



Centre Hospitalier Vendôme - Montoire

2023
— — —
2027



PROJET D'ETABLISSEMENT

Table des matières

I.	INTRODUCTION	9
II.	PRESENTATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DU TERRITOIRE DE PROXIMITE	13
1.	Présentation du centre hospitalier de Vendôme-Montoire	15
2.	Présentation du territoire (socio-démographique)	16
3.	Les priorités de santé publique pour le territoire	17
4.	Participation au Contrat local de santé.....	18
III.	PROJET MEDICAL.....	19
1.	Pôle urgences, SMUR, UHCD, USC, médecine post urgences à orientation cardiologique et pneumologique	21
1.1	Description du pôle	21
1.2	Bilan du projet 2016-2020	22
1.3	Fiches action du projet 2023-2027	22
	Création d'une troisième ligne médicale	22
	Développement des consultations externes de contrôle post urgences	23
	Développement du plateau technique de cardiologie et des consultations externes de cardiologie	25
	Améliorer la capacité d'accueil du service d'UHTCD	26
	Création d'une équipe référente dans la prise en charge des usagers victimes de maltraitance ou de violences	27
	Intervention de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs à Domicile dans le Vendômois.....	29
	Renforcer l'offre de soins en addictologie.....	31
1.4	Synthèse des fiches actions.....	32
2.	Pôle Médecine – SSR2- pharmacie.....	33
2.1	Description du pôle et son activité	33
2.2	Bilan du projet 2016-2020	35
2.3	Fiches action du projet 2023-2027	35
	Développement de l'hospitalisation de jour de diabétologie	37
	Amélioration de l'accueil, du confort et de la sécurité des patients.....	38
	Dispensation Individuelle Journalière Nominative (DJIN) en SSR2.....	38
	Obtenir une reconnaissance de SSR en Cancérologie pour le SSR2	39
2.4	Plan d'action.....	40
3.	Pôle gériatrie	41
3.1	Description du pôle	41
3.2	Bilan du projet 2016-2020	42
3.3	Fiches action du projet 2023-2027	44
	Création d'une unité fonctionnelle d'hospitalisation de jour.....	44
	Création d'une antenne de l'Equipe Territoriale de Vieillessement et de Maintien de l'Autonomie (ETVMA)	45

Hébergement temporaire (HT)	47
Unité EHPAD géro-psy psychiatrique.....	48
Ensemble vers l'Hébergement pour Personnes Agées de Demain	49
« Bienvenue chez vous ».....	49
3.4 Synthèse des fiches actions.....	53
4. Pôle de santé mentale	55
4.1 Préambule	55
4.2 Dispositif de soins du secteur de psychiatrie avec emplacement des structures	55
4.3 Organisation des soins et effectifs	56
4.4 Bilan des actions de psychiatrie 2016-2022.....	58
4.5 Projet et fiches action pour la psychiatrie	59
Limiter le recours à l'isolement et la contention	60
Labellisation des structures de réhabilitation psychosociale de proximité rattaches aux établissements de psychiatrie.....	61
Equipe Mobile de Psychiatrie De Première Intention (EMPPI).....	63
Renforcement de l'offre de soins au CMP	65
Formaliser le parcours du patient présentant une pathologie addictive à l'alcool au sein du CHVM	67
Accès aux soins somatiques, dépistage, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques	68
4.6 Le foyer d'accueil médicalisé et le foyer de vie de la Résidence la Varenne	69
4.6.1 Présentation.....	69
4.6.2 Bilan des actions de la Varenne	69
4.6.3 Projet et fiches action de la Varenne	70
Accompagner et former les professionnels sur la formalisation et le suivi des projets personnalisés	71
Orienter les personnes handicapées vieillissantes en EHPAD ou structures PHV selon leur projet de vie et leurs besoins	71
Travailler sur la socialisation et l'inclusion sociale des résidents	72
Développer les partenariats et formaliser des conventions pour faciliter les activités inter-établissements et les admissions	73
Développer la filière du handicap au sein du CHVM	74
4.6.4 Synthèse des fiches actions	75
5- Autres activités : gynécologie obstétrique	79
Gynécologie -obstétrique : reprendre l'activité de la maternité de la Clinique du St cœur	79
IV. PROJET DE SOINS	80
1. Fiches action.....	83
Sensibilisation des professionnels à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance au sein du CHVM.....	83
La dénutrition chez la personne âgée et les patients atteints de cancer	86

Evaluation et prise en charge de la douleur	88
La Démarche palliative.....	89
Promouvoir la recherche médicale et paramédicale et l'innovation en santé.....	90
Relancer la démarche éthique	91
2. Synthèse des fiches actions.....	92
V. PROJET DE DEMOCRATIE SANITAIRE	93
Droit des patients.....	97
VI. PROJET PSYCHOLOGIQUE.....	99
1. Préambule	101
2. Fiches action.....	101
Clinique – Contribution à la qualité des soins.....	101
Clinique – Continuité des soins extra-hospitaliers.....	102
Institutionnelle – Soutien des équipes	103
Institutionnelle – Contribuer à la vie institutionnelle.....	104
Formation – Information – Recherche (FIR) / Formation	105
VII. PROJET QUALITE	107
1. Préambule	109
2. Bilan du projet précédent et état des lieux	109
3. Fiches action.....	112
VIII. PROJET SOCIAL.....	115
1. Bilan du projet social 2016-2020	117
2. Fiches action du projet social.....	124
Accès à la communication institutionnelle	124
Lien avec le projet managérial	125
Association des mandatés Formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) aux travaux / chantiers.....	126
Pilotage du suivi des décisions prises en instances	126
Politique de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés	127
Poursuivre et développer la GPMC.....	127
Intégration de la délégation de gestion versant formation dans les contrats de pôle (personnel non médical)	128
Formalisation de l'évaluation des formations auprès des professionnels	129
Parcours de professionnalisation.....	129
Egalite salariale Hommes / Femmes.....	130
Egalite Hommes / Femmes : accès aux emplois	131
Egalité homme femme : vie privée et vie personnelle	131
Prévention des discriminations, harcèlements, violences.....	132
Plan d'action Risques psychosociaux et qualité de vie au travail	132

3. Synthèse des fiches actions.....	134
IX. PROJET MANAGERIAL ET DE GOUVERNANCE 2023-2027.....	139
1. Bilan du projet managérial 2016-2020	141
2. Fiches action du projet managérial 2023-2027	142
Etablir une co-signature par le directeur et le président de CME sur le fonctionnement hospitalier	142
Lien entre le projet managérial et le projet social en développant une culture managériale commune..	143
La généralisation du management participatif à l'échelon du service	144
Garantir des espaces de parole et soutien aux professionnels	145
Plan de formation des encadrants.....	145
Management des équipes de nuit	146
Elargir les directoires des hôpitaux (organes collégiaux de gestion), aux soignants, aux étudiants et aux représentants d'usagers	146
Entretien annuel des personnels médicaux.....	147
3. Synthèse des fiches actions	148
X. PROJET DE GESTION ET DE DEVELOPPEMENT DURABLE	151
1. Bilan du projet de gestion 2016-2020 « volet services économiques, logistiques et développement durable	153
2. Fiches action du projet de gestion volet services économiques, techniques, logistiques et informatiques	154
Economie d'énergie – Sobriété énergétique	155
Transport logistique et transport de produits sanguins labiles (transport des marchandises).....	156
Développement durable (DD).....	156
Archives hospitalières	157
Blanchisserie	158
Maintenance et intervention technique.....	159
Signalétique	160
Dossier Patient Informatisé	161
Déchets hospitaliers.....	162
XI. SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER	165
1. Les enjeux et l'étude de l'existant	167
2. Etude de site possible de reconstruction.....	172
3. Macro dimensionnement.....	182
4. Grandes orientations techniques et environnementales	186
5. Scénario d'implantation sur le site	187
6. Calendrier d'opération.....	188
7. Estimations financières	189
8. Opportunités du site unique	191

Le Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Vendôme Montoire pour les années 2023-2027 est enfin finalisé. Il a fait l'objet d'une co-construction et d'une concertation large, aussi bien les pôles d'activité mais également les représentants du personnel pour le projet social., ainsi des professionnels de terrain.

La COVID nous a mis à l'épreuve, mettant en jeu notre agilité, notre capacité d'adaptation, notre résilience dans l'adversité. L'épidémie nous a retardés dans la relance de ce projet, que nous voulons à la fois ambitieux mais aussi réaliste et concret. Le but recherché est de nous consacrer à des actions résolument tournées vers l'amélioration de la qualité de nos prises en charges, la modernisation de notre établissement et la complétude de notre offre de soins de proximité, en faveur des valeurs de solidarité, et de défense des plus fragiles, qui sont les nôtres, en lien avec les partenaires locaux, sanitaires, médicosociaux, de ville.

Un projet d'établissement n'est rien sans sa pierre angulaire, le projet médical. Ce dernier a été élaboré par les pôles eux-mêmes, librement et correspond aux aspirations d'évolution de nos prises en charge dans les cinq ans à venir.

Enfin, ce projet d'établissement est pour nous un projet de transition, vers une refondation de notre offre, plus moderne et adaptée, intégrant les enjeux du vieillissement de la population et de la raréfaction des ressources médicales.

Pour la première fois, nous y avons intégré un schéma directeur immobilier, issu d'une démarche commune du GHT santé 41. Ce projet dépasse le cadre calendaire de notre projet d'établissement actuel. Ce projet est issu du terrain. Il se veut résolument pragmatique, au service de notre territoire, et espérons-le, préfigurateur de notre future reconstruction qui fera l'objet du prochain projet d'établissement.

En conclusion nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble de professionnels qui se sont impliqués dans la conception et la rédaction de ce document.

La Directrice

Le Président de CME

Valérie BOISMARTEL

Mounir HILAL



INTRODUCTION

Le centre hospitalier de Vendôme-Montoire est un établissement public de santé de plus de 700 lits, qui assure une mission de proximité et de recours pour la couverture des besoins de santé du territoire Vendômois.

Il dispose d'une offre de soins large au niveau des disciplines de médecine, de soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'un service d'accueil des urgences et une unité de soins intensifs cardiologiques.

Des activités de soins en santé mentale, de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées et handicapées, et de prévention et promotion de la santé sont également mises en œuvre.

Le code de la Santé Publique prévoit que les établissements de santé définissent leur politique générale dans un projet d'établissement, établi pour cinq ans.

Il comporte un projet de prise en charge des patients basé sur le projet médical et le projet médico-soignant ainsi qu'un projet social et un projet psychologique.

La politique d'amélioration de la qualité, la relation aux usagers, la politique environnementale viennent également enrichir le projet d'établissement.

Une démarche de consultation large et novatrice

Dès le lancement du projet, l'ambition a été posée par une très large consultation des différents « utilisateurs » de l'hôpital. Pour cela, nous avons mis en place un questionnaire en ligne destiné aux usagers, aux professionnels de santé de ville et aux professionnels du Centre hospitalier.

233 usagers, 49 professionnels de ville, 245 professionnels du CHVM ont répondu à l'enquête organisée en ligne sur la période du 6 septembre au 3 octobre 2021. Les résultats ont été traités et analysés par le groupe projet et présentés lors du Directoire et aux autres instances. Le contenu complet des résultats est accessible sur le site internet.

La consultation citoyenne et professionnelle réalisée a permis d'enrichir la réflexion avant de définir ses orientations pour les cinq ans à venir.

A travers ces questionnaires, cinq thématiques ont été abordées :

- Qualité de l'accueil et prise en charge
- Coopération sur le territoire
- Communication et image du centre hospitalier
- Innovation
- Développement durable

En synthèse, les attentes des citoyens sont les suivantes :



Professionnels du CHVM

**Informer les patients sur les
délais d'attente**

Prévoir un agent à l'accueil
24h/24h

Approfondir mes
compétences des agents en
lien avec l'activité du service

**Créer un site unique
avec la Clinique**

Améliorer le tri des déchets
**Améliorer la
signalétique du CHVM**

Développer la communication entre
les professionnels du CHVM et les
spécialistes (cardio, neuro...)

Revoir le site internet

Améliorer l'accueil des patients
(locaux, personnel, information
aux patients...)

DPI souhaité

Augmenter le temps de présence
médicale et le nombre de
professionnels paramédicaux



Usagers

Améliorer l'accueil des urgences

Aménager la salle d'attente,

Informer les patients / au délai d'attente,

Faciliter l'orientation des patients,

Former les agents à l'accueil...

**Réaliser un site unique
avec la Clinique**

Agrandir le service et les
box des urgences

Travailler sur l'amélioration des
conditions de travail des agents

Revoir la signalétique

**Disposer des panneaux
d'information au sein du CHVM**

Améliorer la communication sur
les activités de l'établissement
et de la clinique

Améliorer le tri des déchets



Professionnels de santé de ville

**Organiser une réunion d'information
avec tous les professionnels de santé
du Territoire pour présenter la
répartition des activités de soins entre
les différents établissements**

**Assurer la mise à jour du
site internet de l'hôpital**

**Regrouper l'hôpital et la
Clinique sur le même site**

Créer des plaquettes
et flyers du CHVM

Créer une maison
des usagers

Revoir la signalétique

**Faciliter la communication avec
le corps médical (pouvoir joindre
directement un médecin sans
passer par le standard)**

Revoir
l'accessibilité
pour les PMR

**Transmettre le CR
d'hospitalisation au
médecin traitant**



PRESENTATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DU TERRITOIRE DE PROXIMITE

- ♦ **Présentation du centre hospitalier de Vendôme-Montoire**
- ♦ **Présentation du territoire (sociodémographique)**
- ♦ **Les priorités de santé publique pour le territoire**
- ♦ **Présentation de l'offre de soins du territoire (les contrats locaux de santé mentale) et l'offre du Groupement Hospitalier de Territoire 41**

Situé en région Centre Val de Loire, sur le Nord du département du Loir-et-Cher (41), le Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire (CHVM), fait partie du bassin sanitaire du pays vendômois de 75 000 habitants et de 105 communes employant un peu plus de 900 personnels médicaux, soignants, techniques et administratifs.

La première caractéristique du Loir et Cher tient à la moyenne d'âge de ses habitants, bien plus élevée que la moyenne nationale.

Aujourd'hui, 29.4% de la population du département est âgée de plus de 60 ans contre 23.8% dans l'hexagone. En 2040, ce chiffre s'élèvera à 32%. En valeur absolue, cela signifie que les établissements de santé du Loir et Cher couvrent aujourd'hui les besoins de près de 99 000 personnes. A l'horizon 2040, cette tranche d'âge représentera, selon les projections de l'INSEE, presque 130 000 personnes.

Il convient de noter que la population du pays vendômois est plus vieillissante qu'en région Centre et que dans le département du Loir et Cher.

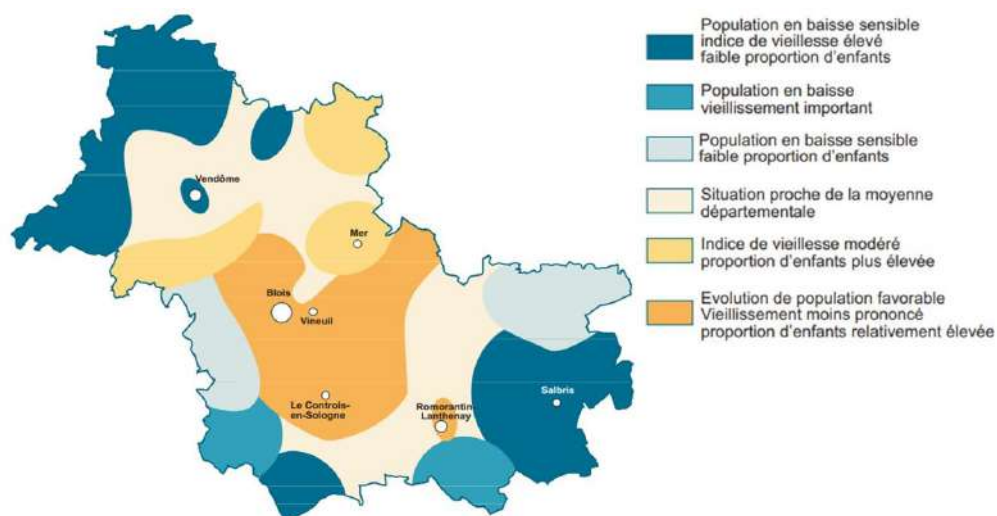
Le second élément à prendre en considération tient aux caractéristiques du bassin sanitaire lui-même, outre l'âge élevé des habitants du pays vendômois, le territoire se caractérise par une densité médicale inférieure à celle du département, de la région et du pays. La question du renouvellement de l'offre de soins sera particulièrement aigüe dans les années qui viennent, la moyenne d'âge des médecins étant supérieure à la moyenne nationale.

1. Présentation du centre hospitalier de Vendôme-Montoire

Le Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire (CHVM), issu de la fusion entre le Centre hospitalier de Vendôme et le Centre hospitalier Antoine MOREAU de Montoire en 2018 exerce une activité de médecine d'urgence, médecine polyvalente, médecine gériatrique, psychiatrie adultes, soins de suite et rééducation et EHPAD.

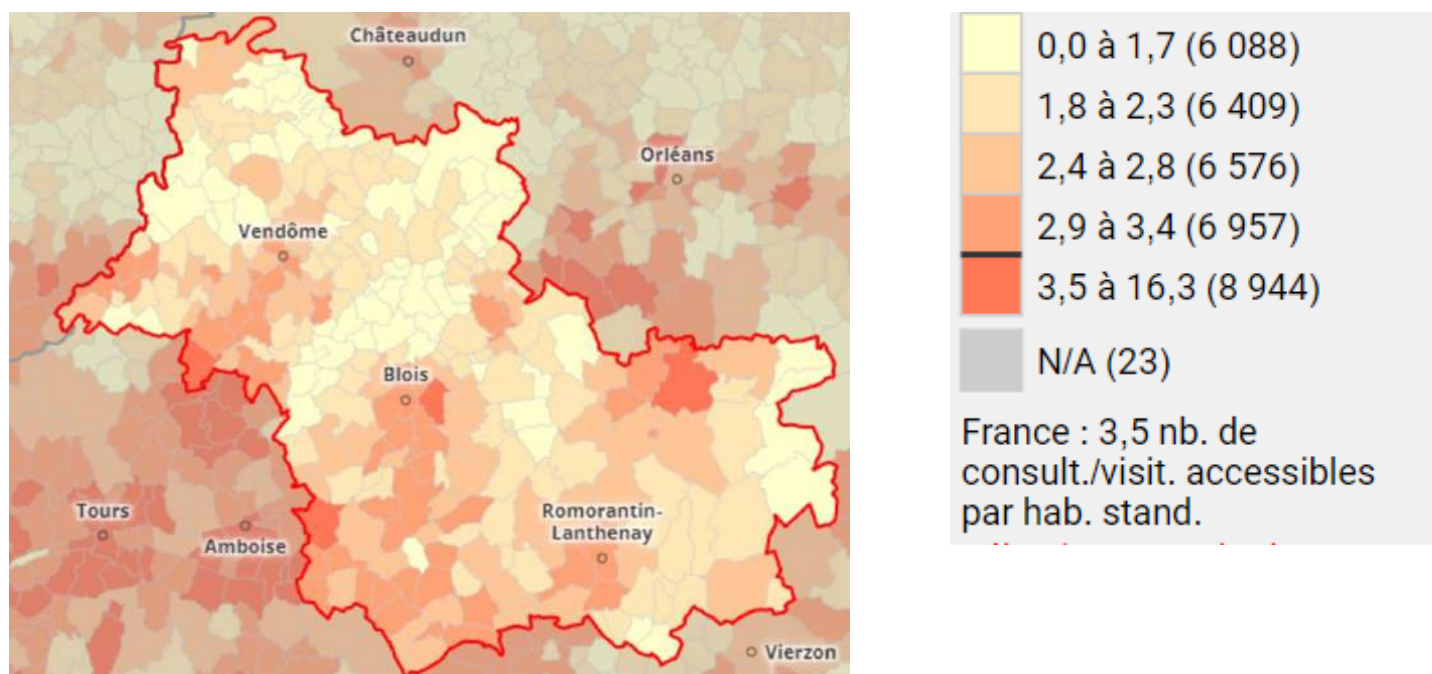
Le Centre hospitalier de Vendôme-Montoire gère également un établissement d'accueil pour personnes handicapées adultes comprenant un foyer de vie et un foyer d'accueil médicalisé, la Résidence la Varenne située à Azé.

2. Présentation du territoire (socio-démographique)



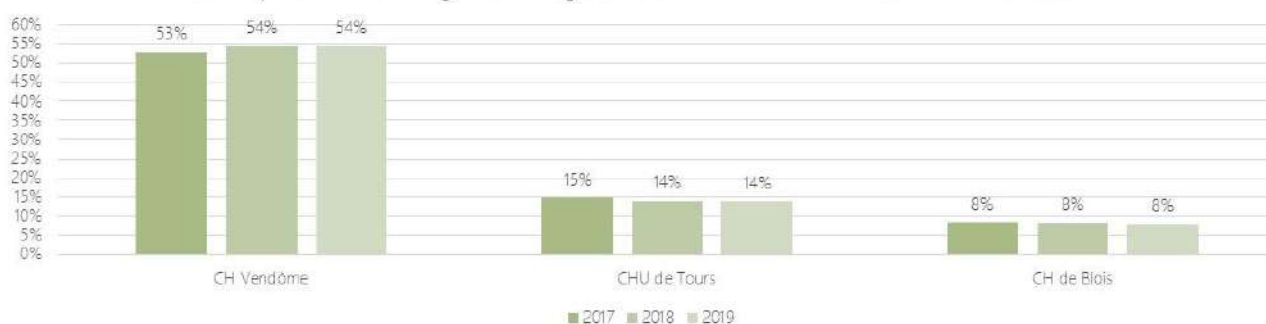
Source : l'observatoire du 41, Insee 2012,2016,2017

Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus pourrait quasiment doubler à l'horizon 2040 (d'après le scénario de projection de population haute). Le nombre de personnes de 85 ans et plus augmenterait d'un tiers entre 2012 et 2020.



