriale de chirurgie orthopédique portée par le Centre Hospitalier de Montauban.

d) Le projet médical de territoire porté par le Centre Hospitalier de Montauban ne se limite pas au seul périmètre du Groupement Hospitalier de Territoire

- des projets co-construits avec des établissements privés :

Avec la clinique Boyé :

Depuis la fermeture de la maternité de la clinique du Pont de Chaumes (groupe Elsan), est à l'étude un projet de co-construction d'un « pôle départemental » Femmes / Parents / Enfants animé par les équipes du Centre Hospitalier de Montauban et les équipes de la clinique Boyé.

De même, est envisagée la structuration d'un partenariat avec la clinique Boyé, sous forme de création d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens pour l'organisation et le fonctionnement en commun des activités d'hépatogastro-entérologie.

Avec la clinique Cave :

Le partenariat entre le Centre Hospitalier de Montauban et cet établissement privé spécialisé en ORL et en ophtalmologie porte à la fois sur la permanence des soins en ophtalmologie et sur l'identification, au sein du service de chirurgie générale du Centre Hospitalier, de « lits de repli » pour la clinique.

Il est par ailleurs envisagé, dans le cadre du projet de Nouvel Hôpital, la mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens pour l'accès, des professionnels médicaux de la clinique, au futur plateau technique (blocs opératoires et salles de surveillance post-interventionnelle principalement) du nouveau Centre Hospitalier de Montauban.

- des projets co-construits avec les médecins libéraux :

L'amélioration de la coordination des prises en charge Ville / Hôpital implique notamment la mise en place d'un poste de coordonnateur des parcours de soins pour les professionnels de santé. Ce coordonnateur aura pour rôle de faciliter les flux de patients et d'assurer l'interface entre les autres acteurs de santé du territoire et le Centre Hospitalier de Montauban. Il sera notamment en charge de la régulation des appels du quotidien pour les professionnels de santé, assurée grâce à des numéros uniques par spécialité (généralisation de la mise en place d'une ligne directe dédiée aux professionnels de santé). Le Centre Hospitalier de Montauban engage une démarche de coopération forte avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Montauban dans une logique de décloisonnement et de réorganisation des soins autour du patient (organisation des soins non programmés, coordination ville / hôpital, attractivité médicale du territoire, ...).

L'amélioration de la coordination des prises en charge Ville / Hôpital passe également par une meilleure information des médecins de ville relativement à l'offre de soins proposée par le Centre Hospitalier de Montauban. En ce sens, il est prévu :

- de créer un accès aux professionnels de santé à l'annuaire du Centre Hospitalier ;
- d'envoyer aux professionnels de santé des annuaires de services avec information sur les nouvelles activités et nouveaux praticiens ;
- de mettre à disposition des patients et des professionnels de santé, sur le site internet du Centre Hospitalier, des fiches types d'information (obésité, imagerie,...) ;
- d'organiser une journée annuelle de type «portes ouvertes»;
- d'informer systématiquement les médecins de ville sur l'hospitalisation de leurs patients.

Par ailleurs, l'établissement s'inscrit dans la démarche relative au retour précoce à domicile avec suivi personnalisé et envoi dématérialisé des Compte-Rendu opératoires aux médecins traitants.

Dans le cadre du déploiement du projet de pôle de psychiatrie, le Centre Hospitalier de Montauban porte le projet d'organisation des parcours de soins coordonnés en psychiatrie et en pédo-psychiatrie.

Un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens sera enfin constitué avec un laboratoire privé dans le domaine de l'anatomie et cytologie pathologiques.

- des projets co-construits avec de nouveaux groupes médicaux :

Il en va ainsi par exemple de l'ouverture d'un centre de soins dits « immédiats » ou « non programmés » en centre-ville de Montauban prévue pour Juin 2022 (contributions de la pharmacie hospitalière et de la logistique du Centre Hospitalier)

- des projets co-construits avec le secteur médico-social :

La création d'une Equipe Mobile Opérationnelle d'Hygiène de territoire permettra de mettre en œuvre un réseau de prévention du risque infectieux étendu à l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département du Tarn et Garonne. L'objectif de cette équipe est l'amélioration de la prévention du risque infectieux en diminuant notamment les transmissions croisées par la mise en œuvre de formations, audits, protocoles, campagnes de vaccination ou l'organisation d'interventions lors d'épidémies. Cette équipe sera créée par extension de l'équipe mobile d'hygiène pour assurer son intervention dans l'ensemble des EHPAD du département (soit 27 EHPAD).

La structuration de la prise en charge des porteurs de troubles autistiques (projet dit « Voisin ») participera également de cette logique de coopération avec le secteur médico-social.

- des projets construits avec d'autres acteurs :

Il en va ainsi par exemple du projet d'intégration de l'Unité d'Accueil des Victimes du Centre Hospitalier de Montauban dans un dispositif plus global de prise en charge des femmes victimes de violence, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, et dans le cadre d'un parcours coordonné.

L'objectif de ce projet vise à positionner l'Unité d'Accueil des Victimes comme centre de coordination et de ressources à l'échelon territorial.

Il en va également de la poursuite du déploiement de la plateforme unique de réception des appels d'urgence Santé / Social / Secours (dite plateforme 3S) correspondant à une expérimentation unique en France : le regroupement sur un même site des numéros d'urgence du SAMU 15, de la permanence des soins de la médecine générale 3966, du SAMU social 115, de l'enfance en danger 119 et du secours 18 / 112.

Enfin, un projet de coopération est organisé avec l'association RELIANCE 82 : médecins coordonnateurs des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés détachés du PSS.

e) La stratégie du Centre Hospitalier de Montauban ne se limite pas au seul périmètre du département:

- les liens avec le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Situé à proximité du CHU de Toulouse, le Centre Hospitalier de Montauban bénéficie de liens étroits avec son établissement de recours. Ainsi, de nombreux liens universitaires et médicaux se sont tissés entre les équipes médicales, permettant au Centre Hospitalier de Montauban d'accueillir un grand nombre de praticiens sur des postes post-internats et de développer des postes d'assistants partagés. Cette grande proximité avec la métropole toulousaine engendre néanmoins des fuites importantes de la patientèle tarn-et-garonnaise vers celle-ci. Le CHU de Toulouse et le Centre Hospitalier de Montauban subissent tous deux les conséquences de ces mouvements de patientèle qui, s'ils représentent une perte de recettes pour le Centre Hospitalier de Montauban, peuvent également fortement contribuer à la « saturation » du CHU par des activités de proximité. L'action de coopération mise en œuvre au sein du Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Montauban visera à réduire ces « fuites d'activité » et amplifier le recrutement de praticiens originaires de Toulouse.

- les coopérations avec le Centre Hospitalier de Cahors

Ces coopérations se traduisent par le fonctionnement d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens pour l'activité de biologie, la permanence des soins en ophtalmologie ou la structuration de la filière pneumologie au profit du Centre Hospitalier de Montauban. Il est par ailleurs rappelé la coopération forte entre le Centre Hospitalier de Montauban et le Centre Hospitalier de Cahors, particulièrement le SAMU 46 pour la régulation AMU supra-départementale en nuit profonde pour améliorer la qualité de la réponse.

- un projet de partenariat en matière de recherche clinique avec le Centre Hospitalier d'Agen.

f) La consolidation du plateau médico-technique

Projet de robotisation du circuit du médicament

Le circuit du médicament dans les hôpitaux est identifié comme une source majeure de risque lors de la prise en charge des patients en structure de santé. Les différentes étapes du circuit du médicament ont d'ailleurs toutes été identifiées dans la catégorie « à risque » par la Haute autorité de santé.

A l'occasion de chaque visite de certification, le Centre hospitalier de Montauban a reçu de nombreuses recommandations sur le sujet. Ces recommandations ont été confirmées en 2022 par l'inspection en pharmacie et le Conseil de l'ordre des pharmaciens lors du renouvellement des autorisations d'activité.

Au vu de l'ensemble de ces constats et du retour d'expérience des établissements ayant d'ores et déjà déployé ces systèmes robotiques, il paraît aujourd'hui évident que la solution pour gérer au mieux ces risques est de remplacer les processus humains par des robots chaque fois que cela est possible, et ce afin de limiter les risques liés aux erreurs de manipulation ou aux comportements malveillants (vols). Cette robotisation doit permettre une optimisation des tâches répétitives et de concentrer les agents sur des missions à plus forte valeur ajoutée, comme l'accompagnement patient.

Il convient donc d'équiper en priorité et dans ce laps de temps la pharmacie et les unités de soins d'outils performants pour améliorer et sécuriser le circuit du médicament et la traçabilité.

Actuellement, tout le circuit pharmaceutique est manuel (réception, rangement, distribution, retour des unités de soins) et nécessite trois équivalents temps-plein par jour. Les médicaments sont stockés sur de simples étagères métalliques, sans codes-barres, ni scanner. Le fonctionnement actuel a démontré ses limites et l'établissement ne peut en aucun cas se projeter sur une reconstruction sans avoir posé les bases d'une amélioration significative de ses organisations humaines, techniques et logistiques.

L'évolution du stockage des médicaments dans les pharmacies conduit à l'utilisation de robots de dispensation globale. Ils assurent la réception, la sérialisation, la distribution et la gestion des retours avec peu d'interventions

humaines dans tout ce processus (0.5 agent par jour) et une sécurisation optimale. Les établissements hospitalo-universitaires ont été précurseurs dans le déploiement de ces systèmes, qui tendent aujourd'hui à se généraliser.

L'autre principal risque sur le circuit du médicament est la phase de préparation des piluliers.

Avec l'arrivée du nouvel EHPAD, il est envisagé d'acquérir un système robotique de dispensation nominative qui permet de réaliser les piluliers à partir des prescriptions informatisées. Ce premier équipement permettra de couvrir les besoins du nouvel EHPAD ainsi que tous les services de psychiatrie du CH Montauban.

Dans un deuxième temps il est envisagé d'étendre cette prise en charge des piluliers à l'ensemble du CH Montauban avec deux robots supplémentaires identiques.

Le gain est difficile à mesurer car toutes les unités de soins préparent tous les jours les piluliers pour l'ensemble des personnes hospitalisées. Le fait d'automatiser la préparation des piluliers offre un gain notable en terme de qualité de travail pour les soignants (activité chronophage, à risque et peu gratifiante pour une infirmière).

Au niveau du territoire, un élargissement de la robotisation à l'échelle du Groupement hospitalier de territoire est projeté dans un second temps afin d'uniformiser les circuits. Le projet s'appuiera sur les coopérations déjà existantes (coopérations pharmaceutique au sein du GHT, équipes territoriales informatiques et biomédicales partagées).

Ce projet répond à l'ensemble des exigences concernant le circuit du médicament dans les établissements de santé. Cette automatisation permettra de redéployer les agents des différentes pharmacies vers les unités de soins, en soutien des personnels soignants et permettra d'améliorer la qualité de prise en charge des patients (conciliation médicamenteuse, pharmacie clinique).

Elle permettra de maintenir une offre de soins aujourd'hui menacée par le manque de capacités d'investissement et le manque d'attractivité médicale des établissements isolés. L'impact de ce projet bénéficiera à l'ensemble de la population Tarn-et-Garonnaise.

En l'état la configuration définitive de l'installation n'est pas arrêtée et doit faire l'objet d'ajustements permettant d'en optimiser l'impact et de préparer intelligemment son extension au reste du territoire.

Objectifs :

- Amélioration du circuit du médicament
- Sécuriser les prises en charge médicamenteuses (réduction des erreurs humaines), notamment au profit des populations les plus fragiles.
- Maintien de l'offre de soins dans un contexte de fortes tensions sur les ressources humaines soignantes.
- Développement de l'attractivité des postes de préparateur en pharmacie et des postes infirmiers.

Développement des prélèvements externes

Le laboratoire de Biologie Médicale (LBM) du CH de Montauban est un laboratoire multi-site polyvalent qui fait partie d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) regroupant depuis 2012 les laboratoires des Centres Hospitaliers de Montauban, Moissac, Cahors et Gourdon.

Les deux principaux membres (Centres hospitaliers de Montauban et de Cahors) ont bâti des plateaux techniques spécialisés et complémentaires, les deux autres sites ont déployé des capacités d'analyse de proximité (biologie délocalisée au Centre hospitalier de Castelsarrasin-Moissac) en toute cohérence avec leur dimension et leurs activités.

Le GCS est accrédité COFRAC à 95,6% de son activité en 2022. Ses secteurs d'activité sont les suivants :

- Biochimie
- Hématologie
- Bactériologie
- Biologie moléculaire
- Parasitologie
- Mycologie
- Cytométrie des flux
- Sérologie

Le laboratoire assure aujourd'hui des prestations pour :

- Les patients hospitalisés des différents CH et du centre médical de Nègrepelisse
- Les patients externes prélevés directement au laboratoire pour Montauban

L'équipe du laboratoire est composée de 4 biologistes, 1 cadre de santé, 24 techniciens de laboratoires, 3 aides de laboratoires, 3 secrétaires et 1 infirmière.

Le Laboratoire évolue dans un environnement très concurrentiel, dominé par des acteurs privés très bien implantés sur le bassin de vie Tarn-et-Garonnais. L'enjeu pour l'établissement est de développer son activité externe afin de récupérer des parts de marché et offrir ainsi aux patients du Centre hospitalier une solution de prélèvement simple et intégrée.

La mise en œuvre de ce projet implique de repenser l'accueil des patients en décentralisant la zone de prélèvement dans une zone dédiée, offrant une meilleure accessibilité et visibilité par rapport aux locaux actuels, situés en sous-sol. Elle implique également un renforcement des ressources humaines dédiées à cette activité et une montée en

gamme du système d'information afin d'offrir une expérience patient au moins équivalente à ce qu'est en mesure de proposer le secteur privé. A cet égard, le développement des plages horaires d'ouverture doit permettre de capter une patientèle plus large.

Objectifs :

- Faire le suivi biologique des patients de l'hôpital en interne
- Organiser des plages de prélèvements sans rendez-vous
- Capter une nouvelle patientèle (patients externes, personnels hospitaliers)
- Générer une augmentation d'activité de prélèvements

En parallèle le Laboratoire s'est engagé dans une stratégie de ré-internalisation de prestations aujourd'hui confiées à des partenaires publics, notamment le Centre hospitalier de Toulouse (Dosages de vitamines D). Cette ré-internalisation est réalisée à iso-ressources mais n'a pas vocation à s'étendre à l'ensemble des examens confiés au plateau technique hyper spécialisé du pôle Biologie du CHU de Toulouse.

Un autre axe stratégique consiste à structurer l'offre publique de Biologie sur le territoire. Le Groupement de coopération sanitaire existant rassemble d'ores et déjà les deux principaux offreurs de soins publics du territoire. Il s'agit notamment de mettre l'offre existante du GCS au service des établissements publics membres du GHT, qui confient aujourd'hui leurs prélèvements aux acteurs privés. L'organisation projetée s'appuiera sur les flux logistiques existants, qui seront développés en marge afin d'offrir des prestations réactives et conformes aux attentes médicales des établissements concernés.

Le Laboratoire ne s'interdit pas de développer de nouvelles activités, en lien avec le développement d'activités médicales nécessitant une capacité d'analyse spécifique.

CHAPITRE II

Pour mener à bien son projet de transformation, le Centre Hospitalier de Montauban doit impérativement compléter sa stratégie médico-soignante par la mobilisation de leviers efficaces de modernisation et l'élaboration d'un Schéma Directeur nécessairement ambitieux

1 - LA MOBILISATION DES LEVIERS NECESSAIRES A LA MODERNISATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Contributif du projet qualité, le projet de soins contribue à la démarche qualité institutionnelle avec une certification qui se transforme profondément en prenant en compte le résultat de la prise en charge patient tout en simplifiant sa démarche globale et en valorisant :

- La construction de parcours patient
- Le développement de l'engagement patient
- La culture de la pertinence et du résultat
- Le travail en équipe pluridisciplinaire.

La méthodologie de travail

Un bilan du précédent projet de soins a été réalisé permettant d'identifier des axes d'amélioration ; le principal point à améliorer était celui de l'intégration du projet comme fil conducteur de la démarche soignante.

Pour cela, des principes fondateurs de la nouvelle démarche ont été identifiés; la démarche se devait d'être :

- Fédératrice et ouverte
- Réaliste et pragmatique
- L'expression du terrain et de l'innovation en marche pour l'avenir
- Communicante et ouverte à la valorisation de l'autre

Les modalités organisationnelles ont été les suivantes :

- Information et validation par les Cadres de la nouvelle démarche
- Information des soignants par le biais d'une lettre ouverte ou il leur est demandé leur contribution à la définition des axes du nouveau projet de soins
- Recueil des documents renseignés par le personnel soignant dans des points de collecte prévus à cet effet.
- Synthèse des propositions par analyse de chaque document et classement des données

La démarche totale a été organisée sur 3 semaines.

Cette participation riche et fructueuse qui a permis d'identifier les thématiques spécifiques aux soignants, organisées en 3 axes, piliers du projet de soin 2022/2026 :

Axe 1 : Parcours patients

Axe 2 : Qualité et prise en charge des Usagers

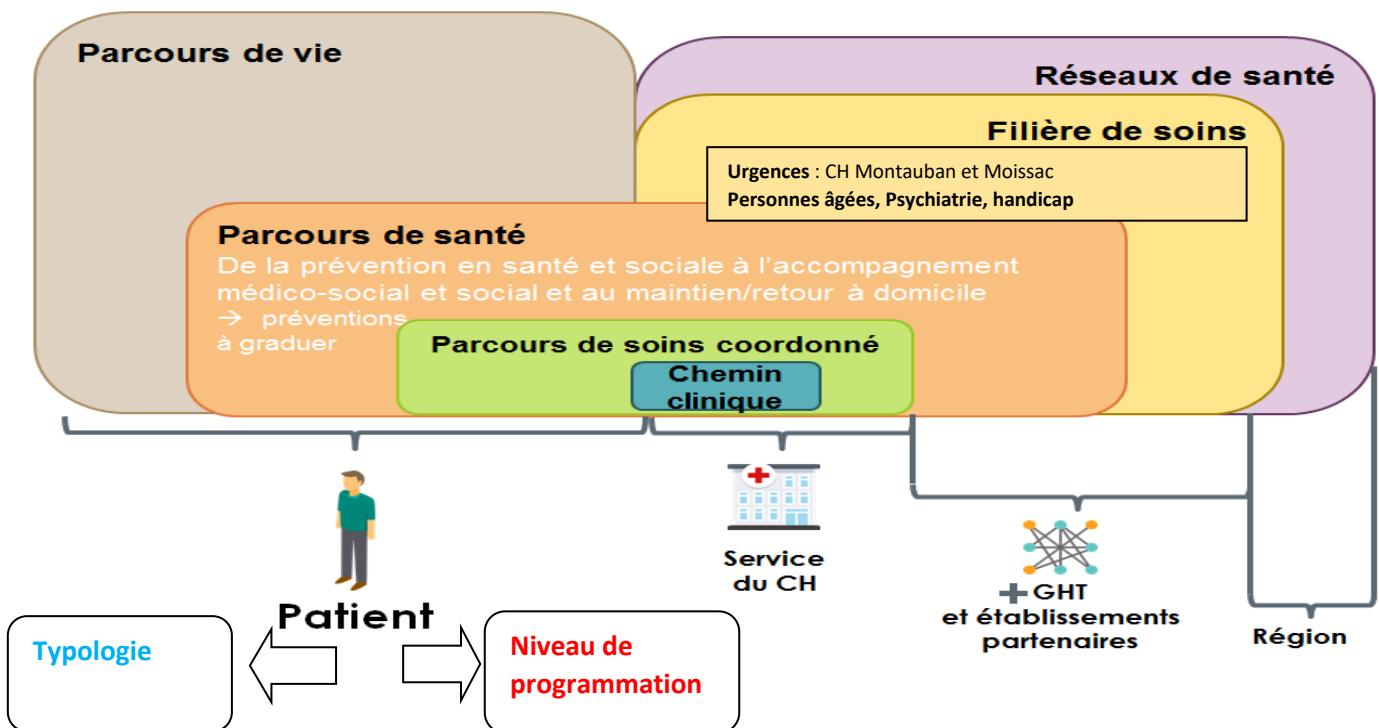
Axe 3 : Développement des compétences

1.1 La démarche de formalisation des parcours de santé

a) Choisir le degré de précision de formalisation des parcours

b) Toute personne est concernée par trois types de parcours :

- **Les parcours de soins coordonnés**, qui permettent l'accès aux consultations de 1^o recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR/SMR), unité de longue durée (USLD), et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- **Les parcours de santé**, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;
- **Les parcours de vie**, qui envisagent la personne dans son environnement : la famille et entourage, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement, ...



Les **établissements et acteurs de la santé sur le territoire** n'influent pas sur le parcours de vie mais ils sont également concernés par les parcours de soins coordonnés et les parcours de santé. Chaque service d'un établissement de santé dispose de **chemins cliniques**, assimilés à des compétences précises, des fiches de poste de prise en charge des patients.

Ils ont un impact sur la gestion des **filières de soins** (telles que l'oncologie, le suivi des personnes âgées ou la psychiatrie) qui sont constituées de plusieurs parcours de santé.

Enfin les **réseaux de santé** englobent l'ensemble des acteurs qui travaillent dans le domaine de la santé (recherche, production pharmaceutique, accompagnement social, gestion logistique des personnes et des produits, innovations technologiques, législation, politique...)

Les parcours formalisés peuvent prendre en compte les typologies suivantes :

- Age du patient :
 - Patient adulte
 - Personne âgée (supérieur à 75 ans)
 - Enfant et adolescent (0 à 16 ans)
- Caractéristiques des patients :
 - Patient porteur de maladie chronique
 - Patient en situation de handicap
 - Patient vulnérable (PASS, psychiatrie)
 - Patient atteint d'un cancer
- Mode d'entrée/niveau de programmation :
 - Programmé
 - Urgence et semi-urgence
 - Via régulation SAMU/SMUR
- Mode de prise en charge :
 - Ambulatoire
 - Hospitalisation complète
- Secteur de prise en charge :
 - Chirurgie et interventionnel
 - Médecine
 - Maternité
 - Soins critiques
 - Soins de longue durée
 - Psychiatrie
 - HAD
 - SSR/SMR

Par ailleurs, il existe une réelle volonté institutionnelle de mettre en place une politique de prise en charge du patient en situation de handicap sur le CH de Montauban. En effet ce dernier a pour ambition de devenir l'établissement de référence du territoire du Tarn et Garonne et permettre l'accès aux soins de cette population. La mise en place d'un COFIL sur le premier trimestre 2024 et d'un référent handicap patient sur l'établissement vont permettre de structurer et de rendre lisible cette filière de prise en charge au sein du CH .

c) La fluidification des parcours et la gestion des lits sur le territoire

L'objectif de cette action est de :
Garantir la continuité de prise en charge du patient

Identifier les risques et les points de rupture potentiel du parcours lors du transfert vers un autre établissement de santé public ou privé ou lors de la préparation d'un retour à domicile ; autre établissement de santé public ou privé ou lors de la préparation d'un retour à domicile ;

Définir le rôle et les missions des différents acteurs dans la préparation de la sortie

La réalisation de ce projet implique de travailler la **culture médico-soignante sur l'anticipation de la sortie**.

d) Une politique de prévention en santé

L'établissement souhaite poursuivre son engagement dans les priorités nationales et régionales autour des thématiques de prévention en lien avec le nouveau PRS.

La mise en place de COFIL ou groupes de réflexions pluri professionnelles sur des thématiques transversales qui touchent les usagers comme les professionnels eux-mêmes et qui permettront dès 2024 de poursuivre les actions engagées autour de :

- La prévention de la dépendance iatrogène
- La prévention du suicide
- L'hôpital sans tabac et la lutte contre les addictions
- La réflexion éthique
- Lutte contre la maltraitance ordinaire et promotion de la bientraitance

1.2 L'engagement pour la qualité et la sécurité des soins

a) La politique qualité et gestion des risques

Le Centre Hospitalier de Montauban développe depuis plusieurs années sa démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble de ses secteurs.

Au fil des années, cette démarche a évolué pour prendre en compte et s'adapter aux exigences et contraintes externes ainsi qu'aux organisations de l'établissement.

A partir d'un bilan global de la politique qualité/sécurité des soins 2016-2020, ce document propose les axes de la future politique pour les 4 années à venir en tenant compte des axes stratégiques définis au sein de l'établissement.

Cette réflexion abordera également la structuration de la démarche qualité/sécurité des soins à développer permettant la mise en œuvre de la politique.

Définition des orientations de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

Les orientations de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2022-2026 doivent permettre ***d'intégrer la culture qualité et gestion des risques à toutes les étapes de la prise en charge du patient et sur l'ensemble des activités de l'hôpital.***

Cette politique se décline en **4 orientations** :

- Intégrer l'engagement patient à toutes les étapes de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Promouvoir la culture qualité et sécurité des soins au sein des services en s'appuyant sur la gouvernance des pôles.
- Poursuivre les travaux menés dans différents comités / groupes participant à la démarche d'amélioration de la qualité institutionnelle.
- Conduire les démarches d'évaluation externes dans les différents secteurs (sanitaire et médico-social).

Chaque orientation accorde une place centrale aux patients et est déclinée en objectifs opérationnels avec des indicateurs d'évaluation.

Annuellement, ces objectifs sont déclinés en programme de travail (PAQSS) au niveau de l'établissement et de chaque pôle d'activité assortis de responsabilités, d'indicateurs et d'un calendrier.

Orientation 1 : Intégrer l'engagement patient à toutes les étapes de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- ✓ *Objectif n°1*: Développer la connaissance des professionnels sur les notions d'engagement patient (patient partenaire, patient expert, ...).

Les indicateurs associés sont :

- Formations développées auprès des professionnels sur la thématique.
- Existence d'une charte du patient partenaire.
- Nombre de fiches navettes reçues des unités suite à la diffusion des résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients.
- Réalisation d'un temps qualité/risques dans les unités sur le thème de l'engagement patient (patient partenaire).

- ✓ *Objectif n°2* : Renforcer la place de l'utilisateur.

Les indicateurs associés sont :

- Indicateurs issus des différents outils de recueil de l'avis des usagers (E-SATIS, questionnaires de satisfaction, réclamations / plaintes, remerciements, ...).
- Participation de patients/usagers sur des actions spécifiques/manifestations organisées dans l'établissement (actions du pôle santé-société, programmes d'éducation thérapeutiques, ateliers thérapeutiques, ...).
- Nombre de comité / groupes institutionnels auxquels participent les représentants des usagers et taux de participation.
- Nombre de patient traceur / CREX avec la participation d'un représentant des usagers.
- Implication des associations d'usagers / représentants des usagers dans l'organisation des manifestations tenues sur l'établissement.

Orientation 2 : Promouvoir la culture qualité/sécurité des soins au sein des services en s'appuyant sur la gouvernance des pôles.

- ✓ *Objectif n°1*: S'approprier la méthode du patient traceur (unités de soins / médico-techniques).

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de professionnels formés à la méthode du patient traceur.
- Nombre de professionnels participant à la réalisation des patients traceurs.
- Nombre de patients traceurs réalisés / nombre de patients traceurs prévus (y compris par pôle).
- Niveau d'appropriation des professionnels à la méthode du patient traceur.
- Etat de réalisation du plan d'action défini à l'issue des patients traceurs.

- ✓ *Objectif n°2* : Développer la culture qualité/sécurité des soins au sein des unités.

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de temps qualité/risques organisés annuellement (établissement et unité).
- Nombre de professionnels ayant participé à un temps qualité/risques mensuels (établissement et unité).
- Etat de réalisation du plan d'action défini à l'issue des temps qualité

✓ *Objectif n°3 : Développer la culture positive de l'erreur au sein des unités.*

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de CREX en place sur l'établissement.
- Nombre de réunions CREX annuel (établissement et unité/secteur).
- Nombre de professionnels formés annuellement aux analyses de causes.
- Etat de réalisation du plan d'action défini à l'issu des CREX.

✓ *Objectif n°4 : S'approprier et suivre des indicateurs qualité/sécurité à l'échelle de l'unité.*

Les indicateurs associés sont :

- Existence d'un tableau de bord qualité/sécurité des soins à l'échelle de l'unité.
- Temps de réunion dédiée à l'analyse des résultats issus des tableaux de bord (bureau de pôle, réunion d'équipe, ...).
- Etat de réalisation du plan d'action défini.

✓ *Objectif n°5 : S'approprier les méthodes de l'audit système / traceur ciblé dans les circuits transversaux (prioriser les thèmes définis par l'HAS ⁽¹⁾).*

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de professionnels formés à la méthode de l'audit système / traceur ciblé.
- Nombre d'audit système par an.
- Nombre de traceur ciblé par an.
- Etat de réalisation du plan d'action défini.

⁽¹⁾ circuit du médicament et des produits de santé, gestion des produits sanguins labiles, gestion des événements indésirables graves, prévention des infections associées aux soins, accueil non programmé, transport intra hospitalier des patients, prélèvement et greffe d'organes et de tissus, leadership, QVT & travail en équipe, engagement des patients, dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, maîtrise des risques, représentants des usagers et coordination territoriale.

Orientation 3 : Poursuivre et consolider les travaux menés dans différents comités / groupes participant à la démarche qualité institutionnelle.

✓ *Objectif n°1: Institutionnaliser des temps de reporting des comités / groupes de travail vers l'instance stratégique.*

Les indicateurs associés sont :

- Existence d'un tableau de bord complété pour chaque comité / groupes de travail en place sur l'établissement (*comités / groupes participant à la mise en œuvre de la démarche qualité / sécurité des soins*).
- Existence d'un bilan d'activité pour chaque comité / groupe en place sur l'établissement (*comités / groupes participant à la mise en œuvre de la démarche qualité / sécurité des soins*)
- Existence d'un programme d'action priorisé annuellement pour chaque comité / groupe en place sur l'établissement.

✓ *Objectif n°2: Identifier par direction fonctionnelle un programme qualité/risques pertinent.*

Les indicateurs associés sont :

- Référent qualité/risque identifié au niveau de chaque direction fonctionnelle.
- Existence d'un programme qualité/risques au niveau de chaque direction fonctionnelle.
- Niveau de réalisation annuel des actions inscrites dans le programme qualité/risques de chaque direction fonctionnelle.

Orientation 4 : Conduire les démarches d'évaluation externes dans les différents secteurs (sanitaire et médico-social).

Différents processus d'évaluation externes concernent le Centre Hospitalier de Montauban.

Une méthodologie de gestion de projet associée à chacune des évaluations externes sera élaborée et mise en œuvre.

Les démarches d'évaluation externes portent notamment sur :

- La démarche de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins (HAS).
- Evaluation interne et externe sur le secteur médico-social (EHPAD et CSAPA).
- Accréditation COFRAC des activités de biologie.
- Evaluation interne et audit externe sur les activités de prélèvements d'organes ou de tissus à des fins thérapeutiques.

Structuration pour la mise en œuvre de la Politique d'Amélioration de la Qualité/Sécurité des soins 2022-2026 :

La structuration du dispositif qualité et sécurité des soins du CH de Montauban a été modifiée afin de renforcer le rôle du Comité de coordination et de préciser également la place des instances de l'établissement ainsi que l'articulation avec les comités / groupes qui concourent à la mise en œuvre de la politique qualité/sécurité des soins.

Un schéma présenté en **Annexe 3** précise l'organisation globale de la qualité et sécurité des soins.

Instances impliquées

La direction, la CME, CSIRMT et les représentants des usagers, les patients partenaires, sont associés à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Ils valident les orientations définies dans la politique et participent au suivi et à l'évaluation de l'atteinte des objectifs de cette politique.

- Voir en annexe 3 les liens fonctionnels qualité – sécurité des soins – EPP, les instances stratégiques et les structures de pilotage
- Voir en annexe 4 les objectifs opérationnels et le calendrier

- b) Déployer la mise en place des CROMS, des PROMS, des PREMS en lien avec les usagers, les équipes médico-soignantes :**

Les PROMS (Patient-reported outcomes measures) sont des indicateurs destinés à évaluer les résultats des soins. Quand ils sont “génériques”, ils se présentent sous forme de questionnaires. Ils visent à rendre compte des suites d’une intervention et d’une hospitalisation, quel que soit le problème de santé du patient.

Les questionnaires PROMS génériques portent sur l’impact des soins sur la vie quotidienne et sur la qualité de vie. Les PROMS “spécifiques” perfectionnent le dispositif. Ils mesurent les résultats associés à une pathologie particulière (diabète). A un groupe de pathologies (cancer), à une partie du corps (bouche) ou à une population (adultes).

Le PREMS (Patient reported experience measures) sont quant à eux utilisés pour évaluer le ressenti du patient dans son expérience des soins. Les PREMS s’intéressent donc au vécu du patient. Pertinence des informations reçues, délais d’attente, relation avec le personnel soignant. Ou encore qualité d’écoute, attention portée par la douleur... En somme, les PROMS offrent la possibilité au patient de donner son avis sur les résultats d’une démarche ou un traitement qu’il vient de suivre, tandis que les PREMS lui permettent de s’exprimer sur son ressenti au cours de cette démarche/traitement. Dans tous les cas, les questionnaires sont courts (10 à 20 questions). Le patient est sollicité à différentes étapes de sa prise en charge. Avant l’intervention, à l’hôpital, et à son retour à domicile.

Les PREMS et PROMS ont été développés pour plusieurs raisons. Premièrement, ils peuvent être utilisés pour améliorer les traitements. A travers les questionnaires, les patients sont capables de décrire en détail leur vécu du soin et leurs symptômes. Par ailleurs, recueillir l’expérience du patient avant, pendant, et après son hospitalisation peut servir à améliorer la relation médecin-patients. Cela améliore aussi la stratégie thérapeutique et l’organisation des soins d’un établissement de santé. En particulier, les PREMS permettent aux établissements de santé d’identifier des axes d’amélioration et de progression. Plus généralement, la collecte systématique de ces indicateurs peut servir à améliorer le système hospitalier et sa qualité.

Les CROMs (Clinical Reported Outcome Measures) : dans ce cadre, l’évaluation est faite au moyen d’éléments cliniques mesurés par les équipes de professionnels de santé.

Les PROMS, les CROMS et PREMS peuvent être utilisés au niveau macro, dans le cadre de politiques de santé publique. En effet, ces indicateurs sont au centre de réflexions sur la réforme du financement du système de santé. Ils pourraient aider à passer d’un système favorisant le paiement “à l’acte”, à un système davantage centré sur le ressenti du patient. Avec pour objectif la valorisation du paiement à la “performance”. ([rapport “Aubert”2019](#))

c) Développer le travail en équipe :

Mis en place en 2018 par la Haute Autorité de santé pour les établissements de santé, le Programme d’amélioration continue du travail en équipe (Pacte) permet à des équipes pluriprofessionnelles (médecins, soignants, cadres administratifs...) volontaires de s’engager collectivement pour diminuer la survenue des événements indésirables graves et sécuriser la prise en charge du patient.

De nombreux travaux scientifiques l’attestent : informer le patient, le consulter, l’associer aux décisions... en bref, faire de lui un acteur de la sécurité des soins permet d’éviter de nombreuses erreurs médicales. Intégrer *le patient comme un membre à part entière de l’équipe de soins pour sécuriser sa prise en charge, c’est aussi l’un des enjeux majeurs du programme Pacte*. Mais cette démarche intégrée suppose un changement de culture et d’organisation grâce à un engagement institutionnel fort.

1.3 **Le développement des compétences : accompagner les évolutions du projet médico-soignant :**

Le Centre Hospitalier de Montauban a pour ambition une ouverture sur la ville et une modernisation digitale destinées à faciliter l'accès à certaines fonctions tant pour les patients et les professionnels de ville (rendez-vous en ligne, dématérialisation des CR...) que pour les agents (accès au dossier personnel, délivrance d'attestation en ligne, ...)

Dans cette perspective, deux enjeux majeurs se dégagent en matière de gestion des ressources humaines.

L'émergence de nouveaux métiers dans et en dehors des soins et la nécessité d'un pilotage plus stratégique des RH :

- Des métiers de coordination entre les secteurs cliniques et les patients, entre les secteurs cliniques et les professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers, eux-mêmes de plus en plus organisés en groupes professionnels (CPTS) : IDE de coordination, bed manager de territoires ;
- Des métiers permettant de libérer du temps médical : les IPA, la mise en œuvre de protocoles de coopérations ; à terme les manipulateurs en radiologie de pratiques avancées
- Des métiers liés à l'évolution très rapide du système d'information ;
- Des métiers liés à l'ingénierie de projet et aux organisations

Dans un contexte de démographie professionnelle ou de plus en plus de métiers sont en tension, l'anticipation et la réactivité deviennent un enjeu fondamental de la gestion des RH.

- La vocation encore plus stratégique de la formation : la formation vise à intégrer les compétences nécessaires à l'accomplissement des projets de l'hôpital ; mais la formation est également un vecteur de socialisation, de partage de pratiques professionnelles et d'évolution professionnelle qui sont des éléments implicites de la QVT.

1.4 **L'intégration directe et inédite des usagers dans la conception de la stratégie de l'établissement / l'expérience patient**

Le projet des usagers rend compte des regards croisés entre professionnels, soignants, représentants des usagers et représentants d'associations.

La Commission des usagers, en initiant ce projet, concourt au respect des droits des usagers et travaille à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Ce projet a pour vocation d'évoluer au fil du temps en proposant des actions en faveur des usagers au sein du Centre hospitalier de Montauban.

Projet des usagers et réglementation

Le décret du 1er juin 2016 relatif à la Commission des usagers des établissements de santé donne la possibilité à la Commission des usagers de proposer un projet des usagers.

Cette disposition reprend l'une des propositions du programme national de sécurité des patients 2013-2017.

Un projet des usagers pour qui ?

"pour les personnes qui utilisent ou sont susceptibles d'utiliser les services de santé "

Le projet des usagers a pour ambition de répondre aux besoins et aux attentes de la population qui fréquente le centre hospitalier de Montauban.

L'apport des usagers est indispensable car ils connaissent les atouts et les limites de l'établissement. Ils perçoivent les dimensions de la prise en charge en complémentarité de celles identifiées par les professionnels de santé, administratifs et techniques.

Un projet des usagers pour quoi ?

Le projet des usagers donne l'opportunité:

- D'un projet co-construit avec les Représentants des Usagers, les associations, la Commission Des Usagers et les instances institutionnelles
- De s'engager dans un mouvement d'évolution sociétale où la personne est actrice de sa santé et respectée dans ses droits d'utilisateur
- De mettre en cohérence et valoriser les collaborations
- De créer les conditions d'un partenariat pérenne et évolutif entre les usagers, les associations et les professionnels de l'établissement

a) Un engagement institutionnel

Le projet des usagers 2022-2026 respecte les orientations générales en terme d'accueil, de qualité et de sécurité des soins. Il concourt au respect des droits des usagers, à partir des valeurs, des principes, des définitions posées et concertées dans le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins.

Le projet des usagers reflète l'engagement de la direction, de la Commission Médicale d'Etablissement, des directions opérationnelles et fonctionnelles, des services de soins et des Représentants des Usagers pour placer les **patients et les aidants au cœur des pratiques**. Il s'agit non seulement de permettre aux usagers de faire valoir leurs droits, mais également de soutenir les professionnels dans la conduite de processus parfois complexes.

Le travail a débuté par la rencontre des associations d'usagers atteints de handicap. Le groupe de travail rédacteur était composé de 3 représentants des usagers (sur les 4 identifiés au CHM), de cadre de santé participant à la commission des Usagers, des qualitatifs, du représentant de la CSIRMT et de la présidente de la Commission des Soins.

Ce travail a été organisé sur une journée consacrée à cette construction.

La méthode choisie respecte une démarche participative qui s'inscrit dans une dynamique institutionnelle. Le groupe de travail a interrogé des associations d'usagers afin de connaître leurs expériences et leurs attentes pour améliorer les prises en charge.

Cette réflexion avec les associations et autres partenaires doit se pérenniser et se renforcer.

Cette démarche a pour objectif d'améliorer dès à présent le quotidien tout en s'inscrivant dans l'élaboration du projet d'établissement.

b) Les objectifs du projet

Objectif global

La thématique de départ retenue par la CDU est la prise en compte du handicap à toutes les étapes de la prise en charge afin de :

- Renforcer l'accueil, l'information et l'accompagnement des patients et des familles.
- Favoriser l'exercice des droits des usagers.
- Promouvoir les droits et les devoirs des patients auprès des professionnels.

.... au bénéfice de l'ensemble des usagers

Objectifs opérationnels

Axe 1 :

Optimiser le parcours de la personne porteuse de handicap à toutes les étapes de sa prise en charge

- **Programmation :**
 - Former le personnel d'accueil et IDE de programmation à l'écoute
 - Préparer l'accueil dès la prise de RDV/hospitalisation en identifiant les besoins spécifiques et les ressources nécessaires : fiche de liaison cf. CHIC Moissac
 - Organiser le parcours de soins en coordination si besoin avec l'aidant
- **Déplacement dans la structure :**
 - Identifier, sécuriser des stationnements dédiés au handicap et aux véhicules sanitaires (cf. groupe parking)
 - Optimiser les cheminements piétonniers
 - Favoriser les déplacements doux
 - Optimiser la signalétique extérieure + intérieure
 - Humaniser l'accueil (cf. service civique ...)
- **Former/sensibiliser le personnel soignant à l'écoute**
- **Prise en charge programmée**
 - En consultation :
 - Organisation en adéquation avec les besoins exprimés
 - En hospitalisation :
 - Organisation en adéquation avec les besoins exprimés (matériel, interprète, organisation des soins, chambre, dispositifs personnels...)
 - Accès possible à la SSPI des aidants pour favoriser le réveil
- **Prise en charge non programmée (Urgences)**
 - Former l'équipe à l'écoute active
 - Organiser la communication vers l'entourage
 - Identifier des parcours spécifiques en vue de diminuer et améliorer l'attente
 - Associer s'il le souhaite et si nécessaire l'aidant à la prise en charge
- **Évaluation /satisfaction :**
 - Questionnaire ciblé sur le handicap
 - Communication des résultats aux associations
 - Référent handicap à identifier au sein du CHM
 - Évaluation/réajustement des actions mises en œuvre si besoin
 - Coopération avec les partenaires extérieurs du secteur médico-social

Axe 2 :

Optimiser la communication institutionnelle en interne et externe

- Apprendre à connaître l'hôpital, les différents métiers et les différents dispositifs réglementaires
- Intranet / internet / mails / notes de service / journal interne / réseaux sociaux / presse locale / radios locales
- Optimisation des équipements institutionnelles : Ecrans dans les salles d'attentes et au bureau des admissions
- Communication externe : portes ouvertes à la population et les professionnels libéraux / semaine de la sécurité des patients /

1.3 **La définition et la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance / le projet managérial**

Le Centre Hospitalier de Montauban, engagé dans une démarche de profonde transformation, a décidé, à travers son nouveau projet d'établissement 2022-2026, de créer une dynamique de gestion par pôle.