Source : Sirsé 2019

Une prise en charge des séjours en médecine relativement stable



Il convient de signaler une surmortalité prématurée avec des valeurs supérieures au niveau régional et national dans les domaines suivants, en majorité dans le Nord et Sud du département : les taux de surmortalité prématurée pour 100 000 habitants sont classés par ordre décroissant. Ainsi dans le Loir et Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est plus élevé pour le cancer, puis pour causes extérieures, traumatismes et empoisonnements, consommation excessive d'alcool, suicide et accident de la circulation. Il convient de signaler des taux de mortalité prématurée proches du niveau régional, et national pour les maladies de l'appareil circulatoire : 26,1/100 000 (26,8 Région ; 26,9 France) et les pathologies liées au tabac : 122,3/100 000 (127,6 Région ; 132,2 France).

3. Les priorités de santé publique pour le territoire

Dans le cadre d'orientation stratégique 2018-2027 du PRS les préoccupations des usagers concernent plus particulièrement l'accès aux soins de premier recours (médecine générale) en proximité et avec des délais réduits.

Les orientations stratégiques sont les suivantes :

- Préserver et améliorer l'état de santé de la population (cancer, addictologie, enfants en surpoids...),
- Favoriser la qualité de vie, l'autonomie et l'inclusion (Personnes malades, âgées, handicapées...),
- Réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Cela repose sur l'organisation d'une gradation des soins territoriales et une lutte contre la désertification des professionnels de santé.

4. Participation au Contrat local de santé

Il existe un contrat local de santé du pays Vendômois dont le CHVM est cosignataire.

Le territoire concerné est le Pays vendômois qui compte un peu plus de 70 000 habitants répartis sur la communauté d'agglomération Territoires vendômois, la communauté de communes de Perche et Haut vendômois et la communauté de communes des Collines du Perche.

Ce territoire, plutôt rural, comme une large partie de la région Centre Val de Loire, est marqué par un vieillissement de la population, et une baisse significative de sa démographie médicale. Les problématiques de santé sont au cœur des préoccupations de la population et des élus et elles demandent une réflexion continue et une dynamique pluri professionnelle.

Dès 2007, le Pays vendômois s'est engagé dans une démarche d'amélioration de l'offre de santé et a signé un premier contrat local de santé en 2013. Les élus du territoire ont souhaité poursuivre cette démarche et co-construire avec les acteurs un deuxième CLS afin de consolider les actions existantes et de continuer à innover collectivement pour répondre aux problématiques de santé actuelles. Leur volonté est marquée par cinq axes prioritaires :

- ♣ Coordonner et articuler les différentes politiques publiques de santé ;
- ♣ Fédérer l'ensemble des acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux ;
- ♣ Innover en matière d'organisation et d'amélioration des pratiques ;
- ♣ Communiquer en matière de santé ;
- ♣ Renforcer l'attractivité du territoire.

Signé le 1er janvier 2020, le contrat local de santé définit un plan d'actions pour 2019-2022. Ce contrat sera prolongé jusqu'au 30 juin 2023, dans le cadre d'un avenant.

L'ensemble du diagnostic du territoire met en avant à la fois un vieillissement de la population plus soutenue que l'ensemble du Loir-et-Cher et une raréfaction de l'offre de ville.



LE PROJET MEDICAL

- ♦ **Pôle urgences, SMUR, UHCD, USC, médecine post urgences à orientation cardiologique et pneumologique**
- ♦ **Pôle médecine - SSR2 - pharmacie**
- ♦ **Pôle gériatrie**
- ♦ **Pôle santé mentale**
- ♦ **Gynécologie-obstétrique**

1. Pôle urgences, SMUR, UHCD, USC, médecine post urgences à orientation cardiologique et pneumologique

1.1 Description du pôle

Le pôle est composé des services suivants :

- Urgences
- SMUR
- UHTCD
- USC
- Médecine post urgence à orientation cardiologique
- Médecine post urgence à orientation pneumologique

Voici les données chiffrées du pôle (rapport d'activité 2020)

	Lits places	Séjours	Journées	Taux d'occupation
Médecine post urgence à orientation cardiologique	12	419	3618	82.4%
Médecine post urgence à orientation pneumologique	12	403	3904	88.9%
UHTCD	6	2156	2741	124.8%
USC	10	707	3331	91%

Nombre de SMUR

	2018	2019	2020
Nombre de SMUR	622	659	726
Dont secondaire	57	47	68

1.2 Bilan du projet 2016-2020

Le projet de pôle 2016-2020 prévoyait les actions suivantes :

A. Création d'une troisième ligne médicale

Cette action n'a pas pu être mise en place au regard des effectifs médicaux en cours. Les objectifs de cette action restent d'actualité, à savoir sécuriser les soins au sein du service des urgences lors d'un besoin de transport secondaire, diminuer le délai de transfert d'une urgence vitale vers une structure appropriée (réanimation, neuro-vasculaire, coronarographie ...).

B. Développement des consultations externes de contrôle post-urgences

Les objectifs de cette action restent d'actualité, à savoir optimiser la prise en charge des patients, avoir une meilleure réponse aux besoins des usagers (suivi des vaccins tétanos par exemple), diminuer le nombre de plaintes ou de réclamations.

C. Améliorer la capacité d'accueil du service UHTCD

Les objectifs de cette action restent d'actualité, à savoir augmenter la capacité en lits d'hospitalisation du service d'UHTCD en corrélation avec le nombre croissant de passages aux urgences, assurer la conformité du service en y intégrant une salle de soins. Cette action est dépendante du projet architectural du Centre hospitalier de Vendôme Montoire.

D. Création d'une équipe référente dans la prise en charge des usagers victimes de maltraitance ou de violences.

Les objectifs de cette action restent d'actualité et nécessitent une reconduction sur le prochain projet d'établissement afin de mieux communiquer sur les actions et la disponibilité de l'équipe existante.

Certaines fiches action n'ont pas pu être menées à leur terme au cours du projet d'établissement 2016-2020.

1.3 Fiches action du projet 2023-2027

Pour la période 2023-2027, 5 fiches action sont proposées et sont détaillées ci-après :

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Création d'une troisième ligne médicale
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Ce projet permettrait de répondre aux besoins des usagers sur le territoire par une meilleure prise en charge des urgences vitales. D'autre part, ce projet assure un effectif médical et paramédical permettant la sécurisation des soins au sein des urgences lors d'un transfert secondaire vers un autre établissement
Objectif	Mise en place d'une troisième ligne médicale pour 2023 – 2027 Valeur ajoutée : Assurer l'effectif nécessaire à la continuité et la sécurisation des soins Gestion plus fluide des passages au niveau des urgences qui aura un impact financier sur l'activité Diminution du taux de plainte Meilleure satisfaction des usagers Optimisation de la prise en charge des urgences vitales sur le Territoire

	Objectifs généraux 1)Assurer une présence médicale sur l’UHTCD 2)Assurer un renfort des urgences 3)Permettre les transports secondaires (en particulier si le SAMU 41 est en difficulté) Objectifs pour 2023 - 2027 1)Sécuriser les soins au sein du service des urgences lors d’un besoin de transport secondaire 2)Diminuer le délai de transfert d’une urgence vitale vers une structure appropriée (réanimation, neurovasculaire, coro ...)
Actions	Mise en place d’une organisation médicale et paramédicale permettant d’assurer la continuité de la prise en charge aux urgences malgré le départ d’une équipe pour un temps indéterminé en extrahospitalier Réflexion sur les organisations logistiques, matérielles et humaines Evaluation à prévoir
Délai objectif	Année de réalisation proposée : 2023 - 2027
Indicateur de réussite	Nombre de sorties secondaires assurées par le CHVM Taux de plaintes Mesure de satisfaction des patients pris en charge aux urgences
Pilote	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo.
Groupe de travail	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Directeur référent du pôle Cadre supérieure de santé du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Cadres du pôle, en accord avec la volonté du chef de pôle et du cadre supérieure de pôle de mettre en place un travail collectif.
Ressources particulières	Augmentation d’1 ETP médical

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Développement des consultations externes de contrôle post urgences
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Permettre une meilleure prise en charge des patients suite à un passage aux urgences Le CHVM augmente son nombre de passages chaque année. Plus de 22000 passages en 2019 Faire diminuer le nombre de plaintes des usagers suite à une prise en charge aux urgences
Objectif	Valeur ajoutée : Amélioration de la prise en charge des patients

	Diminution du taux de plaintes liées au non suivi des prises en charge Impact financier Meilleure satisfaction des usagers Objectifs généraux du projet Optimiser la prise en charge des patients. Avoir une meilleure réponse aux besoins des usagers (suivi des vaccins tétanos, par exemple) Diminuer le nombre de plaintes Objectifs spécifiques pour 2023- 2027 Mettre en place une organisation de consultations post urgence
Actions	Il s'agit de mettre en place des consultations externes post passage aux urgences (notamment en traumatologie) afin d'assurer une continuité dans la prise en charge. Jusqu'à aujourd'hui, les patients étaient orientés dans d'autres structures que le CHVM (notamment vers la Clinique du Saint Cœur).
Délai objectif	Délais nécessaires pour que l'organisation soit en place : 3 mois après autorisation de la Directrice pour les plages additionnelles. Année de réalisation proposée : 2023 - 2027
Indicateur de réussite	Suivi : Nombre de consultations externes post-urgences effectuées Résultat : Objectif cible : 500 consultations post urgence dans les 6 mois suivant la mise en place des moyens (plages additionnelles, bureau de consultation, horaires de jour pour une IDE) Nombre de plaintes liées à des conséquences de non prise en charge post-urgence en diminution
Pilote	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo.
Groupe de travail	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Directeur référent du pôle Cadre supérieure de santé du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Cadres du pôle, en accord avec la volonté du chef de pôle et du cadre supérieure de pôle de mettre en place un travail collectif.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Salle de consultation, matériel disponible, effectif paramédical et médical disponible par réaffectation interne Moyens nécessaires humains et matériels (locaux ; équipements ; consommables) Plages additionnelles supplémentaires (temps de présence médicale à évaluer par le chef de pôle et la Direction des finances) Mettre en place un horaire de journée pour l'IDE (en lien avec la Direction des ressources humaines et la Direction des soins) Aménager un bureau de consultation avec un espace d'attente (hors des urgences), ou un box court des urgences avec utilisation de la salle d'attente de la radiologie.

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Développement du plateau technique de cardiologie et des consultations externes de cardiologie
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Désertification des cardiologues avec des départs à la retraite sur le Vendômois Les besoins en consultations pré ou post hospitalisations sont importants (explorations ou suivi des pathologies) Cette prestation était proposée historiquement au CHVM et a montré son efficacité en terme de prise en charge pour les patients et les usagers Permet de développer le Réseau ville-Hôpital dans une bonne collaboration Ce projet permet de réduire les délais de prise en charge des usagers et donc de développer la prévention des maladies cardiovasculaires (priorité de santé publique)
Objectif :	Valeur ajoutée : Augmentation de l’activité Amélioration de la prise en charge des patients Impact financier sur l’activité Réponse plus rapide aux besoins de consultations des autres pôles Amélioration du service rendu aux patients et aux usagers Objectifs généraux du projet Optimiser la prise en charge des patients et des usagers en consultations externes en offrant une prestation supplémentaire sur le CHVM. Avoir une meilleure réponse aux besoins des usagers dans le suivi des pathologies cardiaques (post-hospitalisation, explorations ...) Diminuer le nombre de plaintes en lien avec la prise en charge des pathologies cardiaques Objectifs spécifiques pour 2023- 2027 Mettre en place une organisation pour un plateau technique de cardiologie optimisé avec un circuit répondant aux besoins des usagers et des patients Développer le circuit de consultations externes de cardiologie
Actions	Il s’agit d’optimiser les consultations de cardiologie sur le CHVM en permettant au cardiologue de développer l’activité du plateau technique déjà présente (offre de soins supplémentaires pour les patients et les usagers) Permettre aux usagers de pouvoir bénéficier d’un panel plus important d’examens exploratoires Développer un plan de communication auprès des médecins libéraux sur les prestations disponibles au CHVM
Délai objectif	Etude financière du projet et recrutement d’un médecin Mise en œuvre du projet Année de réalisation proposée : 2023 - 2027

Indicateur de réussite	Objectif cible : nombre de consultations de cardiologie dans les 6 mois suivant la mise en œuvre des moyens
Pilote	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo
Groupe de travail	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Directeur référent du pôle Cadre supérieure de santé du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Cadres du pôle, en accord avec la volonté du chef de pôle et du cadre supérieure de pôle de mettre en place un travail collectif.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Salles de consultations Plateau technique et matériel existant Augmentation d'1 ETP médical

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Améliorer la capacité d'accueil du service d'UHTCD
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La capacité en lits d'UHTCD est parfois sous-estimée par rapport au nombre de patients en attente de lits d'hospitalisation de courte durée Le service d'UHTCD n'a pas de salle de soins, les IDE préparent les soins sur leur chariot. Ceci ne répond pas aux recommandations de la HAS, aux recommandations d'hygiène des soins, de qualité, de sécurité des soins et de confidentialité des soins L'activité du pôle urgence, en terme de nombre de passages, justifie l'augmentation de cette capacité en lits
Objectif :	Valeur ajoutée : Augmentation de l'activité Mise en conformité du service Amélioration de la prise en charge des patients Impact financier Amélioration de la qualité de vie au travail Amélioration du service rendu aux patients Mise en conformité du service répondant aux recommandations de la HAS Objectifs généraux du projet Augmenter la capacité en lits d'hospitalisation du service d'UHTCD. Passage de 6 à 10 lits (hors lits supplémentaires) Assurer la conformité du service d'UHTCD en y intégrant une salle de soins Intégrer le projet architectural correspondant aux besoins dans le projet

	de site unique
Actions	Il s'agit de décrire un projet architectural qui permet d'augmenter le nombre de lits d'UHTCD au regard des besoins.
Délai objectif	Conception du projet architectural 2023 – 2027 Etude financière du projet Mise en œuvre du projet Année de réalisation proposée : 2023 – 2027
Indicateur de réussite	Financement du projet obtenu Mise en œuvre des travaux Réception de fin de travaux Indicateur d'activité sur l'UHTCD (taux d'occupation, nombre d'entrées)
Pilote	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo
Groupe de travail	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Directeur référent du pôle Cadre supérieure de santé du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Cadres du pôle, en accord avec la volonté du chef de pôle et du cadre supérieure de pôle de mettre en place un travail collectif.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Projet de site unique À moyens humains constants Plan d'équipement à mener pour achat mobilier des chambres supplémentaires, salle de soins et office

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Création d'une équipe référente dans la prise en charge des usagers victimes de maltraitance ou de violences
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Au regard de l'augmentation du taux de maltraitance ou de violences faites aux femmes, la création d'une équipe référente dans la prise en charge des femmes battues au sein des urgences devient indispensable. C'est une réponse à une priorité de Santé Publique. Le projet est ouvert à tout usager subissant des violences.
Objectif :	Valeur ajoutée : Amélioration de la prise en charge des patients victimes de maltraitance ou de violences Amélioration de l'orientation des victimes prises en charge aux urgences (interlocuteurs identifiés et circuits améliorés) Amélioration du réseau ville-hôpital Répondre à une problématique de Santé Publique, priorité nationale

	Objectifs généraux du projet Mettre en place cette cellule de professionnels au sein des urgences Améliorer la détection et la prise en charge des usagers victimes de maltraitance Optimiser les liens entre le service des urgences et le réseau extérieur (forces de l'ordre, associations...)
Actions	Il s'agit de mettre en place la cellule au sein des urgences afin d'assurer la continuité de la prise en charge des usagers victimes de violence ou de maltraitance Une réflexion est à mettre en œuvre pour organiser un circuit à part aux urgences pour la prise en charge des victimes de violences. L'équipe se compose de : - Chef de pôle - Médecin urgentiste référent - Cadre supérieure du pôle - Cadres de santé du pôle - Cadre de santé de nuit - Assistante sociale chargée de la PASS - Aides-soignantes référentes
Délai objectif	Année de réalisation proposée : 2023 – 2027
Indicateur de réussite	Suivi : Nombre de détections effectuées
Pilote	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo
Groupe de travail	Chef du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Directeur référent du pôle Cadre supérieure de santé du pôle urgences et médecine post-urgences à orientation cardio-pneumo. Cadres du pôle, en accord avec la volonté du chef de pôle et du cadre supérieure de pôle de mettre en place un travail collectif.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Certains professionnels de la cellule sont formés ou membres de la Commission Départementale contre les violences faites aux femmes À moyens constants L'obtention d'un appartement en ville pour faciliter le travail en aval des urgences dans la prise en charge des victimes serait nécessaire Appui pour la mise en œuvre du réseau ville-hôpital et d'éventuelles conventions

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Intervention de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs à Domicile dans le Vendômois
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Des personnes malades en soins palliatifs qui entrent à l'hôpital par le service des urgences, et donc d'une part, majorent considérablement et inutilement la charge de travail dans ce service et de l'autre subissent les délais d'attente complètement inappropriés à leur situation, avec l'inconfort des chariots d'urgence, et parfois des examens inutiles (prise de sang–imagerie médicale – etc.) par méconnaissance du projet thérapeutique du patient.
Objectif :	- 100% des personnes malades de la 3^{ème} circonscription (Cantons de La Beauce, Montoire-sur-le-Loir, Onzain, Le Perche, Vendôme) déclarées en soins palliatifs, sont identifiées par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de l'hôpital de Vendôme, -100% des personnes gravement malades en soins palliatifs à domicile dans la circonscription de Vendôme bénéficient d'une rencontre physique pour évaluation clinique avec une équipe de soins palliatifs (EMSP Vendôme – EADSP Blois) dans les 12 heures suivant un appel du malade -des proches – des soignants – ou autres professionnels. - 100% de ces patients dont le maintien à domicile n'est plus possible, sont hospitalisés directement dans un service de l'hôpital ou orientés vers un établissement référent et ainsi éviter le passage aux urgences de l'hôpital de Vendôme.
Actions	Le projet d'une procédure simple efficace et considérablement efficiente, à l'échelle de la circonscription de Vendôme pour éviter ces passages intempestifs dans le service des urgences de l'hôpital de Vendôme, a été présenté par l'EMSP de l'hôpital de Vendôme, à Christophe Marion, député du Loir-et-Cher. En effet, la mise en place de cette procédure reposant entre autres sur un numéro de téléphone, nécessite une participation de la société civile représentée par ses élus politiques (les maires)
Délai objectif	3 ans partir de la mise en place officielle
Indicateur de réussite	- Diminution fortement significative du passage aux urgences de l'hôpital de Vendôme des personnes malades déclarées en soins palliatifs. Majoration du maintien à domicile pour les personnes malades en soins palliatifs. - Intervention physique rapide à domicile (avec la collaboration des médecins traitants) - Satisfaction des proches reposant sur un questionnaire type simple et rapidement exploitable.