Le projet dit « de Gouvernance et de Management » traduit donc la volonté de l'Institution de créer les conditions d'une réelle déconcentration de gestion, au plus près du terrain, afin que les décideurs puissent prendre les meilleures décisions au profit des usagers du Centre Hospitalier de Montauban et des personnes qui y travaillent.

Elle s'accompagne d'une charte managériale qui promeut un management bienveillant

Véritable outil au service de tous, le projet dit « de Gouvernance et de Management » permet d'afficher de façon transparente les règles précises de management global du Centre Hospitalier de Montauban et des liens entre les pôles, définies au terme d'un processus participatif et opposable à chacun.

a) Principes généraux

Le Centre Hospitalier de Montauban ancre la gestion par pôle autour de cinq principes fondamentaux :

- organisation du Centre Hospitalier en pôles d'activité clients (pôles cliniques) et pôles d'activité prestataires ;
- pilotage des activités à partir d'un triptyque –projet de pôle- contrat de pôle- délégation de gestion ;
- mise en place de structures de coordination, de régulation pour faciliter la communication transversale entre les pôles et rendre les arbitrages plus pertinents et transparents ;
- systématisation de la gestion en mode projets comme moyens opérationnels pour gérer les activités ;
- production et mise à disposition de données et d'indicateurs nécessaires à l'analyse des activités et au pilotage des pôles et de l'établissement.

b) Le triptyque « projet de pôle – contrat de pôle – délégation de gestion »

Le projet de pôle constitue le document fondateur de l'activité du pôle ; établi pour une durée de quatre ans il est élaboré à son initiative en associant les praticiens et cadres du pôle.

Il s'inscrit dans le projet d'établissement et particulièrement pour les pôles cliniques et médico-technique dans le projet médical d'établissement.

Il précède et il permet la réalisation du contrat de pôle qui se décline en objectifs opérationnels.

Outil de management interne au pôle, il doit permettre aux professionnels du pôle de connaître puis de partager les projets de la structure au sein de laquelle ils oeuvrent au quotidien.

Le contrat de pôle est l'aboutissement d'un processus dynamique, cyclique et répétitif qui implique prévisions, négociations, arbitrages, formalisation, suivi, évaluation et réajustements.

Il constitue la déclinaison opérationnelle du projet de pôle. Il est le cadre ordinaire et permanent qui sert de référence à la gestion du pôle.

La délégation de gestion, en application du principe de subsidiarité, a pour objet de permettre au chef de pôle (garant du respect du budget), de prendre, sans repasser par l'échelon central, un certain nombre de décisions propres à assurer l'efficacité du pôle.

L'amplitude de la délégation accordée par le Directeur d'établissement peut varier d'une année sur l'autre et/ou d'un pôle à l'autre. Elle figure de façon explicite dans le contrat de délégation de gestion.

c) Management des pôles et rôle des directions fonctionnelles

Le chef de pôle est responsable du pilotage stratégique et opérationnel du pôle dans le respect des objectifs fixés dans le cadre de la délégation de gestion.

Le chef de pôle est assisté d'un ou de plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur d'établissement.

Le chef de pôle s'assure du développement de l'activité et de l'efficacité de la communication interne au pôle, en particulier la diffusion aux praticiens et aux cadres des comptes rendus des réunions des instances du pôle.

Le chef de pôle organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Le directeur référent au pôle représente le Directeur de l'établissement au sein du pôle. Il est garant au sein du pôle du respect des objectifs contractualisés et de l'application des règles qui s'imposent à l'Institution et que le Centre Hospitalier s'est données. Dans ce cadre, il s'assure, en lien avec le chef de pôle, du bon fonctionnement des instances du pôle.

Dans le cadre de la chefferie de projet, le directeur référent assure la liaison et la coordination des contributions apportées par les directions fonctionnelles.

Les directions fonctionnelles exercent la gestion des activités propres à leurs domaines de compétences et assurent en outre le rôle d'aide et de transfert de savoirs vers les responsables de pôles.

De façon principale, les directions fonctionnelles conduisent la politique de la direction et l'inscrivent dans une démarche pluriannuelle et prospective par pôle (projet qualité des risques, projet de gestion, projet social...).

Les directions fonctionnelles sont responsables par ailleurs de la production de la qualité et de la mise à disposition des données d'activité afférentes à leurs domaines. Elles sont par conséquent le siège d'un double mouvement :

- Maintien de la cohésion institutionnelle et de l'unicité de l'identité juridique (missions régaliennes de l'hôpital)
- Apport d'un soutien technique aux pôles : elles s'organisent pour assurer les missions d'expertise et d'aide à la diffusion (notion de direction support)

1.4 La réalisation des orientations définies dans le projet social d'établissement

a) Le projet social du personnel médical

Dans le cadre du projet d'établissement 2022 – 2026, le Centre Hospitalier de Montauban s'est engagé dans l'élaboration d'un projet social à destination du personnel médical. Le projet social est un élément de la politique stratégique du Centre Hospitalier de Montauban dont les enjeux sont

- La mobilisation des ressources et des compétences pour réaliser le projet médical et le projet de soins de l'établissement afin de répondre aux besoins de santé de la population ;
- Répondre aux aspirations des professionnels de l'établissement pour les fidéliser, et souhaiter de leur part une inscription pérenne dans les projets et qu'ils y trouvent une satisfaction autant individuelle que collective.

La démarche d'élaboration du projet social du personnel médical a d'abord été participative, associant les différents praticiens de l'établissement et de la fédération départementale des urgences de Tarn et Garonne (FDUH 82), dans un groupe de travail animé par le coordonnateur de la FDUH 82 et de la directrice des affaires médicales. Le groupe de travail composé de neuf praticiens, en plus des animateurs, s'est réuni trois fois entre octobre 2021 et janvier 2022.

La première réunion de travail a permis au groupe de délimiter et d'appréhender son sujet, de cartographier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de l'établissement sur la thématique relative à l'attractivité et la fidélisation des personnels médicaux.

Les travaux ont permis d'élaborer un questionnaire destiné à l'ensemble des praticiens. Ce questionnaire était accessible en ligne en novembre 2022.

La seconde réunion du groupe de travail a été celle de la restitution et de l'analyse des réponses aux questionnaires où un taux de réponse global de 27% a été enregistré. Les praticiens seniors ont répondu à hauteur de presque 36%.

Sur la base de ces réponses, les grands axes du projet social du personnel médical ont été retenus.

La dernière séance de travail a permis de finaliser les travaux du groupe, en validant définitivement les axes du projet social du personnel médical et de prioriser les actions à mener dans les premiers mois de la mise en œuvre du projet d'établissement.

Tout au long du processus, la Commission médicale d'établissement a été informée de l'état d'avancement des travaux et des réflexions du groupe de travail. Une présentation complète des résultats du questionnaire, des axes de travail et des actions ont été réalisés à la CME de mars 2022, avant de finaliser la rédaction.

Cette démarche s'est voulue pragmatique pour aboutir à un projet décliné en actions concrètes, priorisées et évaluables.

Il en résulte un projet social du personnel médical construit autour de cinq objectifs :

1. Attirer de nouveaux professionnels et accompagner les parcours
2. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail
3. Mettre en œuvre le projet managérial
4. Améliorer la gestion de projets
5. Favoriser une meilleure écoute et une meilleure information

Ce sont ces cinq objectifs et ses actions opérationnelles qui engagent le Centre Hospitalier de Montauban sur le plan managérial et social pour les prochaines années.

Objectif n°1 – Attirer de nouveaux professionnels et accompagner les parcours

Mieux attirer de nouveaux praticiens

La responsabilité sociale du Centre Hospitalier de Montauban passe par des **actions de communication** pour **mieux faire connaître l'établissement et sa politique liée aux ressources humaines médicales**. Plus concrètement, le recrutement doit être **modernisé** pour toucher plus de professionnels dans un contexte où la démographie médicale est insuffisante dans de nombreuses spécialités. Cela passe notamment par le renforcement des offres d'emplois sur les réseaux sociaux et les conditions offertes aux praticiens pour exercer dans l'établissement.

Une attention particulière et une politique spécifique doit se structurer et se renforcer pour les disciplines sensibles que sont l'anesthésie – réanimation, l'imagerie, la psychiatrie et les urgences.

La volonté de l'établissement s'inscrit dans une démarche visant, au-delà de la réponse aux besoins de santé de la population, à **dimensionner les équipes médicales** pour que celles-ci soient en mesure de développer des projets, de se former, de s'ouvrir sur l'extérieur, tout en assurant la continuité des soins et les missions de service public liées à la permanence des soins.

Par ailleurs, l'attractivité médicale débute dès l'accueil des étudiants et des internes en médecine. Le Centre Hospitalier ne dispose plus d'un lieu permettant aux internes de disposer d'un espace commun pour partager leurs expériences avec un logement tout équipé et adapté pour les internes en médecine. Au cours des prochaines années, il est prévu d'offrir un meilleur cadre de vie aux internes afin de favoriser la découverte du territoire avec un logement (**internat**) pour attirer et puis garder les praticiens de demain. Pour mettre en œuvre ce projet, l'établissement souhaite travailler en **partenariat avec les collectivités locales**, notamment pour valoriser la ville, le département et la région. Une réflexion pourrait également être menée pour développer le partage d'expériences avec les internes de médecine générale en stage auprès des médecins libéraux.

Faciliter la prise de poste et l'intégration des nouveaux praticiens

L'intégration des professionnels constitue un enjeu fondamental pour un établissement, pour **développer un sentiment d'appartenance**. L'accueil d'un praticien doit s'inscrire dans une volonté de personnaliser celui-ci. Cet accueil et cette intégration se préparent en amont de la prise de poste effective du praticien, en s'assurant qu'à son arrivée il disposera de l'ensemble de ce dont il a besoin (accès informatique, bureau, ordonnances, tampons, tenues, ...). La préparation en amont du recrutement implique notamment que chaque praticien dispose d'une **fiche de poste** élaborée par le chef de service où sont précisées les modalités d'exercice au sein de l'équipe.

En complément, il est prévu de mettre en valeur les services proposés par le Centre Hospitalier de Montauban et notamment l'accès au CGOS mais également de développer les partenariats institutionnels pour recenser et donner à lire l'**offre de service locale** existante (écoles, gardes d'enfants,).

Dans la continuité de cette volonté, une réflexion doit être menée pour mettre en place des **sessions d'accueil des nouveaux arrivants médicaux**, tant pour les séniors que pour les internes. Au-delà des modalités, il faut également s'interroger sur les sujets abordés. Une « note de bienvenue » a déjà été mise en place à compter de septembre 2021 pour informer l'ensemble des professionnels de l'établissement de la prise de poste d'un praticien. Celle-ci reprend les grandes lignes du parcours du praticien, ainsi que ses projets et ses souhaits. Cette démarche doit se poursuivre.

Développer les compétences, soutenir les praticiens tout au long de leur carrière

- **Mieux accompagner les projets de carrière**

Le projet social inscrit dans ses actions le souhait que les praticiens puissent être mieux accompagnés dans leurs projets et dans leur intégration dans la carrière de praticien hospitalier, notamment en leur indiquant lors de leur recrutement le processus et le calendrier. Ce **parcours individualisé** doit prendre en compte les aspirations de chacun et les concilier avec les besoins de l'établissement. Il sera proposé systématiquement un entretien avec la directrice des affaires médicales, des coopérations et de la recherche pour que le praticien puisse présenter ses souhaits et évoquer les questions qu'il peut se poser notamment sur les statuts des personnels médicaux dans les établissements publics de santé.

Pour mener à bien cet objectif, au-delà des échanges qui se dérouleront lors du recrutement du praticien, une rencontre se tiendra une fois par an entre la direction des affaires médicales, des coopérations et de la recherche avec le chef de pôle et le directeur référent du pôle afin de faire le point sur les ressources médicales du pôle, les perspectives, les souhaits d'évolution (temps partagé, activité non clinique, préparation aux fonctions impliquant plus de responsabilités institutionnelles,).

Au cours d'une carrière, un praticien peut souhaiter **développer une activité libérale** ou une activité avec une autre structure de soins à but non lucratif via une **activité d'intérêt général**. Afin que chaque praticien puisse mieux appréhender les possibilités qui lui sont offertes par le statut de praticien hospitalier, une information spécifique doit être organisée et être lisible pour les praticiens. Ainsi une notice spécifique sera formalisée et accessible.

Parallèlement et à tout moment, un praticien peut solliciter le Président de la CME, la directrices des affaires médicales ou le chef de pôle pour aborder sa situation, ses aspirations.

- **Mieux accompagner les actions de développement professionnel continu**

Le dispositif réglementaire de développement professionnel continu n'est pas suffisamment lisible pour les professionnels. Ainsi des actions doivent être menées pour permettre à chaque praticien d'appréhender ce dispositif, ses obligations et ses droits.

Afin de favoriser cette démarche, des actions concrètes et opérationnelles vont être menées, en lien avec la commission médicale d'établissement, pour renforcer la communication auprès des praticiens, rappeler et **faciliter les démarches** à réaliser.

Cet accompagnement se déclinera également par la mise en place d'une **délégation de gestion, par pôle, des crédits de développement professionnel continu**. Cette enveloppe sera coordonnée par le chef de pôle, en lien avec la direction des affaires médicales, des coopérations et de la recherche.

Cette démarche permettra de construire un plan institutionnel de développement professionnel continu, et de structurer également cette démarche au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et de favoriser des actions communes aux établissements du GHT.

Objectif n°2 : Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail

Renforcer le suivi par le service de santé au travail des personnels médicaux

Les services de santé au travail ont pour mission de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Cette mission est assurée par une équipe pluridisciplinaire tant auprès des personnels médicaux que des personnels non médicaux.

Afin d'améliorer la **politique de prévention des risques vis-à-vis des praticiens** du centre hospitalier de Montauban, l'organisation de **visites périodiques** pour ces professionnels est à structurer, tout comme le recours à d'autres professionnels en mesure de préserver la santé des praticiens. Ainsi, le recours à un psychologue du travail ou à un ergonome doit être possible.

Au regard de l'**impact du travail de nuit** sur la santé des professionnels, une attention particulière doit être portée sur les praticiens exerçant dans des spécialités avec une permanence sur la place la nuit, ou avec une astreinte impliquant des ruptures régulières dans les rythmes biologiques. Un suivi particulier sera proposé, ainsi que des actions ciblées sur les effets du travail de nuit sur la santé et la prévention de ces effets.

Enfin, **détecter les situations de souffrance au travail et prévenir les risques psycho-sociaux** seront également dans les actions à mettre en place, en lien avec les chefs de pôle, ainsi que le Président de la CME, sous la coordination du service de santé au travail.

La démarche du centre hospitalier de Montauban s'inscrit donc dans une politique de prévention globale des praticiens et concerne tant la santé en générale que la prévention des risques psycho-sociaux et la prévention des troubles musculo-squelettiques.

Lutter contre les irritants du quotidien

A l'instar du rapport CLARIS, les praticiens du Centre Hospitalier de Montauban ont « dénoncé » dans l'enquête réalisée par le groupe de travail pour l'élaboration du projet social du personnel médical les principaux irritants que sont la lourdeur des procédures, la recherche de lits et l'absence de réponse de la « Direction », les outils informatiques en nombre insuffisants et d'une performance qui peut être améliorée, l'absence de bureaux, de places de parking,

Pour lutter contre les irritants du quotidien, il est prévu de travailler sur **l'amélioration de la diffusion de l'information** sur les plans d'équipements, de réviser les modalités de communication entre les unités de soins et les directions fonctionnelles, mais également entre les directions fonctionnelles.

A cette fin, des **focus-groupes pluri-professionnels** devraient permettre d'identifier les améliorations attendues et identifier les points perfectibles dans un logique client / fournisseur.

Il s'agira également d'améliorer l'accès aux personnes ressources avec une organisation identifiée et un annuaire interne optimisé et mis à jour.

Améliorer l'organisation du travail et les conditions de travail

- **Mettre en place le télétravail et organiser les téléconsultations**

Améliorer la qualité de vie au travail des praticiens du CH de Montauban est une priorité institutionnelle, par nature transversale. La relation au travail a très fortement évolué, notamment auprès des plus jeunes générations de professionnels avec l'apparition de nouveaux modes de travail. Dans un objectif de prévention de la pénibilité au travail, mais également de conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, le CH de Montauban s'est donné comme priorité de structurer et d'organiser le télétravail des personnels médicaux, ainsi que les téléconsultations.

Le développement du numérique au centre hospitalier de Montauban implique un accompagnement des professionnels et des équipes dans ce changement d'environnement professionnel et dans l'évolution des organisations qui en découle.

A ce titre, un groupe de travail doit se constituer pour définir la politique de l'établissement sur ces thématiques et en accompagner la déclinaison opérationnelle.

- **Améliorer la synchronisation des temps médicaux et non médicaux**

Les équipes médicales du Centre Hospitalier de Montauban sont confrontées aux mêmes difficultés que leurs confrères d'autres établissements de santé : le turn-over des équipes soignantes. Cette instabilité des équipes n'est pas sans incidence sur les conditions de travail des personnels médicaux et sur les risques dans la prise en charge des patients.

L'enquête auprès des praticiens a mis en évidence le fait que les praticiens souhaitent participer activement pour que les équipes paramédicales des unités de soins soient « formée, stables et complètes ». Au-delà du plan d'actions sur la gouvernance et le management, il est proposé également de travailler sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux parce que les conséquences de **la désynchronisation des acteurs en matière de qualité des soins participent à la dégradation des conditions de travail**. Parmi les problématiques identifiées figurent celles par exemple des **interruptions de tâches**, outre leurs conséquences en matière de sécurité des soins, elles perturbent la continuité de la pensée et génèrent du stress.

Les modalités de travail de cette action sont à déterminer, en lien avec les autres acteurs de la prise en charge des patients.

- **Ouvrir l'hôpital sur l'extérieur**

Un établissement de santé fait partie de la vie de la cité. Il doit s'ouvrir davantage sur son environnement et favoriser l'émergence d'une politique culturelle, développer les partenariats avec des structures artistiques et culturelles professionnelles au bénéfice des patients, de leur entourage et de l'ensemble des personnels hospitaliers.

En lien avec l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail, des actions seront à construire dans ce domaine avec la Direction régionale des affaires culturelles et les collectivités locales, les associations,

Créer un espace commun pour favoriser les échanges

Offrir un meilleur cadre de vie professionnel aux praticiens du centre hospitalier de Montauban implique de prendre en compte la forte demande formulée dans le questionnaire adressé à l'ensemble des praticiens de l'établissement : celle de disposer d'un espace commun pour favoriser les échanges entre collègues, de façon informelle. La réflexion relative à ce lieu peut être menée en lien avec la réflexion sur l'internat ou en recherchant un lieu adapté dans l'enceinte de l'établissement pour créer ce **lieu de convivialité**, en lien avec les praticiens.

Favoriser l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée

- **Places de crèche : définir le besoin pour y répondre au mieux**

Pour favoriser l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée, une réflexion sur l'offre de service dédié aux personnels de l'établissement sera menée avec en premier lieu l'accès à des places de crèches avec des horaires élargis. Pour définir au mieux le besoin, une enquête sera menée dès mi – 2022 parmi l'ensemble des professionnels. L'enquête de besoin permettra de déterminer les modalités que l'établissement devra mettre en œuvre pour y répondre.

- **Permanence des soins : trouver des leviers pour en réduire la pénibilité**

La continuité du service public, la permanence des soins, font que certaines spécialités sont plus exposées et que cela a un impact sur l'attractivité de l'établissement.

Compte tenu de l'augmentation de la charge de travail dans certaines spécialités où la permanence des soins est assurée sous forme d'astreinte, et notamment en psychiatrie ou à la maternité, il est prévu de **transformer l'astreinte en permanence sur place**.

Cette transformation, au-delà de la reconnaissance d'une pénibilité accrue, permettra de mieux garantir le repos de sécurité aux équipes médicales de ces spécialités et une amélioration des équilibres entre la vie professionnelle et la vie personnelle. L'Agence Régionale de Santé sera sollicité pour accompagner l'impact financier de ces évolutions.

Par ailleurs, une réflexion sera menée avec les établissements du GHT et notamment le CHIC de Moissac pour mutualiser la permanence des soins sur certaines spécialités comme l'imagerie médicale.

Enfin, une action sera ciblée sur **l'amélioration des repas** mis à disposition des praticiens lors de leur participation à la permanence des soins.

Objectif n°3 : Mettre en œuvre le projet managérial

L'accompagnement d'une communauté de professionnels implique d'avoir défini collectivement les valeurs managériales partagées entre tous les acteurs de l'encadrement.

Ces valeurs doivent permettre au CH de Montauban de bénéficier d'une communauté médicale et soignante soudée et favorisant la cohésion d'équipe.

Par ailleurs, l'établissement doit être en mesure de repérer des motivations et des potentiels de futurs managers, ce qui implique un suivi individualisé, en lien avec les responsables médicaux et la présidence de la CME. L'institution doit par la suite mettre à disposition les outils nécessaires à l'action.

Ainsi, et à titre d'exemple, dans le cadre de la mise en œuvre du projet managérial, est prévu de **rétablir les fonctions de chefs de service** et de redéfinir la composition et le rôle des exécutifs de pôles.

Il est également attendu une contractualisation des fonctions managériales, entre le manager et l'institution, ainsi qu'entre le manager et son équipe, à travers les **contrats de pôle** et une **délégation de gestion formalisée et structurée**.

Pour mettre en œuvre ce projet, le déploiement d'une **offre de formation à destination des responsables médicaux**, des trios de pôle, ainsi qu'une offre de formation commune aux différents managers de l'établissement sera effectif.

Objectif n°4 : Améliorer la gestion de projets

Les enjeux auxquels doit répondre le CH de Montauban dans les prochaines années et le dynamisme de ses équipes se traduisent par l'émergence d'idées, par la mise en place de nouvelles techniques, de nouvelles organisations.

Permettre aux professionnels de les concrétiser dans un délai raisonnable est un marqueur d'agilité organisationnelle et un facteur d'attractivité professionnelle.

Ainsi, les projets, qu'ils émanent d'un individu ou d'un collectif, doivent pouvoir être étudiés et accompagnés dans leur mise en œuvre dès lors qu'ils sont pertinents au regard de l'intérêt des patients, des professionnels ou des partenaires de l'établissement.

Il est donc proposé **d'accompagner les porteurs de projets dans les différentes étapes de leur mise en œuvre, de façon structurée et coordonnée.**

La valorisation des projets et des initiatives implique un travail sur la **communication** des projets au sein de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci également.

Les équipes du centre hospitalier de Montauban se mobilisent chaque jour pour offrir aux patients une médecine de qualité et leur apporter les meilleurs soins possibles. Afin de faciliter les appels à la générosité des mécènes, **un fond de dotation sera constitué.**

Objectif n°5 : Favoriser une meilleure écoute et une meilleure information

L'analyse des retours du questionnaire, et les échanges au sein du groupe de travail ont mis en lumière une aspiration de la communauté médicale à renforcer la cohérence de son fonctionnement avec les différents acteurs de l'institution.

Mettre en place une communication institutionnelle claire

La communauté médicale aspire à une plus grande intégration dans le fonctionnement des unités et des équipes et ce dans un souci de valorisation du travail en équipe. Ceci repose notamment sur l'accès à une communication institutionnelle claire, un management bienveillant permettant la participation des professionnels à la construction des projets et la valorisation de la qualité de vie au travail et du travail d'équipe.

A titre d'exemple, les praticiens aspirent à des temps d'échanges construits, structurés et lisibles sur les recrutements des personnels non médicaux des unités de soins, sur la stabilité des équipes afin de pouvoir réaliser un travail de qualité et une prise en charge du patient sécurisé et de qualité.

Les modalités de ces échanges sont à construire entre les pôles cliniques et médico – technique et la DSIRMT et la DRH, en lien notamment avec le projet de gouvernance décliné dans le projet d'établissement 2022 - 2026.

Faciliter la communication et l'accès à l'information entre les praticiens et la direction des affaires médicales

Afin de faciliter l'accès à la direction des affaires médicales et de faciliter la communication entre la direction des affaires médicales et les praticiens, le CH de Montauban souhaite se doter d'une **application Smartphone professionnelle sécurisée**, dédiée uniquement aux professionnels de l'établissement.

Chacun aura le choix de la télécharger ou non.

Cette application permettra d'avoir accès aux dernières actualités du CH, à des documents utiles, ou de communiquer avec la direction des affaires médicales pour toute question ou demande (demande de temps partiel par exemple). Il sera également possible de communiquer avec les professionnels par notifications et sur différents sujets. Ce canal d'information doit permettre de communiquer en temps réel et à tout moment.

Enfin ces applications permettent également d'accéder aux bulletins de salaire, et de ne plus les recevoir dans le service.

Le cahier des charges et la co-construction de cette application (praticiens, directions concernées, société retenue) sera l'objet d'un travail institutionnel participatif afin de répondre à un besoin pratique du quotidien.

Par ailleurs, l'établissement Avec la volonté également d'acquérir un **logiciel de gestion de temps de travail pour le personnel médical** afin de mettre fin aux tableaux de service papier. Il sera souhaité que cette application permette également aux praticiens d'accéder à son planning, mais également au tableau des gardes et astreintes, à ses compteurs de congés.

Et après ?

Afin de suivre les actions du projet social du personnel médical, de proposer des ajustements afin de l'adapter aux évolutions qui se profileront sur la durée du projet d'établissement, une sous – commission de la CME en charge de la « **Qualité de Vie et des Conditions de Travail - attractivité** » sera mise en place. Elle sera composée de toutes les catégories de personnels médicaux, y compris ceux en formation.

Sa composition, ses missions et son fonctionnement feront l'objet d'une concertation en CME.

→ Voir **annexe 5** la synthèse des actions du projet social du personnel médical

b) Le projet social du personnel non médical

Contexte

Le Centre Hospitalier de Montauban s'est engagé dans la construction du projet social dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2022-2026 avec pour objectifs :

- de sécuriser les parcours professionnels
- de renforcer l'attractivité et la fidélisation
- de développer la qualité de vie au travail
- de répondre aux besoins individuels et collectifs liés aux mutations de l'établissement et de son environnement

Méthodologie

La démarche est structurée autour d'un comité de pilotage et de groupes de travail.

Piloté par le directeur des ressources humaines, le comité de pilotage est composé de :

- Un représentant par organisation syndicale
- Un représentant du service santé au travail
- Les cadres supérieurs de santé
- Le coordonnateur général des soins

Il a pour missions de :

- Valider les orientations stratégiques
- Faire la synthèse des groupes de travail

Animés par le directeur des ressources humaines, les groupes de travail (GT) au nombre de 4 (1 par orientation stratégique définie lors de la réunion du copil de novembre 2021) ont été composés de 8 à 10 membres : 1 représentant par organisation syndicale, des cadres ainsi que des personnalités expertes et se sont réunis 2 fois chacun entre novembre et janvier.

Les cadres ont été désignés après appel à candidatures. Les personnalités expertes ont été invitées en fonction des orientations stratégiques définies.

Ils ont eu pour missions de proposer des actions au copil.

Le copil s'est réuni à 4 reprises entre octobre 2021 et janvier 2022 pour aborder les différentes étapes de la construction du projet social :

- ❖ Etape 1 : bilan du précédent projet social et des différentes actions menées en termes de gestion des ressources humaines (processus HAS, FIPHFP, CLACT...) ainsi que l'analyse des bilans sociaux des 3 dernières années
- ❖ Etape 2 : définition des axes structurants du nouveau projet social
- ❖ Etape 3 : présentation des résultats des GT et priorisation des actions
- ❖ Etape 4 : présentation du document final

→ Voir le schéma des étapes de la construction du projet social en **annexe 6**

Le projet social 2022-2026 : un projet d'accompagnement des professionnels dans un environnement en mutation

Quatre orientations ont été retenues pour structurer la politique sociale que le Centre Hospitalier de Montauban souhaite mener sur la période 2022-2026:

- Accompagner les transformations de l'établissement dans son environnement
- Sécuriser et accompagner les parcours professionnels individuels
- Développer la politique de prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail
- Moderniser les outils de gestion et de communication en matière de ressources humaines

Objectif n°1 : accompagner les transformations de l'établissement dans son environnement

Le Centre Hospitalier de Montauban est à un moment charnière de son histoire que ce soit au niveau national ou au niveau local.

Le système de santé a été particulièrement marqué par la crise sanitaire sans précédent qu'il a connue et à laquelle l'établissement a dû s'adapter. L'environnement sociétal est lui aussi en pleine mutation et oblige à repenser ce que seront les métiers de demain et comment donner du sens au travail au quotidien fait par les équipes.

Au-delà de ces éléments communs à l'ensemble des professionnels du service public hospitalier, le Centre Hospitalier de Montauban voit des projets structurants être validés comme la reconstruction de son EHPAD ou celle du nouvel hôpital mais dont l'échéance est à moyen terme. Il s'agit donc de guider les équipes dès maintenant vers de nouvelles pratiques et organisations.

Renforcer la politique d'évaluation et de gestion des compétences pour l'ensemble des professionnels

Dans le cadre d'une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences à construire, le Centre Hospitalier doit se doter d'une politique ambitieuse en matière de gestion des compétences afin d'accompagner au mieux tous les professionnels dans l'adéquation des compétences au métier exercé quelle que soit leur filière.

Action 1 : Mettre en place une politique GPMC

Action 2 : Poursuivre la formation à l'évaluation par les compétences à destination de l'encadrement et des agents

Disposer d'une politique de formation qui anticipe et accompagne les professionnels dans le cadre des projets de l'institution

Le volet formation doit être renforcé afin de construire des objectifs partagés et clairs au service de l'accompagnement au changement mais aussi pour donner des perspectives d'évolution aux professionnels notamment sur la question des promotions professionnelles.

Action 1 : Mettre l'entretien de formation au cœur du dispositif de construction du plan de formation
Action 2 : Établir une politique générale de formation pluriannuelle selon les axes du projet d'établissement et les projets de pôle/directions
Action 3 : Mettre en place des dispositifs de promotion professionnelle pour toutes les filières le nécessitant
Action 4 : Poursuivre la mise en œuvre de dispositifs de formation de type parcours modulaires pour les métiers le nécessitant
Action 5 : Développer des dispositifs novateurs de formation (e-learning, simulation, podcast)
Action 6 : Poursuivre la mise en œuvre de la certification qualiopti (évaluation des formations, communication...)

Mettre en œuvre une politique de mobilité structurée

Les règles concernant la mobilité interne mais aussi externe doivent être formalisées afin de donner une visibilité aux professionnels, dans un contexte où la pénibilité liée aux horaires mais aussi dans certains services est plus accrue. Ceci doit ainsi permettre de définir des parcours de développement de compétences.

Action 1 : Formaliser une charte de la mobilité pour chaque filière (soignante, administrative, logistique, technique)
Action 2 : Formaliser une charte de la mobilité pour le pôle de psychiatrie

Promouvoir les projets de synchronisation des temps

La synchronisation des temps entre les personnels médicaux et non médicaux doit être promue afin d'améliorer la pertinence des organisations en remettant le patient au cœur du système.

Action 1 : Travailler sur une meilleure programmation des absences en lien avec le lissage de l'activité
Action 2 : Travailler sur une meilleure organisation quotidienne des activités des professionnels médicaux et non médicaux
Action 3 : Mettre en place un travail de recensement des interruptions de tâches, des motifs, de la fréquence et identifier les actions à mettre en œuvre dans certains services

Développer des actions sur l'évolution des conditions d'exercice professionnel dans le cadre du développement du numérique

Le virage numérique doit être accompagné pour les professionnels en lien avec le schéma directeur du système d'information pour tous les métiers de l'hôpital.

Action 1 : Promouvoir des organisations différentes en lien avec le développement du numérique et accompagner les professionnels de toutes les filières
Action 2 : Proposer des formations à l'outil informatique aux professionnels
Action 3 : Renforcer l'accès à l'outil informatique par la mise à disposition de PC

Mettre en oeuvre des dispositifs d'accompagnement au changement

L'ensemble des équipes doit aussi être soutenu par un volet accompagnement au changement/projet dans le cadre du volet managérial du projet d'établissement.

Action 1 : Mettre en place un accompagnement pour des projets pour les équipes ex: formation, organisation de visites sur d'autres sites, stages croisés
Action 2 : Mettre en place les engagements du PACTE, en particulier sur le volet participation à la construction des projets et le volet indicateurs de suivi des projets
Action 3 : Anticiper la communication sur les projets et associer les professionnels dès la phase de réflexion dans le cadre d'une démarche participative
Action 4 : Organiser des échanges internes entre professionnels de différentes filières afin de mieux comprendre les circuits

Reconnaître et valoriser l'implication professionnelle

En fonction des projets retenus et d'objectifs fixés dans le projet d'établissement, un accompagnement financier peut permettre de reconnaître des investissements collectifs.

Action 1 : Formaliser des règles concernant les projets éligibles à l'engagement collectif

Renforcer le dialogue social au sein de l'institution

Le dialogue social direction/représentants du personnel/ encadrement/agent doit être amélioré pour favoriser la communication et permettre que chacun puisse s'exprimer dans son rôle réciproque pour favoriser la mise en œuvre des différents projets.

Action 1 : Créer une page sur le site intranet dédiée aux instances
Action 2 : Établir un protocole des droits et moyens syndicaux

Objectif n°2 : sécuriser et accompagner les parcours professionnels individuels

Le « Ségur » a permis une large reconnaissance des métiers de la santé et notamment du service public hospitalier. Si ces avancées doivent être saluées, elles ne résolvent pas à elles-seules les questions liées à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels intégrant les établissements publics de santé. L'établissement doit aussi faire face à des ruptures de parcours qu'il doit accompagner.

Permettre aux professionnels d'avoir une visibilité sur leur métier/poste et sur leur carrière

Dans un contexte de réforme de la négociation permettant une approche plus spécifique de la gestion des carrières grâce aux accords collectifs et aux lignes directrices de gestion, la stratégie RH du Centre Hospitalier doit intégrer une politique de sécurisation des parcours professionnels toutes filières confondues (relance des concours, gestion des situations individuelles, accompagnement dans la promotion professionnelle) pour attirer et fidéliser les professionnels dans un contexte de concurrence accrue.

Action 1 : Actualiser régulièrement les fiches de poste et les fiches de tâches
Action 2 : Organiser de manière régulière des concours selon un calendrier et des priorités définis
Action 3 : Renforcer l'accompagnement pour les métiers les plus représentatifs (mentorat, tutorat, compagnonnage)
Action 4: Rédiger et diffuser une ligne directrice de gestion définissant les critères et modalités d'impact de l'évaluation sur les avancements de grade et la promotion interne
Action 5: Mettre en place une politique de promotion valorisant les expertises et potentiels pour les professionnels des filières techniques, logistiques et administratives

Assurer une gestion personnalisée des parcours professionnels des agents

Par ailleurs, les parcours des professionnels ne sont pas forcément linéaires et peuvent être interrompus pour des problématiques de santé, pour d'autres projets ce qui nécessite une gestion plus individualisée. Une attention particulière doit aussi être portée sur les fins de carrière et sur les professionnels en situation de handicap. La visibilité sur les possibilités existantes au Centre Hospitalier de Montauban et à l'extérieur doit être accrue. Ceci passe par la mise en place d'un entretien de carrière.

Action 1 : Organiser des entretiens de carrière/projet pour les agents qui le demandent en lien avec le CEP (Conseiller en Evolution Professionnelle) pour accompagner les projets (règles de déontologie, formation...)
Action 2 : Mettre en place une formation sur le ré-accueil d'un agent après un arrêt maladie
Action 3 : Accompagner les agents en CLM/CLD ou en arrêt de plus d'un an
Action 4: Assurer un suivi individualisé et renforcé des agents en situation de restriction d'aptitude ou dans le cadre d'un retour à l'emploi par la formalisation d'une PPR
Action 5: Définir une politique concernant le CPF et la communiquer aux agents
Action 6: Identifier des postes ou missions pour les professionnels en fin de carrière
Action 7: Proposer au cas par cas un dispositif d'accompagnement des agents dans le cadre de problématiques sociales (ex: aménagement horaires)

Accompagner les professionnels en situation de handicap

Il s'agit de pouvoir accompagner les nouveaux recrutés mais aussi les professionnels devenus bénéficiaires de l'obligation d'emploi en cours de parcours. Ces actions ont déjà été formalisées dans le cadre de la convention FIPHFP 2022-2024.

Action 1 : Mettre en œuvre les actions prévues par la 4^{ème} convention FIPHFP

Accompagner les professionnels souffrant d'addictions ainsi que leurs collègues et l'encadrement

Des situations de professionnels présentant des signes d'addiction sont régulièrement remontées à la DRH par l'encadrement. L'expertise du pôle santé société doit permettre de mieux identifier et prendre en compte ces problématiques, en lien avec le service santé au travail.

<p><u>Action 1</u> : Identifier un circuit pour accompagner le professionnel en lien avec le SST et les services du pôle santé</p> <p><u>Action 2</u> : informer/former l'ensemble des professionnels sur la thématique des addictions et de l'impact sur leur lieu de travail</p>
--

Promouvoir l'égalité professionnelle

Dans le cadre du volet RSE (Responsabilité sociale et environnementale) du projet d'établissement, une attention particulière doit être portée à la question de l'égalité hommes femmes. Cette action touche aussi le personnel médical.

<p><u>Action</u> : Formaliser un plan égalité hommes femmes</p>

Objectif n°3 : développer la politique de prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail

Afin de favoriser l'attractivité du Centre Hospitalier, l'établissement doit se doter d'une politique structurée et engagée sur ce sujet afin de favoriser le bien-être au travail. Une politique de prévention structurée est fondamentale afin de maîtriser la survenue d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ce travail se construit en partenariat avec les acteurs de la prévention (service de santé au travail, encadrement, CHSCT...). La démarche QVT s'inscrit dans cette même dynamique sur la prévention des risques psychosociaux. Toutes ces actions devront aussi être menées pour le personnel médical.

Renforcer les missions du Service santé au travail

L'équipe départementale est créée depuis plusieurs années mais doit se développer pour répondre aux besoins des professionnels PM et PNM.

<p><u>Action 1</u> : Formaliser les modalités d'intervention de temps de psychologue (individuel, groupe)</p> <p><u>Action 2</u> : Proposer l'intervention d'une assistante sociale à destination des professionnels</p> <p><u>Action 3</u> : Mettre en place une cellule de coordination pour analyser les demandes des professionnels et les projets d'accompagnement spécifiques (recours à ASE, au psychologue)</p>

Structurer et mettre en œuvre la politique de prévention des risques professionnels et de la qualité de vie au travail

Le document unique (DUERP) actuel du Centre Hospitalier de Montauban est obsolète sur la forme et sur le fond. Il doit donc être revu afin de mieux identifier les risques et pouvoir proposer des actions curatives mais surtout préventives. Concernant les risques psycho-sociaux, la démarche avait été menée il y a plus de 10 ans. Elle doit donc être relancée afin de développer la qualité de vie au travail qui doit faire l'objet d'une politique institutionnelle forte, correspondant aux attentes des professionnels.

Action 1 : Refondre le DUERP

Action 2 : Mettre en place un outil de type baromètre social

Action 3 : Mettre en place un plan pluriannuel de prévention des risques professionnels

Sécuriser les environnements et les conditions de travail

Un focus particulier doit être fait sur les accidents de travail et maladies professionnelles dans le cadre du document unique. En effet, une meilleure analyse de causes ainsi qu'une meilleure communication doivent permettre de développer la prévention et de faciliter le retour à l'emploi. Par ailleurs, le travail de nuit doit faire l'objet d'un suivi particulier.

Action 1 : Mettre en place une méthodologie pour l'analyse des Accidents de Travail et Maladies Professionnelles (CITIS)

Action 2 : Développer des outils de communication adaptés sur la prévention et la prise en charge des CITIS

Action 3 : Mettre en oeuvre une politique de prévention et d'accompagnement pour les professionnels de nuit ou aux horaires alternants (temps de travail...)

Améliorer la conciliation vie professionnelle/vie privée

L'amélioration de la qualité de vie au travail est une priorité de l'établissement. La question de la gestion du temps de travail et des plannings impacte la conciliation vie professionnelle/vie personnelle. La période de crise a fait émerger de nouveaux besoins qu'il convient d'accompagner et de structurer comme le télétravail ou la recherche de modes de garde. Les règles concernant le temps partiel doivent aussi être clarifiées.

Action 1 : Mettre en œuvre une politique de prévention et d'analyse de l'absentéisme

Action 2 : Formaliser une politique de remplacement avec des chartes par filière

Action 3 : Promouvoir le télétravail

Action 4 : Etudier l'opportunité de réserver des places de crèche/assistantes maternelles

Action 5 : Formaliser les modalités de gestion du temps partiel (de la demande à la mise en œuvre)

Promouvoir des actions de bien-être au travail

Le baromètre social lancé entre mai et juin 2022 va permettre de déterminer les priorités concernant cet objectif. Toutefois, il apparaît que la question de la gestion des conflits intra-équipe ou entre professionnels redondante depuis plusieurs années mérite que soient mises en place des actions concernant la question de la prévention des conflits et de la médiation.

Action 1 : Développer des actions de bien-être (ex : sophrologie...)

Action 2 : Formaliser une politique sur la prévention et la gestion des conflits et tensions relationnelles dans les équipes dans le cadre de la médiation

Objectif n° 4 : moderniser les outils de gestion et de communication en matière de ressources humaines

La communication interne et externe est un enjeu essentiel en termes de ressources humaines tout comme la modernisation des outils.

Concernant la communication externe, il s'agit de pouvoir être attractifs pour des futurs professionnels souhaitant intégrer notre établissement.

Concernant la communication interne, l'objectif est de pouvoir fidéliser les professionnels qui ont besoin d'avoir accès à de l'information les concernant individuellement (pour leur carrière mais aussi leur gestion du temps de travail) mais aussi sur les projets.

Il s'agit donc de mettre des outils de nature à faciliter la communication entre :

- l'établissement et les futurs recrutés
- les agents et la DRH
- les cadres et la DRH
- les cadres et les agents

Les propositions faites doivent tenir compte des nouvelles aspirations des professionnels en termes de nouvelle technologie.

Un des enjeux majeurs est aussi de faciliter le travail quotidien de l'encadrement pour le centrer sur ses missions, en travaillant sur un meilleur outil GTT mais aussi sur des procédures RH.

Améliorer l'attractivité des métiers et la visibilité des recrutements

Le Centre Hospitalier de Montauban doit renforcer sa visibilité dans un contexte de concurrence forte à la fois face avec le secteur public mais aussi privé sur les métiers du soin mais aussi d'autres métiers moins connus à l'extérieur.

- Action 1 : Rendre plus dynamique la communication sur les métiers de l'hôpital (réseaux sociaux, portes ouvertes...)
- Action 2 : Renforcer les liens avec les organismes de formation (IFMS, universités...)
- Action 3 : Poursuivre l'accompagnement des stagiaires toutes filières confondues
- Action 4 : Développer l'apprentissage

Améliorer l'accueil et l'intégration du nouvel arrivant

L'arrivée dans un nouvel établissement particulièrement pour les jeunes professionnels doit être accompagnée par l'institution et par les pairs.

- Action 1 : Renforcer les outils de communication à destination du nouvel arrivant (journées d'accueil, livret...)
- Action 2 : Poursuivre les processus d'intégration des nouveaux arrivants
- Action 3 : Développer les dispositifs d'accompagnement des nouveaux arrivants (tutorat, mentorat, compagnonnage)

Améliorer les outils de gestion à destination des cadres pour une meilleure gestion RH

L'encadrement a à sa disposition des outils mais dont l'utilisation au quotidien comme l'outil GTT est chronophage et compliquée. La DRH en tant que service prestataire doit aussi accompagner le développement des compétences des cadres pour leur permettre de mieux analyser les situations RH auxquelles ils sont confrontés.

Action 1 : Changer les outils GTT (« manuel » GTT et le support informatique)

Action 2 : Développer des outils d'information (boîte à outils, réunions, guide GRH, vidéos...)

Améliorer les outils de gestion à destination des agents pour une meilleure communication et information

La communication sur les RH est faite majoritairement par note de service. Ceci est aussi le cas pour les informations institutionnelles. Cet outil ne touche pas tous les professionnels. Par ailleurs l'agent n'a pas forcément accès aux informations en temps réel le concernant (situation administrative, temps de travail...), ce qui peut être accentué par les conditions d'exercice (non présence sur le site principal, travail de nuit...).

Action 1 : Donner aux agents l'accès à l'information sur leur temps de travail

Action 2 : Développer des outils d'information (boîte à outils, réunions, guide GRH, vidéos...)

Action 3 : Développer la dématérialisation de la fonction RH (documents et process)

→ Voir **annexe 7** la synthèse des actions du projet social du personnel non médical

1.5 Les leviers de l'innovation, de la recherche et de la formation

a) Conforter l'innovation organisationnelle au bénéfice direct des patients

L'Unité de Médecine Ambulatoire devrait être amenée à se développer pour accueillir dans les années à venir :

- L'extension des activités des spécialités présentes (thérapies ciblées en oncologie, projet lombalgie subaiguë et ostéoporose pour la rhumatologie, bilan inflammatoire pneumologique et BPCO, Prise en charge spécifique antalgique de notre centre antidouleur, L'ouverture au réseau libéral des patients de diabétologie)
- De nouvelles spécialités mises en attente pendant la pandémie par défaut de moyens humains et architecturaux (bilan pluridisciplinaire de la fragilité gériatrique, sevrage ambulatoire pour l'addictologie, Bilan bariatrique, Bilan de plaies complexes et séances de biothérapie pour la dermatologie etc...)
- L'activité d'éducation thérapeutique et d'accompagnement spécialisé de nos patients atteints de maladies chroniques grâce à l'expertise de notre équipe paramédicale formée.

Un effort particulier devra être fait pour favoriser la programmation et l'interface avec le réseau libéral grâce à l'aide de nouveaux outils informatiques (notamment les plateformes proposées par l'ARS).

b) Le projet recherche

Le pilotage du projet est assuré par le Docteur Edmundo PEREIRA DE SOUZA NETO, Référent médical de la cellule de recherche clinique, et Anesthésiste – Réanimateur au Centre Hospitalier de Montauban.

Les Directions en appui sont représentées par :

- Mme Gwenaëlle BUATOIS, Direction des Affaires Médicales, des coopérations et de la recherche clinique
- Mme Maylis PICQUET-BESSE, Direction des Affaires Financières et de la Contractualisation
- Mr Jean-Christophe QUOD, Direction des Ressources Numériques de Territoire

Le groupe projet est composé des membres suivants :

- Dr Xavier ABBALLE, Médecin de Santé Publique - DIM GHT82 - InterCPTS82 - CPTS MSP CDS ESP ESS et DAC du Tarn-et-Garonne
- Monsieur Frédéric BREMBILLA, Responsable sécurité des systèmes d'informations (RSSI) et délégué à la protection des données (DPO)
- Madame Marlène DUBOIS, Attachée de recherche Clinique (ARC)
- Monsieur Frédéric FEVRIER, Biologiste
- Dr David METSU, Biologiste
- Dr François OLIVIER, Président du comité d'éthique du CH de Montauban, Président de la Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale d'Occitanie – FERREPSY, Psychiatre
- Dr Aurélie ROUSTAN, responsable du pôle SSR-Gériatrique, Médecin Gériatre
- Monsieur Frédéric FEVRIER, Biologiste
- Dr Jérôme ROUSTAN, Responsable de l'unité de réanimation, Président CME, Anesthésiste - Réanimateur

- Monsieur Jérôme VALLAT, pharmacien

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Conforter le positionnement de l'établissement dans sa qualité de promoteur d'études cliniques
- Dynamiser et rendre attractive l'activité de recherche clinique et d'innovation du Centre Hospitalier (CH) de Montauban auprès des promoteurs externes académiques et industriels
- Maintenir et développer les compétences du personnel dans le contexte de professionnalisation des métiers de la recherche et de complexification des exigences de la réglementation ;
- Poursuivre l'harmonisation des stratégies de recherche entre les acteurs du site Montalbanais et le développement des collaborations (Université, Inserm, CNRS, industriels, autres établissements de santé, structures régionales et nationales) ;
- Evaluer les projets dans toutes leurs dimensions et en améliorer leur performance pour tenir compte de la diminution des financements socles et de la préoccupation des financeurs de bonne gestion des fonds.

Les enjeux stratégiques identifiés peuvent être déclinés comme suit :

De par sa finalité au service de la santé de la population, son poids économique, ainsi que sa contribution à la formation des équipes médicales, la recherche clinique est un secteur stratégique pour le territoire de santé et pour l'accès aux soins innovants.

Les essais cliniques constituent l'étape obligatoire et systématique permettant d'évaluer la sécurité et l'efficacité d'un produit de santé (médicament, dispositif médical, thérapie cellulaire ou génique).

De ce fait la recherche doit s'améliorer constamment la performance des services (qualité, coût, délais) mesurée notamment par la satisfaction et par les évaluations.

La recherche clinique est également un facteur d'attractivité pour le recrutement de praticiens et de paramédicaux.

- Assurer un suivi et une communication des indicateurs de la Cellule de Recherche Clinique du CH de Montauban et notamment les réussites aux appels à projet ;
- Améliorer le suivi de l'activité des études (promotion interne et externe);
- Finaliser la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et valoriser l'ensemble des compétences du personnel par une offre de formation adaptée ;
- Mettre en place des interfaces permettant une gestion règlementaire et optimale des projets de recherche sur les versants financiers, des ressources humaines, des achats et des systèmes d'information ;
- Gérer les outils d'évaluation et de recensement des activités de recherche (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des publications Scientifiques - SIGAPS, Système

d'Information et e Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques - SIGREC, Bilans d'activités,...)

- Assurer les contacts avec les organismes de recherche (Inserm, CNRS...), le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Sud-Ouest Outre-Mer Hospitalier - GIRCI SOHO.
- Valoriser et développer une recherche clinique paramédicale. Elle sera matérialisée par la création de programmes d'accompagnement des paramédicaux vers des projets de recherche, et surtout d'un financement dédié, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier, devenu le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical.

Le projet répond aux contraintes suivantes :

- Respecter les exigences légales et réglementaires, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi JARDE, du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé notamment ;
- Conforter le positionnement de l'établissement dans sa qualité de promoteur d'études cliniques ;
- Dynamiser et rendre attractive l'activité de recherche clinique et d'innovation du CH de Montauban auprès des promoteurs externes académiques et industriels ;
- Fournir des services conformes aux engagements vis-à-vis des clients et des parties intéressées ; Poursuivre l'harmonisation des stratégies de recherche entre les acteurs de la région Occitanie.
- Encadrer l'accès aux données patients, aux intervenants extérieurs qui travaillent sur les dossiers des patients.
- Evaluer les projets dans toutes leurs dimensions et en améliorer leur performance pour tenir compte de la diminution des financements socles et de la préoccupation des financeurs de bonne gestion des fonds.

L'investigateur a plusieurs obligations dans le cadre d'une recherche ; il dispense les soins médicaux dans le respect du protocole, doit obtenir les consentements éclairés de tous les participants avant de réaliser toute procédure spécifique à l'étude et il veille également à ce que les événements indésirables graves soient déclarés sans délai. Enfin, il détient la responsabilité du « classeur investigateur » dans lequel sont centralisés les documents essentiels de l'étude envoyés par le promoteur. A la fin de l'essai, les documents essentiels contenus dans le classeur doivent être archivés pendant quinze ans et pourront faire l'objet d'une inspection rétrospective.

Le développement de la recherche infirmière et paramédicale est essentiel afin de poursuivre les objectifs suivants :

- contribuer à la qualité de la prise en charge des malades et à l'émergence d'une véritable science infirmière et paramédicale au service de la politique de santé ;
- augmenter la culture de la recherche dans les équipes soignantes afin de contribuer à cette émergence, notamment en formant les paramédicaux à répondre à des appels à projet de recherche
- aider les équipes à publier dans des revues professionnelles et scientifiques

Les difficultés liées à la contractualisation et à la gestion budgétaire des essais peuvent avoir un impact très important sur le délai de mise en place de l'étude. En effet, les délais administratifs ont un impact direct sur le démarrage de l'essai et donc sur la productivité de la recherche dans le Centre Hospitalier de Montauban.

Les actions identifiées pour lever les freins se déclinent comme suit :

- Assister l'investigateur dans le montage du projet de recherche clinique
- Accompagner les investigateurs dans la constitution des dossiers aux appels d'offres
- Aider à l'évaluation des frais liés à la réalisation de la recherche
- Assurer la gestion des demandes de promotion en lien avec la Délégation à la Recherche Clinique et l'Innovation
- Engager les démarches réglementaires auprès des autorités compétentes (Comité de Protection des Personnes, Agence nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé - ANSM, Commission Nationale Informatique et Liberté) : rédaction et soumission des dossiers de demandes d'autorisations de recherche clinique, modifications substantielles en cas de besoin, déclaration du démarrage et de fin d'étude, soumissions des rapports de fin d'étude, etc.
- Gérer les aspects contractuels : rédaction des conventions hospitalières, rédaction des contrats de partenariat, etc.
- Coordonner la logistique du projet et son suivi budgétaire
- Assurer le contrôle qualité et garantir le respect des Bonnes Pratiques Cliniques

Les principaux risques identifiés à NE PAS faire le projet sont importants :

- La recherche en santé est fondamentale à plus d'un titre. Indispensable à l'amélioration permanente des soins, elle irrigue la formation des professionnels de santé dont elle bénéficie également. Elle constitue un axe désormais majeur de développement industriel, et un pivot de la responsabilité populationnelle. Elle figure parmi les objectifs prioritaires de développement des Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technique.
- De ce fait, la non mise en pratique de ce projet, sera un empêchement pour le développement de la recherche au CH de Montauban. Ce développement est un facteur

indispensable afin de mettre en valeur la recherche en santé.

- La diminution des ressources allouées par les promoteurs va avoir un impact avec la chute régulière de l'effort contributif de la recherche clinique sur les nouveaux médicaments, sur les honoraires des personnels dédiés (ARCs, infirmières de recherche clinique, investigateurs), en nombre limité, réduisant ipso-facto le soutien aux investigateurs, le taux de recrutement par centre ainsi que le nombre total de centres pouvant être gérés dans un même essai.
- La non réalisation des évaluations médico-économiques comme les études de coût-efficacité vont apporter une difficulté à la décision d'allocation des ressources de soins de santé.

Les gains du projet sont nombreux :

- L'amélioration de l'accompagnement par les structures d'appui à la recherche.
- L'optimisation de la logistique pour la réalisation d'un projet de recherche (au sens de la rédaction du projet, la méthodologie, les statistiques, le data management et l'aide à la rédaction/traduction des publications).

Pour assurer ces missions, la cellule de recherche du Centre Hospitalier de Montauban souhaite développer ses structures actuelles afin, d'une part, d'accompagner les promoteurs et investigateurs et, d'autre part, d'assurer une coordination optimale des acteurs pour garantir un accès direct aux plateformes, ainsi qu'une réponse rapide. Il est donc nécessaire de mettre en place des compétences et des processus en adéquation avec les besoins des investigateurs et les priorités institutionnelles dans le respect des exigences des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC).

Ce projet permettra à la cellule de recherche d'aider l'investigateur en vue d'assurer un accompagnement efficient et correspondant aux attentes des chercheurs/investigateurs. Cette réorganisation doit permettre de garantir une réponse rapide et adaptée des structures d'appui. Conformément à la politique qualité de ces entités, les dysfonctionnements et défauts ou retards de réponse seront recensés et analysés en vue d'y apporter des actions correctives. La coordination des différentes structures d'appui demeurera pilotée par la cellule de recherche via les réunions réunissant l'ensemble des structures d'appui à la Recherche.

- ➔ Voir en **annexe 8** les principaux bénéfices quantifiables et indicateurs de progression à suivre, les liens avec les projets internes et externes, les caractéristiques financières, le calendrier

c) Le projet simulation

La politique de simulation en santé de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé 82 s'appuie sur le projet pédagogique de l'institut et le projet d'établissement du Groupement Hospitalier de Territoire. Elle renforce la place majeure que la simulation en santé prend dans la formation des futurs professionnels infirmiers et aides-soignants mais aussi dans la formation continue des professionnels de terrain. La simulation en santé vient compléter le dispositif pédagogique d'apprentissage des savoirs faire et des savoirs-être professionnels en ouvrant un nouvel espace favorisant le développement des compétences et la réflexivité de l'apprenant.

Une priorité stratégique

Avec la construction du laboratoire de simulation, la politique de simulation en santé a été identifiée comme une **priorité stratégique**.

Elle revêt un caractère indispensable dans le cadre du fonctionnement interne de l'institut de formation, mais également dans le cadre des relations avec les partenaires extérieurs, notamment :

- le Conseil Régional financeur du laboratoire,
- l'ARS Occitanie garante des bonnes pratiques et de la qualité du dispositif
- le Centre Hospitalier de Montauban pour une mutualisation des ressources matérielles
- les établissements constituant le Groupement Hospitalier de Territoire et les établissements accueillant les étudiants et élèves en stage pour la complémentarité avec l'apprentissage en stage
- les structures d'accueil de stage du territoire 82 dont le centre hospitalier de Montauban, le Groupement Hospitalier de Territoire 82 avec lequel sont organisées des activités de simulation en santé priorisant l'interprofessionnalité,

Les enjeux

Les enjeux de la simulation en santé sont de multiples ordres :

- Le principe éthique ;
- Le principe pédagogique ;
- Le principe de qualité et sécurité des soins ;
- Les principes politiques et financiers.
- Le principe d'identification du centre de simulation comme pivot et ressource sur le territoire

Les intentions pédagogiques

Les intentions pédagogiques sont les suivantes :

- Former des professionnels réflexifs en mesure de prodiguer, en toute sécurité pour les usagers, des soins de qualité adaptés au contexte sanitaire et médico-social ;
- Former des professionnels en capacité de construire leur pensée et un mode d'action au service d'une visée collective ;
- Former des professionnels donnant du sens à leurs pratiques.

Les perspectives de développement

Les perspectives de développement de la simulation en santé au sein de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé 82

- Développer des ateliers de simulation en santé tout au long des parcours des formations initiales des étudiants en soins infirmiers et des élèves aides-soignants ;
- Optimiser l'harmonisation et la mutualisation des activités de simulation en santé au sein du Groupement Hospitalier de Territoire;
- Maintenir et développer les compétences en simulation en santé des formateurs
- Développer le partenariat avec le Centre Hospitalier de Montauban en complément de la simulation en santé réalisée in-situ et a posteriori avec le Groupement Hospitalier de Territoire
- Développer les activités de simulation au sein du pôle de la formation continue ;
- S'engager vers des activités de simulation en santé numérique ;
- Faire des activités de simulation en santé un vecteur d'attractivité pour l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé et le Centre Hospitalier de Montauban

→ Voir en **annexe 9** les forces et faiblesses, le détail des axes stratégiques de la politique simulation en santé, le calendrier

1.6 **L'amélioration du pilotage de l'établissement par la diffusion d'une culture médico-économique / le projet de gestion**

L'élaboration et la rédaction du Projet de gestion est assurée par la Direction des Affaires Financières et de la Contractualisation en lien avec le Directoire, à partir des éléments de diagnostic figurant dans le Rapport d'étonnement du Directeur du mois de mai 2021.

A partir des éléments exposés dans le rapport d'étonnement, il convient de préciser qu'une gestion saine et efficiente doit permettre de retrouver une trajectoire de retour à l'équilibre financier afin de permettre la concrétisation des projets structurants définis par le Projet médical et Projet de soins de l'établissement, inscrits au Schéma Directeur Immobilier et déclinés dans les différents segments du Projet d'Etablissement.

Dans cette optique, deux orientations principales ont été définies :

- **Orientation 1** : Renforcer le pilotage de l'établissement par la production d'indicateurs partagés et fiables issus d'un travail concerté entre la Direction des affaires financières et de la contractualisation, le département d'information médicale et l'ensemble des directions fonctionnelles.

 - **Orientation 2** : Mettre en place un circuit administratif du patient qui soit adapté aux réformes, fluide et simplifié.
- a) **Orientation 1 : Renforcer le pilotage de l'établissement par la production d'indicateurs partagée et fiables issus d'un travail concerté entre la Direction des affaires financières et de la contractualisation, le département d'information médicale et l'ensemble des directions fonctionnelles.**

- ***Développer une culture médico économique au sein de l'établissement.***

Afin de restaurer les modalités d'une capacité d'action institutionnelle pour aujourd'hui et pour demain, le développement du dialogue de gestion avec les pôles est un axe déterminant. Il s'agit de produire des données pertinentes et fiables, de les décliner à l'échelle la plus cohérente et de les partager afin de donner du sens aux actions qui pourront être décidées.

L'organigramme de Direction a évolué au mois de juin 2021 afin d'identifier un Service d'Analyse de gestion au sein de la Direction des Affaires financières dont le nom a également évolué pour devenir la Direction des Affaires financières et de la Contractualisation. Cette évolution marque le rattachement des deux cadres de pôles au Service d'Analyse de gestion.

De manière concomitante, le dialogue interne de gestion qui vise à organiser et structurer le travail collectif autour des orientations du projet médical a été relancé sur la base de nouvelles modalités de travail :

- Des Revues de pôles ont été instituées sur un rythme annuel au mois d'octobre 2021. Ces revues sont composées du Quatuor de pôle : Chef de pôle, Cadre supérieur du pôle, Directeur référent de pôle et CAP, du Directeur et du PCME, de l'équipe de direction, du responsable du Service d'AG et du médecin DIM.
- Les CREA produits pour l'année 2019 (neutralisation de l'année 2020) ont été présentés en Bureau de pôle au mois de décembre 2021.
- Les tableaux de bord Activité Finances sont transmis sur un rythme à 3 temps : Tableau de bord du 1^{er} quadrimestre de l'année N transmis à la fin du mois de juin de l'année N, Tableau de bord du 1^{er} semestre de l'année N transmis à la fin du mois de septembre de l'année N, Tableau de bord de l'année N transmis à la fin du mois de mars de l'année N+1.
- Des revues d'activité sont initiées au mois d'avril 2022 pour actualiser le rapport d'activité 2021, en coordination avec les Pôles, l'Analyse de gestion et le DIM.

Au-delà des actions lancées, l'objectif est de structurer un véritable Dialogue de gestion et d'assurer une meilleure compréhension des enjeux médicaux et économiques en partageant une culture commune. Il ne s'agit pas seulement d'éléments de langage mais de véritablement mettre les données médico économiques au centre des décisions. Pour cela, il faut s'accorder sur la nature de ces données et sur des indicateurs définis de manière restreinte et cohérente. L'approfondissement pourra être recherché en fonction des sujets. Une collaboration entre le DIM et la DAFC doit donc être poursuivie et un point de vigilance doit être pris en compte sur le fait que les cadres de pôle ne sont pas des contrôleurs de gestion mais des acteurs d'accompagnement à la gestion de projet.

En complément, un travail doit être mené par les Directions fonctionnelles sur les modalités du pilotage économique en vue d'une part de la recherche d'efficacité et de la bonne utilisation des ressources, et d'autre part de la perspective de délégation de gestion aux pôles et des conditions d'une contractualisation claire avec les pôles. L'optimisation des recettes et des charges doit être poursuivie afin de relancer la capacité à investir.

Enfin, les modalités de reporting au Directoire doivent être repensées afin de permettre des échanges plus organisés. Cela s'accompagnera d'actions de communication ensuite auprès des autres instances représentatives.

Action 1 : Assurer une meilleure collaboration DAFC / DIM grâce à des réunions de travail hebdomadaires et une complémentarité d'actions.

Action 2 : Construire des outils médico économiques simplifiés et pragmatiques au service des pôles et les diffuser sur un rythme régulier et connu de tous : CREA, Tableaux de bord, Données DIM, Accompagnement sur les Etudes médico économiques.

Action 3 : Elaborer un projet d'Analyse de gestion.

Action 4 : Produire des tableaux de bord et des indicateurs de pilotage issus d'un travail concerté et partagé entre les Directions fonctionnelles, et développer et optimiser l'outil MDA (Maincare Data Analytics) dans la logique d'une synergie avec les données déjà produites et celles devant être fournies dans la perspective d'avoir, à terme, un outil décisionnel exhaustif et fiable.

Action 5 : Mettre en œuvre des modalités de reporting en Directoire sur des communications synthétiques et claires.

- **Renforcer le rôle des pôles.**

Les pôles connaissent aujourd'hui des modes de fonctionnement très hétérogènes : existence et composition d'un Bureau de pôle restreint / bureau de pôle élargie, rythme des réunions, représentation, sujets traités et mis à l'ordre du jour.... En outre, la dimension des pôles a pu être une source de difficultés sur le niveau de concertation des sujets impliquant des unités du pôle et d'avancement des projets. Or, le constat sur le dimensionnement et le rôle des pôles doit être partagé afin de pouvoir garantir les meilleures conditions d'un nouveau paramétrage et à terme d'assurer des délégations adaptées aux pôles et des contrats ayant du sens.

C'est plus largement la question de la gouvernance qui est posée avec les responsabilités de chaque acteur (médical, soignant et administratif) du pôle.

Les pôles doivent constituer des entités clairement identifiées, ayant du sens en terme de composition et de taille, légitimes afin de pouvoir permettre des délégations pertinentes.

Action 1 : Initier un nouveau paramétrage des pôles pour le 1^{er} janvier 2023.

Action 2 : Harmoniser les modes de fonctionnement des pôles.

Action 3 : Développer des délégations de gestion portées par les Directions fonctionnelles.

Action 4 : Assurer un meilleur niveau de formation des acteurs grâce à un plan de formation dédié.

b) Orientation 2 : Promouvoir un circuit administratif du patient fluide, simplifié et adapté aux réformes en cours (Fides Séjour et nouvelles modalités de financement), en s'appuyant sur l'action du Comité de Pilotage « Circuit administratif du patient ».

L'amélioration du circuit administratif du patient est une préoccupation institutionnelle essentielle. Un comité de pilotage spécifique à ce sujet a été mis en place dès 2012 au sein de l'établissement en lien avec la réglementation relative au parcours de soins du patient, de la facturation individuelle directe des établissements de santé. Les principaux enjeux sont la valorisation des recettes et la simplification du circuit du patient.

Ce comité de pilotage a pu voir sa composition évoluer au regard des priorités. A ce jour, il faut également tenir compte d'une part des impacts de la gestion de la crise sanitaire, et d'autre part de l'évolution des outils notamment sur l'admission des patients.

La chaîne de facturation met en évidence deux éléments majeurs:

- la logique de continuité et de complémentarité de l'organisation mise en place pour l'accueil des patients, et la gestion de leur dossier administratif,
- la réelle interdépendance des différents acteurs dans le recueil des données administratives et médicales

Chacun participe à la qualité de l'ensemble des données, à la bonne identification des malades et à la connaissance de leurs droits ouverts ou à exonération, afin de leur faire bénéficier des possibilités de prise en charge adaptées à leur situation.

L'organisation des circuits administratifs est très spécifique au Centre hospitalier de Montauban et il convient de promouvoir de nouvelles modalités.

Action 1 : Optimiser le circuit du patient hospitalisé et notamment la gestion des préadmissions.

Action 2 : Améliorer la gestion des mouvements et élaborer des modes opératoires pragmatiques.

Action 3 : Assurer un circuit du patient arrivé aux urgences optimisé au regard des nouvelles modalités de financement.

Action 4 : Assurer un plan de communication adapté.

→ Voir **annexe 10** la synthèse des actions du projet de gestion

1.7 **L'intégration de la responsabilité sociale et environnementale dans le projet d'établissement**

Le Centre Hospitalier de Montauban fonctionne 24h sur 24, tout au long de l'année pour répondre aux besoins de soins de la population de son territoire. Il impacte son environnement de façon non négligeable : il est un consommateur d'énergie, un important producteur de déchets et l'acheteur de produits dont certains ont une empreinte écologique non négligeable. Il est également un employeur soucieux d'offrir des conditions de travail les plus qualitatives possibles dans un contexte de fonctionnement continu. Dès lors l'ambition de l'établissement est de favoriser par ce projet, un fonctionnement « économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable ».

a) **Définition et enjeux de la RSE**

Le développement durable répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. La responsabilité sociétale d'entreprise représente la prise en compte des principes de développement durable dans les activités de l'établissement. Notre projet de transformation écologique se décline autour des trois piliers du développement durable : économique, environnemental, social/sociétal :

- Sur le plan économique, les volumes d'achats et son devoir d'efficacité positionne l'hôpital comme une organisation incontournable au niveau du territoire,
- Sur le plan environnemental, la production de déchets, la consommation des énergies, les rejets atmosphériques et ses effluents sont des thématiques à prendre en considération pour réduire notre empreinte,
- Sur le plan social et sociétal, le renforcement du bien-être au travail est un engagement défini par le projet social.

Le centre hospitalier de Montauban s'engage à conduire des actions sur ces trois champs, à les évaluer et à mesurer leur impact. Un copil a été constitué et a en charge la mise en œuvre de la stratégie de la transformation écologique. Des actions coordonnées ont été identifiées et émanent de la réflexion et des propositions des professionnels de l'établissement par le biais du recueil d'avis et de la boîte mail.

Les enjeux de la RSE renvoient :

- aux valeurs et à la culture de l'hôpital public,
- à prendre soin du capital humain au cœur de notre activité,
- au principe de primum non nocere,
- à un des principaux employeurs du département,
- à des enjeux environnementaux planétaires,
- à un impact environnemental des hôpitaux non négligeable,
- à l'attractivité.

b) Les thématiques retenues pour le PE 2022 / 2026

Pilier économique :

- déployer la politique d'achats responsables : achat éco-responsable,

Pilier environnemental :

- aller au plus loin dans la gestion des déchets :
- favoriser la biodiversité,
- décarboner nos activités.

Pilier social/sociétal :

- vers une alimentation durable et responsable,
- renforcement du bien-être social (projet social médical et non médical)

→ voir en **annexe 11** le plan d'actions du projet de transformation écologique

1.8 **Le positionnement des actions logistiques comme fonctions supports à l'échelle territoriale**

Le centre hospitalier de Montauban établit son projet d'établissement pour les années 2022-2026. Le projet logistique est un des volets qui le compose. A ce titre, il a pour objectif de proposer une organisation adaptée aux évolutions à venir de l'offre de soins et s'intègre dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Ce projet doit permettre de mobiliser et sécuriser les ressources opérationnelles nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement, des nouveaux projets portés par l'hôpital et de la dynamique de changement. Il doit venir en aide à la décision stratégique du centre hospitalier et des pôles afin d'assurer des prises en charge et des réponses adaptées aux attentes des usagers.

Ainsi, le projet logistique a été pensé pour répondre aux besoins des utilisateurs (patients, unités de soins) en termes de qualité, quantité, délai, sécurité et optimisation du coût. Il s'inscrit dans la dynamique de la recherche de la performance globale, d'une culture de la production au plus juste. C'est donc une démarche globale et transversale avec l'ultime objectif : la satisfaction du patient.

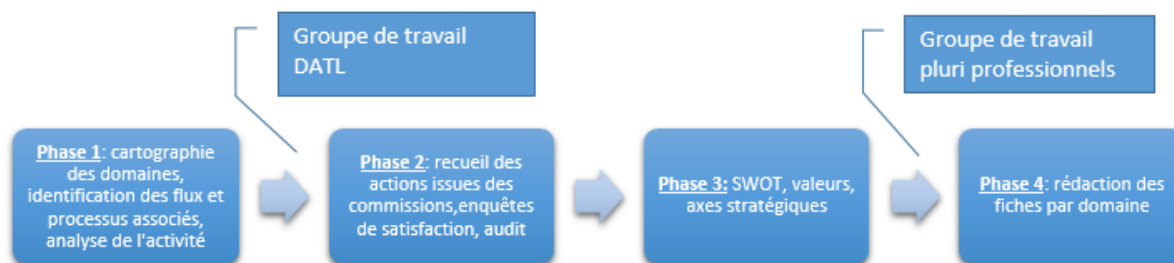
Le périmètre du projet logistique intègre également la gestion de la ressource patrimoniale. En effet l'entretien du patrimoine hospitalier, l'adaptation de l'outil de soins aux besoins de la population, la mise en adéquation du dimensionnement de l'offre aux besoins de fonctionnement constituent autant de principe qui ont guidé ce projet pour les années à venir. La gestion de la ressource patrimoniale repose sur la mise en place d'une politique d'exploitation du patrimoine, du plan de sécurisation de l'établissement et de la stratégie d'investissement, ce dernier domaine est détaillé dans le schéma directeur immobilier, en lien avec le projet médical de territoire et intègre la perspective du nouvel hôpital.

La méthodologie

a) La méthodologie suivie s'est articulée autour de quatre phases.

Dans un premier temps, une cartographie des différents domaines relevant de la direction des achats, travaux et logistiques a été établie afin d'identifier les différents flux et processus associés ainsi qu'une analyse de son activité. Un recueil des actions issues des différentes commissions, enquêtes de satisfaction et audit a été réalisé. Puis nous avons intégré également dans la réflexion tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur notre futur projet logistique ; l'analyse SWOT a permis d'identifier nos forces, nos faiblesses, nos opportunités et nos menaces.

Ces éléments ont permis de définir nos valeurs et de construire des axes stratégiques qui sont déclinés autour d'objectifs opérationnels, d'indicateurs de suivi et d'actions majeures/structurantes pour l'établissement. Cette démarche s'est construite à travers l'implication des équipes pluri professionnelles en mettant toujours en perspective l'ingénierie que recouvre chaque domaine d'expertise.



Les actions de communication seront menées en lien avec le projet d'établissement.

Un bilan partagé

Avant de se lancer dans la construction du projet logistique, a été réalisé un bilan de situation. **L'analyse SWOT a permis d'identifier et de mesurer le contexte dans lequel la direction des achats, des travaux et de la logistique évolue.**

Depuis de nombreuses années, l'établissement est marqué par un sous-investissement chronique de ses équipements et installations. Cette situation ne permet pas la mise en perspective d'une stratégie d'investissement ou encore d'un pilotage anticipé des achats.

Les investissements ne sont réalisables que par l'apport de l'emprunt et des subventions. Chaque année, en l'absence de visibilité sur ces deux sources de financement, l'exercice consiste à identifier l'urgence en matière de matériels, d'équipements et de travaux courants pour basculer, à minima, l'investissement « du quotidien » sur des comptes d'exploitation et ainsi permettre de maintenir un niveau d'investissement au plus près des réalités hospitalières.

Avec un parc de dispositifs médicaux vieillissants ; en 2020, 40% des équipements avaient une vétusté de plus de 9 ans, l'achat médical est priorisé sur des remplacements d'équipements vétustes, obsolètes ou sur de la casse. Pendant la crise sanitaire, l'investissement courant a été compensé par de la location et des aides de l'état fléchées sur les services cibles comme la réanimation et les urgences. Une réflexion doit également être engagée pour rehausser le niveau d'équipement technique et de confort afin d'améliorer la qualité de l'hébergement et l'ergonomie des postes de travail.

Sur l'aspect patrimonial, les bâtiments et les équipements sont vétustes. Ce déficit architectural a des répercussions sur les aspects techniques et environnementaux. En effet, l'établissement supporte une maintenance courante plus « lourde », à la limite de l'investissement, et donc plus coûteuse. La baisse des investissements ces dernières années accentue également le phénomène et nécessite de dépenser plus pour pouvoir maintenir en fonctionnement des équipements en fin de vie qui théoriquement devraient être remplacés.

ANALYSE SWOT



L'enjeu pour la direction des achats, des travaux et de la logistique est de pouvoir retrouver des marges de manœuvre afin de lui permettre d'investir, d'acheter et de maintenir le patrimoine de l'hôpital.

b) Les enjeux et les perspectives

Cette étape de diagnostic a permis de faire ressortir une liste de mots clés/thématiques qui nous a guidés pour la suite de l'élaboration du projet et la définition des axes stratégiques prioritaires. Dans une approche macro de la logistique, compte tenu d'un contexte de profonde transformation du système de santé et dans un environnement de plus en plus complexe, il est utile aujourd'hui de repenser la logistique hospitalière dans une logique d'amélioration de la qualité des soins, des conditions de travail des personnels et d'efficience.

En période d'activité normale ou lors d'une crise, la gestion des flux constitue un enjeu essentiel parce qu'elle affecte la qualité du parcours patient. Elle nécessite la définition d'une organisation millimétrée, la mise à disposition de ressources dédiées, le choix de méthodes dans le but d'acheminer et de distribuer, de manière fluide et au plus près des besoins, tous les produits et équipements indispensables aux missions des équipes soignantes. *Fournir le bon produit, au bon moment pour permettre aux professionnels de santé d'intervenir dans de bonnes conditions.*

La logistique est aussi un vecteur d'innovation ; pour être toujours plus efficace et rapide, elle doit pouvoir s'appuyer sur des outils numériques et robotiques structurant et optimisant les commandes et leur suivi, la gestion des stocks, l'entreposage et le transport ou renforçant la sécurisation de la dispensation des produits de santé. En termes de productivité, elle est capable de proposer de nombreuses améliorations sur l'ensemble d'un processus qui sera appréhendé non plus à la taille de l'hôpital, mais de plus en plus à l'échelle du GHT et des structures de santé alentours. On se dirige vers la création de plateformes mutualisées. C'est l'enjeu du projet du nouvel hôpital.

Dans la pratique, la logistique hospitalière est un domaine à fort enjeu mais dont la transformation reste à opérer. Elle est par nature, une fonction hétérogène rendant complexe l'analyse des flux. En effet, notre organisation « flux par flux » conduit à un foisonnement des domaines traitant de la logistique, au détriment d'une approche globale de gestion des flux. Notre organisation et ses circuits sont méconnus ou « opaques » rendant difficiles l'identification du « qui fait quoi » et dans quelle temporalité. Pour autant, ces activités majeures concourent directement à la prise en charge des patients. Elles font l'objet d'attentes diverses de la part des patients et des services de soins qui ont vu leur activité et les exigences de qualité évoluer ces dernières années.

Face à ces enjeux, sur les grandes thématiques que sont les achats, l'approvisionnement, la gestion de la ressource patrimoniale et les prestations de services d'accueil et d'hôtellerie; la direction des achats, travaux et de la logistique a décliné sa politique autour de trois axes stratégiques avec comme fil conducteur la transformation écologique :

Axe 1 : Assurer le fonctionnement efficient et performant des services supports au soin

- S'inscrire dans une démarche de type « client fournisseur » : améliorer le service rendu en s'engageant sur un niveau de prestations à assurer
- Maîtriser les risques liés aux activités : répondre aux besoins de qualité, traçabilité et de réglementation
- Améliorer l'expérience de l'utilisateur : optimiser les flux en termes de qualité, quantité, délais, sécurité pour permettre d'améliorer la qualité des soins
- Optimiser les coûts/rationaliser les dépenses/lutter contre le gaspillage

Axe 2 : Elaborer, programmer et réaliser la stratégie d'investissement

- Proposer une stratégie d'investissements en lien avec le projet d'établissement
- Mettre en place une politique d'exploitation du patrimoine : priorisation des investissements identifiés dans le plan pluriannuel d'investissement en lien avec le programme global de financement pluriannuel

Axe 3 : Collecter et analyser les projets d'achats et les plans d'investissements sous l'angle territorial

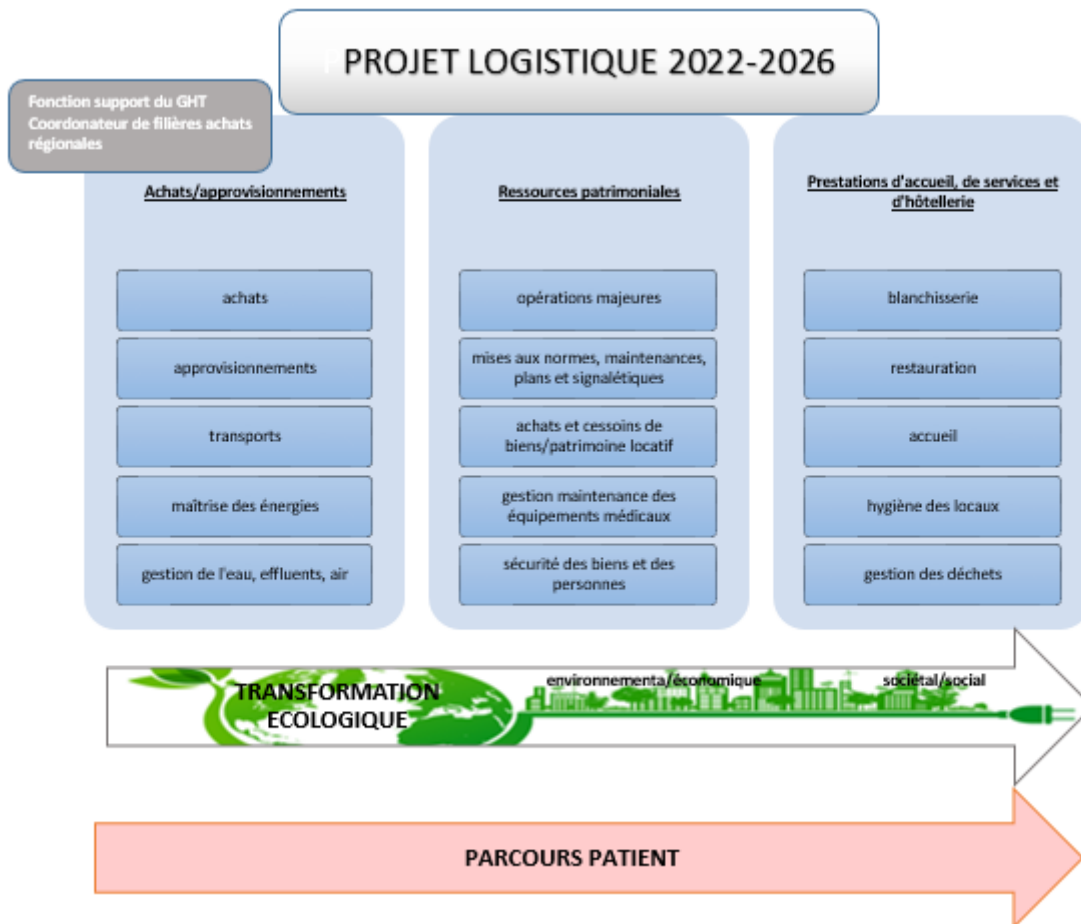
- Intégrer dans la programmation des achats, les projets et opérations d'investissements (anticipation et planification des opérations d'achats)
- Evaluer l'impact des différents modèles économiques sur les équipements
- Analyser en lien avec la stratégie d'achat du GHT les possibilités de mutualisation ou de massification sur les marchés et fiabiliser l'approche en coûts complets

Chaque axe de ce projet prend en compte, **dans le cadre de la transformation écologique, les trois piliers sur lequel l'établissement souhaite s'engager à savoir : le pilier économique, le pilier environnemental, et le pilier social/sociétal.**

La direction des achats, des travaux et de la logistique poursuit également ses missions dans la fonction achat de territoire. Elle est force de propositions et identifiée comme telle auprès du groupement de coopération sanitaire des achats régionaux. Elle assure pour le GHT l'intégralité des marchés et elle est coordonnatrice de filières régionales achats.

Le périmètre du projet : la logistique comme fonction support aux soins

Trois grands domaines ont été identifiés. Chacun est composé de cinq activités. Chaque activité retrace le contexte et les enjeux et décline des actions avec des indicateurs associés.