Pilote	Médecin responsable de l'EMSP du pôle des urgences de l'hôpital de Vendôme -médecin chef de pôle des urgences - cardio -pneumologie - UHTCD à l'hôpital de Vendôme Député de la 3^{ème} circonscription du Loir-et-Cher représentant de la société civile.
Groupe de travail	Composé par : - le médecin responsable de l'EMSP de l'hôpital de Vendôme, pôle des urgences) - le chef de pôle des urgences - cardio -pneumologie - UHTCD à l'hôpital de Vendôme - le député de la troisième circonscription du Loir-et-Cher - le maire de la communauté des communes du Vendômois ou son représentant. - la vice-présidente du conseil départemental du Loir-et-Cher ou son représentant. - Un représentant des pharmaciens de la circonscription de Vendôme - Un ou plusieurs représentants des usagers des établissements médicaux et médicaux sociaux de la troisième circonscription - 1 représentant(e) des SSIAD - 1 Représentant(e) de l'ADMR - 1 Représentant(e) de l'HAD 41 - 1 Représentant(e) dru CCAS de Vendôme. - Des Représentant(e) des IDE à domicile. - Et autres à définir
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	- Équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Vendôme - Les professionnels de santé libéraux - Les travailleurs sociaux - Les pharmaciens de la circonscription de Vendôme - Un numéro de téléphone pour un guichet unique d'appel - Une communication vers les centres de référence en cancérologie et neurologie du département et hors département. - La validation institutionnelle des sorties des membres de l'équipe mobile permettre une couverture des risques de déplacement par l'assurance de l'hôpital. <u>Le coût financier total</u> : un téléphone + abonnement annuel. N.B. : un véhicule peut être mis à la disposition de l'équipe mobile par l'association UPSYV (Unité de psychosomatique du Vendômois) dont le siège social est l'hôpital de Vendôme depuis avril 2014. Un véhicule de l'hôpital pourrait également être réservé selon les procédures habituelles de mise à disposition au personnel

FICHE ACTION N°7	
Thématique	Renforcer l'offre de soins en addictologie
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le précédent projet d'établissement avait préconisé le développement de l'offre de soins en addictologie en lien avec les indicateurs défavorables de santé publique du bassin de vie
Objectif :	- structurer et labelliser une Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intra hospitalière
Actions	Recruter un ou plusieurs ETP IDE/mobiliser des compétences diététicienne/ compétences assistante sociale notamment
Délai objectif	1 an
Indicateur de réussite	. Structurer une ELSA intra-hospitalière
Pilote	Médecin addictologue de l'hôpital de Vendôme
Groupe de travail	Néant
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	IDE

1.4 Synthèse des fiches actions

Axe stratégique /thématique	Objectifs	Actions	Indicateurs
Création d'une troisième ligne médicale	Optimisation de la prise en charge des urgences vitales sur le Territoire Assurer une présence médicale sur l'UHTCD	Mise en place d'une organisation médicale et paramédicale (temps médecin et infirmier)	Nombre de sorties secondaires Mesure de satisfaction des patients pris en charge aux urgences
Développement des consultations externes de contrôle post urgences	Optimiser la prise en charge des patients. Avoir une meilleure réponse aux besoins des usagers (suivi des vaccins tétanos, suivi de fractures...)	Mettre en place des consultations externes post passage aux urgences (notamment en traumatologie	Nombre de consultations externes post-urgences effectuées
Développement du plateau technique de cardiologie et des consultations externes de cardiologie	Avoir une meilleure réponse aux besoins des usagers dans le suivi des pathologies cardiaques (post-hospitalisation, explorations ...)	Optimiser les consultations de cardiologie sur le CHVM Déployer un plan de communication	Nombre de consultations de cardiologie dans les 6 mois suivant la mise en œuvre des moyens
Améliorer la capacité d'accueil du service d'UHTCD	Augmentation de l'activité Mise en conformité du service Amélioration de la prise en charge des patients	Décrire un projet architectural qui permet d'augmenter le nombre de lits d'UHTCD au regard des besoins	Indicateur d'activité sur l'UHTCD (taux d'occupation, nombre d'entrées)
Création d'une équipe référente dans la prise en charge des usagers victimes de maltraitance ou de violences	Amélioration de la prise en charge des patients victimes de maltraitance ou de violences Amélioration du réseau ville-hôpital	Mettre en place la cellule au sein des urgences afin d'assurer la continuité de la prise en charge des usagers victimes de violence ou de maltraitance	Nombre de détections effectuées
Intervention de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs à Domicile dans le Vendômois	Eviter le passage aux urgences de l'hôpital de Vendôme.	Déployer l'équipe à domicile	- Diminution du passage aux urgences des personnes déclarées en soins palliatifs, Majoration du maintien à

			domicile, - Intervention physique rapide à domicile, - Satisfaction des proches reposant sur un questionnaire.
Renforcer l'offre de soins en addictologie	Structurer et labelliser une Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intra hospitalière	Recruter un ou plusieurs ETP IDE Mobiliser des compétences diététicienne, assistante sociale	

2. Pôle Médecine – SSR2- pharmacie

2.1 Description du pôle et son activité

Description du pôle de médecine :

Médecine : 28 lits

Hôpital de jour : 2 places

SSR 2 : 30 lits

hôpital de semaine : 6 lits

Chimiothérapie : 4 places

Pharmacie à Usage Intérieur

Le pôle médecine comprend de la médecine interne, un hôpital de jour, une unité de soins de suite et de réadaptation et la pharmacie à usage intérieur.

Le pôle est constitué d'une équipe médicale sous la chefferie du Dr Abdeslem Amir et des :

Dr Annie Creste-Ravey

Dr Séverine Durin

Dr Philippe Gallier

Dr Virginie Yaouanc

Dr Giuseppe Cacace

Dr Tarik Naceur

L'équipe de la pharmacie est constituée de 5 pharmaciennes sous la chefferie de Madame Adam.

Font partie également de l'équipe, 4 autres pharmaciennes et 10 préparateurs en pharmacie :

Madame Goupillat

Madame Pinna

Madame Chartrin

Madame Maintier

Equipe de pharmaciennes attachées à l'EHPAD de Montoire et pour l'hospitalet

L'équipe d'encadrement est composée d'une cadre supérieure de santé, de 2 cadres de santé de proximité affectées à chacun des services d'hospitalisation.

Une équipe paramédicale composée d'infirmières, d'aides-soignantes et d'ASH assure les soins quotidiens de jour comme de nuit.

Une équipe paramédicale peut intervenir sur demande : une diététicienne, une psychologue, une kinésithérapeute, une assistante sociale, l'équipe mobile de soins palliatifs et une orthophoniste.

Le service de médecine comporte 28 lits d'hospitalisation complète polyvalente avec des domaines d'expertise comme la diabétologie, le cancer, l'onco-gériatrie, les soins palliatifs (6 lits identifiés) et l'infectiologie. Une activité de dermatologie complète l'offre de soins partagée avec les autres services du Centre hospitalier de Vendôme-Montoire.

Le service d'hospitalisation de semaine de médecine comporte 6 lits ouverts du lundi au vendredi. L'hôpital de jour constitue, avec ses deux types d'activités, une unité fonctionnelle admettant entre autres des patients suivis dans les services de médecine et de SSR2.

Il est constitué de 2 places pour les soins en hospitalisation de jour et de 4 places pour l'activité de chimiothérapie. Il s'y rajoute une zone de soin et une salle pour la consultation d'annonce et l'accueil des familles, une salle d'attente, un bureau médical et un bureau infirmier.

Il a été mis en place un temps de coordination d'infirmière, deux jours par semaine qui permet d'améliorer la prise en charge des patients et des parcours.

Le service de SSR2 comporte 30 lits en hospitalisation complète et assure les soins de suite et de réadaptation des patients du Vendômois et des alentours. Le service accueille principalement des patients en cours de traitement oncologique (onco-gériatrique) ou post traitement et des soins palliatifs.

Activité du pôle en 2021

	Lits / Places	Séjours	Journées
Médecine	28	843	9 813
HDJ	6		589
HDS	6	95	317
Chimiothérapie	0		2 106
SSR	30	202	9156

	Evolution du Taux d'occupation			
	2018	2019	2020	2021
Médecine	98,20%	98,60%	97,80%	96,02%
HDJ	120,20%	141,10%	137,60%	114,15%
Chimiothérapie	139,00%	160,10%	192,50%	204,84%
SSR	92,10%	90,10%	87,40%	83,62%

	Pharmacie
	2 021
Dispensation globale	109 667
Dispensation nominative	235 657
Total dispensation	345 324

2.2 Bilan du projet 2016-2020

A. Mettre en place et déployer le Dossier Patient Informatisé (DOPAMINE)

Cette action n'a pas abouti. En effet Le premier service déployé avec la solution DOPAMINE a été la médecine gériatrique. Ensuite le GHT a opté pour l'achat d'un DPI en 2019 pour l'ensemble des 5 hôpitaux du département. Cette décision a mis fin à cette action.

B. Développer l'activité d'hospitalisation de jour

L'activité d'hôpital de jour est en forte progression depuis de nombreuses années avec un taux d'occupation depuis 2016 supérieur à 100%.

Tous les objectifs et les actions de cette fiche ont été réalisés. Les locaux ont été réaménagés, cela permet un meilleur accueil des patients et de leurs familles.

2018 = 120.20%

2019 = 141.10%

2020 = 137.60%

2021 = 114.15%

C. Organiser les prises en charge pour favoriser le retour rapide à domicile

Cette fiche action n'a pas été mise en place. Les moyens nécessaires à sa réalisation notamment le déploiement de temps d'ergothérapeute au SSR2 n'a pas abouti.

D. Mettre en place une coopération pour la prise en charge des addictions

La réalisation de cette fiche action avait pour préalable la coopération avec l'équipe mobile d'addictologie du Centre Hospitalier de Blois. Cette coopération n'a pas pu se concrétiser. La fiche action n'a pas pu aboutir. Cependant, le CHVM bénéficie de la présence d'un médecin addictologue à 0.40 ETP.

E. Développer la formation du personnel pour une prise en charge globale

Cette fiche action a été réalisée. Un plan de formation à destination des infirmières des services du pôle de médecine a été élaboré et a permis une montée en compétences des personnels.

Un biais à cette réalisation est tout de même à remarquer, c'est le turn-over régulier et important d'infirmière dans le service, qui ne permet pas de maintenir un niveau de formation ad hoc des effectifs soignants.

2.3 Fiches action du projet 2023-2027

Le projet de pôle médecine-SSR2-Pharmacie s'articulera autour de 4 orientations stratégiques :

Offrir une prise en charge de qualité et de sécurité aux patients tout en leur offrant une protection contre les infections nosocomiales et une sécurisation de haut niveau du circuit du médicament.

Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels en réévaluant l'organisation, les effectifs et le réaménagement des locaux afin de sécuriser les circuits.

Renforcer l'activité d'hospitalisation de jour en créant ou en réaffectant des locaux dédiés avec un circuit différencié.

Adapter la prise en charge en soins de suite au besoin de la population locale notamment dans les domaines sans cesse croissants de la cancérologie, soins de supports et soins palliatifs.

Depuis ces dernières années, la plupart des projets de services et pôles qui ont concerné une augmentation ou une création d'activité se sont malheureusement heurtés à une importante contrainte architecturale. En effet l'exiguïté et l'inadaptation des locaux, l'absence de possibilité d'extension n'a pas permis d'avancer ces projets. La crise sanitaire de la COVID 19 a accentué cette difficulté en imposant une réorganisation des espaces et circuits plus stricte, au détriment de l'activité, afin de pouvoir respecter la distanciation et autres mesures barrières visant, à éviter les contaminations et infections nosocomiales.

Compte tenu de cela et avant qu'un éventuel projet d'un nouvel hôpital moderne n'aboutisse, il nous a semblé nécessaire d'axer nos projets vers une réorganisation et un réaménagement architectural des locaux existants dans un premier temps.

En ce qui concerne les services médicaux, l'objectif, tout en respectant les mesures barrières, est de regrouper les activités ambulatoires mais en les séparant des activités d'hospitalisation. Il s'agit également d'identifier et de réguler des circuits distincts pour chaque catégorie d'activité (ambulatoire vs hospitalisation). Le réaménagement des locaux, le recrutement et la formation du personnel permettra le développement de la prise en charge des diabétiques en hôpital de jour, qui n'a pas pu être réalisée à ce jour par manque de moyens architecturaux et humains.

Le nombre d'admission en SSR2 pour des soins de support de patients en chimiothérapie ou en soins palliatifs ne cessant d'augmenter ces dernières années nous incite à renforcer notre prise en charge qui devient de fait de plus en plus spécifique justifiant une demande de reconnaissance de SSR spécialisé.

L'extension programmée de la pharmacie permettra un système de stockage, de gestion et une organisation efficiente. L'exiguïté actuelle des locaux ne permettant pas pour l'instant un respect de la distanciation physique pour les professionnels ni de réaliser des dispensations nominatives en toute sécurité pour l'ensemble des services. Néanmoins grâce aux professionnels de la pharmacie certains projets comme la DJIN visant à apporter un haut niveau de sécurisation du circuit du médicament est d'ores et déjà proposée pour le SSR2.

Le projet de pôle Médecine – SSR2 – Pharmacie est décliné sur les 4 fiches action suivantes :

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Développement de l'hospitalisation de jour de diabétologie
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Un besoin identifié de cohérence de locaux freinant l'organisation de l'activité Absence de local dédié à l'Hôpital de Jour (HDJ) de diabétologie Absence de salle d'attente de l'hospitalisation de jour (occupée par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)). Besoin de prise en charge des patients en hospitalisation de jour pour les bilans notamment mais les locaux sont inadaptés et le temps paramédical insuffisant.
Objectif :	Optimiser et améliorer la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques et plus particulièrement des diabétiques en créant un Hôpital de Jour (HDJ) de diabétologie pluridisciplinaire dont l'activité restera conforme à la circulaire frontière. HDJ de diabétologie attenante à l'HDJ classique et de chimiothérapie par souci de cohérence.
Actions	Libérer la salle d'attente de l'HDJ en délocalisant l'EMSP au RDC Transformer/Aménager la salle d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en salle d'HDJ. Evaluer le volume prévisible de la file active en HDJ Diabète Proposer un mode de fonctionnement ainsi qu'un planning des professionnels.
Délai objectif	12 mois
Indicateur de réussite	Nombre d'HDJ Diabète Taux d'activité en volume et en valeur Audits de satisfaction patients et professionnels
Pilote	Chef de pôle / Directeur délégué du pôle
Groupe de travail	Quatuor de pôle Praticien hospitalier formé en diabétologie Diététicienne Cadre de santé du service de médecine
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Revoir l'affectation des locaux Réaménager les locaux existants Renforcer le temps IDE de 0,5 ETP à former en diabétologie, (idéalement Infirmière en Pratique Avancée (IPA) Renforcer le temps AS de 1 ETP Renforcer le temps de podologue de 0,5 ETP Renforcer le temps secrétariat de 0,5 ETP 1 ETP de médecin formé en diabétologie

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Amélioration de l'accueil, du confort et de la sécurité des patients
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Des chambres et des locaux en mauvais états (état des rampes et fixations dans les couloirs, prises électriques, fils de TV...). Les derniers travaux de rénovation datant de 2003 - 2006. Un accueil hôtelier en dessous des autres établissements de santé et obsolète. Une circulation des patients et des usagers complexes et pas toujours clair dans les services (signalisation à revoir). Des chambres inadaptées aux pathologies des patients
Objectif :	Améliorer la sécurité, le confort d'accueil des patients et des usagers dans les services du pôle de Médecine. Améliorer la qualité de vie au travail
Actions	Identifier les éléments à risque qui nécessiteraient des actions ciblées Recenser les éléments et espaces dégradés. Réaliser des travaux d'amélioration et de rénovation
Délai objectif	24 mois
Indicateur de réussite	Audits de satisfactions
Pilote	Cadre supérieur
Groupe de travail	Encadrement du service Cadre du Standard
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Matériels Mobilier adapté aux risques infectieux émergents Intervention d'un ergonomiste

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Dispensation Individuelle Journalière Nominative (DJIN) en SSR2
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Les IDE du service de SSR2 passent beaucoup de temps dans la préparation des piluliers. La sécurité du circuit du médicament pourrait être d'avantage renforcée. La pharmacie possède le savoir-faire pour élargir cette compétence au SSR2.
Objectif :	Sécuriser le circuit du médicament Récupération du temps IDE pour d'autres tâches au chevet des patients
Actions	Mise en place d'une équipe projet et détermination des critères de choix du matériel requis. Rencontre des fournisseurs pour leur indiquer le « cahier des charges ». Phase de test avec le matériel prêté par les fournisseurs (du 21 juin au 07 juillet 2021) Arrêt du choix du matériel Mise en place de la DJIN
Délai objectif	6 mois
Indicateur de réussite	Mise en place effective dans la durée Audits de satisfaction

Pilote	Pharmacienne
Groupe de travail	Pharmacienne Préparatrice en pharmacie Cadre de santé Equipe IDE du service
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Effectif : l'activité représente 0,3 ETP préparateur par semaine et se fera néanmoins à effectif constant 2 Chariots spécifiques : 1 Chariot pour chaque secteur/IDE de 15 lits : Devis du matériel retenu équipé = 5046,30 € HT

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Obtenir une reconnaissance de SSR en Cancérologie pour le SSR2
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Entre 20 et 30% des patients pris en charge en SSR2, ont un diagnostic de cancer en cours de traitement ou en soin palliatif. Une partie des actes de soins de support (Transfusions, Immunoglobulines...) se font en hospitalisation de jour et nécessitent de ce fait de déplacer les patients et les confier temporairement à une autre équipe de soins. L'autorisation permettra de réaliser les mêmes soins de qualité sans déplacer les patients avec un faible impact budgétaire. Cela libérera des places pour les autres hospitalisations de jours incluant la prise en charge des diabétiques.
Objectif :	Obtenir des lits autorisés de SSR cancérologique et soin palliatif (lits identifiés) afin d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients en SSR2.
Actions	Rédaction de la demande argumentée (Données DIM) Envoi de la demande à l'ARS dès l'ouverture de la fenêtre.
Délai objectif	18 mois
Indicateur de réussite	Taux d'activité du SSR Taux d'activité de l'HDJ Audit de satisfaction patients et professionnels
Pilote	Chef de pôle / Directeur adjoint chargé des autorisations
Groupe de travail	Chef de pôle Directeur délégué du pôle Cadre de santé du service Praticiens hospitaliers du service
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Renforcer temps IDE de 1 ETP Formation des IDE, AS en cancérologie et soins palliatifs Formation des médecins en cancérologie et/ou soins palliatif ou de Support

2.4 Plan d'action

Axe stratégique /thématique	Objectifs	Actions	Indicateurs
Développement de l'hospitalisation de jour de diabétologie	Optimiser et améliorer la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques et plus particulièrement des diabétiques en créant un Hôpital de Jour (HDJ) de diabétologie pluridisciplinaire dont l'activité restera conforme à la circulaire frontière. HDJ de diabétologie attenant à l'HDJ classique et de chimiothérapie par souci de cohérence.	1.1 : Libérer la salle d'attente de l'HDJ en délocalisant l'EMSP au RDC 1.2 Transformer/Aménager la salle d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en salle d'HDJ. 1.3 Evaluer le volume prévisible de la file active en HDJ Diabéto 1.4 Proposer un mode de fonctionnement ainsi qu'un planning des professionnels.	Nombre d'HDJ Diabéto Taux d'activité en volume et en valeur Audits de satisfaction patients et professionnels
Amélioration de l'accueil, du confort et de la sécurité des patients	Améliorer la sécurité, le confort d'accueil des patients et des usagers dans les services du pôle de Médecine. Améliorer la qualité de vie au travail	2.1 : Identifier les éléments à risque qui nécessiteraient des actions ciblées 2.2 : Recenser les éléments et espaces dégradés. 2.3 : Réaliser des travaux d'amélioration et de rénovation	Réalisation d'audits de satisfactions
Dispensation Individuelle Journalière Nominative (DJIN) en SSR2	Sécuriser le circuit du médicament Récupération du temps IDE pour d'autres taches au chevet des patients	3.1 : Mise en place d'une équipe projet et détermination des critères de choix du matériel requis. 3.2 : Rencontre des fournisseurs pour leur indiquer le « cahier des charges ». 3.3 : Phase de test avec le matériel prêté par les fournisseurs (du 21 juin au 07 juillet 2021) 3.4 : Arrêt du choix du matériel 3.5 : Mise en place de la DJIN	Mise en place effective dans la durée Audits de satisfaction
Obtenir une reconnaissance de SSR en Cancérologie pour le SSR2	Obtenir des lits autorisés de SSR cancérologique et soin palliatif (lits identifiés) afin d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients en SSR2.	4.1 : Rédaction de la demande argumentée (Données DIM) 4.2 : Envoi de la demande à l'ARS dès l'ouverture de la fenêtre	Taux d'activité du SSR Taux d'activité de l'HDJ Audit de satisfaction patients et professionnels

3. Pôle gériatrie

3.1 Description du pôle

Trio de pôle :

Chef de pôle : Docteur MARY Jean-Pierre

Cadre supérieure de santé : Madame TRICOT Sandrine

Direction déléguée : Madame PERROT Lucie

Composition du pôle :

- Court séjour gériatrique – 15 lits
- Soins de Suite et de Rééducation (SSR) – 40 lits
- Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) – 10 lits
- EHPAD Centre de Soins André Gibotteau (CSAG), Vendôme
 - o EHPAD classique – 190 lits
 - o Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) – 14 lits
 - o Unité Alzheimer – 31 lits
 - o Accueil de jour – 10 places
- EHPAD Les Tilleuls, Vendôme – 72 places
- EHPAD Antoine Moreau, Montoire
 - o EHPAD classique – 141 lits
 - o Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) – 14 lits
 - o Unité Alzheimer – 17 lits
 - o Accueil de jour – 6 places

	Taux d'occupation		
	2019	2020	2021
Médecine gériatrique	93,80%	85,00%	89,02%
SSR gériatrique	96,10%	91,60%	87,73%
UCC Unité Cognito-Comportementale	/	/	83,11%
Ehpad CSAG	97,60%	95,90%	81,28%
UHR CSAG	99,20%	97,20%	86,30%
Alzheimer	99,00%	99,30%	95,75%
Les Tilleuls	96,50%	95,50%	92,72%
Ehpad Montoire	98,20%	96,10%	94,48%
UHR Montoire	98,20%	94,90%	86,52%
Global EHPAD	97,50%	96,11%	88,62%

3.2 Bilan du projet 2016-2020

Ci-après une présentation des axes identifiés dans le cadre du précédent projet d'établissement et mise en perspective au regard du projet d'établissement 2023-2027 :

A. Définir une organisation graduée de la prise en charge gériatrique

Il s'agit d'une période marquée par la fusion de l'hôpital de Vendôme avec l'hôpital de Montoire.

Ci-après le bilan relatif à cet axe :

- Mise en place d'une commission d'admission afin d'orienter les résidents vers la structure adaptée à leurs besoins et leurs profils.
- L' USLD n'a pas été créée.
⇒ Sa nécessité est toujours identifiée dans le cadre du projet de site unique avec une dimension médicale forte qui constitue un atout important du CSAG, qui est à valoriser par l'intermédiaire d'une USLD au regard des compétences identifiées.
- Création d'une filière gériatrique-psychiatrique : continuité du projet avec la fiche action n°4 du PE 2022 – 2026 dans le cadre du projet de site unique.
A ce jour, les personnes concernées sont accueillies mais leur prise en charge n'est pas pleinement adaptée à des besoins spécifiques.
- Continuité de la nécessaire optimisation des consultations et de la création d'une unité d'hospitalisation de jour.