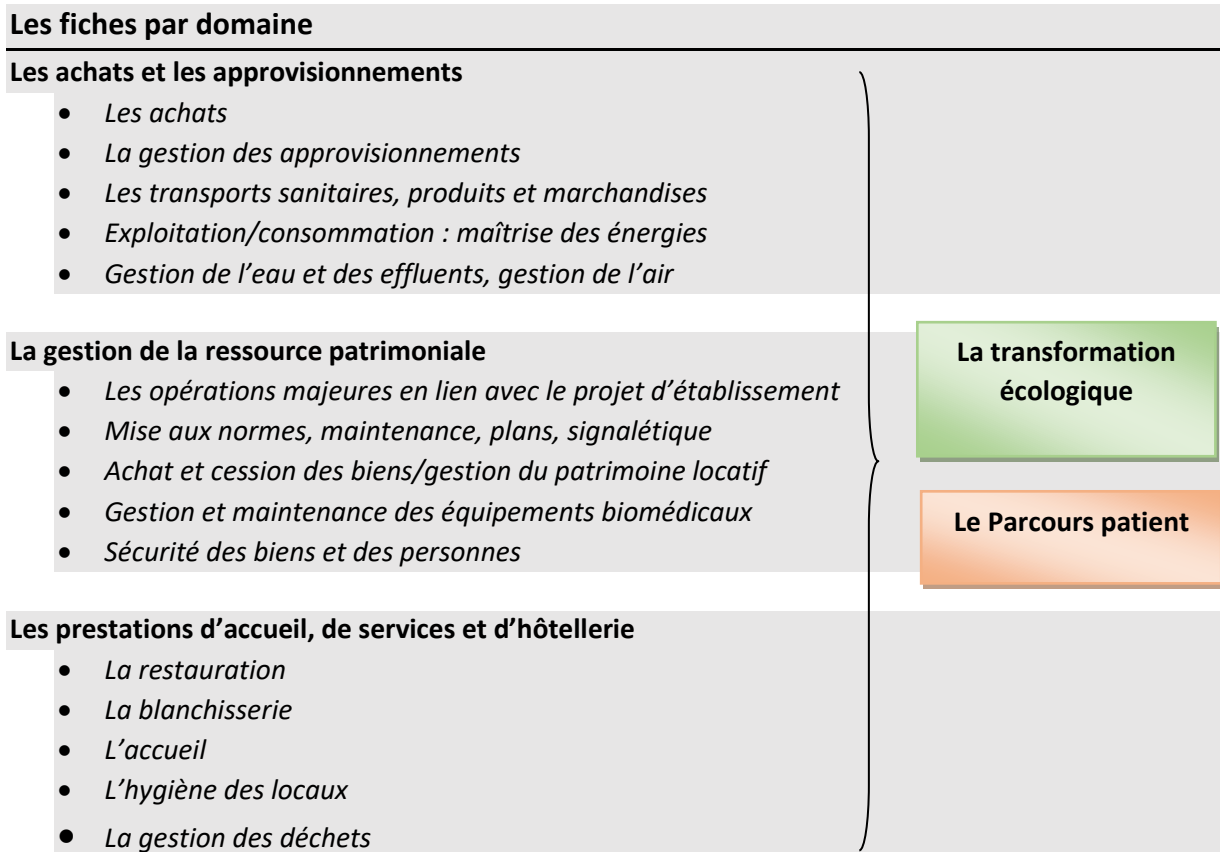
De manière schématique, la logistique vise à assurer que les bons produits sont mis à disposition au bon endroit, au bon moment et au juste coût. Cette promesse devient souvent une gageure, alors que les « supply chain » se complexifient dans un monde où les aléas économiques, climatiques, sociaux et sanitaires ont tendance à s'accroître. La logistique hospitalière constitue un enjeu budgétaire majeur, l'amélioration de ses fonctions représente une source réelle d'économies et aussi un outil de lutte contre le gaspillage.

Comme cela a été mentionné, la logistique hospitalière est une activité de service, à ce titre la bonne démarche consiste à préciser « l'offre de service » que la logistique doit apporter aux soignants, puis à définir les pratiques et moyens les mieux à même d'assurer efficacement ce service, depuis les entités qui fournissent jusqu'au service de soins :

- **Adapter « l'offre de service »** : suivre la performance de l'organisation,
- **Définir les pratiques et les moyens le long de la chaîne de réapprovisionnement jusqu'aux unités de soins** : s'assurer que toutes les activités logistiques sont bien orientées par rapport aux besoins des « clients », alignées et cohérentes entre elles,
- **Cartographier les processus logistiques** : faire ressortir les leviers d'amélioration « cartographie des valeurs »,
- **Simplifier et automatiser les flux** : identifier des points bloquants pour agir sur les processus logistiques en simplifiant et en automatisant la chaîne d'approvisionnement.

Ainsi, la « supply chain santé » vise à garantir un pilotage optimal des flux d'informations coordonnés avec les flux financiers et physiques dans le but de proposer une chaîne logistique performante et focalisée sur la sécurité du patient. Les schémas logistiques évoluent dans le cadre de nouvelles réglementations et d'innovations technologiques afin de garantir une meilleure traçabilité des flux et une sécurisation des processus logistiques. Il est donc nécessaire d'identifier les activités à forte valeur ajoutée.

L'identification des actions opérationnelles



➔ Voir **annexe 12** le projet logistique en quelques chiffres, la fiche achats et approvisionnements, la fiche patrimoine, la fiche prestations d'accueil et d'hôtellerie

2 - LA DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES MEDICO-SOIGNANTES PAR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SCHEMA DIRECTEUR AMBITIEUX

2-1 Un nouveau Schéma Directeur Immobilier est indispensable

a) Le patrimoine est dégradé et préoccupant

Organisé sur trois sites, l'établissement est implanté en plein cœur de la commune de Montauban, avec un site principal pavillonnaire installé dans des locaux classés au patrimoine. Cette implantation le contraint fortement dans son organisation, puisque ce sont environ 3 800m² de surface qu'il manque à l'établissement.

En outre, les capacités d'accueil du public sont aujourd'hui obsolètes tant pour les patients que pour le personnel (lieu de vie, parking).

b) Un patrimoine multi site en plein cœur de la commune de Montauban

Le Centre Hospitalier de Montauban regroupe plusieurs unités d'activités proposant les spécialités médicales et chirurgicales, obstétricales et psychiatriques ainsi que des prestations d'hébergement pour les personnes âgées. Ces unités sont réparties sur trois sites distincts, dont deux situés en plein centre ville de Montauban.

Le site principal rencontre de nombreuses problématiques :

L'infrastructure actuelle est inadaptée aux enjeux d'une offre de soins moderne. Une trentaine de bâtiments, d'époques très différentes, prend place sur le site central. Chaque bâtiment fait l'objet de spécificités particulières, avec certains pavillons inclus dans le périmètre de protection des monuments historiques.

L'enclavement du site principal au cœur de la ville ne lui permet pas de bénéficier d'une réserve foncière et, par conséquent, d'envisager un certain nombre de restructurations pour répondre aux besoins de l'offre de soins.

Ainsi, la crise sanitaire mondiale liée à la pandémie de COVID-19 a mis en évidence de manière criante ces faiblesses structurelles en termes de locaux et d'infrastructures techniques notamment.

En effet, le pourcentage de chambres doubles dans le secteur MCO (25%) a rendu la gestion de l'accueil des patients beaucoup plus complexe au regard de la nécessaire vigilance pour éviter les contaminations croisées au sein même de la structure hospitalière. Il a donc été nécessaire de transformer les chambres doubles en chambres individuelles, réduisant ainsi la capacité d'accueil pour faire face à cette épidémie.

De la même manière, les installations de ventilation, de conception ancienne, ont compliqué significativement la gestion du traitement individualisé de la pression dans les chambres (pression négative pour le COVID-19, pression positive pour les non COVID en réanimation et iso pression dans les autres locaux).

c) Des problématiques de flux

Si les deux autres sites ne posent pas aujourd'hui de réels problèmes en matière de déplacements et de stationnements, le site central quant à lui reste quotidiennement engorgé. Il est saturé par les véhicules ; les flux piétons ne sont pas sécurisés, voire inexistant.

Une véritable problématique émerge autour des flux, des déplacements et surtout du stationnement, de manière générale, sur le site central.

d) Des coûts d'exploitation prohibitifs

En grande difficulté depuis plusieurs années, l'établissement de Montauban accuse un déficit financier de 12 millions d'euros en 2021. Ces résultats se traduisent par une marge brute nulle et une incapacité de l'établissement à financer les investissements nécessaires à son redressement. Ces difficultés financières proviennent en partie d'un coût de maintenance des infrastructures devenu prohibitif, couplé à une infrastructure ne permettant, à date, aucun gain organisationnel.

En effet, l'établissement fait face à des niveaux de vétusté importants. Le taux de vétusté des bâtiments atteint près de 79%, se situant dans la fourchette haute des établissements de même catégorie ayant des taux de vétusté importants.

Concernant les équipements, le constat est plus alarmant. Leur taux de vétusté atteint près de 95 % pour le Centre Hospitalier de Montauban, quand pour les établissements de même catégorie, il oscille entre 77% et 88%.

2.2. **Ce Schéma Directeur doit impérativement intégrer le virage numérique et l'investissement biomédical**

a) Le Schéma Directeur des Systèmes d'information : sécuriser et faciliter

L'élaboration et la rédaction du Schéma Directeur du Système d'Information 2022-2026 (SDSI) sont assurées par la Direction des Ressources Numériques du Territoire selon une démarche arrêtée par le Directoire, permettant un recueil exhaustif des besoins tout en évitant une mobilisation trop forte de la communauté et le respect du calendrier contraint.

Pour ce faire, la méthodologie retenue a été d'utiliser l'ensemble de la production écrite disponible, de réaliser des entretiens auprès des personnes clés puis d'effectuer 2 présentations des travaux en bureaux de pôles afin de partager les travaux de rédaction du SDSI.

Etat des Lieux

Un système d'Information opérationnel, vieillissant, couvrant les fonctions principales, dont la sécurité doit être renforcée et servi par un parc de poste de travail obsolète

Des besoins d'informatisation de l'ensemble des métiers (Médical et Soins, Fonctions support) en nombre important

Dans un contexte économique très difficile, la part de budget d'investissement allouée au système d'information (SI) depuis plus de 8 ans a été fortement réduite. L'établissement n'a donc pas pu investir dans son système d'information tant sur les aspects infrastructure et postes de travail que sur les solutions logicielles.

Avec le soutien exceptionnel de l'ARS, l'infrastructure est en cours de renouvellement et 200 postes de travail obsolètes sur 600 devraient être renouvelés dans l'année 2022.

Les solutions SI ne sont pas renouvelées et de trop nombreux circuits sont toujours gérés grâce au papier, que ce soit dans la prise en charge du patient ou dans les fonctions supports.

Des projets d'informatisation, identifiés prioritaires dans le précédent SDSI (2006-2010), ne sont pas réalisés et doivent l'être à court terme.

De nombreux projets d'informatisation sont exprimés, tant dans les secteurs médico-soignants que dans l'ensemble des fonctions support.

Enfin, la reconstruction de l'hôpital fixe un enjeu fort en terme de Système d'Information.

Il n'est en effet pas envisageable de déménager dans les nouveaux locaux avec un système d'information obsolète et inadapté aux besoins, nouvelles organisations et nouveaux usages qui seront nécessaires à l'ensemble des métiers de l'établissement.

L'établissement se doit donc d'entrer dans ses nouveaux locaux avec des **outils numériques performants et déjà opérants** et ne pas ajouter de risques SI à la complexité d'un déménagement.

2 SDSI se dérouleront avant ce déménagement, permettant de mener les évolutions nécessaires selon 3 temporalités :

- **Court terme** : Enjeux opérationnels 2022-2023
 - **Rattraper le retard pris sur des fondamentaux et particulièrement pour la partie SI** (équipement et infrastructure).
 - Couvrir **les besoins essentiels des acteurs de l'hôpital**, soignants et non soignants.

- **Moyen terme** : Enjeux stratégiques 2024-2027
 - **Prendre le virage du numérique et s'ouvrir à l'écosystème de son territoire** en pensant ses **solutions au périmètre du GHT et en lien avec ses partenaires de santé**
 - **Préparer et anticiper le déménagement dans le nouvel hôpital**

- **Long terme** : Entrée dans le nouvel hôpital 2028-2029
 - **Avant l'entrée dans le nouvel hôpital le SI doit être à niveau, le DPI renouvelé et les organisations associées prêtes.**
 - **Au moment du déménagement le SI est opérationnel.** Le déménagement devra être essentiellement **un projet logistique**

Le SDSI 2022-2025 constitue ainsi le SDSI de transition dont les objectifs principaux sont :

- La remise à niveau générale du SI pour rétablir un niveau de performance et de sécurité adapté
- La couverture des besoins métiers essentiels aux principales activités de l'établissement

Ces éléments constitueront à leur tour le socle stable permettant la réalisation du SDSI 2026-2029, dont l'objectif sera de doter l'établissement de l'ensemble des outils qui seront nécessaires à l'arrivée dans le nouvel hôpital.

Dans cette optique, et pour le SDSI 2022-2025, cinq orientations principales sont définies :

Orientations

1 : Remettre à niveau le Système d'Information et rattraper le retard pris depuis le dernier Projet d'Etablissement tout en atteignant un haut niveau de sécurité.

2 : Garantir la pérennité du SI dans la durée.

3 : Prendre le virage du numérique pour accompagner la stratégie nationale du système de santé, répondre aux besoins exprimés et priorisés dans les projets du Projet d'Etablissement (PE) et préparer le SI du nouvel hôpital.

4 : Rester cohérent avec le SDSI de GHT en tenant compte de la dimension territoriale de la DSI tant sur le périmètre des projets que sur son aspect organisationnel et rattraper le retard de la convergence.

5 : Rechercher en permanence un Retour sur Opérations d'Investissement (ROI) en sanctuarisant les enveloppes budgétaires et en assurant un pilotage des projets.

Orientation 1

Remettre à niveau le Système d'Information et rattraper le retard pris depuis le dernier Projet d'Etablissement tout en atteignant un haut niveau de sécurité.

- ***Remettre à niveau le Système d'Information.***

L'établissement se doit de reconstituer prioritairement des bases solides et sécurisées de son système d'information en termes d'infrastructure et de postes de travail.

Outre cet aspect « fondations techniques », des chantiers de remise à niveau de l'ensemble des logiciels existants doivent être impérativement menés.

Action 1 : Finaliser et stabiliser la remise à niveau des « fondations » (infrastructure et postes de travail)

Action 2 : Remettre à niveau les logiciels existants : rattraper le retard dans les dernières versions des logiciels

Action 3 : Mener les chantiers de sécurisation du SI selon les exigences liées à la déclaration du CH de Montauban en tant qu'Opérateur de Service Essentiel (OSE)

- **Rattraper le retard pris depuis le dernier Projet d'Etablissement.**

Le projet d'informatisation du Bloc Opérateur et de l'Anesthésie, priorisé dans SDSI 2006-2010, et trois autres projets prioritaires définis post SDSI 2006-2010 n'ont pas débuté.

Tous les acteurs consultés au cours de la rédaction du SDSI s'entendent sur la nécessité de prioriser et faire aboutir ces informatisations « métier » avant le lancement du chantier de renouvellement du Dossier Patient Informatisé.

Action 1 : Informatiser le Bloc Opérateur et l'Anesthésie avec un outil adapté

Action 2 : Informatiser l'Ophtalmologie avec un outil adapté

Action 3 : Informatiser l'Obstétrique avec un outil adapté

Action 4 : Informatiser l'HAD avec un outil adapté

Orientation 2

Garantir la pérennité du SI dans la durée

Les besoins en postes de travail ont été fortement exprimés tant dans le cadre des projets de pôle que lors des entretiens.

L'obsolescence et le manque d'équipements constituent un frein prioritairement et clairement exprimé dans le fonctionnement au quotidien et constituent également un des « irritants » du quotidien.

L'état des lieux montre un très grand retard dans le renouvellement des PC : en 2022, 600 postes sont à renouveler, certains datent de 2008.

Afin d'engager l'établissement dans un processus de transformation de son SI, le CH de Montauban doit prioritairement rattraper le retard accumulé en prévoyant tout d'abord une remise à niveau de l'infrastructure et des postes de travail matériel informatique, fondations d'un système d'information performant, stable et sécurisé et apporter une résolution rapide aux « irritants du quotidien » et améliorer la Qualité de Vie au Travail.

Action 1 : Réaliser un audit annuel de sécurité, mettre en œuvre les actions préconisées, pérenniser un budget dédié à la sécurité

Action 2 : Renouveler annuellement 15 à 20% du parc

Action 3 : Renouveler tous les ans des éléments d'infrastructure centrale (serveurs, switch de distribution, cœur de réseau, ...)

Action 4 : Faire évoluer la couverture des réseaux internes et externes pour couvrir l'évolution des besoins

Action 5 : Mettre en place une solution d'authentification unique ergonomique et sécurisée

Orientation 3

Prendre le virage du numérique pour accompagner la stratégie nationale du système de santé, répondre aux besoins exprimés et priorités dans les projets du Projet d'Établissement (PE) et préparer le SI du nouvel hôpital

Tout en devant remettre à niveau, l'établissement se doit de faire évoluer son système d'information pour répondre aux enjeux, fortement exprimés, par les utilisateurs pour répondre aux besoins

- ▶ Prendre le virage du numérique signifie d'une part, **acquérir de nouvelles solutions métiers (Médico-soignants et fonctions support)**, et d'autre part, **permettre à ces solutions d'interopérer**. Il est indispensable que les solutions « se parlent ».
- ▶ La réussite du projet de transformation ne réussira que grâce à **une conduite du changement adaptée** aux besoins afin **d'accompagner les équipes dans leurs nouveaux usages et de les pérenniser**. Le dispositif d'accompagnement doit ainsi être adapté, tant de la part des Métiers que des équipe de la DRNT

Ces 3 grands types de besoins ont été **dégagés des demandes des acteurs métiers**

Solutions métiers

- ▶ Solutions informatiques répondant à un besoin métier
- ▶ Généralement spécifique à une prise en charge ou un service

Interopérabilité

- ▶ Entre solutions logicielles
- ▶ Et avec les appareils numériques

Conduite du changement

- ▶ Formation de mise à niveau sur les nouveaux logiciels et sur l'existant
- ▶ Accompagnement au changement et dans la continuité
- ▶ Adapter les ressources en accompagnement

Le recensement des besoins a permis de lister **un nombre conséquent de projets** tant en **production de soins** qu'en solution nécessaires aux **fonctions supports** qu'il sera **indispensable de prioriser de manière infra-annuelle**.

Le **changement de DPI** est également un **projet incontournable avec une décision qui doit être prise au cours du SDSI, pour que le nouveau DPI soit pleinement opérationnel 2 ans avant le déménagement**. **L'étude du marché doit ainsi débuter dans un rétro-planning permettant un déploiement finalisé et stabilisé 2 ans avant le déménagement.**

A la transformation du SI doivent être **liés des projets d'accompagnement au changement** afin de permettre aux **utilisateurs finaux de s'approprier les solutions métiers** qu'elles soient nouvelles ou existantes et **de développer de nouveaux usages de manière pérenne**

- ▶ **Aujourd'hui, le CH de Montauban ne propose aucun service en ligne à ses patients.**
- ▶ Via **les programmes nationaux** (Hop'En et Ségur du numérique), les établissements sont incités à mettre en œuvre des services en ligne, à alimenter le DMP et l'Espace Numérique de Santé.
- ▶ Afin de ne pas prendre du retard vis-à-vis des autres établissements, **le CH de Montauban doit prévoir de proposer ce types de service dans les années à venir.**

Au 9 mai 2022, la rédaction de ce SDSI intègre une liste, non exhaustive, non priorisée et évolutive annuellement, des projets d'informatisation attendus par les métiers. Elle est annexée à ce document.

Le nombre de projets identifiés révèle le retard dans l'informatisation des processus métiers et l'attente forte des métiers. Néanmoins les contraintes et délais de réalisation du SDSI à fin avril 2022, n'ont pas permis de mener les travaux permettant d'établir une priorisation et un calendrier précis de réalisation.

C'est à cet effet qu'est mis en place, dès avril 2022, le Comité Stratégique Système d'Information (COSTRASI) dont la mission sera d'arbitrer et prioriser les projets à réaliser entre 2022 et 2025.

La validation des projets retenus ainsi que leur planification seront donc affinées lors de l'actualisation annuelle du SDSI, sous la responsabilité du COSTRASI.

Dans le domaine de la production de soins, les projets identifiés au paragraphe « Rattraper le retard pris depuis le dernier Projet d'Etablissement » sont déjà priorités dès 2022.

- **A - Solutions métier / Prendre le virage numérique**

Action 1 : Etablir annuellement, et avec un suivi trimestriel, la liste des projets à mettre en œuvre pour l'ensemble des domaines du SI (Médical et Soins, Fonction support).

Action 2 : Saisir les opportunités de financements externes pour soutenir le plan d'investissement du SI (HOP'En, Ségur, ESMS Numérique, dossiers spécifiques ARS, régionaux, européens)

- **B - Interopérabilité**

Action 1 : Renforcer la collaboration avec les ingénieries afin que l'ensemble des projets intègrent nativement les enjeux d'interopérabilité exigés par les référentiels et attendus par les utilisateurs ; en faire une exigence de résultats dans les projets, portée par les fournisseurs

Action 2 : Doter la DRNT d'une compétence en interopérabilité des systèmes numériques pour en assurer la maîtrise, la réduction des coûts et de la dépendance aux prestataires

Action 3 : Faire évoluer les outils d'interopérabilité pour répondre aux enjeux d'indépendance, de coût et de maîtrise

- **C- Conduite du changement**

Action 1 : Définir, intégrer et pérenniser les contributions nécessaires des métiers, en phase projet puis en phase de routine, pour chacun des projets d'informatisation

Action 2 : Adapter les ressources d'accompagnement DRNT aux attentes des métiers

- **D - Préparer la digitalisation du nouvel hôpital**

Action 1 : Lancer la constitution du groupe de travail ayant pour mission d'analyser, de définir le cahier des charges, d'analyser le marché et de mener les travaux conduisant au choix du DPI qui sera mis en œuvre avant le déménagement

Action 2 : Rechercher un accompagnement externe spécialisé permettant une réflexion de l'ensemble des acteurs dans la digitalisation nécessaire, dans tous les secteurs, pour intégrer au plus tôt une conception digitale de l'hôpital et des organisations de 2030

Orientation 4

Rester cohérent avec le SDSI de GHT en tenant compte de la dimension territoriale de la DSI tant sur le périmètre des projets que sur son aspect organisationnel et rattraper le retard de la convergence.

Un système d'information hospitalier convergent implique...

- ▶ La mise en place d'un **dossier patient de territoire permettant une prise en charge coordonnée des patients.**
- ▶ Un **identifiant unique pour les patients.**
- ▶ Des **applications (informatiques) identiques pour chacun des domaines fonctionnels.**

Le SDSI du GHT 82 définit notamment les orientations prioritaires suivantes :

- **Déployer un Serveur de Rapprochement d'Identité de territoire**
- **Préparer et Déployer un DPI de territoire** (CH Montauban/CH Moissac)
- Mettre en œuvre une solution PMSI territoriale

A date, ces projets n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre faute principalement de ressources à allouer à ces projets.

Des projets complémentaires au SDSI GHT sont venus compléter le portefeuille de projets SI GHT :

- Déployer le système d'information achat (projet national sémaphore)
- Déployer des équipes territoriales implique des solutions uniques et partagées (anesthésie, HAD, SMUR, Odontologie, CSAPA, CMP, etc.)
- Etendre la solution de gestion de parc et « ticketing » aux autres établissements du GHT
- Déployer un logiciel de télémédecine embarquée pour le SMUR territorial (Montauban / Moissac)

Ouvrir l'établissement vers son écosystème de territoire implique d'**inclure la dimension GHT dès la conception des projets**

Action 1 : Arbitrer l'usage des crédits HOP'En vis-à-vis de la mise en œuvre de la convergence des SI GHT

Action 2 : Intégrer systématiquement l'opportunité GHT aux projets, dont notamment le renouvellement du DPI

Orientation 5

Rechercher en permanence un ROI en sanctuarisant les enveloppes budgétaires et en assurant un pilotage des projets.

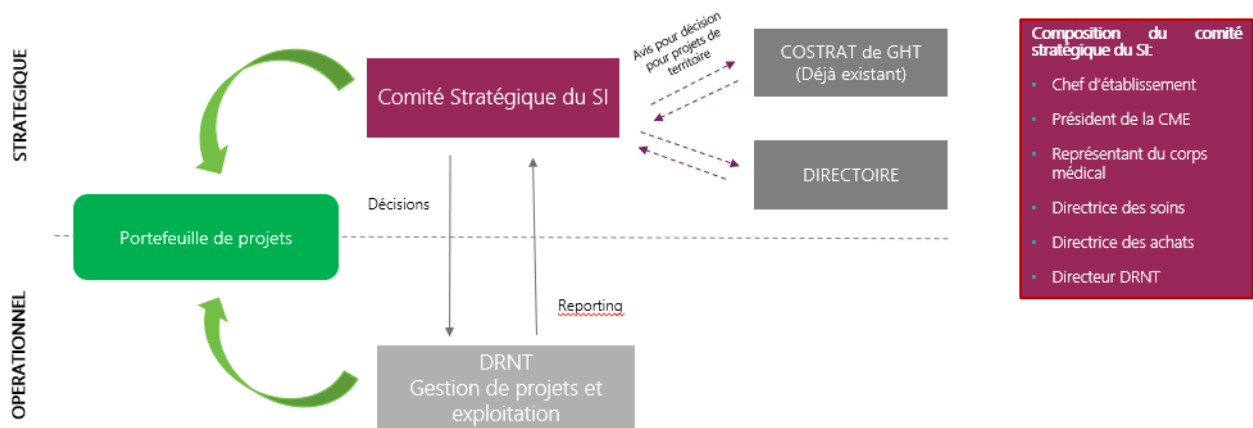
Un schéma directeur du système d'information n'a pas vocation à rester figé pendant toute la durée de sa mise en œuvre mais bien à évoluer.

Le SDSI fera l'objet d'une actualisation annuelle pour :

- **Arbitrer et Prioriser les projets**
- Aligner le SDSI sur les évolutions réglementaires et la doctrine technique des différents programmes nationaux (Séguir, Ma santé 2022, etc.)
- **Identifier et intégrer** les évolutions des **priorités stratégiques** au niveau de l'établissement mais également au niveau du GHT

Le schéma de gouvernance du Système d'Information retenu, volontairement faible en comitologie, s'établit à 2 niveaux :

- Le pilotage stratégique opéré par un Comité Stratégique du Système d'Information (Costrasi)
- Le pilotage opérationnel, opéré par la DRNT, qui a en charge la gestion des projets et l'exploitation du SI.



L'élément central de ce schéma de gouvernance est le portefeuille de projet qui sera le référentiel commun à l'instance stratégique et à l'instance opérationnelle.

Ce comité stratégique du SI se réunit trimestriellement pour effectuer une revue des projets, arbitrer et prioriser (budgets et projets).

Action 1 : Installer le Comité Stratégique Système d'Information, Arbitrer / prioriser trimestriellement les priorités du Système d'Information en fonction des priorités établies par le Directoire et des ressources disponibles

Action 2 : Définir et sanctuariser les budgets alloués au SI, tant pour son maintien en conditions opérationnelles, son renouvellement que l'adaptation aux nouveaux usages et pour la mise en œuvre des nouveaux projets

Action 3 : Mener une analyse d'opportunité sur l'hébergement du système d'information et la présenter à l'arbitrage du COSTRASI

Action 4 : Analyser le retour sur investissement pour les projets mis en œuvre

Action 5 : Saisir les opportunités de financements externes pour soutenir le plan d'investissement du SI

b) La stratégie relative à l'investissement biomédical : comment gérer « le paradoxe montalbanais » ?

La réduction structurelle du déficit d'exploitation est une condition *sine qua non* au processus de restauration de la Capacité d'Auto-Financement du Centre Hospitalier de Montauban.

Ce processus garantit la capacité de l'établissement à restaurer le financement des principales opérations de modernisation de l'outil de production, aussi bien à court terme (période du Projet d'Etablissement 2022-2026), qu'à moyen et long terme (co-financement du projet de Nouvel Hôpital).

c) La conception d'une stratégie de communication.

Fonction indispensable dans la stratégie de l'établissement, la communication permet à la fois de valoriser les projets et les actions menés, de moderniser l'image du centre hospitalier, de mieux le faire connaître et de développer son attractivité.

Pour atteindre ces objectifs, il est primordial de mettre en place une stratégie de communication. A partir de 2024, cette stratégie, qui se déclinera en interne et en externe, permettra de coordonner l'ensemble des actions de communication.

Parmi les chantiers prioritaires en communication figure la refonte du site internet. Véritable vitrine de l'établissement et première source d'information pour les patients, la création d'un site internet moderne, esthétique et fonctionnel est indispensable. Dès le premier trimestre 2024, le Centre Hospitalier de Montauban sera doté d'un nouveau site internet répondant aux normes actuelles (RGPD ; adaptation automatique à toutes les tailles d'écrans, etc.) et permettant une recherche d'information simple, fluide et pratique.

La stratégie de communication externe s'appuiera également sur le développement des relations presse, afin de favoriser une présence régulière et positive de l'hôpital dans les médias locaux, valorisant les projets et les innovations.

Une stratégie propre à l'animation des réseaux sociaux est d'ores et déjà en place, avec une communication hebdomadaire adaptée aux publics des différentes plateformes, à partir de formats variés (photos, vidéos, créations graphiques, etc.).

En interne, afin d'améliorer la diffusion et la circulation de l'information, l'intranet fera également l'objet d'une refonte. La création d'une application dédiée, à télécharger sur smartphone, est également étudiée. Autre source d'information, dès 2024 le journal interne sera conçu en collaboration directe avec les pôles et mettra en avant leurs projets et actualités.

L'organisation régulière d'événements internes, visant à renforcer la cohésion et à développer un sentiment d'appartenance, est prévue. En externe, des événements comme les « cafés nouvel hôpital » permettront de privilégier les échanges directs avec les usagers.

Enfin, afin d'accompagner l'hôpital dans l'atteinte de ses objectifs d'image et de notoriété, l'établissement bénéficiera de la voix et du soutien d'un parrain.

ANNEXES

Projet médical issu des revues de pôle- automne 2021 (annexe 1)

Projet de soins - synthèse des actions (annexe 2)

Les liens fonctionnels qualité – sécurité des soins – EPP, instances stratégiques et structures de pilotage (annexe 3)

Projet qualité et gestion des risques -synthèse des actions, calendrier (annexe 4)

Projet social du personnel médical -synthèse des actions (annexe 5)

Projet social - étapes de la construction (annexe 6)

Projet social du personnel non médical - synthèse des actions (annexe 7)

Projet recherche : principaux bénéfices quantifiables et indicateurs de progression à suivre, les liens avec les projets internes et externes, les caractéristiques financières, le calendrier (annexe 8)

Projet simulation : les forces et faiblesses, le détail des axes stratégiques de la politique simulation en santé, le calendrier (annexe 9)

Projet de gestion -synthèse des actions (annexe 10)

Projet de transformation écologique (annexe 11)

Projet logistique en quelques chiffres, fiche achats et approvisionnement, fiche patrimoine, fiche prestations d'accueil, de service et d'hôtellerie (annexe 12)

PROJET MEDICAL CANCEROLOGIE 2022/26 (annexe 13)



Projet d'établissement 2022-2026: Projet médical issu des revues de pôle – automne 2021



Introduction

- **Projet d'établissement :**
 - document de référence
 - stratégie du CH de Montauban pour les 5 ans
 - Objectif :
 - améliorer l'état de santé de la population
 - faciliter l'accès aux soins
 - lutter contre les inégalités
- **Dernier projet d'établissement 2006-2010**
- **Dernier projet médical : PMT 2016-2021**
- **Elaboration du projet médical :**
 - Projet Régional de Santé
 - Revues de pôles, travail collectif
 - Partenaires

1. Territoire de santé aux besoins de soins marquants
2. Offre de soins fortement concurrentielle
3. Attractivité fragilisée pour le CH de Montauban

- Territoire de santé aux besoins de soins marquants
 - Analyse socio-démographique et épidémiologique de la population
 - Population **dynamique** : > 26% d'ici 2050 (258 000 → 325 000)
 - Surtout **population âgée** :
 - >75 ans : 10,80% → 21%
 - 55-75 ans : même tendance
 - <40 ans : +2%
 - 0-14 ans : - 11,6%
 - Basculement entre la part la plus jeune et la part la plus âgée (19%/11% → 17%/21%)
 - Augmentation de la demande de soins
 - Données épidémiologiques du TG comparables au niveau national
 - espérance de vie à la naissance : 79,8 ans H / 85,5 ans F
 - taux de mortalité prématurée (<65 ans) : TG < France
 - 1ères causes de décès :
 - tumeurs : F>H
 - maladies respiratoires : H>F
 - ALD : psychiatrie TG > France

- Territoire de santé aux besoins de soins marquants

Priorités

1. Filière gériatrique complète
2. Renforcement cancérologie
3. Diversification des prises en charge psychiatriques
4. Consolidation de l'offre de soins en chirurgie

- Territoire de santé aux besoins de soins marquants
- Offre de soins fortement concurrentielle
 - 5 EDS dont 4 sur Montauban
 - Cave : « niche »
 - Boyé : 102 lits de MCO
 - Pont de Chaume (ELSAN) 252 lits et places
 - 3 puis 2 maternités
 - 2 services de réanimation
 - 2 USIC
 - 2 SAU
 - autorisations de chimio, chirurgie cancérologique (digestif et sein), soins critiques ...

- Territoire de santé aux besoins de soins marquants
- Offre de soins fortement concurrentielle
- **Attractivité fragilisée pour le CH de Montauban**
 - 1^{er} opérateur du territoire toutes spécialités confondues (23% vs 22% PDC)
 - 1^{er} opérateur en médecine : 28%
 - chirurgie : offre dispersée
 - CH leader en orthopédie (30%)
 - Digestif : 23% (28% PDC)
 - Fuites 20%
 - Maternité (niveau 2a), 1^{er} opérateur malgré baisse des accouchements sur le TG

- **Pneumologie :**

Activité cancérologique à consolider en lien avec dimensionnement de l'équipe à compter du 1^{er} novembre.

Début des consultations avancées en janvier 2022.

- **Cardiologie :**

Imagerie cardiaque (en lien avec Imagerie médicale du CHM, CHU T.).

- **Angiologie :**

3 axes : Recrutement / Partenariat / Equipement

- **Transversal :**

Question des projets territoriaux et de l'identification de service prenant en charge des pathologies spécifiques concernant plusieurs activités médicales (neurologie...).

QVT et organisations de travail

IPA

Education thérapeutique

Médico technique

- **Imagerie médicale :**

Equipement lourd d'imagerie médicale : scanner urgences,.

Priorité donnée à la mammographie et à la mise en place d'une équipe territoriale.

Imagerie cardiaque.

- **Laboratoire :**

Développement des consultations externes du laboratoire de biologie médicale

- **Sécurisation du circuit du médicament**

Actions relatives au circuit du médicament et au financement des investissements.

SSR Gériatrie

- **SSR / CSG :**

Prise en charge HDA.

- **SSR :**

Mise en œuvre de l'autorisation de PAPD et délai : projection sur la montée en charge de l'activité sur les volets organisationnels, RH et financiers à définir au plus tard sur le 1^{er} trimestre 2022.

Questionnement sur l'outil de programmation pour l'HdJ / UMA.

- **EHPAD / USLD :**

Sollicitation des tutelles pour une réévaluation des effectifs au regard des profils de résidents.

- **Transversal :**

Diffusion des bonnes pratiques en gériatrie sur l'ensemble du CH.

Structuration des consultations mémoire : réunion interpole, DIM, Coordinatrice des soins et Analyse de gestion.

Sensibilisation nouvelle sur PRADO personnes âgées.

Médico Chir

- **Filière digestive :**

Prise en charge globale de l'obésité, volet chirurgie bariatrique.
Renouvellement de l'équipe de gastro entérologie.

- **Filière cancérologique:**

Activité cancérologique à consolider en lien avec à court terme le report de l'activité d'hématologie, et à novembre 2022 le dimensionnement de l'équipe à 4 PH (binôme onco/hémato).

- **Dermatologie :**

Priorité : modalités d'accueil au mois de novembre d'un nouveau praticien. Etude sur une relocalisation de l'activité (+/- une autre activité de consultation externe).
Activité laser (avec identification du volume de patients concernés).

Médico Chir

- **Rhumatologie :**

Prise en charge ostéoporose.
Prise en charge lombalgie.

- **EMSP:**

Nouveau Plan national SP.

- **Diabétologie:**

Demande au DIM sur l'évaluation des besoins en santé sur le 82.

- **Bloc opératoire :**

Utilisation salle 2 pour les activités en loco régional.

- **Transversal :**

IPA
Education thérapeutique
Projets de chirurgie en lien avec Pôle SSR Gériatrie.

Santé Société

- **HAD Somatique :**

HAD parcours urgences : Réponse à l'AMI de l'ARS.

HAD de territoire

HAD – SSIAD

Temps de kinésithérapeute : Etude médico économique à réaliser.

- **HAD Psy :**

Dossier de demande d'augmentation de l'enveloppe DAF de l'HAD psychiatrique et d'augmentation du capacitaire à élaborer et à adresser à l'ARS.

Création d'une Cellule de coordination Sanitaire-Médico-social - Projet « ARGO ».

- **UAV :**

Inscrire un dispositif plus global de prise en charge des femmes victimes de violence.

Santé Société

- **PASS :**

Améliorer l'accès à l'interprétariat téléphonique / Recensement des besoins par la DATL.

- **PASS HLM :**

Améliorer la coordination des ressources avec l'EMPP du pôle de psychiatrie adultes.

- **CVI :**

Favoriser l'accès à l'information et à la vaccination contre le COVID-19 des publics précaires.

Courrier à adresser à l'ARS afin d'informer que le CVI va se recentrer sur ses missions spécifiques.

- **CLAT :**

Favoriser le sevrage tabagique des patients pris en charge pour tuberculose pulmonaire.

- **CeGIDD**

Enrichir l'offre du CEGIDD avec la création d'un centre de santé sexuelle.

Santé Société

- **Addictologie :**

Améliorer la prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool et aux troubles neurologiques déficitaires transitoires. Sujet en lien avec la neurologie. Evaluation à réaliser par le DIM.

- **Soins dentaires :**

Réflexion pour une structuration d'une équipe médicale de territoire
Mettre en œuvre la convention de partenariat avec l'UFR pour l'accueil des étudiants

- **DIM**

Analyse médico économique sur CORA.
Ouverture des droits : Réunion Directeur / DRNT /DIM.

- **UCSA :**

Un besoin de psychologue est identifié.

FME

- **Gynécologie obstétrique:**

Dispositif de sortie précoce.
Amélioration de la filière oncologique considérée comme priorité institutionnelle.
Création d'un centre de santé sexuelle (co portage pôle Santé Société) avec une inscription au SDI.

- **Pédiatrie :**

Evolution de la coordination ville - hôpital et des liens avec le réseau pédiatrique régional.
Activité ambulatoire à développer.
Précision sur le rôle du CHM dans les prises en charges de TLSA où le CH doit rester expert et non coordonnateur avec le positionnement des CMPP.

- **Pédopsychiatrie :**

Projet organisationnel et fonctionnel de l'offre de soin ambulatoire au sein des CMP du secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Création d'un dispositif de soin partagé en psychiatrie infanto-juvénile, à l'intersection du premier recours.

Déploiement de l'offre de CMP sur les territoires est et sud du département (ancien territoire couvert par l'offre du CMPP).

Projets de créations d'unités spécifiques.

- **Repenser la prise en charge des patients porteurs de TED ou de troubles autistiques**

Repenser le projet de l'unité Voisin, dossier prioritaire, avec un nouveau projet architectural afin de répondre aux attendus de la HAS et de la préfecture.

- **Faciliter encore davantage l'accès aux soins :**

Mettre en place un Dispositif de Soins Partagés vers la médecine de ville (détection et suivi).

Créer un CMP sur le territoire de Grisolles.

Développer la spécificité des soins aux personnes âgées en élargissant les missions de l'UMPPA avec le médico-social.

Développer la réhabilitation psycho - sociale (RPS).

Garantir une prise en charge de qualité en médecine générale.

Continuer à entretenir des liens entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie.

- **Transversal :**

IPA

Favoriser de nouvelles formes de coopérations entre professionnels.

PRAU

- **Réanimation :**

Attractivité du personnel
Stratégie de réduction des antibiotiques
Sécuriser le circuit du médicament
Coordination hospitalière des prélèvements organes et tissus

- **Anesthésie :**

Prise en charge au BO des douleurs chroniques
Salle 2 au BO : gestes sous AL
Accès vasculaire au BO
Equipe territoriale médicale d'Anesthésie
Utilisation de la Réalité virtuelle immersive pour la PEC de la douleur

PRAU

- **Urgences**

Création d'une unité d'aval des urgences UAU ayant pour mission du post-urgence médical polyvalent (séjours de 2 à 5 jours)

Accueil des Urgences Pédiopsychiatriques à l'USMPA

Mise en œuvre du SAS (Service d'Accès aux Soins)

Expérimentation de l'IA dans les *process* de régulation médicale

SMUR territorial et IPA en pré-hospitalier

Développement d'un Laboratoire de Simulation au sein du CESU-CenSimSU 82

PF3S: Plateforme Santé Social Secours => poursuite de l'expérimentation



Projet médical : consolidation de l'offre de soins publique

- Basé sur le diagnostic
- Autour de valeurs revendiquées par une communauté hospitalière attachée au service public
- Politique ambitieuse de modernisation des organisations
- Tournant majeur et indispensable pour consolider la place du centre hospitalier sur son territoire



Projet médical : consolidation de l'offre de soins publique

- Renforcement comme établissement de référence sur son territoire
- Elaboration d'un projet médical de territoire

Renforcement comme établissement de référence sur son territoire

Attractivité
nouvelles activités

Proximité

Référence

Privé

- Développement de l'onco-pneumologie
- Structuration d'un parcours bariatrique
- Développement de la chirurgie du membre supérieur et du pied
- Renforcement de la chirurgie carcinologique (digestif et sein)
- Projet d'imagerie cardiaque
- Dermatologie : renforcer et diversifier (photothérapie, laser, CS avancées, télé-médecine)
- Rhumatologie : lombalgies et ostéoporose
- Psychiatrie :
 - Dispositif de Soins Partagés avec médecine de ville (détection et suivi)
 - création d'un CMP Grisolles
 - élargir les missions de l'UMPPA au médico-social
 - projet de réhabilitation Psycho-sociale (RPS)
- Création d'un centre de santé sexuelle
- Sevrage tabagique des patients porteurs d'une tuberculose pulmonaire

Renforcement comme établissement de référence sur son territoire

Attractivité
nouvelles activités

Proximité

Référence

Privé

- Création service de médecine polyvalente
- Renforcement des prises en charges gériatriques : Post urgences gériatrique
- Consolidation filières insuffisant cardiaque et insuffisant respiratoire
- Réorganisation urgences et UHCD :
 - identifier 3 filières (gériatrique, neurovasculaire et pédiatrique)
 - relocaliser UHCD
 - admission urgences : régulation SAS / 15 / PDSA
 - cadre bed manager territorial
- Renforcement activités d'oncologie



Projet médical : consolidation de l'offre de soins publique

Renforcement comme établissement de référence sur son territoire

Attractivité
nouvelles activités

Proximité

Référence

Privé

- Parcours de soins gradués
- Consultations avancées Moissac (pneumologie, rhumatologie, dermatologie ...)
- Consolidation des équipes chirurgicales
- Structuration des parcours patients (écho-endoscopie, rythmologie, gériatrie ...)
- Mutualisation des pharmacies



Projet médical : consolidation de l'offre de soins publique

Renforcement comme établissement de référence sur son territoire

Attractivité
nouvelles activités

Proximité

Référence

Privé

- Protocole de prise en charge et de gradation des soins (lits de repli pour clinique Cave, consolidation des lits de soins critiques ...)

Elaboration d'un projet médical de territoire

Parcours de soins
outils modernisés

Parcours de soins
coordonnés

Parcours de soins
Moissac complétés

Ville

- Création d'une Cellule de coordination Sanitaire - Médico-sociale
 - co-construit avec le pôle santé société et le pôle psychiatrie adulte
 - équipe mobile hospitalière, en lien avec les partenaires MS serait en mesure de maintenir le lien avec la personne handicapée dans l'attente du relais avec l'équipe MS, de veiller à la continuité des soins en renfort de l'équipe soignante référente et de faciliter le passage du sanitaire vers le MS
- Elargissement des missions actuelles de l'Unité Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée et son extension au médico-social
- Etoffer les missions du Dispositif Mobile de Soutien à la Réhabilitation (DMSR) avec le médico-social
- Extension capacitaire HAD en psychiatrie : développement de l'offre de soins de réhabilitation
- Création d'un centre de Réhabilitation Psycho—Sociale (RPS) en partenariat avec Lou Camin

Elaboration d'un projet médical de territoire

Parcours de soins
outils modernisés

Parcours de soins
coordonnés

Parcours de soins
Moissac complétés

Ville

- Filière SSR gériatrique
 - au cœur de la fluidification des « parcours patients » personnes âgées
 - bien repérée (1^{er} recours, médico-social et CHU)
 - USLD et EHPAD : fluidification du parcours
 - 3 orientations
 - modernisation organisationnelle vers l'ambulatoire : passage d'une approche séjour à une approche parcours
 - simplification et fluidification du parcours de la personne âgée et au SSR en amont et en aval avec comme thématique centrale la prise en charge médicamenteuse
 - l'innovation et la recherche, développer l'approche gériatrique au CH
 - modernisation des outils :
 - nouvel EHPAD
 - nouvel Hôpital : Post urgences gériatrique, HDJ, USLD, optimisation du fonctionnement du CSG

Elaboration d'un projet médical de territoire

Parcours de soins
outils modernisés

Parcours de soins
coordonnés

Parcours de soins
Moissac complétés

Ville

- Nouvelles consultations avancées : pneumologie, rhumatologie, dermatologie
- Création de nouvelles équipes territoriales :
 - anesthésie
 - HAD
 - Soins dentaires
 - Chirurgie orthopédique

Elaboration d'un projet médical de territoire

Parcours de soins
outils modernisés

Parcours de soins
coordonnés

Parcours de soins
Moissac complétés

Ville

- Etablissements privés :
 - Clinique Boyé
 - pôle départemental femmes / Parents / Enfants
 - GCS pour l'hépatogastro-entérologie
 - Clinique Cave :
 - PDS en ophtalmologie
 - lits de repli pour HC
 - GCS pour l'accès au futur plateau technique ?
- Médecine libérale :
 - amélioration de la coordination ville hôpital : mise en place d'un coordonnateur des parcours de soins pour les professionnels de santé
 - réguler les appels du quotidien pour les professionnels de santé
 - coopération avec CPTS
 - meilleure information des médecins libéraux
- GCS laboratoire d'anatomopathologie

Elaboration d'un projet médical de territoire

Parcours de soins
outils modernisés

Parcours de soins
coordonnés

Parcours de soins
Moissac complétés

Ville

- Nouveaux groupes médicaux : CMSI
- Secteur Médico-social :
 - création d'une Equipe Mobile Opérationnelle d'Hygiène (27 EHPAD)
 - structuration de la prise en charge des porteurs de troubles autistiques (projet « Voisin »)
- Autres acteurs :
 - intégration de l'Unité d'accueil des Victimes du CH dans un dispositif plus global en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire (parcours coordonné).
Positionnement comme centre de coordination et de ressources territorial
 - poursuite du déploiement de la plateforme 3S ... vers le SAS
- CHU :
 - liens étroits, postes en post internat
 - limiter les fuites gagnant / gagnant
- CH Cahors :
 - GCS biologie, filière pneumologie

Projet médical :

- nécessairement ambitieux,
- indispensable,
- réaliste,
- intégré dans son territoire,
- articulé avec tous les acteurs du territoire

Projet de soins – synthèse des actions (annexe 2)

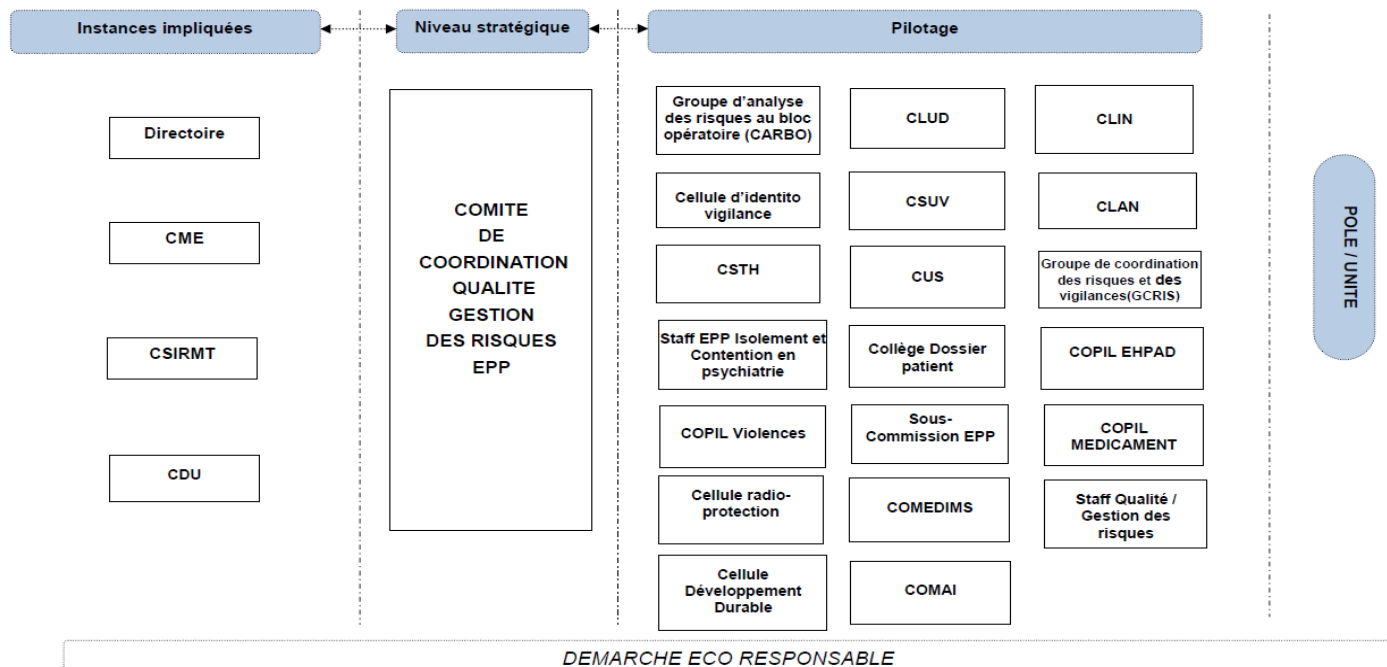
Chacun des 4 axes est décliné en objectifs opérationnels selon le schéma suivant.

Développement des compétences professionnelles	Parcours patients	Qualité et prise en charge des Usagers	Communication institutionnelle
<p>OBJ N°1</p> <p>Identifier les besoins prioritaires socles et spécifiques en lien avec le DPC</p>	<p>OBJ N°1</p> <p>S'inscrire dans une logique de parcours patients : programmés et non programmés</p>	<p>OBJ N°1</p> <p>Assurer une prise en charge personnalisée et adaptée aux besoins évolutifs du patient : soins de support, éducation thérapeutique, soins de confort...</p>	<p>OBJ N°1</p> <p>Améliorer sa capacité à communiquer : communication professionnelle écrite et orale</p>
<p>OBJ N°2</p> <p>Accompagner les futurs professionnels en lien avec la formation initiale</p>	<p>OBJ N°2</p> <p>Promouvoir le développement des nouveaux métiers de la coordination des parcours</p>		<p>OBJ N°2</p> <p>Connaitre les différents secteurs d'activité participant à la prise en charge des patients (métiers, flux et organisation)</p>
<p>OBJ N°3</p> <p>Accompagner les nouveaux professionnels sur leur première année de prise de poste</p>	<p>OBJ N°3</p> <p>Intégrer les usagers dans le processus d'évaluation des pratiques professionnelles</p>		

Les liens fonctionnels qualité – sécurité des soins – EPP (annexe 3)



LIENS FONCTIONNELS QUALITE - SECURITE DES SOINS - EPP



Instance stratégique.

Le Comité de coordination qualité/risques et EPP, mis en place en 2006, devient l'instance stratégique de la politique d'amélioration de la qualité/sécurité des soins avec des missions renforcées et un mode de fonctionnement modifié.

Le règlement intérieur du Comité sera modifié et précisera sa composition, ses missions et son fonctionnement (création d'une formation restreinte et plénière).

Le Comité est composé de 19 membres :

- Le Directeur de l'établissement,
- Le Président de la CME,
- Le Président du CLIN ou son représentant,
- Le Directeur des soins, directeur qualité et gestion des risques,
- Le Directeur chargé de la stratégie,
- La Directrice en charge de l'IFMS 82 ou son représentant,
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le cadre de santé en appui du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- Un représentant du CTE,
- Un ou des chefs de pôle,
- Un cadre supérieur de santé d'un ou plusieurs pôles d'activité,
- Un représentant des usagers,
- La personne chargée des relations avec les usagers (PCRU),
- Le président de la sous-commission chargée de l'EPP,
- Un représentant de la CSIRMT,
- Le responsable de la cellule de développement durable,
- Les membres du service qualité - gestion des risques,

Le directeur, membre du Comité de Coordination, est également Président de cette instance.

En fonction des sujets abordés, le comité pourra faire appel à d'autres intervenants (président de Comité spécifique, représentant(s) de groupes, référents qualité/risques, ...).

Les membres du service qualité – gestion des risques sont présents aux réunions du Comité de coordination à titre consultatif.

Missions principales :

La mission principale de ce Comité est de coordonner et d'assurer la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement à travers notamment le suivi du PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins). Cette coordination concerne l'ensemble des secteurs d'activités de l'établissement y compris les activités médico-sociales.

Plus précisément, il est chargé de :

- Valider le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé,
- Présenter, pour validation à la CME et au Directoire, le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- Définir les ressources à mettre en œuvre,
- Préciser les axes du programme de communication et de formation,
- Renforcer les liens entre les groupes / comités existants : tableau de bord d'activité annuel avec actions prioritaires, ...
- Évaluer régulièrement la mise en œuvre du programme et réajuster, si nécessaire, son contenu,
- Valider et assurer le suivi de l'ensemble des démarches qualité de l'établissement,
- Assurer auprès des instances la communication du bilan annuel et des axes de la politique (CSIRMT, CDU, CTE).
- Coordonner l'ensemble de la démarche avec les travaux des autres instances et des autres comités ou référents intervenant en matière de sécurité ou de qualité.

Ce Comité est aussi chargé du pilotage des démarches d'évaluation externes (secteur sanitaire et médico-social).

Fonctionnement :

Le Comité de Coordination se réunit au moins 3 fois par an.

Il est proposé de créer une **formation restreinte** de cette instance afin d'améliorer et de fluidifier les prises de décisions du comité.

La formation restreinte de ce Comité est composée de :

- Directeur d'établissement,
- Président de la CME,
- Directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques,
- Représentant(s) du service qualité/risques,
- Coordonnateur des risques associés aux soins.

Ce comité restreint se chargera de préparer la séance plénière **afin d'aider et de faciliter les prises de décisions** en formation plénière. Ce temps de préparation sera organisé 15 jours avant la séance plénière. L'ordre du jour des réunions du Comité sera validé en formation restreinte.

Le Directeur convoque les membres du Comité de Coordination et leur adresse l'ordre du jour ainsi que toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions avant la date de la séance.

L'animation du Comité est assurée par son Président ou par son représentant.

La rédaction des comptes rendus (relevé de décisions) du Comité de Coordination est assurée par les représentants de la Direction des Soins, de la Qualité et Gestion des Risques.

Le compte rendu de la séance est signé par le Directeur ou par son représentant.

Structures de Pilotage.

Staff qualité/risques :

Le staff qualité/risques est composé de :

- Représentants de la Direction des soins, de la qualité et gestion des risques,
- Coordonnateur des risques associés aux soins et son suppléant,
- Personne chargée des relations avec les usagers (PCRU).

Ce staff se réunit régulièrement pour assurer un suivi opérationnel des dossiers en cours.

Comités / Groupes de pilotage :

L'établissement a développé une organisation spécifique sur certains domaines avec la mise en place de comité(s) et / ou de groupe(s) spécialisé(s) :

- **L'évaluation des pratiques professionnelles : sous-commission EPP** pilotée par le coordonnateur des risques associés aux soins qui participe par ailleurs à toutes les structures qualité et gestion des risques.
- **La prise en charge de la douleur** : le CLUD.
- **La gestion du dossier patient** : le Collège du dossier patient.
- **La qualité et sécurité du circuit du médicament** : Comité de pilotage.
- **La maîtrise du risque infectieux (CLIN) et le bon usage des antibiotiques (COMAI).**
- **La gestion de crise** : commission des urgences sanitaires (CUS),
- **La prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières (CSUV),**
- **La prise en charge nutritionnelle et la restauration (CLAN),**
- **La sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance (CSTH).**
- **Une commission des usagers (CDU).**
- Le Comité de pilotage sur les EHPAD,
- Un **groupe de coordination de la gestion des risques (GCRIS),**
- Une **cellule d'analyse des risques au bloc opératoire (CARBO),**
- Une cellule de **radioprotection.**
- Une cellule **d'identito-vigilance (CIV),**
- Une cellule de **développement durable,**
- Le staff EPP sur l'isolement et la contention en psychiatrie.

Chacun de ces comités / groupes participe à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Relais opérationnel.

Direction de la qualité et gestion des risques :

La Direction des Soins, de la Qualité et la Gestion des Risques (DSQGR) coordonne la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et gestion des risques à partir des décisions des structures qualité en place et en accord avec les actions validées dans le PAQSS.

Cette direction est structurée autour des professionnels suivants :

- le directeur des soins, qualité et gestion des risques,
- le service qualité/risques composé de 3 professionnels sur la qualité/gestion des risques,
- un cadre de santé assurant la relation avec les usagers et animateur de la CDU.

Référents qualité/risques :

Pour favoriser le développement de la culture qualité/risques au plus près des unités, il est proposé la mise en place de **référents qualité/risques**.

Au niveau de chaque unité de soins et unité médico-technique, un binôme cadre de santé / médecin sera identifié. Ce binôme constituera un maillon opérationnel essentiel.

Concernant les directions fonctionnelles, un référent qualité/risque sera proposé.

Une fiche de missions du référent sera élaborée afin de préciser son rôle (ex : conduite de patient traceur, relais d'information auprès des bureaux de pôle, animation des temps qualité/risques mensuels, favoriser l'adhésion des professionnels dans les démarches d'évaluation, relais d'information auprès des équipes, ...).

Pour assurer pleinement leurs missions, les référents pourront bénéficier de formations spécifiques (méthode du patient traceur, méthode d'analyse des causes, ...).

Des temps de rencontre seront organisés avec les référents qualité/risques et la direction de la qualité/gestion des risques (ex : temps de préparation des temps qualité/risques mensuels, réunions de la sous-commission EPP, ...).

Enfin, un membre du service qualité/risques est identifié au niveau de chaque pôle et ses missions sont définies dans sa fiche de poste.

A. Formation et Communication.

Dans le cadre de ses missions, le Comité de coordination qualité/risques, valide un programme de communication et un programme de formation afin d'accompagner et de former les professionnels dans la mise en œuvre des actions inscrites dans la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Ces programmes se déclinent en actions opérationnelles et précisent les responsabilités ainsi que le calendrier de réalisation. Ces programmes sont mis en œuvre en étroite collaboration ou pilotés par avec la Cellule Communication et le service de la formation continue du centre hospitalier.

Objectifs opérationnels et Calendrier

Orientation 1 : Intégrer l'engagement patient à toutes les étapes de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Objectif 1 : Développer la connaissance des professionnels sur les notions d'engagement patient (patient partenaire, patient expert, ...) (selon les recommandations HAS).

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Sensibiliser les référents qualité/risques sur les notions d'engagement patient avec l'aide d'un intervenant extérieur		X (2 ^{ème} semestre)		
Mener un temps qualité pour initier la réflexion dans les unités sur les notions d'engagement patient		X (2 ^{ème} semestre)		
Elaborer une charte du patient partenaire en collaboration avec la CDU en lien avec le projet des usagers			X	

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de professionnels sensibilisés sur la thématique de l'engagement patient.
- Existence d'une charte du patient partenaire.
- Nombre de fiches navettes reçues des unités suite à la diffusion des résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients y compris des commentaires issus du dispositif E-SATIS.
- Réalisation d'un temps qualité/risques dans les unités sur le thème de l'engagement patient (patient partenaire).

Objectif 2 : Renforcer la place de l'utilisateur.

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Dédier un temps qualité trimestriel pour réaliser un retour à l'équipe sur les résultats issus des dispositifs de recueil de l'expression des patients / usagers	X (2 ^{ème} semestre)	X	X	X
Former des représentants des usagers à la méthode du patient traceur et au CREX		X		
Associer des représentants des usagers aux démarches d'évaluation : Patient traceur et CREX		X	X	X
Favoriser la participation des usagers / représentants des usagers à la semaine « sécurité des patients »	X	X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Indicateurs issus des différents outils de recueil de l'avis des usagers (E-SATIS, questionnaires de satisfaction, réclamations / plaintes, remerciements, ...).
- Nombre de comité / groupes institutionnels auxquels participent les représentants des usagers et taux de participation.
- Nombre de patient traceur / CREX avec la participation d'un représentant des usagers.
- Implication des associations d'usagers / représentants des usagers dans l'organisation des manifestations tenues sur l'établissement.

Orientation 2 : Promouvoir la culture qualité/sécurité des soins au sein des services en s'appuyant sur la gouvernance des pôles.

Objectif 1 : *S'approprier les méthodes du patient traceur/parcours traceurs (unités de soins / médico-techniques)*

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Former les professionnels à la méthode du patient traceur	X	X	X	X
Programmer annuellement et réaliser les patients traceurs/parcours traceurs en tenant compte de la spécificité de chaque pôle	X	X	X	X
Communiquer sur les résultats du patient traceur/parcours traceurs au sein de l'unité / pôle et à l'échelle de l'établissement	X	X	X	X
Mettre en œuvre et suivre les actions issues des patients traceurs/parcours traceurs	X	X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de professionnels formés à la méthode du patient traceur.
- Nombre de professionnels participant à la réalisation des patients traceurs/parcours traceurs.
- Nombre de patients traceurs réalisés / nombre de patients traceurs prévus (y compris par pôle).
- Nombre de parcours traceurs réalisés / nombre de parcours traceurs prévus (y compris par pôle).
- Niveau d'appropriation des professionnels à la méthode du patient traceur/parcours traceur.
- Etat de réalisation du plan d'action défini à l'issu des patients traceurs/parcours traceurs.

Objectif 2 : Développer la culture qualité/sécurité des soins au sein des unités

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Mener des temps qualité/risques mensuels dans les unités	X	X	X	X
Mettre en œuvre les actions issues des temps qualité/risques mensuels	X	X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de temps qualité/risques organisés annuellement (établissement et unité).
- Nombre de professionnels ayant participé à un temps qualité/risques mensuels (établissement et unité).
- Etat de réalisation du plan d'action défini à l'issue des temps qualité.

Objectif 3 : Développer la culture positive de l'erreur au sein des unités.

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Définir la structuration et le périmètre des CREX à mettre en place y compris les modalités de communication auprès des professionnels	X			
Former les professionnels aux méthodes d'analyse de causes		X	X	
Sensibiliser tout nouvel arrivant aux méthodes d'analyse de causes	X	X	X	X
Conduire les CREX	X	X	X	X
Mettre en œuvre et suivre les actions issues des CREX	X	X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Nombre de CREX en place sur l'établissement.
- Nombre de réunions CREX annuel (établissement et unité/secteur).
- Nombre de professionnels formés annuellement aux analyses de causes (formation en lien avec les 2nd objectif opérationnel de l'objectif n°3).
- Etat de réalisation des plans d'actions définis à l'issue des CREX.

Objectif 4 : *S'approprier et suivre des indicateurs qualité/sécurité à l'échelle de l'unité*

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Identifier des indicateurs pertinents par unité à intégrer dans les contrats de pôle		X		
Analyser et suivre les indicateurs		X	X	X
Définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration suite aux résultats des indicateurs		X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Existence d'un tableau de bord qualité/sécurité des soins à l'échelle de l'unité/ pôle.
- Temps de réunion dédiée à l'analyse des résultats issus des tableaux de bord (bureau de pôle, réunion d'équipe, ...).
- Etat de réalisation du plan d'action défini.

Objectif 5 : *S'approprier les méthodes de l'audit système / traceur ciblé dans les circuits transversaux*

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Former des professionnels à la méthode de l'audit système / traceur ciblé		X	X	
Mettre en œuvre la méthode de l'audit système / traceur ciblé		X	X	X
Communiquer sur les résultats de l'audit système/traceur ciblé au sein de l'unité, à l'échelle du pôle et de l'établissement		X	X	X
Mettre en œuvre et suivre les actions issues des audits système/traceur ciblé		X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Nombre d'audit système par an.
- Nombre de traceur ciblé par an.
- Niveau de réalisation des plans d'action.

Orientation 3 : Poursuivre et consolider les travaux menés dans différents comités / groupes participant à la démarche qualité institutionnelle.

Objectif 1 : *Institutionnaliser des temps de reporting des comités / groupes de travail vers l'instance stratégique*

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Elaborer le modèle de tableau de bord	X			
Demander à chaque comité/groupe de renseigner ce tableau de bord au moins annuellement	X	X	X	X
Analyser en formation restreinte de l'instance stratégique les tableaux de bord communiqués	X	X	X	X
Prendre des décisions au regard des éléments mentionnés dans le tableau de bord	X	X	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Existence d'un tableau de bord complété pour chaque comité / groupes de travail en place sur l'établissement (*comités / groupes participant à la mise en œuvre de la démarche qualité / sécurité des soins*).
- Existence d'un bilan d'activité pour chaque comité / groupe en place sur l'établissement (*comités / groupes participant à la mise en œuvre de la démarche qualité / sécurité des soins*)
- Existence d'un programme d'action priorisé annuellement pour chaque comité / groupe en place sur l'établissement.

Objectif 2 : *Identifier par direction fonctionnelle un programme qualité pertinent.*

Objectifs opérationnels	2022	2023	2024	2025
Identifier un référent qualité/risque sur chaque direction fonctionnelle	X			
Définir les missions du référent qualité/risques des directions fonctionnelles	X			
Elaborer un programme qualité/risques au niveau de chaque direction fonctionnelle à actualiser annuellement		X (2 ^{ème} semestre)	X	X

Les indicateurs associés sont :

- Référent qualité/risque identifié au niveau de chaque direction fonctionnelle.
- Existence d'un programme qualité/risques au niveau de chaque direction fonctionnelle.
- Niveau de réalisation annuel des actions inscrites dans le programme qualité/risques de chaque direction fonctionnelle.

Orientation 4 : Conduire les démarches d'évaluation externes dans les différents secteurs (sanitaire et médico-social).

Objectif 1 : Conduire la démarche de certification HAS.

Les objectifs opérationnels sur la démarche de Certification HAS seront déclinés dans un cadre méthodologique spécifique.

Objectif 2 : Préparer les évaluations externes sur le secteur médico-social.

Sont concernés les 2 EHPAD et le CSAPA

Les objectifs opérationnels concernant les évaluations externes sur le secteur médico-social seront déclinés dans un cadre méthodologique spécifique.

Objectif 3 : Etre associé aux démarches d'évaluation externes menés sur d'autres secteurs.

Sont concernés :

- Accréditation COFRAC Laboratoire.
- Activités de la PMOT :
 - Evaluation interne.
 - Audit externe.
- Projet PACTE sur la plateforme 3S

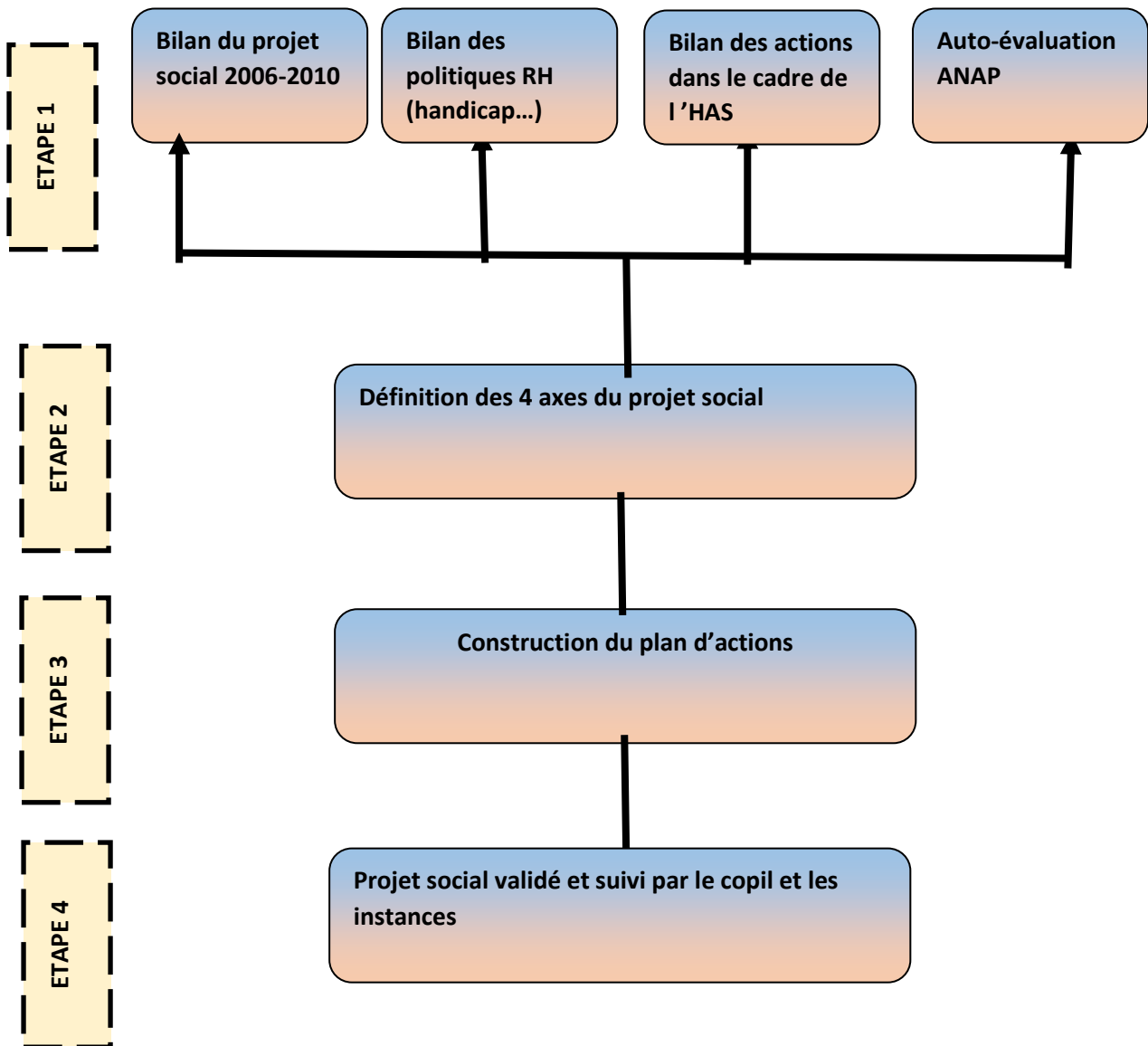
Les objectifs opérationnels sur chaque démarche seront déclinés dans un cadre méthodologique spécifique.

Annuellement, l'ensemble de ces objectifs opérationnels sera décliné dans le PAQSS de l'établissement avec des actions spécifiques aux pôles.

Projet social du personnel médical - synthèse des actions (annexe 5)

Libellé des actions	Responsable(s) de l'action	Calendrier
Mieux attirer de nouveaux praticiens par la lisibilité sur les réseaux sociaux de postes à pourvoir	DAM / Pôle / Communication	2 ^{ème} semestre 2022
Mieux attirer de nouveaux praticiens par la création d'un internat pour les médecins en formation	DATL / DAM	2023 - 2024
Faciliter la prise de poste et l'intégration des nouveaux praticiens : accueil personnalisé	DAM / Pôle / DATL / DRNT	2 ^{ème} semestre 2022
Développer les compétences, soutenir les praticiens tout au long de leur carrière : parcours individualisé prenant en compte les projets du praticien dans le cadre du projet de l'établissement (développement d'activité, activité libérale, ...)	DAM / PCME / Pôle	2 ^{ème} semestre 2022
Développer les compétences, soutenir les praticiens tout au long de leur carrière : mieux accompagner le DPC	DAM / CME	2023
Renforcer le suivi par le service de santé au travail des personnels médicaux	UMST / DAM	2023
Lutter contre les irritants du quotidiens : focus groupes	DRNT / DATL	2 ^{ème} semestre 2022
Améliorer l'organisation du travail et les conditions de travail : mettre en place le télétravail et organiser les téléconsultations	DAM / DRNT / CME	2023
Améliorer l'organisation du travail et les conditions de travail : améliorer la synchronisation des temps médicaux et non médicaux	DSIRMT / pôles	2023 - 2024
Améliorer l'organisation du travail et les conditions de travail : ouvrir l'hôpital sur l'extérieur (développer la culture à l'hôpital)	Communication / pôles	2023 et suivantes
Créer un espace commun pour favoriser les échanges	DATL	2 ^{ème} semestre 2022
Favoriser l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée : Places de crèche	DRH / DAM	2 ^{ème} semestre 2022 (identifier le besoin)
Favoriser l'articulation entre la vie professionnelle et la vie privée : réduire la pénibilité de la participation à la PDS	DAM / COPS / CME	2 ^{ème} semestre 2022
Rétablir les fonctions de chefs de service et de redéfinir la composition et le rôle des exécutifs de pôles	Directeur / PCME	2 ^{ème} semestre 2022
Mettre en place une délégation de gestion formalisée et structurée via des contrats de pôle.	Directeur / PCME	2 ^{ème} semestre 2022
Mettre en place une offre de formation dédiée aux responsables médicaux	Directeur / PCME	2 ^{ème} semestre 2022
Structurer la gestion de projets	DFAC	2023
Constituer un fond de dotation	Directeur	2023
Mettre en place une communication institutionnelle claire	Directeur / PCME / Communication	2023
Faciliter la communication et l'accès à l'information entre les praticiens et la Direction des affaires médicales => application smartphone sécurisée	DRNT / DAM / pôle	2 ^{ème} semestre 2022 – 2023
Faciliter la communication et l'accès à l'information entre les praticiens et la Direction des affaires médicales => logiciel de gestion du temps de travail	DRNT / DAM / pôle	2023 – 2024 - 2025

Projet social - étapes de la construction (annexe 6)



Projet social du personnel non médical - synthèse des actions (annexe 7)

OBJECTIF	ACTION OPERATIONNELLE	RESPONSABLE (S)	ECHÉANCE
Renforcer la politique d'évaluation et de gestion des compétences pour l'ensemble des professionnels	Mettre en place une politique GPMC	DRH/RFC	2023
	Poursuivre la formation à l'évaluation par les compétences à destination de l'encadrement et des agents	DRH/RFC	2023
Disposer d'une politique de formation qui anticipe et accompagne les professionnels dans le cadre des projets de l'institution	Mettre l'entretien de formation au cœur du dispositif de construction du plan de formation	DRH/RFC	2022
	Établir une politique générale de formation pluriannuelle selon les axes du projet d'établissement et les projets de pôle/directions	DRH/directions fonctionnelles	2024
	Mettre en place des dispositifs de promotion professionnelle pour toutes les filières le nécessitant	DRH/RFC	2024
	Poursuivre la mise en œuvre de dispositifs de formation de type parcours modulaires pour les métiers le nécessitant	DRH/RFC	2024
	Développer des dispositifs novateurs de formation (e-learning, simulation, podcast)	DRH/RFC	2024
	Poursuivre la mise en œuvre de la certification qualiopi (évaluation des formations, communication...)	DRH/RFC	2023
Mettre en œuvre une politique de mobilité structurée	Formaliser une charte de la mobilité pour chaque filière (soignante, administrative, logistique, technique)	DRH/directions fonctionnelles	2022
	Formaliser une charte de la mobilité pour le pôle de psychiatrie	DRH/DSSI/pôle	2022
Promouvoir les projets de synchronisation des temps	Travailler sur une meilleure programmation des absences en lien avec le lissage de l'activité	DSSI/pôles	2023
	Travailler sur une meilleure organisation quotidienne des activités des paramédicaux	DSSI/pôles	2023
	Mettre en place un travail de recensement des interruptions de tâches, des motifs, de la fréquence et identifier les actions à mettre en œuvre dans certains services	DSSI/pôles	2023

	Travailler sur une meilleure synchronisation des temps des secrétariats médicaux en lien avec l'activité	coordonnatrice secrétariats médicaux/pôles	2023
--	--	--	------

OBJECTIF	ACTION OPERATIONNELLE	RESPONSABLE (S)	ECHÉANCE
Développer des actions sur l'évolution des conditions d'exercice professionnel dans le cadre du développement du numérique	Promouvoir des organisations différentes en lien avec le développement du numérique et accompagner les professionnels de toutes les filières	DSSI/pôles/DRNT	2024
	Proposer des formations à l'outil informatique aux professionnels	RFC/DRNT	2024
	Renforcer l'accès à l'outil informatique par la mise à disposition de PC	DRNT	2024
Mettre en oeuvre des dispositifs d'accompagnement au changement/projets	Mettre en place un accompagnement pour des projets pour les équipes ex: formation, organisation de visites sur d'autres sites, stages croisés	DRH/DSSI	2024
	Mettre en place les engagements du PACTE, en particulier sur le volet participation à la construction des projets et le volet indicateurs de suivi des projets	DRH/DSSI	2024
	Anticiper la communication sur les projets et associer les professionnels dès la phase de réflexion dans le cadre d'une démarche participative	DRH/DSSI	2024
	Organiser des échanges internes entre professionnels de différentes filières afin de mieux comprendre les circuits	DRH/DSSI	2024
Reconnaître et valoriser l'implication professionnelle	Formaliser des règles concernant les projets éligibles à l'engagement collectif	Directeur/PCME	2024
Renforcer le dialogue social au sein de l'institution	Créer une page sur le site intranet dédiée aux instances	DRH/com	2023
	Établir un protocole des droits et moyens syndicaux	DRH	2023

OBJECTIF	ACTION OPERATIONNELLE	RESPONSABLE (S)	ECHEANCE
Permettre aux professionnels d'avoir une visibilité sur leur métier/poste et sur leur carrière	Actualiser régulièrement les fiches de poste et les fiches de tâches	Pôles/direction fonctionnelle	2023
	Organiser de manière régulière des concours selon un calendrier et des priorités définis	DRH	2024
	Renforcer l'accompagnement pour les métiers les plus représentatifs (mentorat, tutorat, compagnonnage)	DRH/directions fonctionnelles	2023
	Rédiger et diffuser une ligne directrice de gestion définissant les critères et modalités d'impact de l'évaluation sur les avancements de grade	DRH	2022
	Mettre en place une politique de promotion valorisant les expertises et potentiels pour toutes les filières	DRH/directions fonctionnelles	2023
Assurer une gestion personnalisée des parcours professionnels des agents	Organiser des entretiens de carrière/projet pour les agents qui le demandent en lien avec le CEP (Conseiller en Evolution Professionnelle) pour accompagner les projets (règles de déontologie, formation...)	DRH	2023
	Mettre en place une formation sur le ré-accueil d'un agent après un arrêt maladie	DRH/RFC	2023
	Accompagner les agents en CLM/CLD ou en arrêt de plus d'un an	DRH/SST	2023
	Assurer un suivi individualisé et renforcé des agents en situation de restriction d'aptitude ou dans le cadre d'un retour à l'emploi par la formalisation d'une PPR	DRH/SST	2023
	Définir une politique concernant le CPF et la communiquer aux agents	DRH/RFC	2022
	Identifier des postes ou missions pour les professionnels en fin de carrière	DRH/directions fonctionnelles/pôles	2023
	Proposer au cas par cas un dispositif d'accompagnement des agents dans le cadre de problématiques sociales (ex: aménagement horaires)	DRH/directions fonctionnelles	2024
Accompagner les professionnels en situation de handicap	Mettre en œuvre les actions prévues par la 4ème convention FIPHFP	DRH	2022
Promouvoir l'égalité professionnelle	Formaliser un plan égalité hommes femmes	DRH/DAMCOR	2022

OBJECTIF	ACTION OPERATIONNELLE	RESPONSABLE (S)	ECHEANCE
Renforcer les missions du Service santé au travail	Formaliser les modalités d'intervention de temps de psychologue (individuel, groupe)	DRH/SST	2022
	Proposer l'intervention d'une assistante sociale à destination des professionnels	DRH/SST	2023
	Mettre en place une cellule de coordination pour analyser les demandes des professionnels et les projets d'accompagnement spécifiques (recours à ASE, au psychologue)	DRH/SST	2023
Structurer et mettre en œuvre la politique de prévention des risques professionnels et de la qualité de vie au travail	Refondre le DUERP	DRH/DSSI/SST/CSE	2023
	Mettre en place un outil de type baromètre social	DRH	2022
	Mettre en place un plan pluriannuel de prévention des risques professionnels	DRH/DSSI/SST/CSE	2024
Sécuriser les environnements et les conditions de travail	Mettre en place une méthodologie pour l'analyse des Accidents de Travail et Maladies Professionnelles (CITIS)	DRH/SST	2023
	Développer des outils de communication adaptés sur la prévention et la prise en charge des CITIS	DRH/SST	2022
	Mettre en oeuvre une politique de prévention et d'accompagnement pour les professionnels de nuit ou aux horaires alternants (temps de travail...)	DRH/SST	2022
Améliorer la conciliation vie professionnelle/vie privée	Mettre en œuvre une politique de prévention et d'analyse de l'absentéisme	DRH	2023
	Formaliser une politique de remplacement avec des chartes par filière	DRH/directions fonctionnelles	2022
	Promouvoir le télétravail	DRH/DRNT	2022
	Etudier l'opportunité de réserver des places de crèche/assistantes maternelles	DRH/DAMCOR	2022
	Formaliser les modalités de gestion du temps partiel (de la demande à la mise en œuvre)	DRH	2022
Promouvoir des actions de bien-être au travail	Développer des actions de bien-être (ex : sophrologie...)	DRH	2023
	Formaliser une politique sur la prévention et la gestion des conflits et tensions relationnelles dans les équipes dans le cadre de la médiation	DRH	2023

OBJECTIF	ACTION OPERATIONNELLE	RESPONSABLE (S)	ECHEANCE
Améliorer l'attractivité des métiers et la visibilité des recrutements	Rendre plus dynamique la communication sur les métiers de l'hôpital (réseaux sociaux, portes ouvertes...)	DRH/com	2022
	Renforcer les liens avec les organismes de formation (IFMS, universités...)	DSSI/directions fonctionnelles	2022
	Poursuivre l'accompagnement des stagiaires toutes filières confondues	DRH/directions fonctionnelles	2022
	Développer l'apprentissage	DRH/directions fonctionnelles	2023
Améliorer l'accueil et l'intégration du nouvel arrivant	Renforcer les outils de communication à destination du nouvel arrivant (journées d'accueil, livret...)	com	2022
	Poursuivre les processus d'intégration des nouveaux arrivants	DSSI/com	2022
	Développer les dispositifs d'accompagnement des nouveaux arrivants (tutorat, mentorat, compagnonnage)	DSSI	2023
Améliorer les outils de gestion à destination des cadres pour une meilleure gestion RH	Changer les outils GTT (« manuel » GTT et le support informatique)	DRH	2024
	Développer des outils d'information (boîte à outils, réunions, guide GRH, videos...)	DRH/COM	2023
Améliorer les outils de gestion à destination des agents pour une meilleure communication et information	Donner aux agents l'accès à l'information sur leur temps de travail	DRH/DRNT	2024
	Développer des outils d'information (réunions, guide GRH, videos...)	DRH	2023
	Développer la dématérialisation de la fonction RH (documents et process)	DRH/DRNT	2026

Projet recherche - principaux bénéfices quantifiables et indicateurs de progression à suivre, les liens avec les projets internes et externes, les caractéristiques financières, le calendrier (annexe 8)

Décrire les principaux bénéfices quantifiables et préciser un indicateur de progression à suivre				
<u>Bénéfice quantifiable identifié</u>	<u>Description détaillée</u>	<u>Indicateur de suivi</u>	<u>Mesure initiale</u>	<u>Date de la mesure</u>
Nombres des projets mis en place	Etat des lieux de la recherche menée au Centre Hospitalier de Montauban entre 2018 et 2021	Analyse sur la base des données du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Sud-Ouest Outre-Mer Hospitalier - GIRCI SOHO.	Quantification du nombre des projets mit en place au CH de Montauban	Mesure déjà faite depuis 2018
	Suivre et évaluer la position de CH de Montauban au sein de la région et au niveau national			
	Identifier les points forts et les points faibles, afin de proposer des axes de progrès.	Analyse sur la base des données du CLINICALTRIALS.GOV	Délai entre la demande d'autorisation et l'inclusion du 1er patient	
	Le projet Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS), a pour objectif d'aider au recensement et à l'analyse des publications scientifiques référencées Medline, pour un établissement ayant des activités de recherche médicale. Pour ce faire, les équipes du CHRU de Lille ont conçu et mis en œuvre un logiciel de bibliométrie, automatisant le processus de recensement, d'évaluation et d'analyse des références bibliographiques.	Outils d'évaluation et de recensement des activités de recherche : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des publications Scientifiques – SIGAPS et le Système d'Information et e Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques - SIGREC	Les scores SIGAPS et SIGREC	

<p>Nombres des publications</p>	<p>Afin d'accompagner la réforme des modalités de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), le Ministère de la Santé a décidé de confier au CHRU de Lille une mission consistant à assurer la diffusion et l'utilisation du logiciel SIGAPS au sein de l'ensemble des établissements et à permettre la définition d'un indicateur convenable du niveau de la production scientifique de ces établissements.</p> <p>Le SIGREC (Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques) quantifie et cartographie les essais cliniques (Recherches impliquant la personne humaine, RIPH) réalisés dans les établissements de santé et dont le promoteur est public.</p> <p>Le SIGREC permet le calcul d'indicateurs qui sont utilisés pour répartir au niveau national des dotations de l'assurance maladie allouées au titre des missions d'intérêt général appelées MERRI (Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), notamment la Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation (voir le site du</p>			<p>Mesure déjà faite depuis 2018</p>
--	--	--	--	--------------------------------------

ministère)

Le SIGREC distingue :

Les promoteurs établissements de santé, éligibles aux dotations des MERRI

Les autres promoteurs publics, dits académiques, (organismes de recherche, Universités, associations, fondations, agences sanitaires nationales).