B. Formaliser les coopérations

La contractualisation des pôles est en cours.

Ci-après le bilan relatif à cet axe :

- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) : interventions régulières avec l'instauration de staff pluridisciplinaires.
- Conventionnement avec l'HAD depuis 2021.
- Direction commune avec les EHPAD Les Cèdres à La Ville aux Clercs et Léguéré Viau à Savigny sur Braye. Il est à noter un renforcement des coopérations avec les EHPAD autonomes du territoire de proximité.
- Formalisation des conventionnements effectuée avec un renforcement des structures de coopération.
- Equipe Territoriale de Vieillesse et de Maintien de l'Autonomie (ETVMA) créée, avec un projet départemental présentant également une dimension régionale, dans l'intérêt des parcours des personnes âgées.

Le projet de site unique s'inscrit dans cette continuité avec une cohérence territoriale dans l'intérêt de la population.

C. Redistribuer les services internes pour une meilleure performance

Ci-après le bilan relatif à cet axe :

- Création d'une UCC en 2021 avec identification d'une aile sanitaire au sein du CSAG, avec des compétences également identifiées.
- Hébergement Temporaire : toujours une nécessité identifiée, dans la continuité avec le projet d'établissement 2016 - 2020.

- Transformation de lits d'EHPAD en lits d'USLD : non réalisé.

L'intérêt de cette transformation pour un secteur, un nombre de lits identifiés est toujours prégnant au regard des compétences gériatriques importantes et permanentes (24h/24).

L'objectif et les perspectives sont de concrétiser les 2 facettes de la transformation de l'offre dans l'intérêt des personnes âgées et de leurs besoins :

- 1) EHPAD, lieu de vie avec la grande dépendance et les troubles cognitifs.
- 2) USLD, structure de soins pour les situations nécessitant une stabilisation médicale.

L'objectif du projet de site unique est notamment de participer à une cohérence globale en optimisant les parcours (chemins cliniques communs des personnes âgées).

D. Développer la politique managériale du CSAG

Il est à noter une réorganisation de l'encadrement au CSAG, en lien avec la fusion avec Montoire.

E. Consolidation de la position et de l'image de la filière gériatrique dans son territoire

Ci-après le bilan relatif à cet axe :

- ETVMA créée.
- Labellisation de l'UHR du CSAG.

Il apparaît une continuité avec les besoins identifiés dans le projet d'établissement 2016-2020.

- Organisation bio nettoyage effectuée.
- Organisation de la politique animation du pôle avec identification d'un état des lieux et définition d'un plan d'actions (réorganisation des bureaux).
- Mise en place de partenariats culturels (l'Hectare, CICLIC, etc.).
- Mise en place d'une communication vers l'extérieur pour valoriser les actions engagées (site internet, Facebook, liens avec la presse, etc.).
- Projets d'Accompagnements Personnalisés mis en place et mis en commun avec l'EHPAD de Montoire. Idem pour le contrat de séjour et règlement de fonctionnement.
- Réinvestissement des Conseils de la Vie Sociale (CVS) avec mise en place de réunions préparatoires au CVS afin de faire davantage vivre cette instance.
Mise en place d'adresses mails en faveur des représentants des familles au CVS.
Groupes de paroles avec les familles de l'UHR à Montoire.
- Mise en place d'une commission des menus.
- Réflexion éthique avec des staffs professionnels dédiés (réunions sur situations individuelles, réunions thématiques, ateliers par psychologue pendant la crise COVID à destination des professionnels de nuit en particulier, groupes de paroles avec psychologue du travail sur le SSR1 dans la cadre de la réorganisation des services, etc.).
- Valorisation de l'art de la table, repas à thèmes, formations des professionnels, HESTIA, etc.

Bilan des divers travaux d'aménagements effectués depuis le précédent projet d'établissement :

- Réfection des salles à manger
- Peintures secteur EHPAD CSAG
- UHR Montoire ouverte au moment de la fusion
- Mise en place et aménagement de salons des familles
- Mobilier des espaces de convivialité (fauteuils confort, mobilier de salle à manger etc.)

- Création stockage animation CSAG
- Déplacement de la plateforme de répit vers un espace lumineux
- Création d'une salle numérique pour les résidents
- Embellissement des espaces extérieurs CSAG avec les grands pots colorés
- Projets SEGUR investissements du quotidien : Parcours de motricité, jardin thérapeutique (filiale Alzheimer), création d'un salon de coiffure, salons d'accueil, bladder-scan, allée d'entrée du CSAG, chaise de pesée, guidon de transfert, pousse seringue électrique.

3.3 Fiches action du projet 2023-2027

Le projet 2023-2027 du pôle gériatrie est décliné via les 5 fiches action suivantes :

- Fiche action n°1 : Création d'une unité fonctionnelle d'hospitalisation de jour.
- Fiche action n°2 : Création d'une antenne de l'Equipe Territoriale de Vieillessement et de Maintien de l'Autonomie (ETVMA).
- Fiche action n°3 : Hébergement temporaire.
- Fiche action n°4 : Unité d'EHPAD géro-psycho.
- Fiche action n°5 : Ensemble vers l'Hébergement pour Personnes Agées de Demain, « Bienvenue chez vous ».

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Création d'une unité fonctionnelle d'hospitalisation de jour
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Consultations non optimisées (structuration, gestion) et insuffisamment valorisées (compétences médicales et financières), insuffisamment déployées (seules consultations mémoire). Problématique de démographie médicale sur le territoire et population vieillissante. Absence d'hôpital de jour gériatrique dans le nord du département
Objectif	- Limitation des hospitalisations conventionnelles - Prévention des syndromes gériatriques - Accessibilité facilitée à des compétences médico psycho sociales transversales, regroupées sur une même entité de lieu et sur une temporalité optimisée - Cohérence et pertinence du parcours de la personne (au bon endroit, au bon moment) avec une concertation multidisciplinaire (pour une meilleure compréhension de l'utilisateur et de son projet de soins et d'accompagnement global) - Valorisation des consultations multi disciplinaires - Valorisation des consultations externes via des séjours d'hospitalisation de jour (déploiement d'une organisation avec un parcours : médecin – ergo/ortho/kiné/psychologue/IDE – assistante sociale) ; - Optimisation du circuit admissions/secrétariat - complétude de la filière gériatrique du CHVM / élément d'attractivité professionnelle pour des métiers en tensions
Actions	- travaux pour optimisation du circuit admissions/secrétariat avec création d'un secteur de consultations : borne d'accueil, salle

	d'accueil et de soins, signalétique, information/communication ; - effectuer la demande d'autorisation - définition des parcours de patients (troubles cognitifs et du comportement + troubles de l'équilibre) - étude du dimensionnement actuel des consultations et définition du périmètre à atteindre (réunions pluridisciplinaires – élargissement des types de consultations : mémoire, chutes, perte d'autonomie, AEG, cardiovasculaire, urodynamique, soins palliatifs) ; - développer les actes autour de l'usager pour les valoriser en hospitalisation de jour - étude du dimensionnement de l'activité au regard des effectifs déployés ; - mise en place d'un management de proximité du secrétariat ;
Délai objectif	2022 (dossier autorisation) à 2023 (fin des travaux)
Indicateur de réussite	Réalisation effective des travaux Réalisation du processus administratif/secrétariat Nombre de consultations valorisées en hospitalisation de jour
Pilote	Chef de pôle Directrice déléguée du pôle Cadre supérieur de santé
Groupe de travail	Chef de pôle Référent médical Cadre supérieur de santé Médecin DIM Responsable du service des admissions et du standard Secrétariat
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Travaux (PPI) - ressources : ingénieur travaux / informatique / DIM IDE (temps partiel probable)

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Création d'une antenne de l'Equipe Territoriale de Vieillessement et de Maintien de l'Autonomie (ETVMA)
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Réponse AAP ARS et mise en place de l'antenne de l'ETVMA. Offre territoriale de prévention des situations de fragilité des personnes âgées qui est déficitaire. Accélération du vieillissement de la population (1 Loir-et-Chérien sur 3 aurait plus de 65 ans en 2050 contre 1 sur 5 en 2013). La région Centre Val de Loire est la région qui souffre le plus de la démographie médicale (Loir-et-Cher : 87 médecins pour 100 000 habitants versus 156 médecins en France métropolitaine en moyenne). Besoin d'une montée en compétence des professionnels des EHPAD.
Objectif	- constituer un réseau gérontologique territorial dynamique ;

	- former, accompagner, soutenir les aidants naturels et professionnels ; - construire des parcours de vie, d'autonomie et de santé adaptés et éviter les ruptures de parcours ; - prévenir la perte d'autonomie en facilitant l'accès à des actions de prévention pour les personnes âgées en situation de fragilité y compris sociale et économique ; - améliorer la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques et poly-médicamentées vivant à domicile ou en établissement ; - constituer un maillage territorial efficient ;
Actions	- Identification des patients chuteurs (filière relevage) ; - Repérer et prendre en charge la fragilité (programme ICOPE -> Evaluations Gériatriques Standardisées (EGS)) ; - Mise en place de Plan personnalisé de coordination et de soins (PPCS) ; - Formation : aidants et professionnels ; - Consultations d'expertise avancée ; - Coordination des pôles avec l'appui du DAC ; - Recrutements (gériatre, IDE, ergothérapeute, secrétariat) ; - Construire des outils pour rendre compte des actions : tableaux de suivis, rapport d'activité, achat d'équipements pour les évaluations ;
Délai objectif	1 ^{er} semestre 2022
Indicateur de réussite	Indicateurs du rapport d'activité : file active, nombre d'interventions, nombre d'évaluations, nombre de consultations avancées, nombre d'établissements ayant bénéficié des interventions, secteurs d'interventions.
Pilote	Chef de pôle Médecin référent Directrice déléguée du pôle Cadre supérieur de santé
Groupe de travail	Référent médical Cadre supérieur de santé Professionnels recrutés (ergothérapeute, IDE, secrétaire)
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Service informatique Bureau équipé Véhicule Téléphone, GPS, etc. Valise d'intervention (équipements biomédicaux divers)

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Hébergement temporaire (HT)
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Constat d’un besoin territorial de solutions d’hébergements temporaires (accueil d’urgence/HT « programmé » /HT de répit de l’aidant) -> Complétude de la filière gériatrique du CHVM.
Objectif	Accueillir une patientèle avec des profils différents : perte d’autonomie + troubles cognitifs/troubles psycho comportementaux. Répartition de l’offre sur le territoire (Vendôme/Montoire) dans l’intérêt d’une proximité géographique pour les résidents et leurs aidants. Permet de renforcer la dimension « parcours » de l’offre proposée (la personne au bon endroit au bon moment).
Actions	-2 places d’Hébergement Permanent (HP)EHPAD avec ouverture UCC. -14 places d’HP EHPAD avec un projet de labellisation de 14 places d’unité de géro-psycho (car chambres doubles). -3 lits d’HP : transformation de l’offre d’HP vers de l’HT. • 3 lits en unité sécurisée (2 à Vendôme et 1 à Montoire) -> représente 3 places d’HP. • 3 lits en EHPAD classique (Vendôme, 1^{er} étage) -> représente 6 places d’HP (car chambres doubles) + 4 places d’HP en lien avec la transformation de 4 places d’HT en places d’HP à l’EHPAD Les Cèdres. = Places d’HP à redistribuer sur Montoire -> voir la faisabilité architecturale (idée d’une unité à 14 à 18 places). Communication autour de l’offre proposée.
Délai objectif	2023-2025
Indicateur de réussite	Files actives résidents sur le territoire Nombre de personnes accueillies en HT
Pilote	Trio de pôle : Chef de pôle / Directrice déléguée / Cadre supérieur de santé
Groupe de travail	Dr MARY, Mme PERROT, Mme THIERCELIN, Dr PERNOT (médecin référent), encadrement, médecin coordonnateur EHPAD Léguéré Viau, ingénieur travaux, etc.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Service technique, service informatique, RH (recrutement effectifs), etc.

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Unité EHPAD géronto psychiatrique
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	-Besoin d’un service dédié pour l’hébergement des personnes psychotiques vieillissantes et personnes âgées en situation de handicap mental (avec troubles du comportement productifs) : 14 places environ. -Etude de l’Observatoire Régional de Santé (ORS) pour une réponse à un besoin identifié, avec une déclinaison territoriale souhaitable. -Sur le territoire vendômois, un besoin est déjà identifié via les établissements de la Varenne, la MAS du Vendômois, le Foyer Anaïs, le foyer occupationnel des Grands jardins à Cormenon, etc.
Objectif :	Apporter une solution d’hébergement et de soins adaptés aux besoins d’une population spécifique qui ne trouve pas sa place en EHPAD classique en raison des troubles du comportement et de leur âge ; ni en unité sécurisée (cohabitation complexe : intrusions, comportements désinhibés, comportements agressifs, etc.). Population qui ne peut demeurer en psychiatrie ni en structure de type FAM au regard de l’accroissement de la dépendance et des troubles liés à l’âge.
Actions	-Demande d’autorisation via une conversion de lits d’EHPAD classiques. -Besoin architectural : construction d’une unité sécurisée, avec jardin clos, au sein du site médico-social. Où : espace indépendant (maisonnée autonome) avec jardin clos, à proximité du site médico-social. -Besoin en formations et compétences spécifiques : AES, ASG, éducateur, temps gériatre et temps psychiatre. -Liens possibles avec une équipe mobile de psychiatrie pluridisciplinaire pour apport en expertise, ajustement des traitements, ré-hospitalisation en psychiatrie en cas de crise aigüe, etc.
Délai objectif	2027-2028, via le projet de site unique.
Indicateur de réussite	Existence de la filière d’entrée avec service de psychiatrie et le FAM de La Varenne au sein du CHVM (+ MAS du Vendômois et Le Défi à Montoire).
Pilote	Trio de pôle : Chef de pôle / Directrice déléguée / Cadre supérieur de santé, et collaboration avec le pôle santé mentale.
Groupe de travail	Directrice générale / Directrice déléguée / Chef de pôle gériatrie / Cadre supérieur de santé gériatrie/ Chef de pôle psychiatrie / Psychiatre / Directrice déléguée du pôle de santé mentale / Cadre supérieur de santé de psychiatrie
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Temps psychiatre pour consultations et temps gériatre identifié au sein de l’unité. Equipe mobile de psychiatrie pluridisciplinaire

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Ensemble vers l'Hébergement pour Personnes Agées de Demain « Bienvenue chez vous »
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Contexte : ➤ Les EHPAD resteront indispensables pour répondre aux besoins d'accueil du nombre important de personnes âgées dépendantes à partir de 2030 ; ➤ Le profil des personnes âgées sera différent de celui d'aujourd'hui (vision client = qualité, confort et services exigés) ➤ La pression de l'opinion citoyenne oriente les choix politiques vers une urgence à faire évoluer l'EHPAD ; ➤ L'image des EHPAD est négative (EHPAD bashing, défiance, « prison », « mouvoir ») ; ➤ La gériatrie reste peu attractive pour les professionnels ; Au niveau du pôle : ➤ L'EHPAD les Tilleuls montre des limites architecturales à l'accueil des résidents dépendants (physique et cognitif). ➤ L'EHPAD CSAG ressemble plus à un hôpital qu'un lieu de vie, les espaces pour recevoir les proches et conduire des activités sont peu nombreux, il manque des salles de réunion pour les professionnels, les bureaux médicaux sont peu confortables, l'espace rééducation/gestion des matériels est inadapté, l'espace animation n'est pas adapté. L'organisation du travail ne répond pas aux besoins individualisés et spécifiques des résidents. Le travail réalisé n'est pas suffisamment valorisé. ➤ La communication interne et externe est insuffisante.
Objectif :	➤ Anticiper les besoins et les profils de demain ➤ Répondre aux attentes actuelles des résidents/patients/soignants et familles ➤ Faire évoluer l'image de l'EHPAD/ attractivité public ➤ Rendre attractive la gériatrie pour les professionnels
Actions	Environnement : « Comme à la maison » ➤ Créer des espaces et ateliers en lien avec la vie courante (repassage, couture, cuisine...) ➤ Créer un salon de coiffure adapté à l'accueil des personnes dépendantes au CSAG ➤ Mettre à disposition une conciergerie résident (achat à distance par les familles, mise à disposition de distributeurs de produits de première nécessité) ➤ Embellir les espaces intérieurs et extérieurs collectifs (couloirs, jardins, salle polyvalente) ➤ Changer la signalétique ➤ Développer l'accès des familles au restaurant/réfectoire ➤ Permettre de personnaliser et de sécuriser sa chambre ▪ Disposer de clé/badge pour chaque chambre ▪ Disposer d'espaces d'affichages individuels Droits et citoyenneté : « Ma liberté en toute sécurité »

- Respecter et faire respecter le droit des usagers
 - Présenter aux professionnels les outils de la loi 2002-2 : contrat de séjour, règlement de fonctionnement, personne qualifiée, ...
 - Poursuivre les groupes préparatoires au CVS
 - Créer un groupe résidents de concertation et suivi des projets animations
 - Protéger les personnes vulnérables
 - Optimiser la gestion des biens et valeurs
- Participer à des actions citoyennes (octobre rose, marche bleue...)
- Accéder à du matériel d'alerte en cas de fugue
- Promouvoir les actions et options en faveur de la réduction des contentions physiques et/ou chimiques
- Vie sociale et familiale : « Plaisir et convivialité »**
- Créer des espaces pour accueillir son entourage en intérieur et extérieur
 - Créer des accès sécurisés aux zones de jardins du CSAG pour les personnes en fauteuil roulant
- Développer les temps d'échanges résidents/familles/professionnels autour d'évènements (fête de la musique, foot, fête de fin d'année...) ou de thématiques (actualités en gériatrie, projets du pôle...)
- Communiquer sur l'EHPAD
 - Réaliser un plan de communication du pôle en déclinaison du plan institutionnel
 - Acquérir un outil numérique de partage d'informations résident-patient/famille/service
- Recueillir et suivre la satisfaction des résidents/familles à travers des enquêtes
- Accéder au numérique
 - Développer les ateliers numériques en salle informatique CSAG par le biais d'un recrutement de service civique
 - Développer les ateliers Visios en formant les professionnels de proximité, acquérir des tablettes supplémentaires
- Promouvoir les liens intergénérationnels
 - Proposer aux membres de la famille de pouvoir contribuer à des interventions bénévoles (expo de voyage, présentation de métier...)
- Participer à des actions hors l'EHPAD
 - Favoriser les échanges inter EHPAD
- Accompagnement quotidien des résidents et patients : « Prendre en compte la singularité au sein d'un collectif et d'une institution »**
- Connaître les résidents dans leur singularité
 - Réinventer le processus de construction et d'actualisation des PAP (information sur le PAP aux professionnels, réalisation et suivi de staff PAP multidisciplinaire, mise en œuvre d'actions sur le plan d'accompagnement en lien avec les objectifs posés)
 - Co construire les paramétrages dans le DPI du PAP (recueil de données, objectifs et plan d'accompagnement)
 - Développer l'offre des prestataires externes (coiffeurs,

	esthéticiennes, ...) ➤ Organiser le travail sur le rythme, les besoins et souhaits des résidents : (ex : respect grasse matinée, heure des repas respectant le temps de jeun, menus adaptés aux envies et goûts...) ▪ Former et évaluer les professionnels sur Hestia ▪ Mettre en place une formation Humanitude® ▪ Favoriser la continence et adapter les pratiques en gestion de l'incontinence ➤ Promouvoir l'autonomie et les capacités restantes ▪ Conduire des actions en lien avec la prévention des chutes (ateliers, matériel adapté, formation résidents à se relever seul...) ▪ Acquérir du matériel d'alerte en cas de chute (type santinell®) pour le CSAG ▪ Créer un jardin « parcours sportif » à Montoire dans le patio et aux Tilleuls ▪ Mettre en place une formation Humanitude® ➤ Développer les accompagnements non médicamenteux ▪ Aromathérapie ▪ Art thérapie (Musicothérapie, chant, ...) ▪ Cuisine thérapeutique ▪ Jardin thérapeutique ➤ Prévenir la dénutrition ▪ Favoriser les produits du terroir ▪ Former les professionnels à Hestia ➤ Accompagner la fin de vie ▪ Formaliser la démarche palliative en EHPAD
Délai objectif	Variable selon les actions, sur période du PE
Indicateur de réussite	Environnement : « Comme à la maison » ➤ Nombre d'espaces et d'ateliers en lien avec la vie courante ➤ Salon de coiffure adapté créé ➤ Nouvelle dénomination des secteurs EHPAD au CSAG ➤ Fresque réalisée en salle polyvalente ➤ Signalétique adaptée ➤ Nombre de repas externes facturés ➤ Nombre de chambres disposant de clé/badge ➤ Panneaux d'affichage dans les chambres Droits et citoyenneté : « Ma liberté en toute sécurité » ➤ Informations aux professionnels de la loi 2002-2 réalisées ➤ Taux de participation aux groupes de paroles CVS et nombre de CVS réalisés ➤ Nombre de projets et ateliers conduits par l'animation (rapport d'activité animation) ➤ Nombre de participants aux groupes de suivi des projets ➤ Nombre de FEI en lien avec la gestion des biens et valeurs ➤ Nombre de protections des majeurs mis en place ➤ Nombre d'actions citoyennes auxquelles les résidents auront participé

	➤ FEI fugues ➤ Groupe de travail sur la contention en place, livrables réalisés en lien avec le projet (outil de surveillance des contentionnés et réévaluation des prescriptions) ➤ Traçabilité de staff conduits autour de la question de la mise en place d'une contention Vie sociale et familiale : « Plaisir et convivialité » ➤ Accès jardins CSAG réalisés et adaptés ➤ Nombre d'évènements réalisés accessibles aux résidents/familles/professionnels ➤ Plan de communication réalisé et suivi ➤ Acquisition d'un outil numérique de partage d'informations ➤ Enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents, familles, professionnels, ➤ Nombre d'ateliers numériques conduits ➤ Recrutement d'un service civique en ateliers numériques ➤ Nombre de tablettes acquises ➤ Nombre de visios réalisées ➤ Nombre et thèmes d'interventions proposées par des bénévoles/familles ➤ Nombre d'actions inter EHPAD Accompagnement quotidien des résidents et patients : « Prendre en compte la singularité au sein d'un collectif et d'une institution » ➤ Processus PAP formalisé - Nombre de staff multidisciplinaires réalisés % de PAP réalisés et réactualisés par site - Paramétrage PAP DPI réalisé ➤ Nombre de prestataires conventionnés référencés sur le pôle ➤ Nombre de professionnels formés sur Hestia® ➤ Nombre de formés à l'Humanitude® ➤ Consommation de protections ➤ Actions en lien avec la prévention des chutes ➤ Nombre de dispositif d'alerte de chute acquis ➤ Parcours sportifs réalisés ➤ Nombre et type d'actions en lien avec des thérapies non médicamenteuses ➤ Démarche palliative formalisée
Pilote	Chef de pôle Directrice déléguée du pôle Cadre supérieur de santé
Groupe de travail	Environnement : « Comme à la maison » Coordinatrice animation, 1 animatrice par site, responsable des admissions, ingénieur travaux, médecin EHPAD, responsable des services économiques, encadrement, soignants, membres CVS (selon sous thèmes) Droits et citoyenneté : « Ma liberté en toute sécurité » Coordinatrice animation, responsable des admissions, 1 assistante sociale,

	encadrement, soignants. Vie sociale et familiale : « Plaisir et convivialité » Ingénieur travaux, responsable services logistiques, Cadre supérieur de santé, coordinatrice animation, 1 EAPA, 1 animatrice par site, membres CVS (selon sous thèmes) Accompagnement quotidien des résidents et patients : « Prendre en compte la singularité au sein d'un collectif et d'une institution » Psychologues, soignants, encadrement, gériatre, kiné, aide kiné, ergo, orthophoniste, Cadre supérieur de santé.
Ressources particulières (logistique, humaines, financières) et	➤ RH ▪ Services civiques ▪ Plan de formation : formation à l'Humanitude® et à l'utilisation du numérique ➤ Service éco ▪ PPI ➤ Service informatique ➤ Service technique

3.4 Synthèse des fiches actions

Axe stratégique /thématique	Objectifs	Actions	Indicateurs
Axe 1 - Création d'une unité fonctionnelle d'hospitalisation de jour	Optimiser les consultations	1.1 Déposer le dossier d'autorisation 1.2 Création d'une planification des hospitalisation de jour 1.3 Aménager les locaux	Réalisation du processus administratif/secrétariat Nombre de consultations valorisées en hospitalisation de jour Réalisation effective des travaux
Axe 2 - Création d'une antenne de l'ETVMA	Répondre aux besoins de la population âgée du territoire en termes de prévention, au regard du vieillissement de la population et de la faible démographie médicale du département.	1.1 Finaliser le dossier d'AAP 1.2 Recruter les professionnels 1.3 Aménager les locaux 1.4 Effectuer les achats divers 1.5 Créer les outils d'activité et d'évaluation	File active, nombre d'interventions, nombre d'évaluations, nombre de consultations avancées, nombre d'établissements ayant bénéficié des interventions, secteurs d'interventions, enquête de satisfaction.
Axe 3 - L'HT, une alternative à l'hospitalisation et une approche de la vie en collectivité.	Répondre aux besoins territoriaux avec une adaptation de l'offre au sein du CHVM et de sa direction commune	1.1 Dépôt d'une demande d'autorisation 1.2 Réalisation des travaux 1.3 La réorganisation des soins et des accompagnements 1.4 La communication autour de l'offre proposée	File active Taux d'occupation

Axe 4 - Création d'une unité d'EHPAD géro-psycho-geriatrique	Apporter une solution d'hébergement et de soins adaptés aux besoins d'une population spécifique qui ne trouve pas sa place en EHPAD et qui n'a plus sa place en FAM ni en psychiatrie.	1.1 demande d'autorisation 1.2 réalisation architecturale 1.3 formation de l'équipe pluridisciplinaire	File active ; Réalisation effective des travaux ;
Axe 5 - Ensemble vers l'Hébergement pour Personnes Agées de Demain « Bienvenue chez vous »	Répondre aux grands enjeux sociétaux autour de la personne âgée en EHPAD	1.1 Répondre aux AAP et sollicitations de subventions 1.2 Accompagnement au changement des professionnels dans la vision de la personne âgée 1.3 Aménager les locaux 1.4 Effectuer les achats divers 1.5 Développer les connaissances des professionnels sur les droits de la personne âgée en EHPAD	Enquêtes de satisfactions, FEI, CDU, CVS, PAP, doléances, réalisation des travaux, etc.

4. Pôle de santé mentale

4.1 Préambule

Le Pôle de Santé Mentale du Centre hospitalier de Vendôme a été créé le 1er Février 2015. Il regroupe l'ensemble des services de psychiatrie ainsi que la Résidence La Varenne comprenant un foyer de vie et un foyer d'accueil médicalisé.

Le dispositif de soins du secteur de psychiatrie a toujours eu le souci d'adapter ses structures de prise en charge aux situations et aux besoins des patients du territoire. Il inscrit son évolution dans le parcours de soins des patients en prenant en compte les exigences de la Loi du 5 Juillet 2011 stipulant que ce n'est plus l'hospitalisation qui est contrainte mais les soins.

Le projet du pôle santé mentale comprend le projet médical de la psychiatrie ainsi que le projet de service de la résidence de la Varenne.

4.2 Dispositif de soins du secteur de psychiatrie avec emplacement des structures

Selon le découpage géographique départemental, **le secteur n° 1 du Loir et Cher** est rattaché administrativement et financièrement au Centre Hospitalier de Vendôme – Montoire. Ce secteur de psychiatrie, très rural, mis en place depuis 1978, couvre les besoins en santé mentale d'un secteur géographique de 1 718 km² pour un nombre d'habitants de 82 668.

L'offre de soins pour les patients de plus de 18 ans est :

- ✓ Urgences psychiatrique :
 - Prise en charge aux urgences du Centre Hospitalier de Vendôme Montoire
 - Psychiatre d'astreinte joignable 24h/24h
 - Infirmier(e) de psychiatrie de liaison joignable de 9h à 18h du lundi au vendredi
 - Créneau d'urgence relative au CMP pour une première évaluation par une infirmier(e)
- ✓ Hospitalisation complète :
 - Unité des Cyprès : unité fermée de 23 lits avec trois chambres d'isolement
 - Unité des Amandiers : unité ouverte de 12 lits
- ✓ Prises en charge ambulatoire :
 - Hôpital de jour 25 places et 5 CATTP à la demi-journée
 - CATTP à Montoire deux après – midi par semaine
 - CMP :
 - Consultations infirmier(e)s
 - Consultations psychologue
 - Consultations médicales
- ✓ Domicile
 - Prise en charge à domicile par les infirmiers de secteur. Les patients résidant dans les EHPAD sont suivis si nécessaire.
 - Un médecin psychiatre intervient dans les EHPAD du département une fois par mois si nécessaire.
 - Un médecin psychiatre intervient à la Résidence La Varenne deux fois par mois.
 -

4.3 Organisation des soins et effectifs

Organisation des soins respectant les règles de sécurité

L'organisation des soins prend en compte :

- Les textes législatifs,
- L'évaluation de la charge en soins,
- L'architecture contrainte du service des cyprès,
- Le profil des patients accueillis,
- La prise en charge des situations de violence.

Service des Cyprès

Afin d'assurer la sécurité et la continuité des soins, la répartition des effectifs **minimum** soignants (3 du matin et 3 du soir) a été définie comme suit quel que soit le nombre de patients présents dans l'unité du fait de la présence obligatoire d'un soignant à l'étage. L'effectif normal est de 4 soignants le matin, un en journée, 3 du soir. Deux infirmier(es) sont prévus par tranche horaire. La nuit deux soignants sont présents sur le site dont au minimum 1 infirmière. Une secrétaire est prévue pour l'hospitalisation complète.

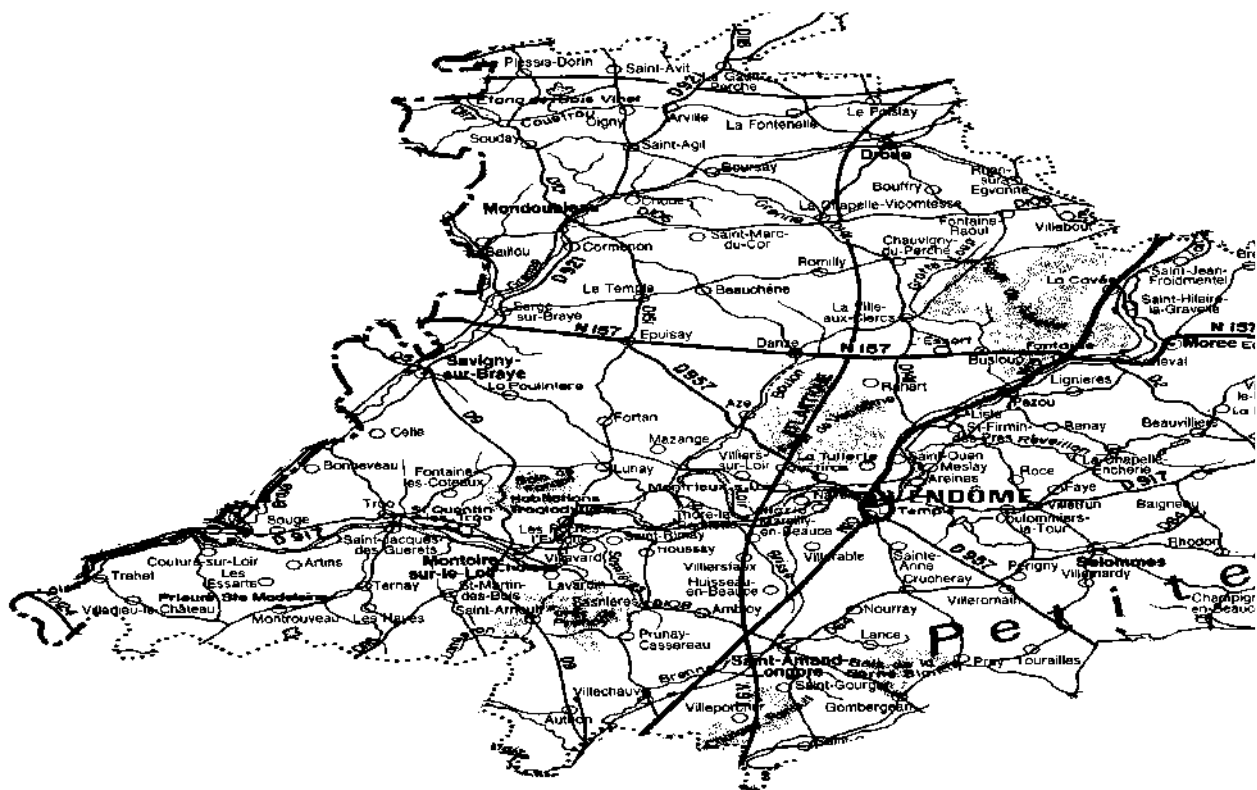
Service des Amandiers

La présence de deux infirmier(e)s en 12h en horaire décalé constitue l'effectif de jour des Amandiers. La nuit un infirmier(e) est présent en 10h.

Dans ces deux services, en semaine, l'infirmière de psychiatrie de liaison intervient en renfort. Cependant, son déplacement vers les services d'appel est obligatoire dès qu'elle est déclenchée.

CMP

L'effectif est composé de 3 IDE dont une de coordination, 2 psychologues, une secrétaire.

Secteur (visites à domicile)**Hôpital de jour****Psychiatrie de liaison**

Effectif médical

Professionnels transverses

- Une équipe d'agent de bio-nettoyage, d'accueil et d'hôtellerie,
- Un ergothérapeute,
- Une assistante sociale,
- Une psychologue à mi-temps pour l'intra et l'hôpital de jour,
- Deux secrétaires.

Encadrement

- Deux cadres de santé,
- Un cadre supérieur de pôle.

4.4 Bilan des actions de psychiatrie 2016-2022

Les actions décrites dans le projet de pôle 2016-2020 ont toutes été réalisées :

Fiche Action N° 1 : Regroupement géographique et mutualisation des unités de jour :	
Création du CMP indépendamment des hôpitaux de jour	Ouverture de la structure en août 2019. Ouverture des nouveaux locaux en accès direct pour les usagers le 20 juin 2022
Regroupement Hôpital de jour	Nouveaux locaux ouverts en avril 2022
Fiche Action N°2 : Restructuration de l'unité « Les Cyprès » :	
Recomposition capacitaire à 23 lits dont 3 lits dédiés pour les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques	Ouverture des locaux restructurés le 14 juin 2022
Fiche Action N° 3 : Adapter le dispositif de prise en charge à la population présentant des troubles psychiatriques	
Positionner l'IDE de secteur en relais avec le médecin psychiatre dans les structures médico-sociales	Organisation effective
Fiche Action N° 4 : Mutualisation des compétences dans le cadre d'un parcours professionnel	
Poursuivre et formaliser la mutualisation des compétences des IDE au sein du pôle	Réalisé
Favoriser l'acquisition de compétences nouvelles. Proposer un parcours professionnalisant au sein du pôle	Réalisé
Fidéliser les professionnels	Réalisé

4.5 Projet et fiches action pour la psychiatrie

Le dispositif de soins du secteur de psychiatrie a toujours eu le souci d'adapter ses structures de prise en charge aux situations et aux besoins des patients du territoire conformément aux orientations nationales et au plan territorial de santé mentale.

L'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée la conception d'un projet territorial de santé mentale basé sur un diagnostic territorial.

« L'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ».

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale. Un diagnostic dans le département du Loir et Cher a été réalisé.

Parallèlement, de nombreux appels à projets ont eu lieu et ont structuré notre action.

Le projet de pôle s'appuie sur les stratégies nationales et régionales relatives à la santé mentale. Le développement et le maintien de l'activité est une préoccupation constante des équipes médicales, il est ainsi nécessaire d'inscrire les projets dans ce sens.

Comme énoncé aux assises de la santé mentale, le développement de « l'aller vers », la prévention, et l'insertion sociale sont des axes prioritaires à renforcer. Les pratiques d'isolement thérapeutique et de contention mécanique, dans le cadre des soins contraints, sont aujourd'hui assujetties à une nouvelle réglementation ce qui oriente en partie notre projet de pôle.

Le projet de pôle 2023-2027 répond aux orientations nationales à travers les appels à projets et la mise en conformité liée à l'évolution réglementaire. Il vise à :

- Limiter le recours à l'isolement et la contention ;
- Développer la réhabilitation psycho-sociale et labelliser notre structure de proximité en lien avec les structures de référence ;
- Créer une équipe mobile psychiatrique de première intention (EMPPI) ;
- Diversifier l'offre de soins ambulatoire par la création de CMP délocalisés et le développement de nouvelles activités ;
- Formaliser le parcours du patient alcoolique au sein du Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire ;
- Faciliter l'accès aux soins somatiques, dépistage, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques.

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Limitier le recours à l'isolement et la contention
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	3 chambres d'isolement pour une capacité de 23 lits En cas de violence, recours à l'isolement et / ou la contention. Conformément à la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, il est souhaité revoir le mode de prise en charge afin de limiter au maximum le recours à l'isolement et la contention. L'instruction du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention précise les modalités de mise en œuvre. Des ressources sont mobilisables par l'intermédiaire de l'ARS.
Objectif :	Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.
Actions	- Mettre à disposition des patients qui le souhaitent un lieu pour s'isoler et apaiser leur anxiété et leur agressivité = > Transformer une chambre d'isolement en salon d'apaisement selon la réglementation en vigueur. - Formaliser le règlement du salon d'apaisement, - Former les professionnels à la désescalade, - Mettre en œuvre les recommandations de la HAS 2016 concernant la gestion des situations de violence en psychiatrie.
Délai	Premier trimestre 2023
Indicateur de réussite	Nombre de patients ayant fait l'usage du salon d'apaisement Nombre de professionnels formés Nombre de fiches d'événements indésirables
Pilote	Cadre supérieure de santé
Groupe de travail	1 médecin 1 cadre intra 1 IDE 1 psychologue 1 représentant des usagers
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Matériel – aménagement des locaux : transformation d'une chambre d'isolement en espace d'apaisement. Budget de formation : prévoir une formation en interne sur des durées courtes afin d'inscrire le plus de professionnel possible. La gestion des situations de violence en psychiatrie nécessite de travailler sur les organisations et les pratiques. Il est nécessaire de prévoir un effectif suffisant pour accompagner le patient dans sa prise en charge. A ce titre dans le cadre du renfort des équipes : Création de poste : 1 ETP de secrétariat : la mise en œuvre de la nouvelle réglementation impacte considérablement l'activité de secrétariat (augmentation du

	nombre de démarches administratives et envoi de documents au juge des libertés). Renforcement des équipes soignantes : 1 ETP psychiatre : la présence d'un psychiatre supplémentaire, en plus de renforcer l'équipe médicale dans ses activités et la permanence des soins pourrait permettre également la mise en place de formation internes. 1,80 ETP IDE pour permettre d'augmenter l'effectif d'une IDE en journée dans le service d'hospitalisation complète pour contribuer à la gestion des situations de violence et permettre la professionnalisation des agents via la formation. Demande de moyens financiers à l'ARS faite en juillet 2021
--	--

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Labellisation des structures de réhabilitation psychosociale de proximité rattaches aux établissements de psychiatrie
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	A ce jour, il n'existe pas d'activité de réhabilitation psycho-sociale
Objectif :	- Orienter les prises en charge sur les activités de réhabilitations psychosociales dans le but d'un rétablissement global du patient, et pas seulement la rémission clinique. - Labelliser la structure de réhabilitation psychosociale.
Actions	- Identification des besoins sur le territoire ; - Conception du projet ; - Formation et ou recrutement des professionnels ; - Mise en place d'une équipe en réhabilitation psychosociale ; - Elaboration de projets de soins pour les personnes reposant sur la mise en œuvre des thérapies spécifiques à la réhabilitation psychosociale complétées par des activités avec médiation pour le transfert et la généralisation des acquis dans la vie quotidienne, avec dans un premier temps des programmes centrés sur le patient : ✓ Remédiation cognitive, ✓ Entraînement des compétences et des habilités sociales, ✓ Thérapies d'orientation cognitivo-comportementales, ✓ Education thérapeutique, ✓ Entretiens motivationnels. puis par des programmes plus ouverts sur son entourage et son milieu social: ✓ Programme d'autonomie à l'hébergement, ✓ Programme de soutien à l'insertion professionnelle,

	✓ Programme de soutien des familles, ✓ Modalités de case-management, ✓ Activités de médiation.
Délai objectif	2024-2025
Indicateur de réussite	Nombre d'activité de réhabilitation psycho-sociale mise en place ; Nombre de patients pris en charge pour chaque activité ; Labellisation la structure de réhabilitation psychosociale.
Pilote	Psychiatre référent en réhabilitation psychosociale
Groupe de travail	1 médecin 1 cadre des structures alternatives 1 IDE 1 psychologue 1 ergothérapeute 1 assistante sociale 1 représentant des usagers
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Création de postes en vue d'organiser une équipe indépendante pour : ⇒ développer des ateliers spécifiques (dans les locaux de l'hôpital de jour), ⇒ intervenir au domicile du patient et coordonner des soins en collaboration avec les équipes et associations existantes pour le transfert et la généralisation des acquis dans la vie sociale. 0.5 ETP Psychiatre : diagnostic, validation des orientations, participation aux bilans. 1 ETP Psychologue Clinicien : Thérapies spécifiques (Thérapie comportementale et cognitive (TCC), thérapie interpersonnelle (TIP), Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS) ...), mais également accompagnement à une dynamique de changement, aide à l'acceptation de la maladie et au deuil d'un fonctionnement antérieur... 1 ETP Neuropsychologue : Bilans en vue d'une remédiation cognitive et séances de remédiation et encadrement des IDE réalisant les séances. 3 ETP IDE : Réalisation des séances d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive et sociale. 0.5 ETP Secrétaire médicale : Suivi médico-administratif des dossiers. 0.5 ETP Assistant de service social : Actions visant à améliorer les

	conditions de vie des personnes, prévenir leurs difficultés sociales, médico-sociales, économiques et culturelles. Accompagnement des patients dans leur problématiques sociales et soutien à l'apprentissage 1 ETP Educateur Spécialisé : Accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, au domicile et dans la cité. 1 ETP Ergothérapeute : Réalisation de bilans basés sur l'occupation ou l'activité. Contribution à l'évaluation pluridisciplinaire et à la prise en charge pluridisciplinaire. Soins personnalisés en fonction de de l'analyse des difficultés ou troubles et des ressources disponibles. Accompagnement de la réinsertion sociale et professionnelle de la personne
--	--