Le SIGREC recense les données administratives et réglementaires, ainsi que propres à la recherche (inclusions de patients) complétées par le promoteur de la recherche

Trois indicateurs sont calculés à partir de ces données

Le score essais cliniques

résulte de l'addition :

du score appelé S1, dépendant du nombre d'essais dont l'établissement de santé est promoteur

du score appelé S2, dépendant du nombre d'essais pour lesquels l'établissement de santé est investigateur

Chacun de ces scores dépend du type de l'essai et de sa phase, comme résumé dans le tableau ci-dessous :

	<p>Le score inclusions promoteur</p> <p>Quand le CH de Montauban est promoteur de l'essai, seul le site hospitalier coordonnateur de l'essai peut prétendre à ce score, égal à la racine carrée du nombre total de patients inclus dans l'essai une année donnée.</p> <p>Pour les essais de phase I ou II, ce score est multiplié par deux.</p> <p>Le score inclusions investigateur</p> <p>Pour chaque centre ayant inclus dans l'essai dans l'année considérée, ce score est égal à la part relative, au sein du total des inclusions de l'essai, des inclusions du centre.</p> <p>Ce ratio est ensuite multiplié par le score IP, soit la racine carrée du total d'inclusions dans l'essai pour l'année considérée.</p> <p>Pour les essais de phase I ou II, ce score est multiplié par deux.</p>			
--	--	--	--	--

<p>Liens avec d'autres projets internes et externes :</p>
<p>Détaillez les éventuelles interdépendances techniques ou organisationnelles avec d'autres projets de l'établissement (organisationnels, immobiliers, ...) :</p>
<p>Ce projet, avec la Direction des ressources numériques de Territoire du GHT 82 et le DIM GHT 82, permettra la consolidation de notre infrastructure par le biais de la constitution d'un entrepôt de données. Il s'agit de mettre en place un Datalake et un entrepôt de donnée santé (EDS) afin d'assurer l'hébergement des données dans le respect des contraintes réglementaires et techniques. Il</p>

sera proposé par la Direction des Systèmes d'Information (DSI) en lien support avec le délégué à la protection des données (DPO) et le Département d'Information Médicale (DIM).

La plateforme s'appliquera à décrire avec rigueur les conditions de production, de protection et d'utilisation des données utiles à la recherche dans le sens de la protection des intérêts du CH de Montauban. Ainsi, elle a vocation notamment à décrire le partage des données en fluidifiant l'accès aux données dans le cadre des projets de recherche. Grâce à la plateforme de gestion des données le CH de Montauban pourra :

-Enrichir les projets de recherche des médecins/chercheurs;

-Améliorer les conditions de recrutement dans les essais cliniques et l'analyse des bases de données.

Un portail de gestion des demandes pour les projets sera proposé pour répondre aux différentes questions et faciliter la maturation des projets. Ce portail permettra également de présenter clairement les règles d'accès aux données, tout en fournissant un catalogue des données disponibles. Un accueil en open space pourra être installé avec des outils/logiciels en collaboration avec les experts (Data scientist, DPO, Réglementaire, juridique, valorisation ...).Un lien et une coordination avec l'équipe de data managers sera organisé.

Ce Datalake sera construit en collaboration avec les différents partenaires, tant à une échelle locale en tant qu'infrastructure mutualisée (Université, Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Sud-Ouest Outre-Mer Hospitalier - GIRCI SOHO), qu'au niveau national en s'inscrivant dans la logique des Health Data Hub locaux.

Détaillez les éventuelles interdépendances techniques ou organisationnelles avec d'autres projets externes à l'établissement (liens avec des projets régionaux, nationaux ou dans le cadre d'une mutualisation) :

La Région Occitanie souhaite renforcer la dynamique partenariale entre les acteurs du système régional d'innovation et miser sur la complémentarité des compétences pour faire émerger les produits. Par ailleurs, la Région Occitanie a souhaité mobiliser une partie des fonds européens sur les projets collaboratifs de Recherche, Développement et Innovation.

De ce fait le CH de Montauban répond à un appel d'offre de la région Occitanie, le Projet Readynov. Le CH Montauban & la GHT 82 (acteur public de l'offre de soins) a créé un consortium avec l'IRIT (laboratoire de recherche en informatique) et Kaduceo (une start-up spécialisée en analyses de données de santé). Le rôle du consortium est de fournir un support recherche & développement technologique en entrepôt de données et Lacs de Données (Datalake).

D'un point de vue opérationnel celui-ci s'appuiera sur une équipe projet dédiée réunissant des membres de la DSI, DPO et DIM. La gouvernance des données sera faite par le le DIM et la DSI.

Le Centre Hospitalier de Montauban est positionné comme acteur contributeur en tant qu'établissement de recherche.

Quels sont les leviers et/ou facteurs de succès du projet ?

<u>Levier / facteur de succès</u>	<u>Description détaillée</u>

Caractéristiques financières

Budget complet :

Élément	Coût de mise en œuvre (Euros)	Coût annuel d'exploitation (Euros)	Coût total à 5 a
Maitrise d'ouvrage (RH interne nécessaire)			
Prise d'un Stagiaire (Sur une base de 90 heures par mois avec 15 jours de présence)	4 680,00 TTC	4 320,00 TTC	21 600,00
Financements pour du temps d'une infirmière de recherche clinique (IRC) (environ 20 heures par mois à 17,30 Euros l'heure)	Environ 4 498,00 TTC (20 heures à 17,30 Euros x 13 mois)	Environ 4 152,00 TTC	20 760,00
Outils numériques			
logiciel Easydore® - Inetum®	40 708,47 TTC	3 743,47 TTC	55 682,35
Outils logistiques			
Datalake et un entrepôt de donnée santé (EDS)	50 000,00 TTC	Environ 2 000,00 TTC	Environ 60 00
Matériel	899,00 TTC	xxxxx	899,00 T
HP Pavilion Laptop 13-bb0013nf			
Matériel	16 775,00 HT	xxxxx	16 775,00
Congélateur 690 L -86°C - Référence BMTRU69086G			

Matériel	xxxxx	300,00 TTC	1 500,00	TTC
Budget fourniture				
Convention avec une société spécialisée dans la correction / relecture des articles en anglais	3 000 TTC	3 000 TTC	15 000,00	TTC
Totaux				

Descriptifs des couts

Possibilité de prendre des stagiaires afin de gérer l'activité de la recherche clinique

Les organismes publics ne peuvent pas verser de gratification supérieure au montant minimum légal sous peine de requalification de la convention de stage en contrat de travail.

Le taux horaire de la gratification est égal au minimum à 3,9 Euros par heure de stage, correspondant à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale (soit 26 € x 0,15). (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32131>).

Sur une base de 90 heures par mois avec 15 jours de présence, la gratification mensuelle est estimée autours de 360,00 Euros par mois

Infirmière de recherche clinique (IRC)

L'IRC aura comme fonctions :

- Mettre en œuvre et surveiller les essais cliniques sur volontaires sains ou malades en coopération avec une équipe de soins dans le cadre des bonnes pratiques cliniques et des lois régissant les essais cliniques.
- Interfacer avec les différentes instances en lien avec le médecin coordonnateur (INSERM, Direction de la Recherche et de l'Innovation, CeNGEPS...)
- Participer à l'établissement et la gestion des documents liés à l'étude (administratif ou organisationnels, ...) ou aux
- patients (dossiers, CRF, formulaires, questionnaires, ...).
- Gérer les tâches administratives.
- Aider l'investigateur aux étapes essentielles du protocole : screening, randomisation, sortie d'étude, indemnisation des volontaires, ...

- Aider l'investigateur à la déclaration des effets secondaires indésirables.
- Assurer la surveillance clinique des fonctions vitales sous la responsabilité du médecin investigateur.
- Administrer des médicaments en cours d'étude clinique ; prendre en charge les effets secondaires.
- Pratiquer en conformité avec les protocoles, les "bonnes pratiques cliniques" et dans le cadre de la loi sous la direction et le contrôle du médecin investigateur.
- Réaliser le travail de recueil, de saisie des données relatives au suivi des essais cliniques.
- Obtenir l'information sur les recherches auxquelles il participe.
- Savoir évaluer sa charge de travail et les interactions avec les autres intervenants (membres de l'équipe ou extérieurs).
- Prévenir les dysfonctionnements possibles et proposer des solutions avec le responsable de l'étude.
- Détecter et corriger les incohérences dans le déroulement du protocole ou les données recueillies.
- Aider l'investigateur à la gestion des DCF.
- Gérer les stocks relatifs à sa fonction.
- Responsabilité de la maintenance du chariot d'urgence (planning et logistique) en coordination avec le médecin délégué et le service de réanimation médicale.
- Assurer la liaison entre les différents acteurs de la recherche clinique.

Le salaire médian pour les emplois infirmier de recherche clinique en France est 33 750 Euros par an ou 17,31 Euros par heure. Les postes de niveau débutant commencent avec un salaire environnant 25 000 Euros par an, tandis que les travailleurs les plus expérimentés gagnent jusqu'à 43 500 Euros par an.

Ordinateur HP Pavilion Laptop 13-bb0013nf

Congélateur 690 L -86°C - Référence BMTRU69086G

Offre Easydore®

La solution Easydore® a été conçue pour suivre simultanément la vie administrative, budgétaire et clinique d'un projet/étude/essai de recherche en santé. Cette organisation permet une adaptation souple et flexible aux processus métiers longitudinaux et

transversaux. Elle s'applique également à la gestion des activités des structures d'appui à la recherche et des programmes.

Le montant des maintenances des années 3, 4 est approximatif car il est révisé annuellement selon l'indice Syntec.

Le coût unitaire d'une journée de formation est de 1 123 Euros HT Frais de déplacement en sus. Les sessions de formation sont limitées si possible à 6 apprenants par session.

Décrire les différentes modalités de financement internes ou externes envisagées (préciser la date de disponibilité souhaitée/accordée) MIG, FIR, internes,... :

<u>Modalité</u>	<u>Interne/Externe</u>	<u>Date prévisionnelle de disponibilité</u>	<u>Montant</u>
Le projet n'a pas de financement interne			

Décrire les modalités de retour sur investissement du projet :

Calendrier général du projet :	
<u>Etapes</u>	<u>Dates de début et de fin prévisionnelles</u>
•Réalisation du projet	•Réalisation du projet : Août à Octobre 2022
•Présentation du projet au Service d'Anesthésie Réanimation et Service de Chirurgie	•Présentation du projet au Service d'Anesthésie Réanimation et Service de Chirurgie : Octobre à Novembre 2022
•Achat matériel et Formations des équipes	•Achat matériel et Formations des équipes : Janvier à Février 2023
•Déroutement du projet	•Déroutement du projet : Début Mars 2023
•Organisation et analyse des données	•Organisation et analyse des données : Un suivi régulier du projet sera fait par le Coordonnateur du projet et l'équipe de mise en œuvre.

Projet simulation - les forces et faiblesses, le détail des axes stratégiques, le calendrier (annexe 9)

	FORCES	FAIBLESSES
INTERNES	<p>Materiel</p> <p>matériel neuf et fonctionnel</p> <p>structure du laboratoire en adéquation avec les normes</p> <p>RH</p> <p>Totalité de l'Equipe formée et motivée</p> <p>Arrivée cadre sup expérimentée en simulation pour copilotage ;</p> <p>Benchmarking possible</p> <p>Organisation</p> <p>Axe du projet pédagogique</p> <p>Utilisation du laboratoire et intégration fin année 2021/2022 par l'ensemble de l'équipe</p> <p>Temps intégré dans les maquettes organisationnelles de formation pour la rentrée de septembre</p> <p>Critères qualifiants bonnes pratiques</p> <p>Règlement intérieur formalisé</p> <p>Scenarii choisis avec les professionnels paramédicaux et médicaux</p> <p>Formation continue et LAERDAL et SOFRASIM</p>	<p>Materiel</p> <p>Fiches de suivi du matériel ,procédures absentes</p> <p>Matériel fragile</p> <p>Coût des consommables</p> <p>RH</p> <p>Equipe pédagogique novice</p> <p>pas de réfèrent ni RH identifiée Groupe de travail à définir</p> <p>équipe administrative en restructuration</p> <p>Organisation</p> <p>Scenarii à optimiser</p> <p>Organisation non définie</p> <p>Pas de formation continue/scenarii (chambres des erreurs)</p> <p>Critères qualifiants bonnes pratiques</p> <p>Très peu de documents HAS formalises</p> <p>Pas de documents ni process qualité</p> <p>Réseau de partenaires à développer : adhésion à Sofrasim</p>

<p>EXTERNES</p> <p>IFM82/CH</p>	<p>Materiel</p> <p>Mutualisation /CH et IFMS82 des 2 laboratoires</p> <p>Inscrit dans le cahier des charges du nouvel hôpital</p> <p>RH</p> <p>Implication du personnel paramédical et médical</p> <p>Facteur d'attractivité</p> <p>Organisation :</p> <p>Axe du projet d'établissement</p> <p>Réunion organisationnelle avec la direction des achats et la direction des ressources humaines démarrée en Mai avec continuité en juin pour visite du laboratoire</p>	<p>Matériel CH</p> <p>Labo du CH :état des lieux et inventaire en cours</p> <p>RH</p> <p>Paramédicale et médicale : formation ? référent ? Groupe de travail à définir, Disponibilités ?</p> <p>Organisation à concevoir</p> <p>Organisation</p> <p>Bilan de l'existant : Pas de connaissance de convention de formation à ce jour sur la simulation, coûts à déterminer</p> <p>Eloignement géographique</p>
--	---	---

AXE 1 : Développement des activités de simulation dans le respect des bonnes pratiques

Action 1 : accompagner les étudiants dans la construction de compétences nouvelles associées à la montée en puissance du numérique dans les pratiques de soins :

-création d'un groupe de pilotage interne IFMS « lfsim » avec référent et animateurs.

Création d'un copil ifsim GHT

intégration de la simulation dans le cadre des maquettes des unités intégratives de la formation infirmière et formation aide soignante

intégration des séances en interdisciplinarité en « semaine de professionnalisation » en lien avec leur projet professionnel

-

Action 2 : accompagner les professionnels du CH dans la démarche de simulation

- création d'un COPIL Mixte incluant le référent « lfsim » au niveau du CH

-conception et mise en œuvre de scénarii interprofessionnels étudiants infirmiers / élèves aides-soignants avec les professionnels de terrain (Retex, RMMR...)

- Intégration des étudiants en santé (externes et internes en médecine)

- création d'un pool de formateurs terrain et IFMS

Action3 : faire évoluer les méthodes pédagogiques au regard du mode d'apprentissage des générations nouvelles Serious game , réalité virtuelle, simulation relationnelle...

Développer les compétences pédagogiques des équipes de formation

Développer des partenariats avec écoles spécialisées (école d'ingénieurs en numérique : Isis, 3DVor) et universités pour création d'outils d'apprentissages

AXE 2 : Inscription des activités de simulation dans la démarche qualité

Action 1 : La simulation : outil innovant et de recherche

Introduire la simulation comme outil de recherche clinique (PHRIP, PHRC...)

Réalisation et présentation de publications, posters lors de congrès paramédicaux et/ou médicaux

Action2 : Accompagnement des équipes à l'utilisation des outils

Elaborer les outils de fonctionnement /normes HAS

Participation du COPIL Mixte pour création d'outils de partage : charte, livret de scénarii , grilles d'évaluations avec indicateurs

Certification des 2 laboratoires de simulation niveau 2 ou 3

AXE 3 : Développement des activités de simulation en santé en formation continue

Au préalable action principes : Identification et formalisation des modalités de fonctionnement et de mutualisation

Action 1 Développer un partenariat avec le CESU 82

Conception et mise en œuvre de scénarii interprofessionnels avec le CESU 82 étudiants infirmiers/étudiants en médecine pour une réalisation expérimentale concrète et préliminaire à un développement de programme

Action 2 Développer un partenariat avec le CH 82 et le GHT

Inscription dans le projet du GHT : création d'un COPIL GHT

Identification dans la perspective du nouvel hôpital d'axes complémentaires en matériel et en méthodes pédagogiques. : Par exemple Simulation in situ (Bloc opératoire, SSPI, réa , EHPAD..)

Action 3 Créer un catalogue de formation continue, reconnue DPC adaptée aux évolutions des besoins et des compétences

Identification des besoins des établissements de santé et médicosociaux du territoire

Conception et mise en œuvre de formations cibles en lien avec les attendus de formation nationale DPC

axes	objectifs	sept-21	oct-21	nov-21	decembre 21	janv-22	fevrier	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept-22	oct-22	novembre	decembre
developpement ifms 82 de la simulation	formation			11-avr	12/3	13	5/07/11 et AS										
	appropriation	7/02 AS	25 S3			18/19/15 S	14 15										
	developpement								13 AU 15 AVRIL s6 et s4			S2 et AS 4 JUILLET		collaboration L1/AS			
developpement partenariat MEDICAL/ la simulation	identification des referents			04-nov	04-nov												
	visite du centre				23-nov												
	determination des objectifs et modalites																
developpement partenariat para medical/ simulation	identification des referents		26-oct	referent infectieux CH			14 des bonnes pratiques										
	visite du centre																
	determination modalites																
developpement partenariat interdisciplinaire/ la simulation	2023																
developpement de la simulation sur le territoire et plus	sept-22																
	ght																
	armee																
mise en oeuvre des bonnes pratiques vers une accreditation	formation continue programme congres						as										
	reseaux outils			convention + contrat patient experts		projet d'etablissement et pedagogique	procedure de conception ds programmes	fiche gestion des conflits d'interet	document fin de session	fiches methodes de DPC	rapport annuel d'activites						
	procedure de fonctionnement			droit à l'image	charte de fonctionnement	confidentialite	reglement interieur	programme type de formation	attestation de participation								
organigramme (resp pedago ou scientifique)				liste des effectifs , plannings , contrats	fiches de postes	creation comite pedagogique			feuille emargement								

Projet de gestion - synthèse des actions (annexe 10)

Libelle des actions	Responsable de l'action	Calendrier
Orientation 1 : Renforcer le pilotage de l'établissement par la production d'indicateurs partagée et fiables issus d'un travail concerté entre la Direction des affaires financières et de la contractualisation, le département d'information médicale et l'ensemble des directions fonctionnelles.		
<i>Développer une culture médico économique au sein de l'établissement.</i>		
Assurer une meilleure collaboration DAFC / DIM grâce à des réunions de travail hebdomadaires et une complémentarité d'actions.	DAFC/DIM	2022/...
Construire des outils médico économiques simplifiés et pragmatiques au service des pôles et les diffuser sur un rythme régulier et connu de tous : CREA, Tableaux de bord, Données DIM, Accompagnement sur les Etudes médico économiques.	DAFC/DIM	2022/...
Elaborer un projet d'Analyse de gestion.	DAFC	2022/2023
Produire des tableaux de bord et des indicateurs de pilotage issus d'un travail concerté et partagé entre les Directions fonctionnelles, et développer et optimiser l'outil MDA (Maincare Data Analytics) dans la logique d'une synergie avec les données déjà produites et celles devant être fournies dans la perspective d'avoir, à terme, un outil décisionnel exhaustif et fiable.	DAFC/Equipe de direction	2023/...
Mettre en œuvre des modalités de reporting en Directoire sur des communications synthétiques et claires.	DAFC/DIM	2 nd semestre 2022/...
<i>Renforcer le rôle des pôles.</i>		
Initier un nouveau paramétrage des pôles pour le 1 ^{er} janvier 2023.	Directeur / PCME	2022
Harmoniser les modes de fonctionnement des pôles.	Directeur / PCME	2 nd semestre 2022
Développer des délégations de gestion portées par les Directions fonctionnelles.	Directeur / PCME	2023
Assurer un meilleur niveau de formation des acteurs grâce à un plan de formation dédié.	Directeur / PCME	2 nd semestre 2022
Orientation 2 : Promouvoir un circuit administratif du patient fluide, simplifié et adapté aux réformes en cours (Fides Séjour et nouvelles modalités de financement), en s'appuyant sur l'action du Comité de Pilotage « Circuit administratif du patient ».		

Optimiser le circuit du patient hospitalisé et notamment la gestion des préadmissions.	COPIL circuit administratif	2022/...
Améliorer la gestion des mouvements et élaborer des modes opératoires pragmatiques.	DAFC/DIM	
Assurer un circuit du patient arrivé aux urgences optimisé au regard des nouvelles modalités de financement.	COPIL circuit administratif	2022
Assurer un plan de communication adapté.	COPIL circuit administratif	



Projet Transformation écologique 2022-2026

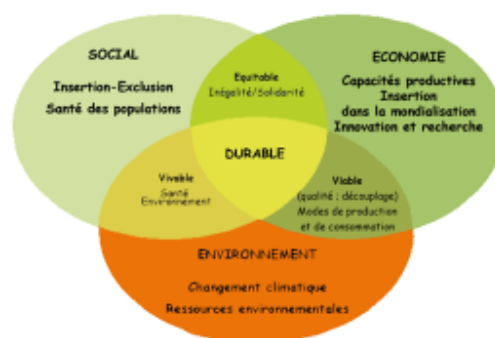
COMITE DE PILOTAGE – 20 AVRIL 2022

DATU/AVRIL 2022

1

Un peu de sémantique RSE ? RSO ? Développement durable ?

Le développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. (Rapport bruntland,1987) – Sommet de la Terre à Rio en 1992



DATU/AVRIL 2022

2

Un peu de sémantique

RSE ? RSO ? Développement durable ?

RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

- définie par la commission européenne comme l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités commerciales et leurs relations avec les parties prenantes.
- Cadre normatif international : ISO 26 000

RSO : Responsabilité Sociétale des Organisations

DATE/AVRIL 2022

3

Un peu de sémantique

RSE ? RSO ? Développement durable ?

Une démarche RSE n'est pas :

- un plan d'action environnemental
- un plan de communication
- une liste d'indicateurs
- la simple formalisation de ce que l'on fait déjà

Mais cela en fait partie !

C'est une démarche globale, transversale, ouverte sur le territoire

Facteurs de réussite : démarche co-construite, concertée, partagée, démarche à 360°

Freins : manque de moyens, résistance aux changements, méconnaissance du sujet

DATE/AVRIL 2022

4

Cadre réglementaire

• Pas de réglementation à proprement dite pour la RSE mais un cadre réglementaire croissant.

A titres d'exemples :

- Loi AGEC (Anti Gaspillage pour une Economie Circulaire)
- Loi Egalim
- Loi ELAN, décret tertiaire
- Loi orientation mobilité
- Bilan GeS
- RE 2020



HAS et RSE

Critère 3.6-04 Les risques et enjeux du développement durable

Le développement continue sur l'axe du développement durable, en particulier sur l'axe de la qualité de vie au travail (QVT). Le développement durable est considéré comme un enjeu stratégique et est intégré dans la stratégie de l'établissement. Les actions mises en œuvre sont cohérentes avec les objectifs de l'établissement.

Éléments d'évaluation

Observations

Les observations (positives et négatives) sont formulées et ont fait l'objet d'un plan d'action pour les résoudre.

Une table adaptée est en place pour chaque type de QVT.

Le développement durable influence les comportements de professionnels et de patients en faveur du développement durable. Le développement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable.

Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux, sociaux et sociaux (développement durable).

L'établissement a mis en œuvre une politique de santé au travail et de qualité de vie au travail (QVT).

L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son développement et un plan d'action en matière de développement durable.

L'établissement définit les modalités de dialogue de la politique en matière de développement durable.

L'établissement a engagé un réseau de développement durable.

Conclusions

Le critère est atteint en ce qui concerne les risques d'impact.

Critère 3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

La gouvernance intègre avec les professionnels de l'établissement une démarche qualité de vie au travail (QVT). Cette démarche répond aux enjeux identifiés et prévus par l'établissement des acteurs en impliquant sur leur expertise. Elle prend en compte l'ensemble des éléments propres à l'établissement en matière de qualité de vie au travail, d'environnement et d'organisation du travail, de dimension patrimoniale. Les actions identifiées dans ce cadre et mises en œuvre au plus près du terrain sont appropriées au plan des résultats.

Éléments d'évaluation

Observations

Il existe une politique de qualité de vie au travail (QVT) de l'établissement, mais celle-ci n'est pas formalisée dans un document unique. L'évaluation, le suivi et l'évaluation de la démarche sont réalisés avec des indicateurs pertinents de ces enjeux sociaux et humains par eux.

La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des intervenants et, de ce fait, les professionnels sont impliqués dans les modalités de mise en œuvre de la démarche QVT.

Le développement QVT prend en compte des composantes environnementales, sociales et humaines et sociales (environnement, de santé, de qualité de vie au travail).

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la démarche de qualité de vie au travail (QVT) sont en place au plus près du terrain.

Conclusions

Il existe un plan de maîtrise des risques (environnement, de santé, de qualité de vie au travail) et des procédures concrites sur les conditions et l'organisation du travail.

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la démarche de qualité de vie au travail (QVT) sont en place au plus près du terrain.

Références HAS

« Construire une démarche qualité de vie au travail (QVT) »

Références juridiques et réglementaires

« Loi L. 4101-1 et L. 4101-2 »

Autres références

« Démarche qualité de vie au travail (QVT) : la qualité de vie au travail (QVT) est un enjeu stratégique de l'établissement »

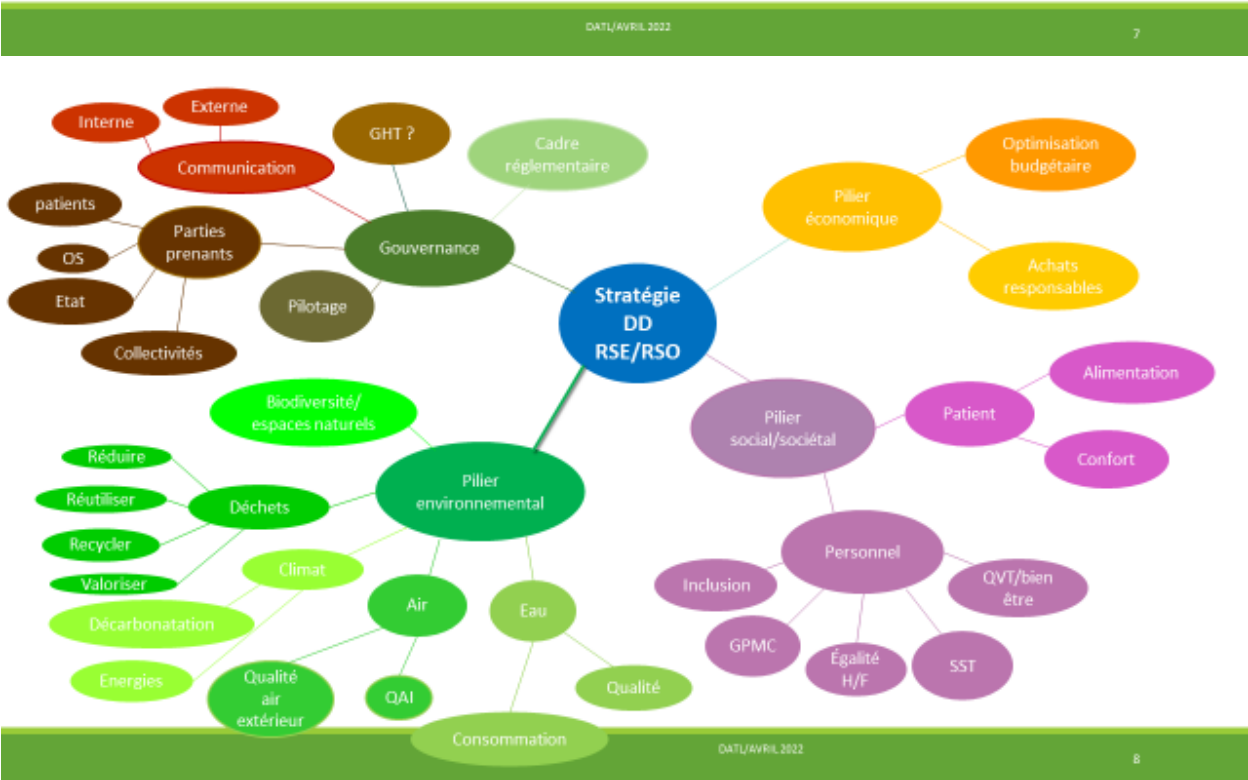
« Démarche qualité de vie au travail (QVT) : la qualité de vie au travail (QVT) est un enjeu stratégique de l'établissement »

« Démarche qualité de vie au travail (QVT) : la qualité de vie au travail (QVT) est un enjeu stratégique de l'établissement »



Projet RSE Pourquoi ?

- Valeurs et culture de l'hôpital public
- Prendre soin du capital humain au cœur de notre activité
- Primum non nocere
- Un des principaux employeurs du département
- Enjeux environnementaux planétaires
- Impact environnemental des hôpitaux non négligeable
- Attractivité



CH de Montauban Historique de la démarche

1^{ère} démarche initiée en 2008 ayant aboutit à la
création d'un agenda 21 autour de 8 engagements

Démarche qui a perduré jusqu'en 2012-2013

Agenda 21 du Centre Hospitalier de Montauban

8 engagements pour un avenir durable



DATL/AVRIL 2022

9

CH de Montauban Projet Transformation écologique 2022-2026

Les 1ers objectifs :

- Projet devant prendre en compte deux aspects
 - hôpital et sites actuels
 - projet nouvel hôpital
- Définition d'axes prioritaires de travail
- Mise en place d'un comité de pilotage

Animateur de la démarche : DATL- Ingénieur environnement

DATL/AVRIL 2022

10

Axes de travail stratégiques proposés par la direction

- Pilier économique :
 - Déployer la politique d'achats responsables
 - Pilier environnemental :
 - Aller plus loin dans la gestion des déchets
 - Favoriser la biodiversité
 - Décarboner nos activités
 - Pilier social/Sociétal :
 - Vers une alimentation durable et responsable
 - Renforcement du bien être social (projet social médical et non médical)
- Projet de transformation écologique

Méthodologie COPIL Transformation écologique

Missions : Définition, suivi et pilotage de la stratégie de transformation écologique

- Composition:
 - Directeur d'établissement
 - Président de CME ou un représentant de la communauté médical désigné par le PCME
 - Directeur de la DATL
 - Directeur des Soins
 - Ingénieur environnement
 - 1 représentant de la direction qualité gestions des risques
 - Un représentant des usagers
 - Chargé de communication

Fréquence de réunion : 2 à 3 fois/an

Méthodologie

Mise en œuvre opérationnelle

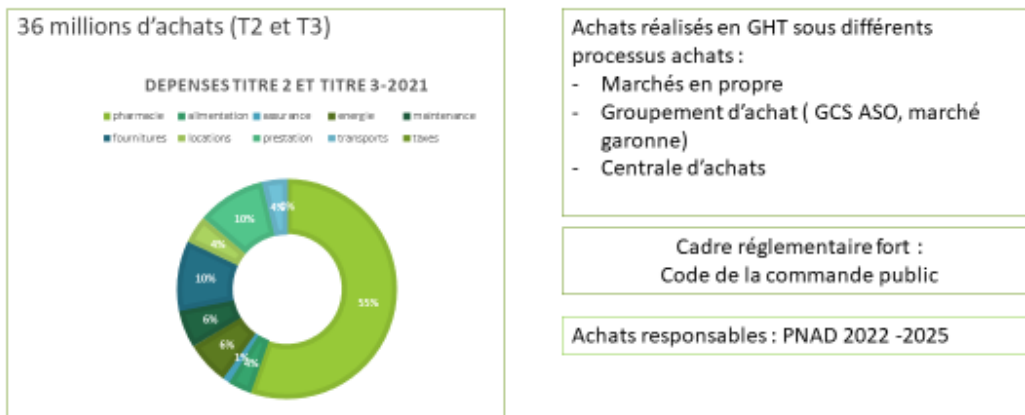
- Groupe de travail autour de chaque axe de travail proposé avec désignation d'un pilote
 - Réalisation d'un autodiagnostic par thématique
 - Outils disponibles : IDD, diagnostic de l'anap, référentiel ISO 2600 pour les ETS
 - Approche bottom-up afin de solliciter les équipes terrains :
 - Impliquer
 - Valoriser
 - Faire adhérer
- } Sollicitation de l'ensemble des équipes entre le 6 avril et le 20 avril pour un retour papier ou mail (ecologie@ch-montauban.fr)
- ➔ Plan d'actions (Quick win) et indicateurs de suivi

DATE/AVRIL 2022

13

Déployer la politique d'achats responsables

Contexte



14

Déployer la politique d'achats responsables

Propositions d'actions

- S'inscrire dans la démarche Phare autour des achats responsables
- Déterminer les segments d'achats prioritaires
- Systématiser l'étude du marché par le référent « achats responsables »
- Former les acheteurs, la cellule marché et les référents achats (établissements partis)

15

Aller plus loin dans la gestion des déchets

Contexte

18 filières déchets

Filières réglementaires :

DASNoD
DASRI
D3E
Déchets dangereux
Piles/Batteries
Pièces anatomiques
Papier à caractère confidentiel
Pacemaker

Filières volontaires :

Verre ménager
Papier
Carton
Nouettes de lait
DIB
Fûts vides blanchisserie
Néons/ampoules
Déchets verts
Palettes
Cartouches d'encre

Les acteurs autour de cette thématique :

- Prestataires privés de collecte et de traitement
- Eco-organismes
- Ville de Montauban/sirtomad
- Fournisseurs
- Conseiller à la sécurité

Une particularité du CHM :

Collecte autonome des DASNoD
Traitement de ces déchets non facturés par le SIRTOMAD (convention achat chaleur)

DATJ/AVRIL 2022

16

Aller plus loin dans la gestion des déchets

Contexte

Quelques chiffres (2019)

DASNoD : 590 t

DASRI : 91 t

Déchets verts : 28 t

Cartons : 18 t

DIB : 5,1 t

D3E : 3,5 t

Déchets dangereux : 2,9 t

Papier : 1 t

17

Aller plus loin dans la gestion des déchets

Propositions d'actions

- 1^{er} niveau d'action : Le meilleur déchet est celui que l'on ne produit pas

- Exemple de réalisation : suppression des barquettes plastique au self
- Diminution de la quantité de bouteilles et bonbonnes en plastiques consommées
 - mise en place de fontaine réseau en lieu et place de fontaines bonbonnes
 - Déploiement des fontaines eau gazéifiées
- Passage en plat gastronomique inox sur les unités de psychiatrie

- 2^{ème} niveau d'action : Ré-emploi

- 3^{ème} niveau d'action : Recyclage/valorisation

- Mise en place d'une filière pour les biodéchets (self dans un 1^{er} temps)
- Etendre le recyclage du papier aux secrétariats médicaux
- Mise en place de filières de type métaux et plastiques au BO en parallèle d'un nouveau tri DASNOD/DASRI

- Communication sur les filières déchets



DATJ/AVRIL 2022

18

Favoriser la biodiversité

Contexte et propositions d'actions

Peu d'espaces verts sur le site principal mais présents site de la MRCF et de Capou

Politique zérophyto depuis de nombreuses années

Equipe interne de jardiniers motivés pour travailler sur ces thématiques

Propositions d'actions :

- Mise en place d'un Eco pâturage sur le site de Capou en lien avec les unités de psychiatrie
- Déploiement de ruches en lien avec le lycée agricoles et/ou les unités de psychiatrie
- Espaces verts dédiés à de la jachère fleurie avec plantes polinisatrices
- Gestion interne des déchets verts et biodéchets (compostage sur site). Possibilité de lien avec le SIRTOMAD

DATE/AVRIL 2022

19

Décarboner nos activités

Contexte

Thématiques concernées:

- énergies
- transports
- utilisation de matière plastique
- activités numériques
- alimentation
- achats

Données du shift project :

- ✓ Emissions GES secteur de la santé = 8% des émissions nationales
- ✓ Achats de médicaments et de DM >50 % des émissions
- ✓ Transport patients et visiteurs = 11 %

Décret tertiaire : diminution des conso énergétiques de 40% d'ici 2030

Au CHM, énergies utilisées :

- Électricité
- Réseau de chaleur
- Gaz
- Fuel

Bilan GES de 2013 (scope 1 et 2), actions :

- Flotte de véhicules électriques (parc en location)
- Suppression de gaz frigorigène
- Passage à l'éclairage LED
- Mise en place d'une régulation de la température

20

Décarboner nos activités

Propositions d'actions

- Réalisation d'un bilan carbone incluant les 3 scopes

Energie :

- ✓ Communication autour de la sobriété énergétique
- ✓ Etudier la possibilité d'inclure des énergies renouvelables dans notre mix énergétique (ombrières solaires à Capou)
- ✓ Mise en place d'un outil de régulation avec GTC
- ✓ Suppression du protoxyde d'azote

Transport:

- ✓ Réserver des places de parking pour les véhicules électriques et le covoiturage

Activités numériques :

- ✓ Tri régulier des boîtes mail (Vendre'Tri)
- ✓ Action de désarchivage numérique (nettoyage de printemps)

21

Communication

- Communication interne:
 - Encart systématique dans le journal interne
 - Témoignage d'unités engagées
 - Participation aux semaines thématiques
- Communication externe :
 - Organisation d'une journée sur cette thématique ouverte sur la ville
 - Participation aux semaines thématiques
 - Présentation d'action à des trophées
 - Partenariat avec la ville, des associations

22

Les 1ers retours des unités

- Une vingtaine de retours par mail
- Principales thématiques abordées :
 - Déchets
 - Tri à la source
 - Gaspillage papier/étiquettes
 - Transport
 - Mobilité douce : vélo
 - covoiturage
 - Alimentation
 - Bio, local
 - Moins de produits carnés
 - Energie
 - Gestes eco citoyens
 - Eau
 - Geste eco citoyens
 - Chasse aux fuites

Le Projet logistique en quelques chiffres, la fiche achats et approvisionnements, la fiche patrimoine, la fiche prestations d'accueil et d'hôtellerie [\(annexe 12\)](#)



1. 146 ETP

Budgets gérés :

16.3 M€ dépenses courantes

1.95 M€ d'investissement

BIOMEDICAL

3 782 dispositifs médicaux

4 000 interventions dont 1789 réparations

Matérovigilance



SERVICES TECHNIQUES

+/- 10 000 bons Asset+



LOGISTIQUE ET PRESTATIONS DE SERVICES



541 800 repas distribués



Linge traité

840 T pour le CH

495 T pour les clients externes



Imprimerie (hors façonnage)

589 735 copies N/B

187 819 copies couleur



78 000 appels extérieurs



132 K€ d'affranchissement



53 329 Lignes de réception

460 produits référencés au magasin

Interventions

- incendie 1013

- sûreté 2265

59 formations pour 491 agents

61

14



11



Prestations externalisées

- Nettoyage 550k€

- Sécurité 1 047k€



ACHATS & SERVICE ECO

153 marchés notifiés

1 214 fournisseurs

13 589 commandes








PATRIMOINE

+/- 90 000m² de plancher

21 sites sur le département

38 bâtiments gérés

DOMAINE : ACHATS & APPROVISIONNEMENTS	
ACTIVITES : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">1 Achat</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">2 Approvisionnement</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">3 Transports sanitaires, professionnels, produits et marchandises</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">4 Exploitation/ Consommation : maîtrise des énergies</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">5 Gestion de l'eau et des effluents/ gestion de l'air</div> </div>	
CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX	PERIMETRE
<p>Contexte : Code de la commande publique – Groupement hospitalier de territoire</p> <p>Enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la performance des Achats : Objectifs de performance ONDAM / PHARE Sécuriser les marchés en matière de respect des règles de la commande publique Développer la mobilisation des prescripteurs et des utilisateurs dans le processus achat Poursuivre la mutualisation des achats dans le cadre du GHT82 Renforcer la politique d'achats durables pour mieux exercer notre responsabilité sociale et environnementale Moderniser les outils de pilotage et de gestion 	<p><i>Dépenses d'exploitation et d'investissement</i></p>
	COORDINATION
	DATL
DESCRIPTION DES PROJETS	ACTEURS MOBILISES
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div>  <p>Améliorer : Mettre en œuvre une politique d'achats encore plus efficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des actions du programme PHARE à coordonner avec notre stratégie d'achats - Participer activement au GCS ASO en tant que coordonnateur de filières - Réduire le volume des achats hors marché à leur niveau incompressible. </div> <div>  <p>Sécuriser : Mettre à disposition sur Intranet les informations réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des documents ; procédures achats au regard du code de la commande publique simplifié - Etablir des fiches mémo </div> <div>  <p>Développer la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - structurer et systématiser le dialogue prescripteurs et acheteurs - définir des référents pour participer aux groupes de travail sur l'identification des besoins, des analyses et des choix des prestataires/fournisseurs - mettre à disposition des supports de communication simplifiée (organisation) </div> <div>  <p>Renforcer les actions pour minimiser notre impact écologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une véritable culture de la R.S.E - Raisonner en coût complet, en prenant en compte l'ensemble du cycle de vie des produits </div> <div>  <p>Moderniser les outils</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les outils de pilotage de la fonction achat grâce à SEMAPHORE - Utilisation systématique de Marco pour tous les établissements du GHT </div> </div>	<p>Directeur des achats GHT82</p> <p>Contrôleur des achats</p> <p>Responsable des achats /acheteurs métiers</p> <p>Prescripteurs services hospitaliers</p> <p>Cellule des marchés publics</p>
	INDICATEURS
	<p><i>Suivi des gains : PAAT</i></p> <p><i>Cartographie des marchés</i></p> <p><i>Nombre de documents actualisés</i></p> <p><i>Nombre de filières régionales</i></p> <p><i>Suivi des indicateurs issus de Sémaphore/MDA</i></p>

DOMAINE : **ACHATS ET APPROVISIONNEMENTS**



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :

La situation sanitaire et géopolitique nécessite une sécurisation accrue des Approvisionnements. Les marchés sont haussiers, des pénuries sont constatées et des incertitudes sur la garantie contractuelle du respect des délais de livraisons existent.

A ceci s'ajoute la contrainte des locaux de stockage limités.

Enjeux :

- Faciliter la remontée des besoins
- Garantir aux services d'avoir les consommables et équipements nécessaires à leur activité
- Gérer des risques liés aux défaillances des fournisseurs afin d'éviter les ruptures et sécuriser la chaîne d'approvisionnement
- S'engager quant à la juste utilisation des ressources et des dépenses de sante

PERIMETRE

Consommables et équipements hôteliers
 Petits fournitures médicales
 Mobiliers et équipements

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS



Engager les services en charge des Approvisionnements dans une démarche de contractualisation client/fournisseurs auprès des pôles.



Homogénéiser la gestion des stocks déportée par la généralisation du plein vide



Garantir un niveau de stock suffisant pour éviter les ruptures et couvrir les besoins jusqu'à la prochaine livraison en partenariat avec les fournisseurs

Identifier les produits « sensibles » à « risques ».

Définir une stratégie plus agile lors de l'utilisation de produits substitution



Encadrer l'utilisation d'équipements et de mobiliers réemployés








Communiquer afin d'assurer la lisibilité des organisations et des fonctions supports

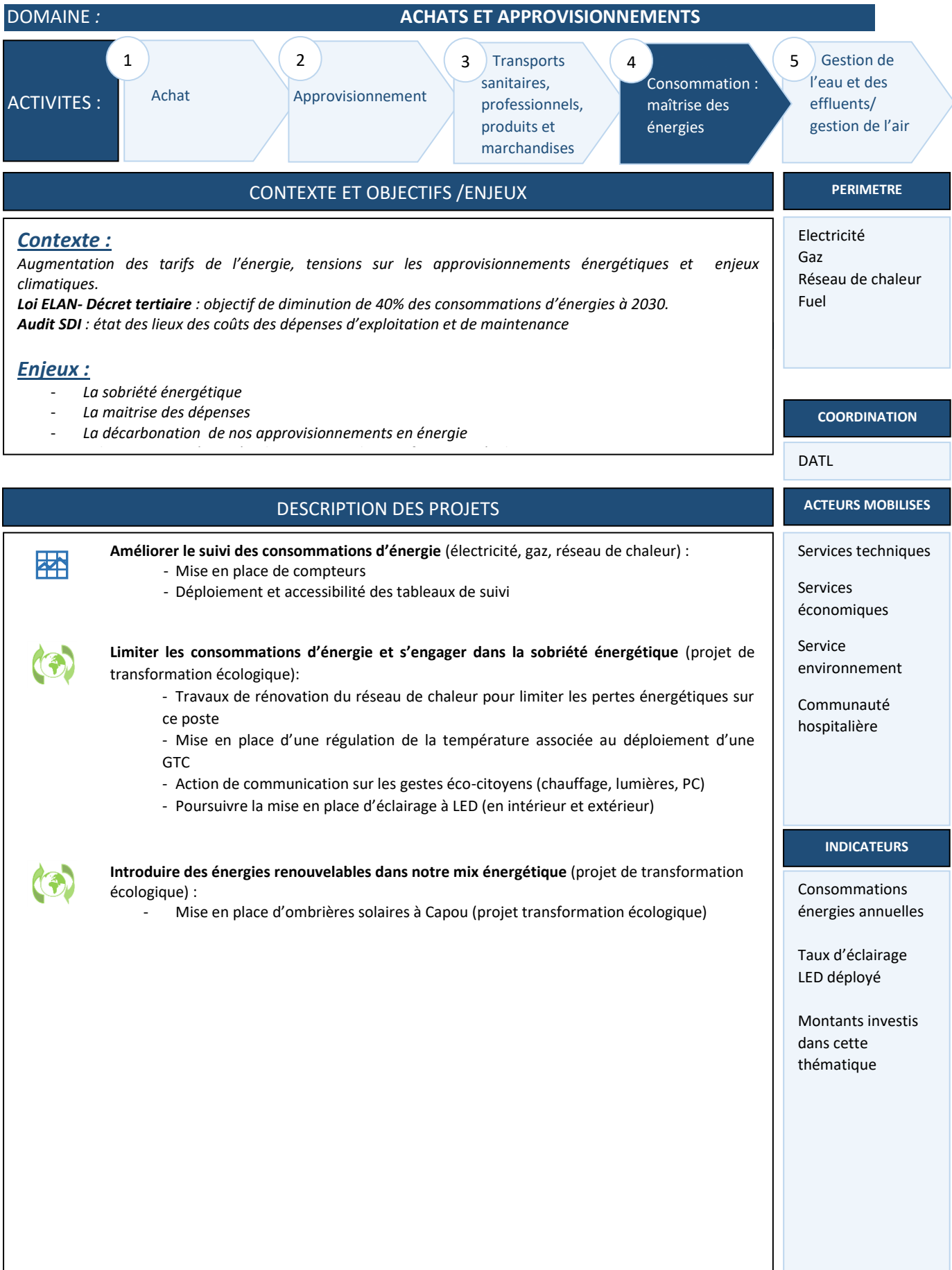
ACTEURS MOBILISES

Services économiques
 Service biomédical
 SLC
 Déménagement
 Vaguemestre/ Imprimerie
 Services techniques
 Pharmacie
 EOHH
 Laboratoire

INDICATEURS

Nombre de stocks déportés gérés en plein vide
 Nombre de produits gérés un seuil de réapprovisionnement automatique
 Nombre de rupture
 Nombre de produits de substitution
 Suivi des dépenses d'exploitation

DOMAINE : ACHATS ET APPROVISIONNEMENTS	
ACTIVITES : <ol style="list-style-type: none"> 1 Achat 2 Approvisionnement 3 Transports sanitaires, professionnels, produits et marchandises 4 Exploitation/ Consommation : maîtrise des énergies 5 Gestion de l'eau et des effluents/ gestion de l'air 	
CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX	PERIMETRE
<p>Contexte :</p> <p>Transports sanitaires : LFSS- Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins (CAQES) : contrat qui lie l'ARS, l'Assurance Maladie et l'établissement. Objectif : amélioration des pratiques, régulation de l'offre de soins et efficacité des dépenses de l'Assurance Maladie.</p> <p>Transports professionnels : l'augmentation du coût de l'énergie pèse sur les dépenses liées au transport. Un changement de pratique de déplacement est à promouvoir : déplacement doux, propre ou collectif.</p> <p>Transports de produits et de marchandises : l'accélération et la massification des flux physiques, la complexité de la chaîne logistique et la multiplicité de ses acteurs nécessitent de renforcer la sécurité lors des opérations de transport.</p> <p>Enjeux :</p> <p>Maitriser les dépenses de transports sanitaires/ Fluidifier le parcours patient et participer à l'amélioration de la prise en charge du patient</p> <p>Participer à la diminution d'émissions de gaz à effet de serre liées aux déplacements intersites des professionnels</p> <p>Décloisonner les professionnels pour une meilleure collaboration et visibilité sur les attentes et les besoins.</p> <p>Diminuer les coûts de transports au regard du coût de l'énergie en massifiant les transports et en intégrant les enjeux de la transformation écologique.</p>	Transports/Flux
	COORDINATION
	DATL
DESCRIPTION DES PROJETS	ACTEURS MOBILISES
<p> Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les acteurs du processus aux bonnes pratiques d'utilisation de la fonction transports sanitaires - Améliorer la traçabilité et la sécurité de la prescription avec le déploiement d'une solution informatique pour la gestion des demandes de transport. - Expérimenter le transport partagé dès que les conditions physique des patients le permettent. - Créer des salons de sortie pour libérer les chambres et permettre les prises en charges suivantes. <p> Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envisager une plateforme de réservation pour la flotte de véhicules appartenant au CHM afin de faciliter le covoiturage - Acquérir des véhicules « propre » pour les agents des services supports et promouvoir l'utilisation du déplacement alternatif – Développer l'usage du vélo <p> Flux Biens et marchandises</p> <p>Engager les services en charge du Transport dans une démarche de contractualisation client/fournisseurs</p> <p> Garantir une sécurisation des transports au niveau du circuit du médicament en harmonisant les flux et en assurant une traçabilité efficiente.</p> <p> Respecter et communiquer sur les normes ADR pour tous transports de matières dangereuses</p> <p>Sensibiliser les professionnels de santé aux coûts postaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redéfinir les critères d'envoi courrier urgent ou en lettre verte (J+2 à j+4). - L'envoi électronique de compte rendu 	Services Economiques SLC DAFC Société de transport sanitaire Direction des soins Pharmacie Laboratoire Conseiller à la sécurité Vaguemestre
	INDICATEURS
	Dépenses liées aux transports PPI : gestion du parc automobile Nombre de contrats Suivi des FEI



DOMAINE : ACHATS ET APPROVISIONNEMENTS



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :
L'eau et les effluents : L'activité d'un hôpital consomme 400 à 1200L d'eau/jour et par lit. L'eau est une ressource précieuse qui doit être consommée au plus juste et dont la qualité doit être préservée. Les réseaux du CHM, compte tenu de l'âge des bâtiments et des sites, sont vétustes. Cela a pour conséquence des risques de fuites accrues et des besoins en maintenance conséquent.
La gestion de l'air : dans le contexte climatique actuel, le CHM doit se positionner comme un acteur de la diminution des émissions de gaz à effet de serre (GES). Par ailleurs face aux enjeux de santé environnementale, il doit veiller à limiter la pollution de l'air intérieur.
Enjeux :
 Préserver la ressource en eau/ Délivrer de l'eau de qualité/ Assurer la sécurité du patient/ Régulariser les rejets d'eaux usées
 Identifier les sources principales de GES/diminuer nos émissions de GES/ préserver la qualité de l'air intérieur





PERIMETRE

Approvisionnement en eau potable
 Production/ distribution d'ecs
 Rejets eaux usées
 Lagune d'épuration de Capou
 Qualité de l'air extérieur et intérieur

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS

-  **Limiter les consommations d'eau :**
 - Action de communication pour une utilisation citoyenne de l'eau
 - Sensibilisation des services techniques sur les délais de réparation des fuites d'eau
-  **Poursuivre les travaux sur les productions et les réseaux d'ECS dans le cadre de la lutte contre la prolifération des légionnelles**
-  **Régulariser les rejets d'EU :**
 - Réaliser les travaux de structures identifiés sur la lagune d'épuration de Capou et de la blanchisserie
 - Mise en conformité d'un des rejets EU/EP sur le site principal (entrée principale)
 - Etudier la réalisation d'un diagnostic sur le réseau d'eau usée sur le site principal (Partir du point aval et explorer toutes les ramifications)
 - Etablir les conventions de raccordement des différents sites avec le concessionnaire de la communauté d'agglomération en charge de la gestion du traitement des EU
-  **Affiner la connaissance de nos sources d'émission de GES**
 - Réalisation du bilan carbone sur les 3 scopes
- Diminuer nos émissions de GES**
 - Passage des chaudières de secours au gaz (actuellement au fioul)
 - Arrêt du protoxyde d'azote au BO
- Préserver la qualité de l'air intérieur**
 - Evacuation du MEOPA directement vers l'extérieur
 - Utilisation de peinture, de colles et de mobiliers limitant l'émission de COV

ACTEURS MOBILISES

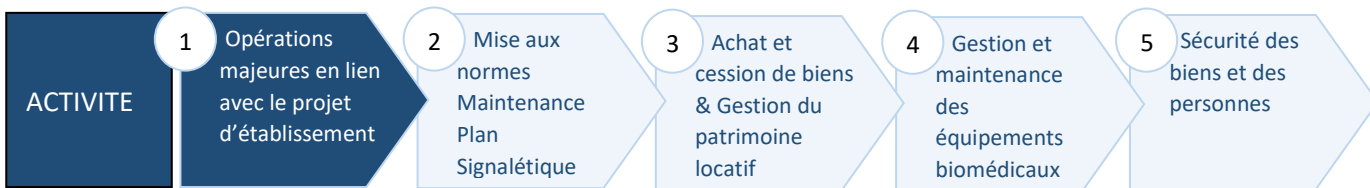
Services techniques/ travaux
 Service environnement
 Communauté hospitalière

INDICATEURS

Montants investis dans les réseaux ECS
 Nombre de conventions formalisées
 Consommation d'eau par site
 Montants investis dans les réseaux EU
 Emission de GES par poste

DOMAINE : **PATRIMOINE**

Gestion de la ressource patrimoniale



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte/opportunité :

- **Rapport d'étonnement mai 2021 :** « Absence de vision stratégique formalisée/contrainte architecturale/insuffisance majeure d'investissements »
- **Plan de relance de l'investissement en santé au titre du Ségur de la santé et de France Relance 2021-2029 :** construire des établissements plus attractifs pour les professionnels de santé, plus accueillant pour les usagers et garantissant de meilleures conditions de travail.
- **PRS 2018-2022 :** pilotage régional des politiques de santé

Enjeux :

- Réaliser les opérations majeures issues du projet d'établissement 2022-2026 et des revues de pôles
- Permettre la réalisation du PPI en lien avec le programme global pluriannuel de financement




PERIMETRE


Opérations majeures de rénovation et d'extension

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS

-  **Rédiger le Schéma Directeur Immobilier**
 - Projections graphiques et fonctionnelles
 - Estimations calendaires et financières : élaboration du PPI
-  **Construire un EHPAD de 90 lits regroupant les services USHPA et MRCF**
 - Etudes des différents sites d'implantation
 - Choix du mode de dévolution, estimation calendaire et financière : élaboration du PPI
- Réaménager les urgences pour faire face à l'augmentation de l'activité des urgences/création d'une unité post-urgences**
 - Extension du bâtiment : transfert de l'activité de l'USMPA/regroupement de l'UHCD
 - Réorganisation interne des locaux avec la création de box supplémentaires
- Restructurer la maternité (suite à la fermeture de la maternité de la clinique du Pont de Chaume) hausse d'activité**
 - Création d'une 4^{ème} salle d'accouchement et de bureaux de consultations
- Réorganiser le service d'imagerie médicale**
 - Projet d'autorisation d'implantation du second scanner dédié aux urgences : extension du bâtiment GIE ou réhabilitation du service d'imagerie médicale
 - Déplacement de l'activité de mammographie aux CE
- Réorganiser le service de biologie médicale**
 - Déplacement de l'activité d'hématologie, amélioration des conditions de travail
- Réaménager les locaux du bâtiment du Pôle santé société**
 - Délocalisation du planning familial et création d'un centre de santé sexuelle, déplacement de l'imprimerie
-  **Développer les consultations externes et UCA**

Aménagement de locaux pour développer l'activité de dermatologie, un centre de prélèvements pour le laboratoire et les consultations d'ophtalmologie
-  **Regrouper les CMP sur site principal**
 - Aménager le bâtiment de psychiatrie pour regrouper les consultations médico-psychologiques
- Aménager un nouvel Internat : favoriser l'attractivité des personnels médicaux**

ACTEURS MOBILISES

Trios de pôles
PCME
Directions fonctionnelles
Programmist

INDICATEURS

Suivi des plannings
Suivi du SDI
Suivi du PPI

DOMAINE : **PATRIMOINE**

Gestion de la ressource patrimoniale



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :

- Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).
- Circulaire du 21 mai 2015 sur la mise en accessibilité des ERP, transports publics, bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées
- Avis défavorable commission de sécurité incendie : courrier Préfète demande de mise aux normes

Enjeux :

- La mise aux normes des infrastructures : sécurité incendie, accessibilité des bâtiments pour les PMR
- Assurer une traçabilité et un suivi des maintenances préventives et curatives
- Etablir une base de données numérique

PERIMETRE

Travaux
Sécurité
Investissement
Exploitation

COORDINATION

DATL

ACTEURS MOBILISES

Responsable sécurité
Préfecture
Service communication
DAFC

DESCRIPTION DES PROJETS

Mettre aux normes incendie l'ensemble du patrimoine hospitalier

- Travaux de mise en sécurité du bâtiment U de psychiatrie (en lien avec le regroupement des CMP)
- Isolement ou reclassement du pavillon Voisin

Poursuivre les vérifications techniques et les contrôles réglementaires

- Améliorer le suivi des contrôles : organisation des visites, rapports, renseignement fiches HAS, exécution des travaux préconisés

Mettre en action les engagements de l'Agenda d'Accessibilité Programmé

- Travaux de Mise aux normes accessibilité
- Déménagement de structures extra-hospitalières

Mise à jour du plan de maintenance

- Maintenance préventive : dispositions réglementaires/préconisation des constructeurs
- Maintenance curative : révision des gammes de maintenance
- Intégration de la blanchisserie dans le plan de maintenance
- Marchés GHT : travail de définition des besoins pour faciliter la rédaction des CCTP
- Améliorer le suivi des bons Asset + : traçabilité et communication auprès des services

Prévoir des travaux d'entretien et de réparation

- Rénovation de la voirie du site principal
- Rénovation de la blanchisserie
- Remplacement des chaudières gaz de Capou
- Amélioration des éclairages extérieurs de Capou
- Rénovation de la morgue

Rénovation du système de barrières

Disposer du système building informations modeling (BIM)

- Elaborer une charte numérique pour la création de base de données et exploitation des bâtiments
- Mettre en œuvre le BIM sur les projets de construction neuve

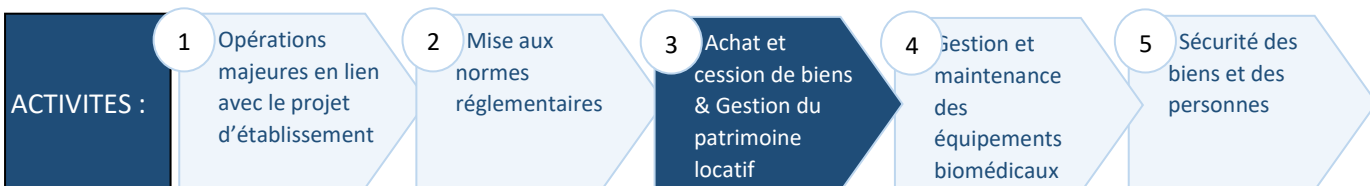
Etablir une charte graphique : signalétique

INDICATEURS

Suivi des réserves et recommandations
Suivi des dépenses
Suivi du PPI
Suivi des fiches HAS

DOMAINE : **PATRIMOINE**

Gestion de la ressource patrimoniale



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :

- Volet du SDI : valorisation patrimoniale

Enjeux :

- Financer le programme d'investissement immobilier
- Améliorer les coûts d'exploitation

PERIMETRE

Travaux
Finances

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS

Schéma Directeur Immobilier : valorisation patrimoniale

- Cession site Dr Alibert
- Cession site Montbeton
- Cession site MRCF
- Achat terrain Site Bardonis- Nouvel hôpital
- Achat terrain site Arsenal- EHPAD
- Etudes cessions : cour d'honneur, bâtiment principal

Etablir un état des lieux des activités extra-hospitalières

- Recherche de locaux adaptés pour les structures extra-hospitalières non conformes
- Faire un état des lieux et une analyse du parc immobilier au regard des activités extra-hospitalières
- Etudier l'acquisition de biens pour limiter le nombre de locations
- Suivi du contrat de bail avec Auchan

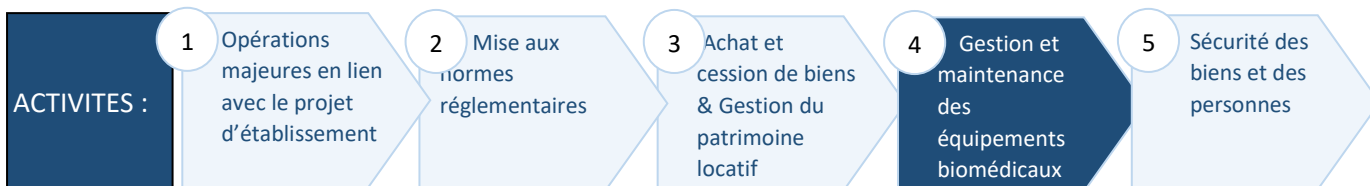
ACTEURS MOBILISES

Notaires
Propriétaires
Locataires
Mairie/Grand Montauban
DAFC
Consultant spécialisé
Trios de pôle psychiatrie

INDICATEURS

Suivi du PPI
Suivi des dépenses d'exploitation
Taux d'indexation : révision des loyers

DOMAINE : **PATRIMOINE**
Gestion de la ressource patrimoniale



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :
[Décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001](#) Décret sur l'obligation de maintenance et de contrôle qualité des dispositifs médicaux. [Mise au point de l'AFSSAPS sur la d'Octobre 2011](#)
[Décret 2018-1186 du 19 décembre 2018 portant sur la maintenance des DAE](#)
[Règlement \(UE\) 2017/745 du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux](#)

Enjeux :

- Respect des réglementations
- Sécurisation de l'utilisation des DM pour les professionnels et pour les patients avec garantie de la fiabilité des résultats
- Continuité d'activité grâce à la disponibilité des équipements

PERIMETRE

Maintenance biomédicale

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS

Uniformisation des pratiques et amélioration de la traçabilité

- Rédiger une procédure sur l'enregistrement en GMAO des interventions pour homogénéiser les pratiques
- Définir la conduite à tenir lors de la réforme des équipements : Cadrer et définir les pratiques, puis rédiger une procédure sur la revente, le don, l'envoi pour destruction ou la conservation des DM pour pièces ou back up.

Rédiger et valider le processus de gestion des prêts au sein du GHT et avec les établissements proches ou partenaires

Mise en conformité réglementaire sur les maintenances préventives obligatoires

- Réaliser 100% des maintenances préventives obligatoires

Finaliser la convergence des marchés de prestation et de maintenance biomédicale en GHT

ACTEURS MOBILISES

Biomédical
 Pharmacie
 Services techniques
 Informatique
 Membres GHT
 Tr. Ecologique

INDICATEURS

Nombre de DM en retard de maintenance préventive
 Nombre de DM valorisés chaque année
 Enquête de Satisfaction

DOMAINE : **PATRIMOINE**

Gestion de la ressource patrimoniale



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

PERIMETRE

Contexte :

- Le Centre Hospitalier de Montauban est un établissement public de santé qui dispose de plusieurs bâtiments classés en types et catégories différentes. A cet égard, ils sont soumis, en fonction de l'activité, à un certain nombre de dispositions générales et particulières en matière de sécurité incendie et de sûreté.
- Convention tripartite entre la préfecture, la mairie et l'hôpital
- PSE (plan de sécurisation de l'établissement)
- EIG (évènement indésirable grave)

Enjeux :

- Mettre en œuvre une politique de protection continue des biens et des personnes à travers les instructions des pouvoirs publics (plan vigipirate, directives nationales de sécurité, préconisations du plan blanc, plan de continuité d'activité...)
- Améliorer la PEC des situations de violence importée

Sécurité incendie
Sûreté

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS





ACTEURS MOBILISES

- Consolider la gestion du risque incendie et de la sûreté**
 - Développer la culture du risque incendie et de la sûreté grâce à des formations spécifiques et des exercices de simulation
- Mettre en place des mesures générales liées à la protection continue de l'établissement**
 - Déposer un dossier d'appel à projet pour le financement d'équipements : agrandissement du parc de vidéosurveillance
 - Renforcer l'équipe de sécurité : binôme lors des rondes
 - Actualiser le CCTP lors du changement de marché
 - Etablir des fiches réflexes avec les différentes entités publiques : maison d'arrêt, gendarmerie, police nationale, tribunal
- Améliorer la sécurisation des biens des patients**
 - Disposer de coffre-fort individuel dans les chambres

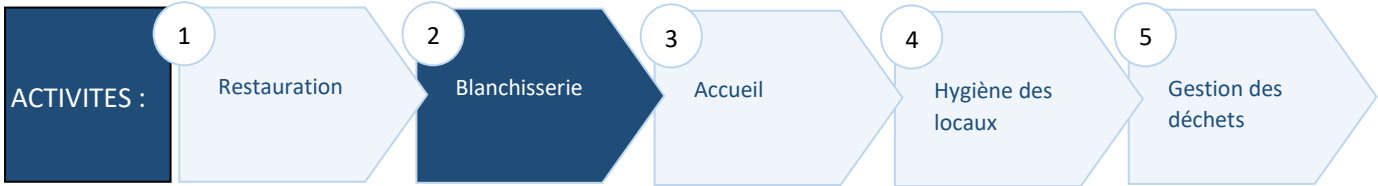
Sécurité
Formation continue
Direction des soins, de la qualité et gestion des risques
Travaux
Services Techniques
Vaguemestre

INDICATEURS

Nombre de personnes formées
Avis de la Commission de Sécurité
Suivi du PPI
Suivi des fiches HAS
Nombre de fiches réflexes

DOMAINE : PRESTATIONS D'ACCUEIL, DE SERVICE ET D'HOTELLERIE	
ACTIVITES : <ol style="list-style-type: none"> 1 Restauration 2 Blanchisserie 3 Accueil 4 Hygiène des locaux 5 Gestion des déchets 	
CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX	
<p>CONTEXTE : Loi EGALIM du 30 octobre 2018 : « pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous » Décret n°2019-351 du 23 avril 2019 : A compter du 1er janvier 2022, la restauration collective publique doit intégrer dans les repas, 50% de denrées alimentaires de qualité et durables dont au minimum 20 % de produits issus de l'agriculture biologique en valeur € HT Ordonnance du 21 octobre 2019 : Lutte contre le gaspillage alimentaire</p> <p>ENJEUX : Diminuer le pourcentage de patients dénutris/ Lutter contre le gaspillage alimentaire/ Proposer des échanges réguliers entre les professionnels de santé et les agents hôteliers/ satisfaire les attentes en matière d'alimentation et d'hôtellerie en maîtrisant le coût du repas</p>	<p>PERIMETRE</p> <p>Restauration en régie</p>
	<p>COORDINATION</p> <p>DATL</p>
DESCRIPTION DES PROJETS	
<p> Développer l'achat de denrées alimentaires de qualités et durables dans les approvisionnements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer nos techniques d'achat et financer le surcoût d'un approvisionnement local - Favoriser les menus permettant de réduire l'émission de gaz à effet de serre (GES) (produits de saison et circuit court, recettes faits maison) - Communiquer avec les familles et les résidents <p> Limiter le gaspillage alimentaire en construisant une offre adaptée et garantissant une qualité nutritionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le gaspillage alimentaire - Mettre en œuvre un plan alimentaire et des menus adaptés aux différentes typologie de patients (Hébergement et offre complémentaire « Dîner à 3 composants », Courts séjours et mise en place d'une « carte restauration », création de recettes végétariennes) - Adapter les organisations de production et de distribution en prenant en compte les variations de nature et de volume des prestations alimentaires (Psychiatrie et diminution des barquettes plastiques, utilisation de techniques de cuisson différentes) - Développer des partenariats afin de réaliser des dons alimentaires concernant les surplus de production. <p></p> <p> Evaluer la satisfaction des patients et des usagers</p>	<p>ACTEURS MOBILISES</p> <p>Restauration</p> <p>Diététique</p> <p>Services économiques</p> <p>CLAN</p> <p>DSQGR</p>
	<p>INDICATEURS</p> <p>Nombre de références de denrées de qualité et durables</p> <p>Quantités jetées par patient/repas</p> <p>Nombre de déjeuners qualité/an</p> <p>Apport nutritionnel consommé/repas</p> <p>Satisfaction globale</p>

DOMAINE : PRESTATIONS D'ACCUEIL, DE SERVICE ET D'HOTELLERIE



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEU

Contexte :
L'activité concernant la gestion du linge a pour mission de supprimer tout risque infectieux transmissible par le textile et d'assurer le confort des patients et résidents. La Blanchisserie Inter hospitalière fournit le linge nécessaire aux patients et aux professionnels de différentes structures sur la région Tarn et Garonne. Elle prend ainsi en charge la réception et le tri du linge sale, son lavage et séchage, son stockage ainsi que la préparation du linge propre et son expédition.

Enjeux:
*Approvisionner les services de soins à la hauteur de leur besoin tout en maintenant la qualité microbiologique du linge
 Fonctionner par périmètre de prestation en proposant plusieurs niveaux de service*




PERIMETRE

Linge hôtelier
 Les tenues professionnelles
 Linge des résidents

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS






-  **Moderniser la fonction linge des résidents:** Mise en place d'une traçabilité du linge résident avec un tri au porteur
- Répondre aux besoins de confort des patients et garantir l'identification des différents professionnels et leur rôle pour une meilleure compréhension par les usagers**
-  **Evaluer la satisfaction des patients, des professionnels de santé et des partenaires**
-  **Etude d'opportunité des modes de gestion du linge (traitement, traçabilité et distribution)**

ACTEURS MOBILISES

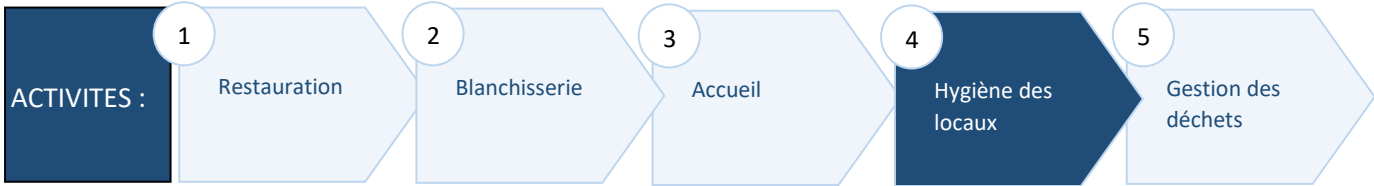
Services économiques
 Blanchisserie EOHH
 Services de soins
 Clients
 Etablissements GHT

INDICATEURS

Déploiement du projet de modernisation fonction linge des résidents
 Taux de conformité prélèvements bactériologiques
 Satisfaction globale

DOMAINE : PRESATIONS D'ACCUEIL, DE SERVICE ET D'HOTELLERIE					
ACTIVITES :	1 Restauration	2 Blanchisserie	3 Accueil	4 Hygiène des locaux	5 Gestion des déchets
CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX				PERIMETRE	
<p>Contexte : <i>Usagers : mise à disposition d'un espace de restauration et de boutiques dans le cadre d'une concession de service sur la période 2021-2029</i> <i>Valorisation des extérieurs/ espaces verts</i> <i>Professionnels : mise à disposition de logements à destination des internes et des médecins remplaçants.</i> <i>Difficultés pour les patients, les visiteurs et le personnel de stationner sur le site principal</i></p> <p>Enjeux : <i>Améliorer l'attractivité et l'image d'accueil de l'établissement auprès des professionnels et des usagers</i> <i>Développer des méthodes d'entretien naturel, favoriser la biodiversité, participer à la transformation écologique</i> <i>Faciliter l'accessibilité/ Améliorer le stationnement sur le site principal/ Lutter contre le stationnement résidentiel / Promouvoir les mobilités douces</i></p>				Prestation de service : concession Espaces verts Internat/ gestion des locaux Stationnement	
				COORDINATION	
				DATL	
DESCRIPTION DES PROJETS				ACTEURS MOBILISES	
 <p>Améliorer l'offre multimédia : dédoublement des TV dans les chambres double. Développer l'offre de conciergerie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un service de retrait de paniers de fruits et légumes, locaux et de saison. - Mise en place du Room-service pour livrer les achats effectués en ligne de produits de la boutique (lecture, presse, hygiène, cadeaux...) <p>Adapter l'offre lors de l'évaluation des besoins dans le cadre du projet social (enquête QVT 2022) Renforcer l'offre cafeteria d'après l'enquête satisfaction menée par notre prestataire</p>  <p>Poursuivre la mise en place de méthode d'entretien naturel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'éco pâturage (projet de transformation écologique) en lien avec des services de psychiatrie <p>Favoriser la biodiversité (projet de transformation écologique):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudier la mise en place de ruches - Convertir certains terrains en jachère fleurie (plantes mellifères) <p>Développer de nouvelles compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudier la possibilité de gérer en internes les déchets et bio déchets par la mise en place d'une plateforme de compostage.  <p>Etablir un état des lieux des chambres et studios, les travaux et les équipements nécessaires. Nommer un référent technique pour créer du lien avec les professionnels de santé et la DAMCOR. Simplifier le circuit des réservations Améliorer l'environnement d'accueil en réalisant l'achat de mobiliers Formaliser des états des lieux entrants/sortants et l'évaluation de la qualité de la prestation.</p>  <p>Identifier les parkings (<i>plan de stationnement, panneaux</i>) Renouveler le système de gestion d'accès des parkings Créer des places réservées aux véhicules propres et au co voiturage (<i>Rattachement au volet PROJET TRANSFORMATION ECOLOGIQUE</i>) Favoriser l'utilisation du vélo en remplaçant des systèmes d'accroches plus sécurisés et en créant des locaux supplémentaires (<i>Rattachement au volet PROJET TRANSFORMATION ECOLOGIQUE</i>)</p>  <p>Sécuriser la circulation des piétons Améliorer et sécuriser le système de téléphonie : gestion des appels du standard</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement de l'autocom 				Services environnement déménagement espaces verts DAM DASQGR Communauté hospitalière Usagers Prestataire Standard	
				INDICATEURS	
				Enquête de satisfaction Suivi du PPI Taux d'occupation Mise à jour du plan de stationnement	

DOMAINE : PRESTATIONS D'ACCUEIL, DE SERVICE ET D'HOTELLERIE



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :
 L'hygiène des locaux est assurée par un prestataire de services pour les locaux communs, tertiaires et destinés aux consultations déportées. Cette prestation est encadrée par un marché couvrant la période 2021-2025 et qui définit les objectifs et résultats attendus pour chacune des unités entrevues (contrat de services).

Enjeux :
 L'objectif principal au-delà de l'aspect financier est d'obtenir une qualité de prestation constante et pérenne.

PERIMETRE

Marché prestation de bio nettoyage

COORDINATION

DATL

DESCRIPTION DES PROJETS

- Développer** les contrôles internes à partir de fiches standardisées
- Introduire** des méthodes d'entretien à moindre impact environnemental
- Renforcer** la synergie des professionnels en charge de l'hygiène pour une standardisation des procédures et de l'utilisation des produits
- Evaluer** annuellement du prestataire par rapport aux objectifs et attendus du marché pour apporter les corrections nécessaire et préparer la remise en concurrence

ACTEURS MOBILISES

EOHH
 DSQGR
 CLIN

INDICATEURS

Nombre de m2 concédé
 Nombre de contrôles internes réalisés
 Taux de conformité des contrôles
 Nombres de formations/agents
 Suivi des EI/pénalités

DOMAINE : PRESTATIONS D'ACCUEIL, DE SERVICE ET D'HOTELLERIE



CONTEXTE ET OBJECTIFS /ENJEUX

Contexte :
 Le contexte réglementaire concernant la gestion des déchets est dense. On peut noter récemment la mise en place de nouvelles réglementations comme la loi AGECE (Anti Gaspillage pour une Economie Circulaire). Concernant l'élimination des DASRI, la fermeture de la ligne d'incinération pour ces déchets sur l'incinérateur de Montauban, a changé le paysage des sites d'élimination disponibles en Occitanie. Cette nouvelle donne sera déterminante dans les réponses techniques, logistiques et économiques qui seront apportées au futur marché de collecte et d'élimination des DASRI.

Enjeux :
 Réduire le volume de déchets produits à la source/Réduire le volume de DASRI/Mettre en place des filières de valorisation/recyclage viables et responsables


PERIMETRE

Ensemble des déchets produits

COORDINATION

DATL


DESCRIPTION DES PROJETS

 **Mise en place des nouvelles consignes de tri DASNoD/DASRI**

Co-piloter avec le GCS-ASO le renouvellement du marché régional de collecte des DASRI (2024-2028)

Réduire la production de déchets à la source (projet de transformation écologique):

- Remplacement des fontaines bonbonnes par des fontaines réseau et mise en place de fontaines à eau gazéifiée

 **Etendre et développer de nouvelles filières de recyclage/valorisation** (projet de transformation écologique):

- Valorisation des bios déchets du self
- Etendre la filière de recyclage des papiers aux secrétariats médicaux

ACTEURS MOBILISES

Service environnement
 SLC
 Restauration
 Unités de soins

INDICATEURS

Tonnage DASRI/DASNoD
 Déchets non produits
 Nombre de filières déchets
 Suivi des dépenses

PROJET MEDICAL CANCEROLOGIE 2022/26

1^{er} objectif

Formaliser un projet médical pour la cancérologie dans le cadre du projet d'établissement 2022-26. Le projet doit permettre de poursuivre la progression de la position du CH de Montauban dans la réponse aux besoins de santé de la population. Il doit également favoriser l'attractivité des praticiens.

Projet médical pour la cancérologie dans le cadre du projet d'établissement 2022-26
Le projet doit permettre de poursuivre la progression de la position du CH de Montauban dans la réponse aux besoins de santé de la population. Il doit également favoriser l'attractivité des praticiens.

Le projet d'établissement en cours de rédaction 2022-2026 établit l'oncologie comme un axe transversal. Réunions 3C organisées avec chacun des correspondants : hématologie, pneumologie, chirurgie digestive, chirurgie gynécologique, oncogériatrie. Parallèlement, nous évaluons l'impact des réformes sur les autorisations en cancérologie pour chaque discipline. (JO 26/04/2022)

Puis nous évoquons le projet d'oncologie dans sa propre transversalité (3C ; qualité ; soins de supports).

Oncologie médicale : autorisation « traitements médicaux systémiques du cancer »

La réforme des autorisations en cancérologie n'aura pas d'impact sur l'activité actuelle. Le nombre d'interventions requises passe de 80 à 100 dont 65 en HDJ (50 précédemment) (mention A). Le CHM est largement au-dessus des seuils avec 416 patients sous chimiothérapie dont 394 en ambulatoire.

Chimiothérapie	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Chimiothérapies	2430	2345	2591	2758	3142	3285
Nombre de patients en chimiothérapie	277	274	301	307	345	416
Dont nombre de patients en ambulatoire	250	257	281	294	331	394

L'autorisation pour prescrire des chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours correspond à la mention B. Elle nécessite une astreinte de médecin qualifié en onco hématologie avec l'expérience de la prise en charge des aplasies longues. Ce n'est pas à l'ordre du jour.

Hématologie

Le projet régional de santé objective la nécessité de renforcer les sites d'équilibre en onco-hématologie. Le projet du CHM est de constituer un binôme d'hématologues pour pérenniser cette activité et accompagner la demande croissante sur le plan qualitatif et quantitatif de cette discipline. Ce projet est soutenu par l'équipe référente du CHU. Une ouverture de poste de PH a été octroyée à la conduite de ce projet : Dr Branco Benoit.

« Monopole départemental » : Départ du dr Hess de la clinique du Pont de Chaumes aboutissant à augmentation significative du recrutement à court terme dès 11/2021. Son activité était chiffrée à 400 séjours en 2019 (notre activité = 861) pour patients habitant le département.

Axes de travail-projet hématologie :

- Augmenter expertise locale : lymphomes cérébraux, suivi ambulatoire post autogreffe-HAD, relai prise en charge leucémie aigue myéloïde induite en centre de référence
- HAD : augmenter les molécules éligibles à l'administration à domicile : Daratumumab ? (poster SFH)
- Territoire : Moissac : poursuite consultation avancée
- Soins de supports : activité physique (projet global oncologie)
- Liens avec infectiologie : avis, prise en charge partagée, immunodépression
- Agrément internes-assistant partagé-docteur junior
- Innovation thérapeutique-recherche clinique : axe fort avec l'IUC

Coordination parcours complexes (carT cell, autogreffes, allogreffes) (projet global oncologie recrutement IDE thérapies ciblées chimiothérapies orales + coordination parcours complexes)

Consultations	2017	2018	2019	2020	2021
Consultations Hématologie :	742	724	643	627	1095

Chimiothérapie	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients en chimiothérapie	274	301	307	345	416
Dont nombre de patients pour hémopathies malignes	86	115	114	104	155
Evolution en % hématologie	31%	38%	37%	30%	37%

L'évolution du nombre de consultations et du nombre de patients sous chimiothérapie est importante.

Il faudra envisager le recrutement d'un 3^{ème} hématologue au vu de la croissance rapide quantitative et qualitative de cette activité. Délai ? 3 ans ?

Pneumologie

Le projet « oncologie thoracique » vise à accompagner l'augmentation exponentielle de l'activité.

-Pas d'amélioration de la situation à CAHORS.

-Echoendoscopies.

-Mini-sonde.

-Augmenter la place au bloc opératoire. Actuellement les patients doivent être hospitalisés pour pouvoir bénéficier de créneaux d'urgence.

-Renforcer les soins de support en particulier la psychologue malgré l'apport récent de Mélanie COLLOT.

-Développer la recherche clinique.

-Réflexion en cours sur les soins palliatifs, en fonction de la création ou non d'une Unité de soins palliatifs.

Point sur la pharmacie

La forte augmentation de l'activité de chimiothérapie (portée par l'hématologie et la pneumologie) a un impact important sur la pharmacie en particulier dans son rôle de « fabrication » des chimiothérapies mais également sur le temps pharmacien (consultation de conciliation médicamenteuse, participation aux RCP, complexité des protocoles, nouvelles molécules). L'adéquation des moyens humains à l'augmentation d'activité doit être revue : temps pharmacien et temps préparateurs à augmenter.