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Equipe Mobile de Psychiatrie De Première Intention (EMPPI)
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Actuellement, sur le secteur 41-G01, seul un psychiatre couvre le besoin pour la médecine de ville. Les délais de rendez-vous pour une consultation sont très longs. Cette situation va encore s'aggraver car il et il n'y aura plus de psychiatre exerçant en activité libérale à partir de janvier 2023. Dans ce cadre, il paraît nécessaire de répondre aux besoins des personnes quel que soit leur lieu de vie en offrant une réponse adaptée à la situation de crise. La première cause de rechute est la rupture de traitement. De nombreux patients rechutent suite à un refus de consultation ou d'hospitalisation, d'où la nécessité de créer ce dispositif. Cette équipe ne se substitue pas aux dispositifs que sont les urgences (SAU – SAMU) et le CMP. Les familles sont parfois démunies devant les troubles psychiques de leur proche qui refuse une prise en charge en psychiatrie. L'EMPPI permet également de favoriser la reprise du parcours de soins psychiatriques de la personne, la prévention des décompensations aiguës et des passages à l'acte, leurs conséquences et les hospitalisations sans consentement. Ainsi l'objectif principal est de favoriser l'accès aux soins dans le cadre de la prévention primaire.
Objectifs :	- Détecter, évaluer les troubles psychiques sur les lieux de vie, ainsi que les besoins en soins. - Proposer des soins orientés et prévenir la situation de crise pour la population de 18 à 65 ans. - Gérer la situation de crise pour un patient refusant de se déplacer par le déplacement à domicile d'un binôme infirmier / psychiatre. - Améliorer l'accès aux soins des personnes ayant des besoins de santé mentale mais pas de demande. - Collaborer, avec les différents acteurs des parcours des personnes ainsi que les familles et les aidants

Actions	- Le projet relatif à la création de l'équipe mobile de premières intention sera travaillé au niveau du GHT pour modéliser l'organisation sur les trois territoires ; - Constituer l'EMPPI et formaliser l'organisation ; - Présenter le dispositif sur le secteur et les différentes partenaires ; - Mettre en place l'EMPPI ; - Evaluer le dispositif ; - Travailler en concertation avec le coordonnateur du plan territorial de santé mentale.
Délai objectif	2023
Indicateur de réussite	Nombre d'interventions de l'équipe mobile ; Taux d'admission en urgence sous contrainte suite à la mise en place de ce dispositif ; Satisfaction des usagers et des partenaires.
Pilote	Chef de pôle et Directrice déléguée
Groupe de travail	1 médecin 1 cadre des structures alternatives 1 IDE 1 psychologue 1 partenaire extérieur 1 représentant des usagers
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Conventions avec la police Créations de poste : 1 ETP Psychiatre 1,5 ETP IDE 1 ETP Assistante sociale 1 ETP Secrétaire 0,5 ETP Psychologue Matériel : 1 véhicule 2 ordinateurs portable 2 téléphones portable 1 mallette d'intervention

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Renforcement de l'offre de soins au CMP
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Nous avons répondu à un appel à candidature en 2021 concernant le renforcement des CMP. Plusieurs constats nous ont amené à candidater. Territorial : population vieillissante, territoire rural, peu d'offres de transport Démographie médicale secteur 41G01 : secteur public : 3,6 ETP, plus de psychiatre dans le secteur privé à Vendôme, absence de psychiatre dans les structures médico-sociales. Offre de soins : il est constaté une augmentation de la demande, une difficulté à répondre aux besoins de la population, de nouvelles prise en charge (Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), suivi Service Pénitentiaire D'insertion Et De Probation Du Loir Et Cher (SPIP)). L'ouverture du CMP en août 2019 a démontré la nécessité de renforcer l'offre de soins, de la diversifier et de proposer des consultations délocalisées ainsi que de nouveaux modes de prises en charge spécifiques.
Objectif :	- Proposer une offre de soins de proximité ; - Diversifier les modalités thérapeutiques pour répondre aux besoins ; - Augmenter l'offre de soins pour réduire les délais d'attente.
Actions	- Augmenter les créneaux d'urgence ; - Proposer des consultations de suivi plus régulières par les IDE et les psychologues ; - Mettre en place des groupes de paroles (thérapies familiales, agresseurs sexuels, addictions) et des actions éducatives ; - Proposer des consultations IDE et psychologue un jour par semaine à Mondoubleau et un jour par semaine à Montoire ; - Proposer des consultations de psychologue jusqu'à 19h sur le site de Vendôme.
Délai objectif	Pour les psychologues dernier trimestre 2022 ; Pour les autres actions 2026 selon les moyens attribués.
Indicateur de réussite	Nombre de groupe de paroles animés par thématique ; % de patients présents ; Nombres patients ayant participé à des actions éducatives ; Augmentation du nombre de consultations au CMP ; Nombre de consultations à Mondoubleau et Montoire.
Pilote	Chef de pôle
Groupe de travail	Equipe du CMP

	1 cadre 1 médecin 1 IDE 1 psychologue
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Formations : des formations spécifiques seront à prévoir selon le profil des professionnels recrutés. Locaux CMP à aménager. Création de postes : 1,5 ETP Psychologue : un psychologue en plus 5 jours par semaine, cela permettra de mettre en œuvre les actions décrites (consultations – co-animation des groupes de parole). 1,5 ETP IDE : ce temps IDE en plus, 5 jours par semaine permettra de mettre en œuvre les actions décrites et également par mutualisation de renforcer l'activité CATTP ambulatoire à Montoire avec les IDE du secteur psychiatrique. Matériels : Véhicules Ordinateurs/imprimantes Téléphones portables Locaux à Montoire et Mondoubleau pour les consultations une fois par semaine. Un temps plein psychologue a été accordé dans le cadre de cet appel à candidature pour : - Mettre en place des groupes de paroles - Proposer des consultations ide et psychologue un jour par semaine à Mondoubleau et un jour par semaine à Montoire. - Proposer des consultations de psychologue jusqu'à 19h sur le site de Vendôme - Diminuer les délais d'attente

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Formaliser le parcours du patient présentant une pathologie addictive à l'alcool au sein du CHVM
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La prise en charge de ces patients n'est pas protocolisée au sein de l'établissement. La prise en charge et le parcours de soins sont réalisés au cas par cas sans coordination formalisée.
Objectif :	- Permettre à tous les patients présentant une pathologie addictive à l'alcool au sein de l'établissement de bénéficier d'une prise en charge adaptée et coordonnée en respectant le parcours de soins formalisé entre les différents services.
Actions	- Formaliser le parcours patient ; - Collaborer avec les différents acteurs du parcours.
Délai objectif	1 ^{er} semestre 2023
Indicateur de réussite	La parcours et la procédure sont formalisées ; Patient traceur.
Pilote	Chef de pôle
Groupe de travail	Médecin référent addictologue Chef de pôle de psychiatrie Chef de pôle de médecine IDE du CMP Secrétaire du CMP Encadrement Qualité Chef de pôle des urgences
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Documents d'information

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Accès aux soins somatiques, dépistage, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	L'espérance de vie de patients suivi en psychiatrie est largement inférieure à celle de la population générale. Cette diminution peut être en lien avec une tendance à la négligence des patients face à leurs problèmes de santé ainsi qu'une moindre persévérance face aux difficultés d'accès aux soins somatiques dans des territoires où l'offre médicale est pauvre : beaucoup de patients n'ont pas de médecin traitant et pas de suivi spécialisé alors qu'ils le devraient. Il existe déjà des temps partiels de médecins somaticien pour l'intra hospitalier à Blois et à Romorantin, mais aucun à l'hôpital de Vendôme et pour les patients de l'hôpital de jour/CATTP.
Objectifs :	- Améliorer la santé des patients suivis en psychiatrie en facilitant leur accès aux soins, et en mettant en œuvre les mesures de prévention et d'éducation à la santé. - Eviter les transferts aux urgences ou en médecine pour des avis somatiques en dehors de l'urgence. - Harmoniser les pratiques sur le GHT.
Actions	Recrutement d'un médecin somaticien dans le but : - Examiner tous les patients hospitalisés en psychiatrie et à la varenne à leur admission et lors de pathologies intercurrentes - Mettre en œuvre les bilans ou soins somatiques nécessaire - Assurer la coordination avec les spécialistes et paramédicaux lors des prises en charge - Assurer le suivi somatique et les dépistages des patients hospitalisés au long court, hébergé à la varenne, ou suivis en hôpital de jour.
Délai objectif	2023, dès le recrutement du médecin somaticien
Indicateur de réussite	Nombre de consultations médicales
Pilote	Psychiatre
Groupe de travail	1 médecin 1 cadre des structures intra hospitalières
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Créations de poste : 1 ETP médecin pour CH Vendôme : 0.5 ETP pour le service psychiatrie (intra hospitalier, HDJ, CATTP), 0.5ETP pour le FO/FAM de La Varenne. 0.6 ETP médecin pour CH Blois : 0.4 ETP intra hospitalier déjà pourvu, demande 0.2 ETP hôpital de jour. 1 ETP médecin pour CH Romorantin :0.6 ETP intra-hospitalier, hôpital de jour et CATTP, 0.4 ETP pour la MAS, UHR (0.5 déjà pourvu).

4.6 Le foyer d'accueil médicalisé et le foyer de vie de la Résidence la Varenne

4.6.1 Présentation

La résidence La Varenne est un foyer accueillant des adultes en situation de déficience intellectuelle et/ou psychique nécessitant un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Elle fait partie du Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire.

Ouvert depuis mai 2009, cet établissement se trouve au cœur du village d'Azé (1140 habitants) à trois minutes des commerces et de la mairie. A proximité, se trouvent des infrastructures sportives et culturelles.

La résidence accueille prioritairement les personnes issues du département du Loir-et-Cher.

Sa capacité d'accueil est de 75 places (45 places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), et 30 places en Foyer de Vie(FV)). Il s'agit d'un accueil mixte d'adultes à partir de 20 ans (ou 18 ans sous-couvert d'une dérogation), déficients intellectuels avec ou sans troubles associés (comportement, langage, mémoire, tendance dépressive, mobilité, troubles sensoriels légers). Est exclu l'accueil des personnes non stabilisées sur le plan psychiatrique, de celles ayant des troubles sensoriels et moteurs massifs, ainsi que de celles présentant des conduites addictives majeures.

L'accompagnement prend fin dès lors que les prestations proposées ne correspondent plus aux besoins. Une solution de réorientation est alors envisagée et co-construite dans le cadre du projet personnalisé.

Pour être accueilli(e) dans l'établissement, il convient d'être en possession d'une notification d'orientation « foyer de vie » ou « foyer d'accueil médicalisé » délivrée par la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

4.6.2 Bilan des actions de la Varenne

Les actions décrites dans le projet de pôle 2016-2020 ont toutes été réalisées :

Fiche Action N° 1 : Repenser l'équilibre des populations accueillies dans les unités	
Repenser les affectations internes des résidents, en prenant en compte les différents niveaux de handicap et le nombre de lits.	Réalisé, les résidents sont accueillis puis orientés dans chacune des unités selon leurs profils et leurs besoins.
Déterminer des règles d'affectation et des niveaux d'encadrement.	Réalisé
Fiche Action N°2 : Harmoniser les organisations de travail pour une meilleure qualité d'accompagnement des résidents	
Définir des organisations de travail en adéquation avec la prise en charge des résidents ;	Réalisé, les fiches de tâches sont en cours de finalisation.
Accompagner en interne la construction d'un cadre de travail partagé ;	Réalisé (aménagement des espaces de vie, création de cuisines aménagées, mutualisation

Mettre en adéquation les effectifs, compétences professionnelles et besoins de prise en charge des résidents ; Définir et respecter les règles de gestion des ressources humaines.	du matériel et des locaux). Réalisé, mutualisation des effectifs si besoin. Réalisé, la politique de gestion du temps de travail est transparente, formalisée et partagée. Elle s'appuie sur les règles qui prévalent au CHVM.
Fiche Action N° 3 : Favoriser et réguler les souhaits de mobilité interne, pour une meilleure prise en charge des résidents et qualité au travail des professionnels, et une optimisation des compétences professionnelles	
Déterminer les compétences nécessaires par unité ; Arrêter des règles de mobilité fondées sur des motifs professionnels transparentes et opposables à tous.	Réalisé Réalisé, les règles de mobilité sont formalisées et une mobilité interne est organisée annuellement depuis 2021.

4.6.3 Projet et fiches action de la Varenne

Le plan d'actions du Schéma de l'Autonomie 2021-2025 fixe le cap de la politique départementale en faveur des personnes âgées et/ou en situation de handicap pour les cinq prochaines années. Cinq orientations sous-tendent ce document directeur, définissant les axes stratégiques que se donnent le département et ses partenaires sur la durée du schéma.

Ces orientations ont été définies à partir des principaux constats émanant du diagnostic mais également ressortant du travail mené avec les partenaires institutionnels et de terrain. Parmi les enjeux-clés identifiés, on retrouve notamment l'évolution des attentes des personnes elles-mêmes, avec un souhait de pouvoir prendre une place pleine et entière dans la société, et de pouvoir bénéficier d'une offre d'accompagnement pouvant répondre à des besoins pluriels et souvent évolutifs.

L'enjeu, à présent, est donc de s'appuyer sur les institutions pour diversifier les solutions d'accompagnement pouvant être proposées aux personnes afin de répondre à leurs attentes, au plus proche de leur lieu de vie et de façon suffisamment anticipée pour éviter les ruptures de parcours.

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Accompagner et former les professionnels sur la formalisation et le suivi des projets personnalisés
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	La démarche de formalisation des PP n’est pas acquise. La réactualisation n’est pas organisée et les objectifs ne sont pas clairement définis et suivis. Difficulté de méthode pour organiser les PP
Objectif :	Formaliser les pp de tous les résidents de la varenne Les évaluer et les réajuster annuellement
Actions	- Mettre en place une formation sur les PP - Définir les référents des PP de chaque résident - Formaliser un tableau de programmation et de suivi des PP
Délai objectif	2023
Indicateur de réussite	100 % des PP des résidents sont formalisés Les référents des PP des résidents sont identifiés et les familles et /ou tuteurs sont informés. Un tableau de suivi est formalisé Un avenant à chaque contrat de séjour est formalisé
Pilote	Cadre socio-éducatif
Groupe de travail	Professionnels de la Varenne
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Intervenant extérieur , formateur PP

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Orienter les personnes handicapées vieillissantes en EHPAD ou structures PHV selon leur projet de vie et leurs besoins
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	A partir de 60 ans, les personnes handicapées et les personnes âgées ont le même statut, la PH devient PA. Cependant en EHPAD l’âge moyen des résidents est de 85 ans alors que les PH sortantes dans ces établissements ont tout juste 60 ans. La prise en charge des PH vieillissantes nécessitent un travail de réflexion et d’analyse autour du processus d’accompagnement. L’architecture de l’établissement n’est pas toujours adaptée et le personnel n’est pas formé.
Objectif :	Accompagner les résidents dans leur projet de réorientation en EHPAD
Actions	- Proposer une convention de « séjours découvertes » de 2 à 4 jours à

	certains EHPAD afin de faciliter l'intégration des résidents au sein des établissements. - Mettre en place de temps d'activités partagées avec les EHPAD du Territoire pour permettre aux professionnels de partager leurs expériences et leurs compétences entre spécialistes du handicap et de la gérontologie.
Délai objectif	2023
Indicateur de réussite	Nombre de conventions formalisées Nombre de « séjours découvertes » réalisé Nombre de résidents sortie en EHPAD dont le choix a été validé
Pilote	Directrice déléguée
Groupe de travail	Cadre socio-éducatif, coordonnateur, cadres supérieurs de santé du pôle santé mentale et de gériatrie

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Travailler sur la socialisation et l'inclusion sociale des résidents
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le regard sur la différence, les stéréotypes et la peur sont des obstacles à l'inclusion des personnes handicapées mais le handicap ne doit pas être un empêchement pour apprendre à se connaître et participer ensemble à une société plus inclusive. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est emblématique de ce modèle, et cela pour deux aspects essentiels. Elle reconnaît la responsabilité de l'environnement et du cadre de vie de la personne dans la production du handicap. Le positionnement de l'établissement en milieu rural, offre des opportunités mais aussi des contraintes.
Objectif :	Faciliter l'inclusion sociale en vue d'assurer aux résidents toute l'autonomie dont ils sont capables, et, à leurs familles et proches, un accompagnement et un soutien (CASF, art. L.114-1-1, L.114-2).
Actions	Permettre aux résidents du foyer de vie d'accéder au transport à la demande mis en place par la Communauté de Commune ; Accompagner les résidents à participer aux activités sportives et culturelles au sein de la commune et du Territoire Vendômois ; Collaborer avec le conseil départemental pour organiser des expositions itinérantes à la Résidence ;

	Faciliter la venue à l'intérieur de l'établissement : des familles, des bénévoles, des partenaires, des visiteurs...
	Organiser des expositions et des animations au sein de la Résidence la Varenne afin de faciliter les interactions sociales et ouvrir l'institution sur l'extérieur.
Délai objectif	2023-2024
Indicateur de réussite	Nombre de résidents utilisant les transports en commun Nombre de résidents inscrits à des activités extérieures à la Varenne Nombre d'expositions et de rencontres intergénérationnelles organisées annuellement Nombres de visiteurs extérieurs pour les expositions
Pilote	Directrice déléguée
Groupe de travail	Directrice déléguée / cadre socio-éducatif et coordonnateurs
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Aménager un espace d'accueil pour les familles et visiteurs Mettre à disposition les informations sur les transports Move

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Développer les partenariats et formaliser des conventions pour faciliter les activités inter-établissements et les admissions
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	De nombreuses structures pour personnes handicapées sont présentes sur le territoire. Il y a peu de lien et de temps de rencontres entre celles-ci.
Objectif :	Promouvoir la résidence la Varenne et développer les collaborations inter-établissements afin de faciliter les admissions.
Actions	- Organiser des temps de rencontres avec les professionnels des autres établissements et travailler sur des sujets communs, - Développer des animations inter-établissement afin de permettre aux résidents de se rencontrer.
Délai objectif	2023-2024
Indicateurs de réussite	% des entrées à l'issue des périodes d'adaptations ; Taux d'occupation de la Résidence ; Nombre de conventions formalisé
Pilote	Directrice déléguée

Groupe de travail	Cadre socio-éducatif, représentants IME, ESAT, Foyer, coordonnateurs
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Salle de réunion Temps humain

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Développer la filière du handicap au sein du CHVM
Objectif :	Proposer aux PH du territoire une prise en charge adaptée à leurs besoins au sein du CHVM : - Transformer de places du foyer d'accueil médicalisé en maison d'accueil spécialisé (5) - Créer un accueil de jour, - Proposer une place d'hébergement d'urgences de nuit - Accompagner les personnes handicapées présentant une déficience intellectuelle à domicile afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique (les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS. Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique).
Actions	Travailler avec le CD et l'ARS en lien avec le PRS3 pour proposer un service adapté aux personnes handicapées du Territoire Vendômois.
Délai objectif	2023-2024
Indicateurs de réussite	File active Enquête de satisfaction Taux d'occupation
Pilote	Directrice déléguée
Groupe de travail	Directrice déléguée , cadre socio-éducatif, représentants CD et ARS
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Salle de réunion Temps humain

4.6.4 Synthèse des fiches actions

PLAN D'ACTION PSYCHIATRIE			
Thématiques	Objectifs	Actions	Indicateurs
Limiter le recours à l'isolement et la contention	Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.	1. Mettre à disposition des patients qui le souhaitent un lieu pour s'isoler et apaiser leur anxiété et leur agressivité = > Transformer une chambre d'isolement en salon d'apaisement selon la réglementation en vigueur 2. Formaliser le règlement du salon d'apaisement 3. Former les professionnels à la désescalade 4. Mettre en œuvre les recommandations de la HAS 2016 concernant la gestion des situations de violence en psychiatrie	Nombre de patients ayant fait l'usage du salon d'apaisement Nombre de professionnels formés Nombre de fiches d'événements indésirables
Labellisation des structures de réhabilitation psychosociale de proximité rattaches aux établissements de psychiatrie	Orienter les prises en charge sur les activités de réhabilitations psychosociales dans le but d'un rétablissement global du patient, et pas seulement la rémission clinique. Labelliser la structure de réhabilitation psychosociale	1. Identification des besoins sur le territoire 2. Conception du projet 3. Formation et ou recrutement des professionnels 4. Mise en place d'une équipe en réhabilitation psychosociale 5. Elaboration de projets de soins pour les personnes reposant sur la mise en œuvre des thérapies spécifiques à la réhabilitation psychosociale complétées par des activités avec médiation pour le transfert et la généralisation des acquis dans la vie quotidienne, avec dans un premier temps : - des programmes centrés sur le patient ;	Nombre d'activité de réhabilitation psycho-sociale mise en place Nombre de patients pris en charge pour chaque activité Labellisation la structure de réhabilitation psychosociale

		Puis - des programmes plus ouverts sur son entourage et son milieu social.	
Equipe mobile de psychiatrie de première intention (EMPPI)	Détecter, évaluer les troubles psychiques sur les lieux de vie, ainsi que les besoins en soins ; Proposer des soins orientés et prévenir la situation de crise pour la population de 18 à 65 ans ; Gérer la situation de crise pour un patient refusant de se déplacer par le Déplacement à domicile d'un binôme infirmier / psychiatre ; Améliorer l'accès aux soins des personnes qui ont des besoins de santé mentale mais pas de demande ; Collaborer, avec les différents acteurs des parcours des personnes ainsi que les familles et les aidants.	1. Le projet relatif à la création de l'équipe mobile de premières intention sera travaillé au niveau du GHT pour modéliser l'organisation sur les trois territoires ; 2. Constituer l'équipe et formaliser l'organisation. 3. Présenter le dispositif sur le secteur et les différentes partenaires ; 4. Mettre en place l'EMPPI ; 5. Evaluer le dispositif ; 6. Travailler en concertation avec le coordonnateur du plan territorial de santé mentale.	Nombre d'interventions de l'équipe mobile ; Taux d'admission en urgence sous contrainte suite à la mise en place de ce dispositif ; Satisfaction des usagers et des partenaires.
Renforcement de l'offre de soins au CMP	Proposer une offre de soins de proximité ; Diversifier les modalités thérapeutiques pour répondre aux besoins ; Augmenter l'offre de soins pour réduire les délais d'attente.	1. Augmenter les créneaux d'urgence ; 2. Proposer des consultations de suivi plus régulières par les IDE et les psychologues ; 3. Mettre en place des groupes de paroles (thérapies familiales, agresseurs sexuels, addictions) et des actions éducatives ; 4. Proposer des consultations IDE et psychologue un jour par semaine à Mondoubleau et un jour par semaine à Montoire ;	Nombre de groupe de paroles animés par thématique % de patients présents ; Nombres patients ayant participé à des actions éducatives ; Augmentation du nombre de consultations au CMP ; Nombre de consultations à Mondoubleau et Montoire.