Chirurgie digestive oncologique

Pour la chirurgie carcinologique digestive la réforme ne devrait pas impacter l'activité du CHM. Le nombre d'interventions reste à 30 (mention A1) essentiellement pour le colon ; mais pour poursuivre la chirurgie rectale il faudra le spécifier et justifier de 5 interventions (mention B1) ce qui est déjà le cas actuellement.

<u>Chirurgie des cancers pour les pathologies digestives</u>					
	2017	2018	2019	2020	2021
Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires) : 30 interventions	54	39	50	44	41

Les difficultés actuelles de recrutement de patients sont essentiellement dues aux difficultés concernant l'équipe médicale de gastro-entérologie. La diminution des actes d'endoscopie entraîne mathématiquement moins de diagnostics de cancers coliques précoces.

Ainsi les axes de travail sont essentiellement axés sur la qualité et la RMM :

- Création d'un document PPAC pour la surveillance alternée. Proposition de faire créer un codage par le Docteur ABBALLE pour pouvoir tracer cette remise.
- Ré évaluation des délais de prise en charge avec le service qualité :
 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante quand elle est indiquée, qui sera réalisé par les oncologues.
 - Délai entre la coloscopie diagnostique et la prise en charge chirurgicale sera réalisé par les chirurgiens.
Ceci concernant les patients opérés en 2021.
 - Les deux équipes oncologie et chirurgie digestive souhaitent mettre en place une RMM commune sur les ports à cath. Critères d'analyses : cause de dépose de port à cath et un suivi annuel de ce paramètre et de l'analyse des causes dans le but d'améliorer les pratiques.

Chirurgie carcinologique du sein

La réforme des autorisations en cancérologie fait passer le seuil d'actes minimum de 30 à 70. La dérogation au respect de cette activité minimale est de 2 ans. A l'heure actuelle il apparaît impossible d'atteindre ce seuil à court terme.

Chirurgie des cancers pour les pathologies mammaires					
	2017	2018	2019	2020	2021
Pathologies mammaires (tumeurs du sein) : 30	2	17	31	21	37

Cette élévation de plus de 100% du seuil fait poser question car comme le CHM, nombre d'établissements publics ne pourront pas prétendre à une activité de 70 chirurgies du sein par an. Sachant que les centres experts qui concentrent le maximum de cas sont déjà débordés avec des délais de prise en charge qui se rallongent l'application de ce seuil sera très difficile à mettre en place.

Oncogériatrie

« Le titulaire de l'autorisation accomplit les diligences nécessaires afin de proposer un traitement aux patients âgés à risque ou en perte d'autonomie atteints de cancer. »

L'évaluation gériatrique doit être assurée, ce qui n'est plus le cas depuis fin 2020 suite au départ d'un praticien.

	2017	2018	2019	2020	2021
Consultations d'oncogériatrie	111	75	87	35	5

Le recrutement d'un praticien hospitalier gériatre « partagé » entre l'oncologie et la gériatrie est une proposition de projet retenu par les 2 parties. (30/70 - 40/60 ?)

L'oncologie dans sa propre transversalité au sein de l'établissement-projet Le 3C

C'est le symbole de cette transversalité en organisant la RCP ; les soins de support ; l'accès à la recherche clinique ; la qualité ; la RMM,...

Le constat est fait d'un manque de moyens humains pour le 3C et en particulier de moyens propres : Déficit de temps de qualicien et de cadre infirmier dédié. (Le Ch de Brive dispose d'un temps plein de qualicien pour le 3C ; le CHM : 10 %)

Projet d'un cadre de santé en charge du 3C en binôme avec médecin responsable. Cadre avec « autorité » transversale sur tous les services avec activité d'oncologie (onco hémato ; pneumologie ; chirurgie digestive et sénologique mais aussi laboratoire, radiologie, urgences, ...) pour assurer l'uniformité de la prise en charge, de la coordination des soins de supports, du dispositif d'annonce au sein de l'établissement.

Cadre commun services oncologie H24 et ambulatoire + 3C

Cadre commun pour le 3C, le service d'hospitalisation d'oncologie et l'unité d'oncologie ambulatoire pour renforcer équipe IDE spécialisée en oncologie en lourd déficit actuellement, harmonisation des pratiques pour les mêmes patients.

Spécificité de l'équipe infirmière d'oncologie à renforcer.

Les spécificités des infirmières sont diluées par les organisations actuelles tant au niveau de l'AGO qu'au niveau de l'UMA. On propose que les infirmières d'oncologie aient chacune un thème à développer : annonce, soins de support, coaching, chimiothérapie orale, chimiothérapie intraveineuse, soins palliatifs, douleurs avec un projet personnalisé de formation. Un cadre commun aux deux unités pourrait mieux intervenir sur cet axe de formation en centralisant les informations sur les IDE et leurs projets de carrière.

Coordination soins de support en UMA-création GHS intermédiaire

La gradation des prises en charge en ambulatoire dans les établissements autorisés permet la facturation d'une prise en charge tripartite en hôpital de jour sous la forme d'un GHS intermédiaire.

Pour cela plusieurs conditions sont à prendre en compte comme la nécessité de faire les 3 consultations le même jour, sur une même unité de facturation et de tracer cette consultation dans les DPI.

Cela permettrait une forte augmentation de l'activité en secteur ambulatoire avec des recettes liées au GHS intermédiaire.

Une IDE coordinatrice est nécessaire (projet recrutement IDE chimiothérapie orale et coordination soins de support)

Création de poste pour infirmière spécialisée en chimiothérapie orale

Charlotte CHAMBONNET IDE diplômée en coaching chimiothérapie orale souhaite rester sur l'établissement pour développer ses compétences. Projet d'IPA pas forcément à prioriser pour tout de suite.

On s'accorde pour créer une fiche de poste incluant le coaching des patients sous chimiothérapie orale, la coordination des parcours complexes et avec, en ligne de mire la création en hospitalisation de jour d'une coordination soins de support pour les patients suivis en chimiothérapie orale (GHS intermédiaire source de recettes)

Projet : mi temps en 09/2022 équipe IDE à développer (2 ou 3 IDE)

Soins de support en APA en oncologie

La présence d'un enseignant en APA au sein du service d'oncologie est un réel progrès pour nos patients hospitalisés, pour la reprise de leur autonomie, la réadaptation à la marche et le réentrainement à l'effort.

Nous avons proposé, dans le rapport à l'activité d'oncologie en 2019, l'introduction d'un accompagnement physique adapté, ce qui a été concrétisé et quantifié :

	file active onco				
	2017	2018	2019	2020	2021
Intervention enseignant en APA (activité physique adaptée)			127	191	127

Projet : poursuite et renforcement des interventions de l'enseignant en APA sur place dans le service, ET développer une passerelle avec l'activité physique en ambulatoire pour permettre ainsi au patient suivi en chimiothérapie ambulatoire, une consultation de conseils en activité physique en vue de développer cette activité avec les structures déjà existantes. (GHS soins de supports en UMA)

Oncogénétique

Projet d'une consultation d'oncogénétique sur le CHM. Dr Staub

2^{ème} objectif

Assurer la coordination médicale de l'Unité AGO (addictologie/gastroentérologie/oncologie/diabétologie)

L'unité AGO regroupe les services d'addictologie, gastro-entérologie et oncologie. Elle comporte 26 lits au total.

Cette unité héberge également la diabétologie avec une activité d'éducation thérapeutique.

J'en ai assuré la coordination médicale par ma participation aux bureaux de pôle ; la tenue de réunions d'organisation interne au service inhérent à la continuité des soins, l'organisation des astreintes, l'accueil des internes et la mise à jour des autorisations universitaires.

3^{ème} objectif

Poursuivre le développement de l'activité d'hospitalisation de jour en oncologie

L'activité d'hospitalisation de jour en oncologie a été restructurée en 2020 dans le cadre du projet de création de l'unité de médecine ambulatoire (UMA). Les chimiothérapies du service de pneumologie y sont depuis réalisées. On observe la poursuite d'une forte progression d'activité en particulier entre 2021 et 2022

2017	2018	2019	2020	2021	2022
chimio en HDJ					
1998	2162	2221	2919	3154	4260
215	237	256	325	399	454

4^{ème} objectif

Maintenir et développer l'activité d'hématologie

L'activité d'hématologie est maintenue et développée en 2022. C'est un axe prioritaire du PRS.

CONSULTATIONS 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consultations Hématologie :	742	724	643	627	1095	1127

Cette activité est en forte progression comme en témoigne le nombre de consultations dédiées et le nombre de patients ayant une chimiothérapie.

L'hématologie représente une activité importante de chimiothérapie. 40 % des patients suivis pour chimiothérapie intra veineuse sont porteurs d'une hémopathie maligne.

<u>Chimiothérapie</u>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de patients en chimiothérapie	274	301	307	345	416	462
Dont nombre de patients pour hémopathies malignes	86	115	114	104	155	191

En 2022 239 dossiers ont été présentés en RCP de recours d'hématologie (210 en 2021 ; 150 en 2019 ; 162 en 2020) (données ONCO OCCITANIE)

Leucémie aigüe-myélodysplasie 36 dossiers présentés en 2022 (31 en 2021 ; 28 en 2019 ; 19 en 2020)

Leucémies lymphomes 126 dossiers présentés en 2022 (106 en 2021 ; 63 en 2019 ; 64 en 2020)

Myélome 56 dossiers présentés en 2022 (43 en 2021 ; 33 en 2019 ; 46 en 2020)

Syndromes myéloprolifératifs 15 dossiers présentés en 2022 (25 en 2021 ; 24 en 2019 et en 2020)

5^{ème} objectif

Maintenir et développer le suivi des chimiothérapies orales

Nouvelle méthode de calcul en 2022 (Me Corne) à partir des prescriptions des médicaments via les ordonnances de sortie permettant une meilleure évaluation de la file active ; Cela explique leur nette majoration en association à une augmentation d'activité.

	2018	2019	2020	2021
File Active	209	227	230	225
dont nouveaux cas	91	80	80	61
nb total de consultations	360	433	422	393
dont hémato	255	292	287	279
dont onco	105	141	135	114

	2022
File Active	303
dont nouveaux cas	118
nb total de consultation	510
dont onco-hémato	407
dont gynéco	61
dont Pneumo	42

Médicaments prescrits- nombre de patients
En gras molécules hématologie

8 premiers caractères du médicament:	Nb de patient
ACALABRU	7
ANAGRELI	5
CABOZANT	1
CAPECITA	2
DASATINI	2
ELTROMBO	7
EXEMESTA	4
HYDROXYC	72
IBRUTINI	25
IDELALIS	2
IDHIFA 1	1
IMATINIB	22
IXAZOMIB	1
LENALIDO	33
LETROZOL	60
NILOTINI	3
NIRAPARI	3
OLAPARIB	2
PALBOCIC	3
PAZOPANI	1
PIPOBROM	3
POMALIDO	7
REGORAFE	2
RUXOLITI	6
SUNITINI	1
TAMOXIFE	19
TRIFLURI	1
VENETOCL	5

6 ème objectif

Maintenir la pluridisciplinarité, l'organisation RCP d'oncologie générale (objectifs supérieurs à 40/an)

Selon le rapport d'activité d'ONCO OCCITANIE 2022

50 réunions RCP réalisées sur le CH en 2022 (51 en 2021 ; 50 en 2019 et 2020)

Le quorum est atteint dans 100% des RCP.

Nombre moyen de participants = 7.39 en 2022 (7.16 en 2021 ; 6.8 en 2020)

652 fiches RCP présentées à Montauban (594 en 2021 ; 626 en 2020 ; 675 en 2019)

403 patients distincts (372 en 2021 ; 360 en 2020 ; 378 en 2019)

220 nouveaux cas (222 en 2021 ; 198 en 2020 ; 234 en 2019)

Répartition par organe fiches RCP présentées à Montauban 2022

Thoracique 239 en 2022 (218 en 2021 ; 203 en 2020 ; 134 en 2019)

Digestif 183 en 2022 (165 en 2021 ; 230 en 2020 ; 262 en 2019)

Sénologie 136 en 2022 (111 en 2021 ; 87 en 2020 ; 114 en 2019)

Gynécologie 46 en 2022 (42 en 2021 ; 45 en 2020 ; 71 en 2019)

Primitif inconnu 15 en 2022 (23 en 2021 ; 33 en 2020 ; 44 en 2019)

Commentaires : La RCP hebdomadaire maintient une activité soutenue variée et pluridisciplinaire.

7 ème objectif

Maintenir la collaboration avec le Centre de référence CHU- IUC (file active de patients adressés pour la recherche clinique, l'oncogénétique, les RCP de recours)

La collaboration entre le CH de Montauban et les centres de référence CHU et IUC est effective et témoigne d'un maillage efficace au niveau régional. L'accueil d'un assistant partagé en hématologie, des internes de spécialité témoigne de la bonne collaboration entre le CH et le centre de référence.

En 2022 431 dossiers ont été présentés en RCP de recours. (source ONCO OCCITANIE)

Répartition par organe fiches RCP présentées par Montauban en RCP de recours 2022

Hématologie 239 en 2022 (210 en 2021 ; 162 en 2020 ; 150 en 2019)

Digestif 50 en 2022 (65 en 2021 ; 74 en 2020 ; 95 en 2019)

Thoracique 87 en 2022 (50 en 2021 ; 48 en 2020 ; 39 en 2019)

Sénologie 3 en 2022 (2 en 2021 ; 2 en 2020 ; 7 en 2019)

Gynécologie 26 en 2022 (31 en 2021 ; 16 en 2020 ; 34 en 2019)

Recherche clinique 2022

Plusieurs essais cliniques sont ouverts

- IROCAS : 1 patient inclus en 2022 (4 patients en suivi)
- PIONEER : 1 patient en suivi (2 DCD) – fermé aux inclusions décembre 2022

- Mise en place d'une étude évaluant l'impact de la crise sanitaire sur les stades de cancer diagnostiqué (convention signée juillet 2021) : 0 patients en 2022
- « **Modélisation quantitative et apprentissage statistique pour la compréhension et la prédiction de la résistance aux inhibiteurs de checkpoint immunitaire dans le cancer bronchique non à petites cellules (QUANTIC)** » coordonnée par l'Inria d'Université Côte d'Azur. : **Idem patients PIONEER** : 1 patient en suivi (2 DCD) – récupération des données des 3 patients en 2022
- Registre CARMEN : pas de patient inclus en 2022

D'autres n'ont pas pu l'être ou sont en attente :

- Essai SIGHES : non ouvert (par manque de patientes sous traitement) de l'étude
- PRODIGE- CCRM Projet FUDOSE (non ouvert – pas de convention signée)
- projet ODH d'entrepôt de données de santé à des fins de recherche en oncologie : Non ouvert : cause, manque d'informaticien
- Etude FRACTION : fermée en 2022
- VAMOS Myélome (2023 ?) – en attente signature convention

En 2022 l'éligibilité à un essai clinique a été discutée pour 3.78 % des nouveaux patients (cet indicateur est à 1.75 % pour l'ensemble de la région).

L'oncogénétique est un axe prioritaire du PRS. Le Dr Staub Anne détentrice du DU d'oncogénétique, réalise une vacation par semaine d'oncogénétique à l'IUC. Le GHT fournit ainsi sa contribution pour l'oncogénétique au niveau régional. Par ailleurs Dr Staub apporte son expertise au niveau local. Le projet d'une consultation d'oncogénétique sur le CH est en cours de discussion avec l'équipe régionale d'oncogénétique. (réunion IUC Pr Delord 8/2/23)

8 ème objectif

Maintenir la collaboration territoriale avec l'articulation CHIC de MOISSAC (maintien d'une consultation avancée, collaboration onco-gériatrique, coordination soins de support)

La collaboration territoriale avec le CHIC de Moissac est effective.

La consultation avancée au CH de Moissac d'onco-hématologie est maintenue le vendredi matin mais elle a dû être suspendue depuis septembre 2021 suite à mon incapacité temporaire à conduire et l'arrêt de travail prolongé du Dr Staub puis du Dr Dumont. Les patients ont été vus sur les mêmes créneaux horaires sur le CHM pour éviter toute perte de suivi.

La coordination des soins de support est réalisée par les médecins référents du patient en concertation avec l'équipe d'onco-hématologie. Les évaluations oncogériatriques sont réalisées sur le CH de Moissac par les praticiens formés sur proposition de la RCP pour une décision personnalisée et adaptée au patient et à son environnement.

La réflexion sur l'organisation des soins sur le GHT est active avec nombreux entretiens dédiés à ce sujet entre les praticiens et les administrations.

La convention avec l'HAD est effective ; le CH de Moissac étant site associé de chimiothérapie ; l'HAD délivre les chimiothérapies sous cutanées à domicile (VELCADE – VIDAZA) et l'Aracytine.

9 ème objectif

Promouvoir et mettre en œuvre une démarche qualité au sein de l'Unité AGO et de l'hospitalisation de jour

Actions transversales et spécifiques :

En 2022, la campagne de recueil des **indicateurs IQSS** (indicateurs qualité et sécurité des soins) relatifs aux audits de dossiers patients sur l'ensemble des secteurs a été réalisée au sein de l'établissement sur les thématiques définies par la HAS.

Plusieurs secteurs de l'établissement ont été concernés par ce recueil notamment le secteur MCO avec le recueil des indicateurs suivants :

- Tenue du dossier patient en MCO :
 - Qualité de la lettre de liaison.
 - Evaluation et prise en charge de la douleur.

En parallèle, le dispositif E-SATIS en MCO s'est poursuivi en 2022.

Les résultats de ces indicateurs seront publiés prochainement sur le site de la HAS et feront l'objet d'une diffusion interne.

Concernant le dispositif E-SATIS, l'établissement a fait le choix de diffuser, à compter de septembre 2022, aux responsables de chaque unité les commentaires exprimés par les patients à travers ce dispositif afin qu'ils sont diffusés et discutés en équipe.

Concernant le **recueil de la satisfaction des patients**, plusieurs outils sont en place et ont été déployés en 2022 :

- Le questionnaire de satisfaction (de sortie) distribué avec le livret d'accueil et donné à chaque patient hospitalisé = 1 questionnaire de sortie retournés sur l'AGO-Onco en 2022,
- Le questionnaire de satisfaction mis en place depuis août 2021 sur l'UMA. 26 questionnaires ont été retournés en 2022.
- Le questionnaire permettant de recueillir l'avis des patients sur le dispositif d'annonce. Cet outil est en place depuis 2023. 22 questionnaires ont été retournés en 2022
- En parallèle, une enquête de satisfaction spécifique sur la prestation restauration a été organisée en 2022 et a concerné les unités de l'AGO. Elle s'est déroulée un jour donné le 08/12/2022. 79 patients ont répondu au questionnaire dont 7 patients de l'AGO. Les résultats ont été analysés par le CLAN et vont donner lieu à la définition d'un plan d'action. Une communication sur les résultats et le plan d'action sera réalisée en interne.

Concernant le recueil de la satisfaction / des connaissances des professionnels :

- Une enquête a été réalisée en octobre-novembre 2022 afin d'évaluer le niveau de connaissance des professionnels sur les gestes d'urgence. L'AGO était concernée par cette enquête. Au total, 322 questionnaires ont été retournés dont des questionnaires des unités de l'AGO. Les résultats seront analysés en 2023 par le comité de suivi des urgences vitales intra hospitalières.
- Une enquête pour évaluer les connaissances des professionnels sur des thématiques relatives aux droits des patients (consentement aux soins, personne de confiance et directives anticipées) a été réalisée par des étudiants infirmiers de l'IFMS en mars 2022. Les professionnels de l'AGO ont été concernés.
- Une enquête de satisfaction a été réalisée en juin 2022 auprès du personnel fréquentant la restauration du personnel de l'établissement. Au total, 93 questionnaires ont été retournés. Les résultats ont été analysés par le CLAN et ont donné lieu à un plan d'action.

Un dispositif d'analyse des plaintes et des réclamations existe dans l'établissement depuis plusieurs années. Le suivi des plaintes est assuré par la CDU avec un relais auprès des unités concernées en cas de besoin.

Un **dispositif d'analyse des évènements indésirables** existe dans l'établissement depuis plusieurs années. Le suivi des signalements est assuré par le groupe de coordination des risques (GCRIS). Le GCRIS peut également, en concertation avec les unités concernées, proposer de réaliser des analyses de causes profondes suite au signalement d'un EIGS (évènement indésirable grave associé aux soins).

Un audit ciblé sur le matériel d'urgence présent dans le chariot / sac d'urgence des unités a été réalisé au cours du printemps 2022. Toutes les unités de l'établissement étaient concernées.

- L'établissement a poursuivi en 2022 l'organisation des temps qualité/risques dans les unités de soins/médico-techniques. Pour rappel, ce dispositif est en place depuis octobre 2021. Les thématiques développées en 2022 ont été les suivantes :
 - Janvier 2022 : Evaluation et prise en charge de la douleur : sur l'AGO, ce temps qualité a été organisé avec la participation de 7 professionnels.
 - Mars 2022 : Maltraitance ordinaire : sur l'AGO, ce temps qualité a été organisé avec la participation de 10 professionnels.
 - Avril 2022 : Identitovigilance. sur l'AGO, ce temps qualité a été organisé avec la participation de 13 professionnels.
 - Mai 2022 : Modalités de signalement :
 - Juin 2022 : Personne de confiance / Directives anticipées : sur l'AGO, ce temps qualité a été organisé avec la participation de 3 professionnels.
 - Septembre 2022 : Risque infectieux : sur l'AGO, ce temps qualité a été organisé avec la participation de 15 professionnels.
- Les unités qui ont mis en place ces temps qualité/risques ont défini des actions d'amélioration qui sont ensuite suivies dans le programme d'action de l'unité et du pôle.
- Enfin, chaque temps qualité/risques a fait l'objet d'une réunion préparatoire d'une heure avec l'encadrement soignant.
- Dans le cadre de la préparation à la visite de certification HAS de l'établissement, plusieurs actions ont été entreprises en 2022 notamment :
 - Formation d'un pool de professionnels à la méthode du patient : au total, 30 professionnels formés dont 1 sur l'AGO.
 - Réalisation de 20 patients traceurs dont 1 en addictologie.
 - Diffusion en octobre d'une grille d'observation, permettant de réaliser un état des lieux au sein de chaque unité dans différents domaines, à l'encadrement de toutes les unités en octobre 2022.

Coordination des 3C :

tenue, compte-rendu et suivi,

- **deux réunions internes par an**
- **une réunion territoriale par an (public/privé).**

Produire une fois par an un rapport d'activité du 3C ; politique annuelle du 3C (stratégie et plan d'action).

Plusieurs réunions internes ont été réalisées sous l'égide du 3C :

- pour coordination des soins de support (APA, oncoesthéticienne)
- organisation UMA
- pour discuter modalités du 3C

Réunions territoriales en lien avec :

- la Ligue
- le DAC
- l'oncopole.

Rapport d'activité 3C 2022

Activité clinique

Chimiothérapies

Consultations

Chirurgie

RCP

Dispositif d'annonce

Soins de support

Recours Recherche clinique

GHT

Chimiothérapies orales (+IDE coaching)

Hématologie

Oncopédiatrie

Qualité

Faits marquants 2022

Activité clinique

Chimiothérapies 2022

Activité clinique

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
chimio en HDJ						
Nombre de séances	1998	2162	2221	2919	3154	4260
nombre de patients distincts	215	237	256	325	399	454
chimio en Hospit traditionnelle oncologie						
Nombre de séances	163	153	117	101	135	149
nombre de patients distincts	100	88	73	66	83	96
chimio en pneumologie						
Nombre de séances	327	460	556	225	157	157
nombre de patients distincts	56	68	71	97	70	79
chimio en pédiatrie						
Nombre de séances	37	4	7	135	107	84
nombre de patients distincts	6	1	2	12	10	11

Commentaires :

Très forte augmentation de l'activité de chimiothérapie ambulatoire en HDJ en 2022 portée principalement par la pneumologie et l'hématologie.

L'activité a doublé en 5 ans.

Nécessité de réévaluer personnel au niveau pharmacie (préparateurs et pharmaciens), oncologie (médecin) HDJ (IDE, AS, cellule de programmation)

CONSULTATIONS 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consultations Oncologie :	641	613	811	622	371	532
Consultations Hématologie :	742	724	643	627	1095	1127
Consultations médicales d'annonce	375	439	407	342	372	450
dont nombre de patients distinct	255	288	294	274	292	341
Consultations paramédicales d'annonce	259	243	252	250	302	329
dont nombre de patients distincts	198	194	211	215	246	290
Consultations d'oncogériatrie	111	75	87	35	5	86
dont nombre de patients distincts	99	70	78	34	5	82
PPS remis en tracé dans McKesson avec le code acte RPPS	97	180	190	142	162	184
PPS saisi dans McKesson	124	201	232	205	277	308

Commentaires :

Poursuite de l'augmentation de l'activité de consultation d'hématologie

Reprise activité consultation oncologie

Augmentation du dispositif d'annonce et de la remise des PPS concordante avec l'augmentation d'activité

Reprise des évaluations en oncogériatrie (départ du dr Laspresses non remplacée en 2021). Dr Maita assistante partagée en 2022 ; projet de recrutement pour 2023 pour pérenniser cette activité.

Chirurgie

Chirurgie des cancers pour les pathologies digestives

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires) : 30 interventions	54	39	50	44	41	44

Les difficultés actuelles de recrutement de patients sont essentiellement dues aux difficultés concernant l'équipe médicale de gastro-entérologie. La diminution des actes d'endoscopie entraîne mathématiquement moins de diagnostics de cancers coliques précoces.

Chirurgie des cancers pour les pathologies mammaires

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pathologies mammaires (tumeurs du sein) : 30 interventions	2	17	31	21	37	33

Attention : La réforme des autorisations en cancérologie fait passer le seuil d'actes minimum de 30 à 70 (JO 04/2022)

Reflexion interdépartementale 82/46 pour suppléer au départ de chirurgiens senologues du CH de Cahors

Projet de convention avec l'oncopole pour renforcer cette filière de soins

RCP

Selon le rapport d'activité d'ONCO OCCITANIE 2022

50 réunions RCP réalisées sur le CH en 2022 (51 en 2021 ; 50 en 2019 et 2020)

Le quorum est atteint dans 100% des RCP.

Nombre moyen de participants = 7.39 en 2022 (7.16 en 2021 ; 6.8 en 2020)

652 fiches RCP présentées à Montauban (594 en 2021 ; 626 en 2020 ; 675 en 2019)

403 patients distincts (372 en 2021 ; 360 en 2020 ; 378 en 2019)

220 nouveaux cas (222 en 2021 ; 198 en 2020 ; 234 en 2019)

Répartition par organe fiches RCP présentées à Montauban 2022

Thoracique 239 en 2022 (218 en 2021 ; 203 en 2020 ; 134 en 2019)

Digestif 183 en 2022 (165 en 2021 ; 230 en 2020 ; 262 en 2019)

Sénologie 136 en 2022 (111 en 2021 ; 87 en 2020 ; 114 en 2019)
 Gynécologie 46 en 2022 (42 en 2021 ; 45 en 2020 ; 71 en 2019)
 Primitif inconnu 15 en 2022 (23 en 2021 ; 33 en 2020 ; 44 en 2019)

S'y rajoutent 431 fiches présentées en RCP de recours en 2022
 (394 en 2021 ; 323 en 2020 ; 348 en 2019)

Au total 1083 fiches RCP en 2022 (652 à Montauban + 431 en recours)
 988 en 2021 (594 à Montauban + 394 en recours)
 949 en 2020 (626 à Montauban + 323 en recours)

Commentaires :

La RCP hebdomadaire du CH de Montauban maintient une activité soutenue variée et pluridisciplinaire. La pneumologie est en forte progression. Nécessité d'une salle équipée suffisamment grande avec écran et présence d'un radiologue pour réinterpréter les images en présence des cliniciens

L'articulation avec le CHU est effective et continue à augmenter avec plus de 400 fiches de RCP de recours.

Dispositif d'annonce 2022

<u>Consultations</u>	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consultations médicales d'annonce	375	439	407	342	372	450
dont nombre de patients distinct	255	288	294	274	292	341
Consultations paramédicales d'annonce	259	243	252	250	302	329
dont nombre de patients distincts	198	194	211	215	246	290
PPS remis en tracé dans McKesson avec le code acte RPPS	97	180	190	142	162	184
PPS saisi dans McKesson	124	201	232	205	277	308

Le nombre de consultations et de remise du PPS est en adéquation avec l'augmentation d'activité. Nécessité de réévaluer temps IDE dédié dans les services concernés (UMA, pneumologie, gynécologie).

SOINS de SUPPORT 2022

	file active onco					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
psychologue	62	66	80	86	104	88
diététicienne	369	364	409	478	503	495
douleur	27	22	16	17	41	27
EMSP	178	199	204	196	189	182
assistante sociale	215	225	216	203	207	243
onco esthéticienne	38	112	127	180	218	266
Intervention enseignant en APA (activité physique adaptée)			127	191	127	102
soins de stomie	28	30	24	32	41	33

2017	2018	2019	2020	2021	2022
psychologue 194	290	303	324	370	496
dieteticienne	940	1104	1478	1277	1287
806					
douleur 63	53	37	29	99	47
EMSP 897	923	979	972	856	826
Assistante sociale 307	313	302	282	281	310
Onco estheteicienne 75	208	311	405	609	540
APA		164	240	149	114
Soins de stomie 246	208	231	296	276	174

Commentaires :

Activité assistante sociale en augmentation non réévalué depuis 2017. Nécessité d'augmenter le temps AS dédié à l'oncologie.

Augmentation temps estheteicienne en 2023

Recours - Recherche clinique 2022

En 2022 431 dossiers ont été présentés en RCP de recours. (394 en 2021) (source ONCO OCCITANIE)

Répartition par organe fiches RCP présentées par Montauban en RCP de recours 2022

Hématologie 239 en 2022 (210 en 2021 ; 162 en 2020 ; 150 en 2019)

Digestif 50 en 2022 (65 en 2021 ; 74 en 2020 ; 95 en 2019)

Thoracique 87 en 2022 (50 en 2021 ; 48 en 2020 ; 39 en 2019)

Sénologie 3 en 2022 (2 en 2021 ; 2 en 2020 ; 7 en 2019)

Gynécologie 26 en 2022 (31 en 2021 ; 16 en 2020 ; 34 en 2019)

Recherche clinique 2022

Plusieurs essais cliniques sont ouverts

- IROCAS : 1 patient inclus en 2022 (4 patients en suivi)
- PIONEER : 1 patient en suivi (2 DCD) – fermé aux inclusions décembre 2022
- Mise en place d'une étude évaluant l'impact de la crise sanitaire sur les stades de cancer diagnostiqué (convention signée juillet 2021) : 0 patients en 2022
- « **Modélisation quantitative et apprentissage statistique pour la compréhension et la prédiction de la résistance aux inhibiteurs de checkpoint immunitaire dans le cancer bronchique non à petites cellules (QUANTIC)** » coordonnée par l'Inria d'Université Côte d'Azur. : **Idem patients PIONEER** : 1 patient en suivi (2 DCD) – récupération des données des 3 patients en 2022
- Registre CARMEN : pas de patient inclus en 2022

D'autres n'ont pas pu l'être ou sont en attente :

- Essai SIGHER : non ouvert (par manque de patientes sous traitement)de l'étude

- PRODIGE- CCRM Projet FUDOSE (non ouvert – pas de convention signée)
- projet ODH d'entrepôt de données de santé à des fins de recherche en oncologie : Non ouvert : cause, manque d'informaticien
- Etude FRACTION : fermée en 2022
- VAMOS Myélome (2023 ?) – en attente signature convention

En 2022 l'éligibilité à un essai clinique a été discutée pour 3.78 % des nouveaux patients (cet indicateur est à 1.75 % pour l'ensemble de la région).

GHT 2022

Activité consultation hémato oncologie à Moissac : suspendue en septembre 2021 mais patients vus sur les mêmes créneaux horaires à Montauban. Reprise des consultations prévue en avril 2023

Commentaires : Poursuite collaboration active entre les 2 établissements en oncologie et hématologie. Les services de médecine et HAD de Moissac sont impliqués dans la prise en charge diagnostique, thérapeutique et palliative. Délivrance de chimiothérapies sous cutanées par HAD de Montauban et Moissac. Dr Dumont Anne représente l'équipe d'onco hématologie aux CME communes des 2 établissements.

Chimiothérapies orales

Nouvelle méthode de calcul en 2022 (Me Corne) à partir des prescriptions des médicaments via ordonnance de sortie permettant une meilleure évaluation de la file active ; ce qui explique leur nette majoration en association à une augmentation d'activité.

File Active	2018	2019	2020	2021
dont nouveaux cas	209	227	230	225
nb total de consultations	91	80	80	61
dont hémato	360	433	422	393
dont onco	255	292	287	279
	105	141	135	114

File Active	2022
dont nouveaux cas	303
nb total de consultation	118
dont onco-hémato	510
dont gynéco	407
dénombrement par prescripteur	61

Médicaments prescrits- nombre de patients
En gras molécules hématologie

8 premiers caractères du médicament:	Nb de patient
ACALABRU	7
ANAGRELI	5
CABOZANT	1
CAPECITA	2
DASATINI	2
ELTROMBO	7
EXEMESTA	4
HYDROXYC	72
IBRUTINI	25
IDELALIS	2
IDHIFA 1	1
IMATINIB	22
IXAZOMIB	1
LENALIDO	33
LETROZOL	60
NILOTINI	3
NIRAPARI	3
OLAPARIB	2
PALBOCIC	3
PAZOPANI	1
PIPOBROM	3
POMALIDO	7
REGORAFE	2
RUXOLITI	6
SUNITINI	1
TAMOXIFE	19
TRIFLURI	1
VENETOCL	5

Une infirmière de coaching des chimiothérapies orales a été recrutée sur le dernier trimestre 2022 - Charlotte Chambonnet. Départ du CH fin 2022 pour raisons personnelles
 Activité : file active de 46 patients – 316 actes entre septembre et décembre 2022

Code acte	Libellé acte	Nombre d'actes
CSAP	CONSULTATION ANNONCE EN CANCEROLOGIE PAR UN PARAMEDICAL	30
U212	ENTRETIEN INFIRMIER DE SUIVI	11
U413	CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE	19
UETE	ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC PATIENT ET/OU FAMILLE	115
ULPE	LIEN AVEC PARTENAIRE EXTERIEUR	141
	Somme :	316

Activité à perpétuer et à renforcer de façon prioritaire

Objectif améliorer sécurité prise traitement oral en adéquation avec recommandations sociétés savantes

Enorme potentiel de développement (file active établissement 303 patients)

Organiser HDJ soins de support coaching éducation thérapeutique (**potentiel d'activité important**)

Recruter 2^{ème} IDE

La consultation de conciliation médicamenteuse a été mise en place par Dr Valérie Bassoua pharmacien hospitalier en 2018. L'objectif étant de repérer d'éventuelles interactions médicamenteuses, de faire le relais avec les officines de ville et de s'assurer de la bonne compréhension du patient pour assurer la meilleure compliance possible. Cette activité a été poursuivie en 2021.

13 patients ont été vus en 2021 (17 en 2020 et 26 en 2019). Cette activité ne pourra pas être maintenue en l'absence de moyens dédiés (temps pharmacien).

Pas de consultations en 2022. Projet de reprise de cette activité en 2023 suite au recrutement d'un pharmacien à 60 % pour l'oncologie. (Dr Gallot Lavallée Jean)

Hématologie

L'activité d'hématologie est maintenue et développée en 2022. C'est un axe prioritaire du PRS.

Historique : Le recrutement d'une première assistante partagée Dr PROTIN Caroline a été réalisé de novembre 2017 à novembre 2018. Cette expérience innovante dans la région a été concluante. En relais, à partir de novembre 2018 le CH de Montauban a recruté le Dr Dumont Anne onco-hématologue sur un poste d'assistant. Le Dr Dumont a été nommée PH. En 11/2020 recrutement du Dr Branco assistant partagé en hématologie. En 09/2021 cessation de l'activité d'hématologie à la clinique du Pont de Chaumes. En 2022 recrutement Dr Branco sur un poste de PH

Consultations**2017 2018 2019 2020 2021 2022**

Consultations Hématologie :

742 724 643 627 1095 **1127**

Cette activité est en forte progression comme en témoigne le nombre de consultations dédiées et le nombre de patients ayant une chimiothérapie.

L'hématologie représente une activité importante de chimiothérapie. 40 % des patients suivis pour chimiothérapie intra veineuse sont porteurs d'une hémopathie maligne.

Chimiothérapie						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de patients en chimiothérapie	274	301	307	345	416	462
Dont nombre de patients pour hémopathies malignes	86	115	114	104	155	191

Le suivi des chimiothérapies orales représente une file active de 195 patients en hématologie.

Un staff d'hématologie a été créé à partir de janvier 2018. Il permet l'analyse clinico-biologique des nouveaux cas d'hémopathie, de faire le lien avec la RCP du CHU. Le but de cette réunion est également à visée pédagogique pour la formation des internes et des assistants.

L'activité d'hématologie clinique va de pair avec une activité au laboratoire, spécialisée pour la responsabilité de Dr Deluche et Dr Juvin.

Activité **laboratoire**
hématologie

		MTB 2022	Moissac 2022
Cytologie	Myélogramme	210	
	Perls	22	
	Frottis sg diag	41	4
	Frottis sg suivi	752	55
Cytogénétique	Caryotype	89	
	FISH (myélome)	26	
Biologie moléculaire	BCR-ABL	75	18
	SMP (JAK2, CALR, MPL)	44	
	BM FISH LLC	17	
	BM autres (SMD, LA)	75	
Cytométrie en flux	lymphome (sg ou MO)	63	5
	blastes (sg ou MO)	31	
	monocytes	10	
	CD34	0	
	HPN	5	
Biochimie	IF/IT sang	322	21
	IF urines	54	3
	Chaines légères	1108	22

Tous les dossiers d'hématologie sont discutés en RCP de recours à l'IUC.

En 2022 239 dossiers ont été présentés en RCP de recours d'hématologie (210 en 2021 ; 150 en 2019 ; 162 en 2020) (données ONCO OCCITANIE)

Leucémie aigüe-myéloblastique 36 dossiers présentés en 2022 (31 en 2021 ; 28 en 2019 ; 19 en 2020)

Leucémies lymphomes 126 dossiers présentés en 2022 (106 en 2021 ; 63 en 2019 ; 64 en 2020)

Myélome 56 dossiers présentés en 2022 (43 en 2021 ; 33 en 2019 ; 46 en 2020)

Syndromes myéloprolifératifs 15 dossiers présentés en 2022 (25 en 2021 ; 24 en 2019 et en 2020)

Cela témoigne d'un maillage efficace entre le GHT et le centre de recours et d'une très forte progression d'activité.

Onco pédiatrie

Chimiothérapie	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Chimiothérapie des enfants ou jeunes de moins de 18 ans)	36	3	7	134	103	79

Activité d'oncologie et hématologie pédiatrique en lien avec le centre de référence CHU pour permettre la délivrance de chimiothérapies au plus près du domicile des jeunes patients.

Qualité 2022

Concernant le **recueil de la satisfaction des patients**, plusieurs outils sont en place et ont été déployés en 2022 :

- Le questionnaire de satisfaction (de sortie) distribué avec le livret d'accueil et donné à chaque patient hospitalisé = 1 questionnaire de sortie retournés sur l'AGO-Onco en 2022,
- Le questionnaire de satisfaction mis en place depuis août 2021 sur l'UMA. 26 questionnaires ont été retournés en 2022.
- Le questionnaire permettant de recueillir l'avis des patients sur le dispositif d'annonce. Cet outil est en place depuis 2023. 22 questionnaires ont été retournés en 2022
- En parallèle, une enquête de satisfaction spécifique sur la prestation restauration a été organisée en 2022 et a concerné les unités de l'AGO. Elle s'est déroulée un jour donné le 08/12/2022. 79 patients ont répondu au questionnaire dont 7 patients de l'AGO. Les résultats ont été analysés par le CLAN et vont donner lieu à la définition d'un plan d'action. Une communication sur les résultats et le plan d'action sera réalisée en interne.

Faits marquants 2022

Poursuite augmentation activité d'oncologie thoracique et hématologie

Recrutement Dr Branco Benoit un poste de PH pour pérenniser activité hématologie conformément au projet régional de santé

Présence radiologues (Dr Fajadet) à la RCP – réalisation biopsies pour l'onco hématologie (cohérence parcours patient)

Prescription d'anticorps anti COVID (EVUSHELD) aux patients réfractaires à la vaccination (UMA)

Recrutement IDE coaching chimiothérapies orales

Suite à la fermeture du laboratoire d'anapath du CH, collaboration avec laboratoires privés (Coteaux pour la pneumologie et Rouquette Laborie pour les autres localisations)

Projet 2022/2026 : voir document

Projets 2023

Changement salle RCP

Visite Pr Delord 8/2/23

Maintien activité « chirurgie carcinologique du sein » seuil à 70-collaboration IUC-Cahors

Activité chirurgicale oncologie pelvis – convention IUC

Projet nouvel hôpital-dimensionnement service-UMA dédiée onco hémato

Création « filière courte » UMA

UMA dédiée oncologie service précurseur dans les locaux actuels

HDJ soins de support Onco : coaching chimio orale, conciliation médicamenteuse

Adéquation RH avec augmentation majeure de l'activité :

- UMA (IDE AS cellule de programmation)
- Secrétariat oncologie
- Pharmacie (préparateurs, temps pharmacien)

Recrutement pharmacien 60% onco, Jean Gallot Lavallée, février 2023

Changement d'organisation à la pharmacie dès lors que les ressources requises seront en place avec une extension de l'activité de fabrication sur l'après-midi afin de pouvoir mettre à disposition les traitements au plus tôt le matin (fabriqués la veille après-midi), en cohérence avec la création de la filière courte, pour fluidifier l'activité à l'UMA et minimiser le temps d'attente des patients.

Mise en place de formation pour les IDE (dans le cadre de la difficulté à recruter des IDE dans les services faisant de la chimiothérapie) : ateliers de formation destinés aux IDE en poste et nouvelles arrivantes sur le thème des notions fondamentales à avoir pour une IDE affectée dans un service de chimio : savoir lire une prescription sur le logiciel, connaître les principales molécules et leurs toxicités, notions de base, principaux protocoles, questions diverses.

Renouvellement à prévoir de l'isolateur qui a été acheté en 2010, avec une durée de vie moyenne de 10-12 ans. Projet de renouvellement en cours sur 2023-2024 avec demande de 2 isolateurs totalement indépendants afin de s'affranchir de problèmes de production en cas de panne.