		5. Proposer des consultations de psychologue jusqu'à 19h sur le site de Vendôme.	
Formaliser le parcours du patient présentant une pathologie addictive à l'alcool au sein du CHVM	Permettre à tous les patients présentant une pathologie addictive à l'alcool au sein de l'établissement de bénéficier d'une prise en charge adaptée et coordonnée en respectant le parcours de soins formalisé entre les différents services.	1. Formaliser le parcours patient ; 2. Collaborer avec les différents acteurs du parcours.	La parcours et la procédure sont formalisées. Patient traceur.
Accès aux soins somatiques, dépistage, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques	Améliorer la santé des patients suivis en psychiatrie en facilitant leur accès aux soins, et en mettant en œuvre les mesures de prévention et d'éducation à la santé. Eviter les transferts aux urgences ou en médecine pour des avis somatiques en dehors de l'urgence. Harmoniser les pratiques sur le GHT.	Recrutement d'un médecin somaticien dans le but : 1. Examiner tous les patients hospitalisés en psychiatrie et à la varenne à leur admission et lors de pathologies intercurrentes 2. Mettre en œuvre les bilans ou soins somatiques nécessaire 3. Assurer la coordination avec les spécialistes et paramédicaux lors des prises en charge 4. Assurer le suivi somatique et les dépistages des patients hospitalisés au long court, hébergé à la varenne, ou suivis en hôpital de jour.	Nombre de consultations médicales

PLAN D'ACTION RESIDENCE LA VARENNE

Thématiques	Objectifs	Actions	Indicateurs
Accompagner et former les professionnels sur la formalisation et le suivi des projets personnalisés (PP)	Formaliser les PP de tous les résidents de la varenne Evaluer et réajuster les PP à annuellement si pas de changement temps.		100 % des PP des résidents sont formalisés Les référents des PP des résidents sont identifiés et les familles/tuteurs informées % de PP joint en avenant au contrat de séjour
Orienter les personnes handicapées	Accompagner les résidents dans leur projet de réorientation en EHPAD	- Proposer une convention de « séjours découvertes » de 2 à 4 jours à certains EHPAD.	Nombre de conventions formalisées, Nombre de «séjours

vieillissantes en EHPAD ou structures PHV		- Mettre en place de temps d'activités partagées avec les EHPAD du Territoire.	découvertes» réalisé, Nombre de résidents sortie en EHPAD/structures PHV
Travailler sur la socialisation et l'inclusion sociale des résidents	Faciliter l'inclusion sociale	Permettre aux résidents du foyer de vie d'accéder au transport à la demande Accompagner les résidents à participer aux activités sportives et culturelles au sein de la commune et du Territoire Vendômois. Faciliter la venue à l'intérieur de l'établissement : des familles, des bénévoles, des partenaires, des visiteurs... Organiser des expositions et des animations au sein de la Résidence	File active usage des transports en commun Nombre de résidents inscrits à des activités extérieures à la Varenne Nombre d'expositions et de rencontres intergénérationnelles organisées annuellement.
Développer les partenariats et formaliser des conventions pour faciliter les admissions	Promouvoir la résidence la Varenne et développer les collaborations inter-établissements afin de faciliter les admissions.	Organiser des temps de rencontres avec les professionnels des autres établissements et travailler sur des sujets communs, Développer des animations inter-établissement afin de permettre aux résidents de se rencontrer.	% des entrées à l'issue des périodes d'adaptations ; Taux d'occupation de la Résidence ; Nombre de conventions formalisé
Développer la filière du handicap au sein du CHVM	- Transformer de places du foyer d'accueil médicalisé en maison d'accueil spécialisé (5), - Créer un accueil de jour, - Proposer une place d'hébergement d'urgences de nuit, Accompagner les personnes handicapées présentant une déficience intellectuelle à domicile.	Travailler avec le CD et l'ARS en lien avec le PRS3 pour proposer un service adapté aux personnes handicapées du Territoire Vendômois.	File active Enquête de satisfaction Taux d'occupation

5- Autres activités : gynécologie obstétrique

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Gynécologie -obstétrique : reprendre l'activité de la maternité de la Clinique du St cœur
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La fermeture récurrente du service de la maternité de la Clinique par manque de personnel ne permet pas d'assurer la sécurité des parturientes du territoire et peut générer à termes une fuite des professionnels de la maternité et la fermeture définitive de la maternité sur le vendômois, ce qui a entraîné la remise en jeu de l'autorisation par l'ARS centre Val de Loire
Objectif :	Offrir aux parturientes un service de proximité en assurant la pérennité de la maternité au sein de l'offre de soins du CH de Vendôme
Actions	Transférer l'autorisation en périnatalité, activité de gynécologie et d'obstétrique de la Clinique du St Cœur au CHVM
Délai objectif	Juin ou Septembre 2023
Indicateur de réussite	Acte juridique de cession d'autorisation et d'activité Maintien de la maternité Maintien de la file active Accord ARS transfert autorisation
Pilote	Direction générale/ PCME
Groupe de travail	Evaluation de la trajectoire financière : Directeur des finances Gestion de la reprise du personnel et organisation des RH : directrice des ressources humaines et directrice des soins Gestion du matériel et de la logistique (cuisine, blanchisserie, laboratoire, maintenance, nettoyage...) : directrice des services économiques et cadres Gestion des autorisations et conventions : directrice des Affaires générales
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Définir tous les processus logistiques Prévoir le recrutement et la reprise des personnels Chiffrer le montant des investissements à prévoir / acquisition de nouveaux matériels et la reprise du matériel existant



LE PROJET DE SOINS

1. Fiches action

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Sensibilisation des professionnels à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance au sein du CHVM
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le manque de temps, les différentes contraintes, le déficit de compétences peuvent pousser les professionnels à emprunter certains chemins de traverse en délaissant ce qui les a animés dans le choix de leur métier : « le prendre soin ». La définition des principes fondamentaux de la bientraitance et de ses pratiques doit constituer la base des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé au profit des usagers, des patients et résidents. Trois thématiques sont à travailler : - La lutte contre la maltraitance (actions de prévention) - La promotion de la bientraitance - Repérage, évaluation, déclaration et traitement de la maltraitance 1.La lutte contre la maltraitance : Celle-ci passe en premier lieu par une sensibilisation des professionnels et futurs professionnels. Il est nécessaire que les professionnels qui auront à évaluer et traiter la maltraitance puissent l'identifier et savoir comment s'y prendre. Cette sensibilisation a surtout un but préventif afin que chacun puisse repérer des prises en charge ou des comportements « border line » qui pourraient conduire à de la maltraitance avant que celle-ci ne soit effective. Par ailleurs, certains professionnels en contact direct avec les personnes âgées ou vulnérables notamment doivent être sensibilisés, la maltraitance étant souvent inconsciente. La promotion de la bientraitance : Il importe surtout de sensibiliser et de former à la bientraitance et aux bonnes pratiques professionnelles. En effet, certaines prises en charge oublient de considérer les personnes comme sujets, acteurs de leur vie et les cantonnent à être « objets de soins ». Il est à noter que toute action de sensibilisation sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance n'aura de réel impact que si la hiérarchie de ces professionnels est elle-même sensibilisée à cette question. Les responsables pourront alors être de véritables soutiens pour leurs équipes confrontées à une situation délicate. Ils encourageront les bonnes pratiques au sein de leur structure. Aussi une

	sensibilisation des responsables doit être mise en place parallèlement ou en même temps que celle des professionnels de terrain. Une politique institutionnelle formalisée sera élaborée en ce sens. Evaluation, déclaration et traitement de la maltraitance : Promouvoir la bientraitance, c'est aussi aider les professionnels à repérer les situations déviantes. Les professionnels doivent savoir collecter les éléments indispensables à l'analyse d'une situation. Ainsi ils pourront déclarer ces situations à travers la rédaction d'une FEI qui pourra faire l'objet d'un REX. La promotion de la bientraitance est un sujet qui doit être au centre de l'amélioration continue de la qualité.
Objectifs	OBJECTIF GENERAL : La bientraitance est une thématique institutionnelle qui repose sur des principes généraux applicables quel que soit le secteur, le service ou le pôle. Cependant au sein de ces différents secteurs, services, les plans d'actions déclinés seront personnalisés au public accueilli (patient / résident /usagers). Cette fiche n'a pas vocation à remplacer les plans d'actions spécifiques à chaque secteur, elle n'en est que le fil conducteur. OBJECTIFS AUPRES DES PROFESSIONNELS : 1. Poursuivre et développer la sensibilisation des professionnels et futurs professionnels en stage aux notions de maltraitance et de bientraitance 2. Mettre en place une sensibilisation des responsables à cette problématique et sa gestion au sein d'un établissement ou d'un service. 3. Aider les professionnels à collecter les éléments indispensables à l'analyse d'une situation et les conseiller dans le signalement et la rédaction des FEI 4. Elaborer plusieurs niveaux de formation allant de la sensibilisation à la formation de professionnels plus aguerris 5. Mettre en place un référent bientraitance qui sera l'interlocuteur privilégié au sein des services 6. Diffusion régulière du guide d'aide aux professionnels (bientraitance / HAS / charte de l'établissement et des différents protocoles existants) par mail et en particulier lors des formations, actions de sensibilisation ou rencontres avec des professionnels. Mise à jour des documents ENNOV en lien avec la bientraitance, déclaration maltraitance + contrats de séjour 7. Effectuer une veille sur l'évolution de la législation.

	OBJECTIFS AUPRES DES USAGERS / PATIENTS / RESIDENTS : 1. Garantir les droits des usagers reposant sur les chartes de bientraitance (établissements sanitaires et médico-sociaux) 2. Garantir les droits et la participation de la famille 3. Impliquer les représentants des usagers dans la politique de bientraitance (CDU, CVS, participation à des actions de sensibilisation)
Actions	AUPRES DES PROFESSIONNELS : 1. Aborder la thématique maltraitance et bientraitance lors de la journée des nouveaux arrivants (présentation des chartes de bientraitance) 2. Sensibiliser et former les professionnels avec les outils SYMANGO 3. Aborder la thématique lors des points infos et/ou réunions de service par l'encadrement 4. Former l'encadrement au repérage et à la gestion des situations de maltraitance et au développement de la bientraitance 5. Continuer à former les professionnels à la déclaration des évènements indésirables 6. Former plus spécifiquement des référents soignants à la promotion de la bientraitance et au repérage des situations de maltraitance 7. Développer une veille documentaire et juridique pour suivre l'évolution des textes en la matière 8. Envisager la formation « Humanitude » au plan de formation EHPAD 9. Groupe de travail contention AUPRES DES USAGERS / PATIENTS / RESIDENTS : 1. Continuer à mener des actions de sensibilisation concernant la bientraitance (semaine de sécurité des patients, 20 ans de la Loi Kouchner ...) 2. Afficher et communiquer la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie 3. Afficher et communiquer la liste des personnes ressources 4. Veiller au respect de la charte de bientraitance dans la prise en charge quotidienne des patients et résidents
Pilote	Directrice des soins
Délai objectif	Pérenne
Indicateur de réussite	Suivi des FEI, REX Audits de satisfaction patients Audit dossier

	Nombre de professionnels formés (plan de formation, SYMANGO) Fiche identification des référents CR des différentes actions menées (taux de participation des professionnels et des représentants des usagers)...
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Recherche de formations adaptées aux besoins Utilisation de l'outil SYMANGO

FICHE ACTION N°2	
Thématique	La dénutrition chez la personne âgée et les patients atteints de cancer
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	En France, 2 millions de personnes dénutris, 10% des personnes âgées de + de 70ans à domicile, 30% des personnes hospitalisées et 40% des patients atteints de cancer. Recommandations HAS 2021 : dénutrition chez l'adulte de 18à 69ans et la personne>70ans Stratégie décennale de la lutte contre les cancers 2021-2030
Objectifs	1)Prendre en charge la dénutrition pour diminuer les risques de comorbidités, diminuer la DMS, diminuer les facteurs de risques liés au cancer 2)Garantir un service repas de qualité répondant aux attentes des usagers et aux recommandations professionnelles et valoriser le temps de repas comme un acte de soin et de plaisir
Actions	<u>1) Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition</u> 1.1 : relever poids/taille/IMC et variation de poids dans les 48h après l'admission et/ou mesure de la masse musculaire 1.2 : observer la réduction de la prise alimentaire 1.3 : évaluer les ingestat 1.4 : prendre en compte les aversions et les enregistrer sur Hestia 1.5 : mettre en place systématiquement le questionnaire G8 en oncogériatrie 1.6 : faire une prescription médicale pour toute prise en charge nutritionnelle 1.7 : former sur la dénutrition et le logiciel repas le personnel soignant et renforcer le rôle des correspondants CLAN 1.8 : mettre à jour fiches techniques et protocoles 1.9 : tracer la dispensation et la consommation des Compléments Nutritionnels Oraux 2.0 : surveillance hebdomadaire du poids si dénutrition 2.1 : améliorer la traçabilité de la prise en charge diététique <u>2) Optimiser l'organisation et la distribution des repas :</u>

	2.1 : définir les missions du personnel « aide-hôtelière » dédié au service de repas pour améliorer la convivialité et l'ergonomie autour du repas avec respect des prescriptions des alimentations thérapeutiques en fonction du profil et pathologies du patient/résident 2.2 : au fur et à mesure du renouvellement du matériel, pour les services de courts séjours et SSR, prévoir chariot de remise en température et de distribution repas : respect des T°, optimisation de la prestation repas, et amélioration agencement office (remplacement four et chariot repas) 2.4 : former le personnel sur l'alimentation, les troubles de la déglutition, la distribution des repas et l'installation du patient/résident 2.5 : renforcer les soins d'hygiène bucco dentaires en s'appuyant sur les référents 2.6 : respecter le temps de jeûne nocturne<12h
Délai objectif	pérenne
Indicateur de réussite	Suivi des actions EPP Audits de satisfaction patients Audit dossier Nombre de séjours comportant le codage de la dénutrition Suivis diététiques Nombre de personnel formés Nombre de participants à la semaine nationale de dénutrition Journées formation correspondants CLAN Service respectant le jeûne nocturne (<12h)
Pilote	Diététiciennes
Groupe de travail	Chef de pôle, Médecin référent, Cadre supérieur de santé du pôle Diététiciennes
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Dossier patient informatisé avec équipement informatique adapté aux besoins 3 Balances à impédancemétrie (1 en HDJ, 1 sur site D.Chanet et 1 sur site CSAG) : à prévoir sur PPI de pôle 4 dynamomètres (1 pour les diététiciennes, 1 en HDJ, 1 sur site D.Chanet et 1 sur site CSAG) : à prévoir sur PPI de pôle Renforcer le temps de diététicien (0.6 ETP) Prévoir un temps médical (0.2 ETP) Projet construction d'une cuisine centrale en lien avec le projet de site unique : optimisation du circuit repas

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Evaluation et prise en charge de la douleur
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Malgré L'IQSS 2022 qui présente une amélioration des résultats de l'indicateur « prise en charge de la douleur » à 74% en MCO et SSR à l'hôpital de Vendôme-Montoire, la valeur cible de 80% reste un objectif à atteindre tel que le définit l'HAS dans sa fiche descriptive indicateur PCD du 17/11/2021.
Objectifs	100% des personnes admises en MCO ou SSR ont une évaluation initiale de la douleur et bénéficie d'une traçabilité de cette évaluation initiale 100% des personnes présentant une douleur aiguë (la douleur chronique relevant d'une prise en charge spécialisée) de faible à intense – spontanée ou induite par les soins, bénéficient d'une traçabilité d'une ou plusieurs réévaluations de leur douleur après mise en place d'un traitement pharmacologique ou non médicamenteux.
Actions	Diffusion la plus large possible des outils d'évaluation de la douleur et/ou de l'inconfort pour les personnes communicantes ou non communicantes. Intensifier « les méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur » tel que défini dans le 3 ^{ème} plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010)
Délai objectif	1 an
Indicateur de réussite	Audit dossier – prochain IQSS avec indice de performance > 74% Nombre de professionnels formés gage d'une meilleure diffusion de la culture de l'évaluation douleur.
Pilote	Médecin et IDE référents douleur du CHVM
Groupe de travail	Le CLUD et les correspondants douleur et soins palliatifs.
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	L'EMSP (Equipe Mobile Soins Palliatifs) Les correspondants douleur et soins palliatifs des différents services Formations internes dispensées par l'EMSP Formations des formateurs : D.U. (Diplômes Universitaires) – D.I.U. (Diplômes Inter-Universitaires)

FICHE ACTION N°4	
Thématique	La Démarche palliative
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	« On meurt encore mal en France » : cette phrase reste d’actualité malgré tous les efforts faits sur notre territoire en offre de soins palliatifs mais qui restent malgré tout insuffisants. En témoigne, entre autres, la convention sur la fin de vie qui démarre en décembre 2022. Dans tous les cas le quotidien auprès des personnes en soins palliatifs, de leurs proches et des soignants, nous montrent qu’il y a encore <u>beaucoup d’efforts à faire particulièrement en terme de prévention pour une fin de vie véritablement digne et concrètement apaisée</u>. Il y a encore beaucoup à faire en terme d’action de lutte contre la douleur et l’inconfort des personnes malades déclarés en soins palliatifs. Tous les moyens permettant de respecter leur choix de vie (besoins relatifs à leur projet de vie) pour accéder à <u>des réponses dignes de leurs attentes</u>, ne sont pas déployés. Et surtout <u>tous les moyens permettant de gérer en quelques minutes, leur douleur et inconfort diverses</u> ne sont pas systématiquement proposés malgré un cadre législatif particulièrement clair : la loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016
Objectifs	100% des personnes malades déclarées en soins palliatifs au stade intermédiaire ou terminal, bénéficient d’un <u>soulagement rapide</u> de leur douleur ou autres inconforts <u>en quelques minutes</u> selon une procédure de 3x24 : - 24 secondes pour évaluer leur douleur et/ou inconfort - 24 minutes pour obtenir un apaisement significatif de leurs douleurs ou inconfort. - 24 heures maximum pour stabiliser la situation après plusieurs réévaluations.
Actions	- Faire mieux connaître la loi Leonetti-Claeys du février 2016 - Mieux associer la personne malade à la gestion de ses douleurs ou inconfort en lui laissant le choix d'accepter ou pas les effets secondaires (Consentement éclairé) selon le principe du double effet de la loi Leonetti-Claeys - Mieux faire connaître les pratiques sédatives (HAS février 2018 actualisation Janvier 2020) aux professionnels de santé. - Encourager l’élargissement des indications de la voie parentérale et le matériel d’administration des produits pharmacologiques adaptés, qui permettent en pratique et concrètement de gérer l’inconfort et la douleur en quelques minutes. - Sensibilisation et Formation des soignants aux outils d’évaluation et réévaluation des symptômes d’inconfort et douleur. - Formation des soignants aux procédures d'administration parentérale des produits pharmacologique prescrit par les médecins, permettant de gérer très rapidement la douleur et l’inconfort selon le timing des 3x24h

	- Formation des soignants à la démarche palliative
Délai objectif	1 an => 2024
Indicateur de réussite	-Audit dossier (Évaluation et réévaluation de la douleur, de l'inconfort, du niveau de sédation, etc.) - IQSS - Nombre de professionnels formés - l'application de la procédure des 3x24 (douleur et/ou inconfort stabilisés en 24h)
Pilote	Equipe de l'EMSP (Équipe mobile de soins palliatifs)
Groupe de travail	- Le CLUD - Groupe des correspondants en soins palliatifs et douleur
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	- L'EMSP - Les correspondants en soins palliatifs et douleur - Formation interne dispensée par l'EMSP

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Promouvoir la recherche médicale et paramédicale et l'innovation en santé
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le CHVM collecte un certain nombre de data inexploitées (fiches de chutes, questionnaires EMVMA...) qui pourraient faire l'objet d'une exploitation raisonnée voire donner
Objectif	- Réfléchir à développer des programmes de recherche médicale et paramédicale - Participer à des projets de recherche portés par le CHU de Tours par exemple - Etre force de proposition sur la recherche en soins infirmiers en s'appuyant sur la veille sanitaire et sur le développement de pratiques de soins techniques mais aussi relevant du rôle propre
Actions	S'appuyer sur des audits de pratiques (transversales sur le CH), mettre en place les techniques de soins relevant de la veille sanitaire et des recommandations de l'HAS), évaluer les techniques et les prises en soin dans le but de sécuriser le soin (risque infectieux et iatrogénie) mais aussi d'apporter un meilleur confort au patient (douleur, mobilité, respect de l'intimité)

Délai objectif	Pluriannuel
Indicateur de réussite	nb d'EPP, publications, participation et présentation aux congrès
Pilote	DSSI

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Relancer la démarche éthique
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le comité local d'éthique n'a pas été réuni depuis 2016. Des questionnements éthiques apparaissent dans de nombreuses prises en charges complexes, lors des rex, lors de la gestion des plaintes et réclamations...
Objectif :	Relancer la démarche éthique afin de fournir un lieu d'échange pluri professionnel et identifier des personnes ressources en cas de questionnement éthique
Actions	Relancer et éventuellement revoir la composition du comité local d'éthique
Délai objectif	Deuxième semestre 2023
Indicateur de réussite	Réunion du comité d'éthique
Pilote	Direction/CME/ Direction des soins
Groupe de travail	Médecins, soignants, travailleur social, représentants des usagers, personnalités extérieures dont ministre des cultes , EMSP, direction, direction des soins, PCME , représentants des usagers
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Réunions à planifier

2. Synthèse des fiches actions

PLAN D'ACTION PROJET DE SOIN			
Thématiques	Objectifs	Actions	Indicateurs
Sensibilisation des professionnels à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance au sein du CHVM	Garantir les droits des usagers Garantir les droits et la participation de la famille Impliquer les représentants des usagers dans la politique de bientraitance	Voir fiche actions	Suivi des FEI, REX
La dénutrition chez la personne âgée et les patients atteints de cancer	Prendre en charge la dénutrition pour diminuer les risques de comorbidités, diminuer la DMS, diminuer les facteurs de risques liés au cancer Garantir un service repas de qualité	Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition	Nombre de professionnels formés Audit de dossiers Journées formation correspondants CLAN Suivi des actions EPP
Evaluation et prise en charge de la douleur	100% des personnes admises en MCO ou SSR ont une évaluation initiale de la douleur	Intensifier « les méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur »	Nombre de professionnels Audit de dossiers
La démarche palliative	Respecter le choix de vie des patients	Mieux faire connaître les pratiques sédatives Sensibiliser et former des soignants aux outils d'évaluation et réévaluation des symptômes d'inconfort et douleur	IQSS Nombre de professionnels formés Audit de dossiers
Promouvoir la recherche médicale et paramédicale et l'innovation en santé	Réfléchir à développer des programmes de recherche médicale /paramédicale non interventionnelle, Etre force de proposition sur la recherche en soins infirmiers	Réfléchir à développer des programmes de recherche médicale et paramédicale	Participation à des études, publications
Relancer la démarche de réflexion éthique (fiche action commune avec le projet médical)	créer un espace de référence et identifier des personnes ressources pour les professionnels en questionnement éthique	-réactiver le comité local d'éthique	Nb de réunions/an



LE PROJET DE DEMOCRATIE SANITAIRE

RENDRE ACTEURS NOS USAGERS

Il s'agit ici de développer la participation des usagers et de leurs représentants aux soins et à la vie de l'hôpital. Il faudra, pour cela, développer des conventions avec les associations d'usagers, ouvrir des réunions de pôles et des réunions d'unités aux représentants des usagers, poursuivre la réflexion sur l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les organisations de soins, favoriser l'exercice du rôle social des usagers.

Le mot des représentants au service des Usagers

Dans chaque établissement de santé, **une Commission des Usagers** a pour mission de **veiller au respect des droits des Usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil** des personnes malades et de leurs proches et ainsi que **de la prise en charge**.

Les représentants des Usagers défendent les droits et les intérêts des Usagers de l'Etablissement et s'assurent que l'ensemble du code de la santé publique relatif aux Usagers du système de santé est respecté tout au long de leur prise en charge, de l'accueil en séjour jusqu'à leur sortie, voire leur suivi à domicile...

Qui sont-ils ?

Des membres bénévoles d'associations agréées du système de santé nommés sur décision de l'Agence Régionale de Santé ;

Pour quoi interviennent-ils ?

- pour porter la parole et parler au nom des Usagers
- pour veiller au respect des droits des Usagers
- pour contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans l'Etablissement de santé

Ils peuvent informer les Usagers sur

- La rédaction des directives anticipées
- La désignation de la personne de confiance
- L'accès au dossier médical
- Le signalement de dysfonctionnements
- L'établissement de dossiers de plaintes ou réclamations

Ils peuvent aider les Usagers

- à connaître leurs droits
- à les faire valoir
- à faire le lien avec les professionnels de santé
- à conseiller sur les démarches à entreprendre

**Inclure le regard des Usagers, c'est les placer
au cœur du système de santé.**

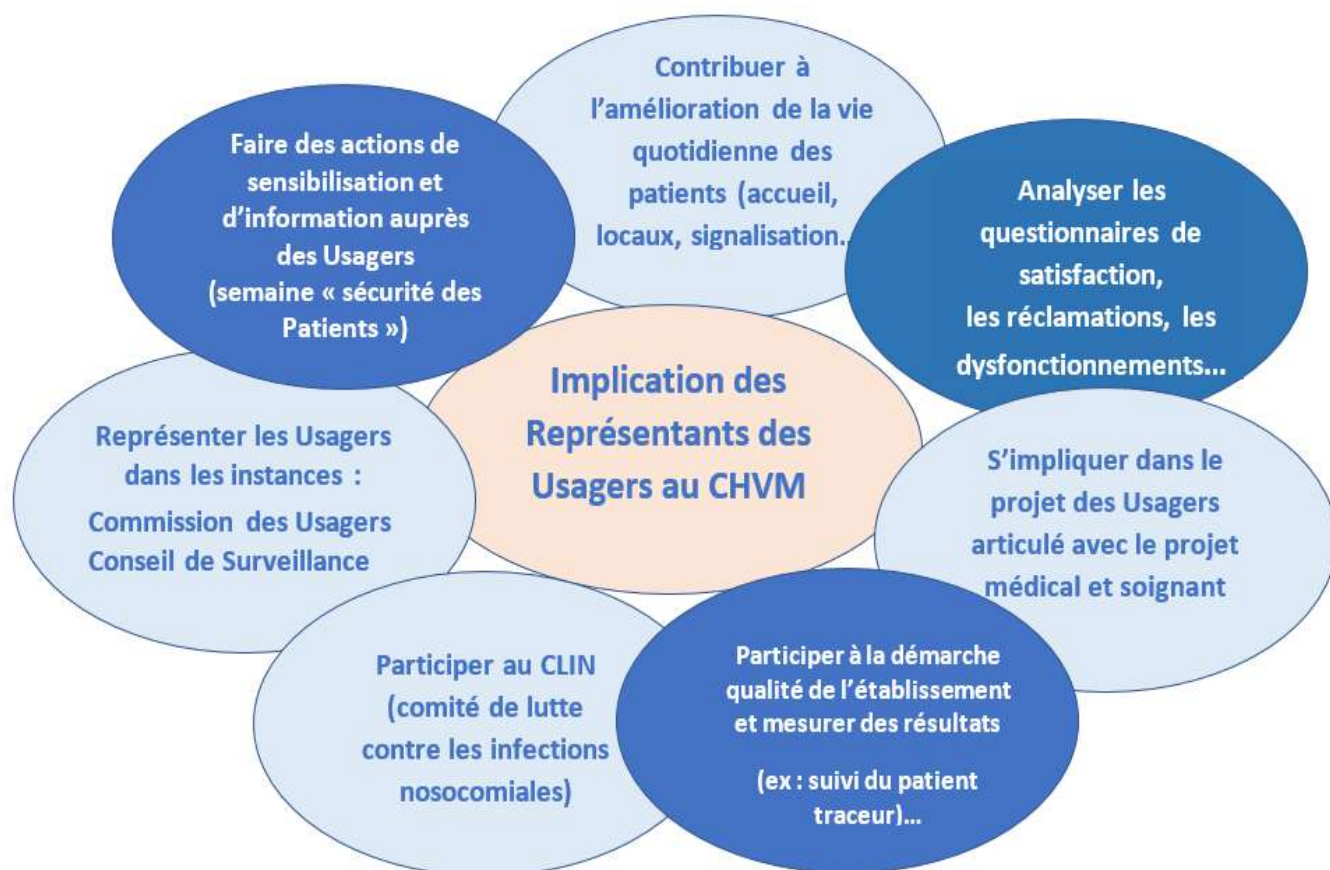
**La pluralité des regards et des expériences, que l'on soit Soignants, Décideurs,
Gestionnaires...et Usagers, est une force pour l'établissement
et permet d'améliorer l'accès aux soins dans un souci de qualité,
de sécurité, de confiance et de respect mutuel.**

Depuis quelques années, les approches paternalistes des soins ont laissé progressivement place aux approches centrées sur le patient qui elles-mêmes, avec la perspective du partenariat de soins et de services, considèrent aujourd'hui le patient comme un acteur de soins. L'expérience, dont chacun est dépositaire, est une source de savoirs riche et essentielle, complémentaire des regards techniques et intellectuels. Que l'on soit soignant, gestionnaire ou usager, nous avons tous un regard différent sur les soins, les organisations, ... ; et nous pouvons tous glisser à un moment de notre vie dans une posture différente de celle qui est la nôtre sur l'instant.

L'implication des représentants des usagers au sein de l'établissement est essentielle afin d'aider et soutenir le patient et ses proches, il est indispensable de les intégrer dans les unités afin qu'ils deviennent les partenaires des soignants.

À terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le représentant des usagers en légitimité.

Citoyen et membre actif d'une association les représentants des usagers doivent être les portes paroles de la voix des usagers de l'hôpital, partenaire actif de l'amélioration de la qualité du CHVM et "agitateurs d'idées"...



La place et le rôle des représentants d’usagers dans une dynamique collective d’amélioration de la qualité et de prévention des risques ont profondément évolué avec les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004. Les objectifs du projet sont définis dans la fiche action suivante :

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Droit des patients
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Les représentants des usagers (RU) et les associations sont peu connus des patients et des professionnels. Il ressort un manque de connaissance et de reconnaissance du rôle des représentants des usagers. L’écriture du projet d’établissement et la démarche de certification programmée en 2023 sont l’opportunité de rappeler la place et le rôle des représentants d’usagers dans une dynamique collective d’amélioration de la qualité et de prévention des risques.
Objectif	Formaliser un projet des usagers qui intègre les actions suivantes : ⇒ Améliorer la connaissance de l’Etablissement par les RU

	⇒ Faciliter l'exercice des missions des représentants des usagers et des associations au sein de l'établissement ⇒ Informer les usagers et les professionnels de l'existence des représentants d'usagers et des associations ⇒ Favoriser l'association des représentants d'usagers à la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques ⇒ Favoriser l'engagement des RU dans la certification
Actions	- Organiser une visite de l'établissement pour les nouveaux RU - Disposer dans les unités d'un interlocuteur privilégié qui soit présenté aux associations ; - Préciser les conditions matérielles d'accueil permettant aux associations de conduire leurs actions ; - Mettre à disposition des usagers dans les salles d'attentes un support numérique (écran TV) informant de la présence des associations, des représentants d'usagers et de leurs actions ; - Réaliser une communication régulière sur le rôle et les missions, les actions des RU et la CDU : ⇒ dans le journal interne, ⇒ sur la chaîne télévision interne, ⇒ via les réseaux sociaux : Facebook, LinkedIn, site internet du CHVM - Organiser des rencontres entre les associations et les équipes de pôles et l'intégration des bénévoles dans tous les projets de l'établissement ; - Créer un trombinoscope des représentants des usagers pour affichage dans chaque service ; - Intégrer les RU et associations le cas échéant aux réunions et groupes de travail institutionnels.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Actions réalisées
Pilote	Responsable des relations avec les usagers et associations (RRUA)
Groupe de travail	RRUA, membres CDU et présidents associations



LE PROJET PSYCHOLOGIQUE

1. Préambule

Le projet psychologique s'inscrit dans le projet d'établissement, règlementé par le code de la Santé publique (Article L 6143-2). Il a pour objectifs de clarifier la spécificité des missions et du rôle du psychologue ; de réaffirmer les dimensions cliniques et psychiques dans le dispositif de soin ou d'accompagnement des usagers et de leurs proches et enfin, de permettre de dégager des axes d'amélioration.

La réflexion sur la pratique et les actions à mener, s'exercent dans le respect du code de déontologie qui régit la profession. Elle est également menée sous différents principes fondamentaux :

- Le respect de la charte des droits des usagers
- Le respect de la dignité, de l'intégrité et de l'intimité de l'utilisateur
- L'égalité de traitement des usagers et de leurs proches
- La réflexion éthique

2. Fiches action

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Clinique – Contribution à la qualité des soins
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Continuité des soins : présence des psychologues 5 jours/7
Objectifs :	Reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Créer du lien et du liant. Accompagner les proches.
Actions	- Accueillir et évaluer psychologiquement l'utilisateur - Soutenir l'utilisateur et ses proches (entretiens / activités thérapeutiques / temps informels) - Mettre en place des outils adaptés à la prise en soin de l'utilisateur (thérapies, séances individuelles, de groupe, ateliers à visée thérapeutique, relaxation...) - Participer à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins des usagers - Participer activement aux réunions de transmissions, staff et synthèse - Echanger pluri -disciplinairement autour des situations

	- Coordonner des plannings afin d'assurer une continuité des soins - Réorienter les usagers sur des structures ou professionnels extérieurs
Délai objectif	2027
Indicateur de réussite	Traçabilité des interventions (Ecrits professionnels, Ateliers thérapeutiques, réunion de synthèse /Staff...) Planning Hextant
Pilote	Directeur des Ressources Humaines
Groupe de travail	Psychologues du Centre Hospitalier Vendôme-Montoire
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Formations et temps de Formation Information Recherche Autonomie de la pratique (à la demande de l'utilisateur, du médecin, d'un soignant) / gestion du temps de travail Espaces de travail dédiés Budget matériel alloué Les échanges pluri professionnels, entre services, permettent un étayage dans nos pratiques.

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Clinique – Continuité des soins extra-hospitaliers
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La souffrance psychologique ne s'arrête pas au temps de l'hospitalisation.
Objectifs :	Assurer la continuité des soins en dehors de l'hospitalisation
Actions	- Proposer un suivi externe - Se passer le relais entre professionnels - Réorienter vers des partenaires, réseaux extérieurs
Délai objectif	2027
Indicateur de réussite	Traçabilité des interventions
Pilote	Directeur des Ressources Humaines
Groupe de travail	Psychologues du Centre Hospitalier Vendôme-Montoire
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Autonomie de la pratique Espaces de travail dédiés Outils de communication

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Institutionnelle – Soutien des équipes
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Nos contextes de pratique sont parfois difficiles et les sources de souffrance des équipes sont diverses : - Inexpérience face aux spécificités psychiques (<i>troubles du comportements, fin de vie et décès, triangulation de la relation usagers/familles/professionnels, manque de distance professionnelle...</i>) - Covid - Absentéisme, pénurie de personnel Le psychologue attaché au service est une ressource accessible pour les équipes au quotidien
Objectifs :	Accompagner les équipes et soutenir les pratiques professionnelles et institutionnelles
Actions	- Sensibiliser les équipes à la dimension psychique des usagers et de leurs proches - Soutenir les équipes dans les difficultés de pratique (<i>accompagnement à l'élaboration théorico-clinique</i>) - Sensibiliser les équipes aux outils adaptés dans la prise en soin. - Proposer des temps de sophrologie et de méditation pleine conscience - Solliciter le psychologue du travail pour des groupes de parole ou des entretiens duels - Proposer des entretiens duels ou échanges informels avec orientation si besoin.
Délai objectif	2027
Indicateur de réussite	Place du psychologue dans l'organigramme (à créer) Réunions / Synthèses / Transmissions Sollicitation spontanée et régulière des équipes
Pilote	Directeur des Ressources Humaines
Groupe de travail	Psychologues du Centre Hospitalier Vendôme-Montoire
Ressources particulières (logistique, humaines, financières) et	Formations Autonomie de la pratique / gestion du temps de travail Espaces dédiés Temps informels Psychologue du travail Assistante sociale du personnel

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Institutionnelle – Contribuer à la vie institutionnelle
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	L’ensemble des psychologues du CHVM se rencontrent régulièrement et sont peu représentés dans les instances, dans la constitution de projets et/ou dans des prises de décisions institutionnelles. (La crise COVID a été un exemple, tant au niveau local que national.)
Objectifs	Créer du lien et du liant inter et extra-institutionnel. Participer au développement des projets institutionnels Renforcer la représentativité du soin psychique dans les instances (conformément à la réglementation).
Actions	- Rencontrer les pairs (psychologues du CHVM) avec la présence possible du DRH - Echanger en intra-hospitaliers : médecins, assistantes sociales, soignants, kinésithérapeutes, éducatrice d’activités physiques adaptés, animatrices...) - Echanger en inter-services : EMSP, psychiatrie, psychologue du travail... - Echanger en extra-hospitaliers : partenaires et réseaux extérieurs (<i>Equipe Mobile Alzheimer, Escalé Santé 41, JALMALV...</i>) - Participer aux structures Qualité de Vie au Travail : Absentéisme, Risques Psycho-Sociaux - Réfléchir sur la constitution d’un collège des psychologues - Faire un lien entre le Directeur des Ressources Humaines, les psychologues et Chef de Pôle sur le projet du service et les profils de poste des futurs recrutements psychologue
Délai objectif	2027
Indicateur de réussite	Place du psychologue dans l’organigramme Feuille d’émargement Compte rendu de réunion
Pilote	Directeur des Ressources Humaines
Groupe de travail	Psychologues du Centre Hospitalier Vendôme-Montoire et Chef de Pôle
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Ordre de mission annuel région centre et Paris Ile de France Accès aux voitures de service Espace de travail et temps dédiés

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Formation – Information – Recherche (FIR) / Formation
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Les temps FIR et les formations permettent d'actualiser les connaissances, de développer les outils, des temps de réflexion/écriture et surtout de prendre la distance et le temps nécessaire à l'élaboration de sa pratique. Il est donc essentiel pour une bonne pratique du psychologue. Il est également un outil de transmission de l'expérience et de l'expertise acquises. Circulaire DGOS / RHSS / 2012 / 181 du 31 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein de la fonction publique hospitalière.
Objectifs	Enrichir la pratique clinique, se former et former autrui, sensibiliser et renforcer la formation et la recherche auprès des professionnels
Actions	- Rencontrer les pairs - Accueillir des stagiaires - Participer à des Supervisions / Intervisions - Suivre une formation continue - Effectuer des lectures / recherches - Elaborer sous un angle théorico-clinique
Délai objectif	2027
Indicateur de réussite	Compte-rendu trimestriel envoyé au DRH Inscription au planning Attestation de présence et/ou de formation quand délivrée
Pilote	Directeur des Ressources Humaines
Groupe de travail	Psychologues du Centre Hospitalier Vendôme-Montoire
Ressources particulières (logistique, humaines, financières) et	Accès aux formations continues Temps institutionnel alloué aux équipes soignantes Ordre de mission annuel région centre et Paris Ile de France Accès aux voitures de service Abonnements aux revues spécialisées Budget livres



LE PROJET QUALITÉ

- ♦ Préambule
- ♦ Bilan du projet précédent et état des lieux
- ♦ Mise en œuvre du projet sur les cinq années à venir

1. Préambule

Le Centre hospitalier de Vendôme-Montoire est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des soins et des prestations. Assurer la sécurité de prise en charge et la satisfaction des patients et résidents sont les principales motivations qui animent cette démarche.

La stratégie et l'ambition de la direction de la Qualité et de la Gestion des risques sont d'accompagner au plus près les acteurs de terrain dans l'amélioration des pratiques, contribuant ainsi à une prise en charge de qualité des patients.

L'animation et la coordination de la politique qualité et gestion des risques repose sur le COQUAVIRIS (COMité QUALité, des VIGilances et des RISques associés aux soins), une sous-commission EPP issue de la CME et la CDU qui mobilise l'ensemble des parties prenantes.

Le projet qualité et gestion des risques 2022 – 2026 est formalisé en fiches actions regroupées selon différents axes et élaboré selon la méthodologie suivante :

Etapes d'élaboration du projet qualité et gestion des risques	Référents
Etat des lieux et évaluation du projet précédent 2016-2020 par la cellule qualité (actions réalisées, en cours et à terminer, à développer)	Directrice Resp. qualité-GDR
Proposition des axes d'amélioration de la politique qualité – gestion des risques 2023-2027	Directrice Resp. qualité-GDR
Elaboration des fiches actions	Directrice Resp. qualité-GDR
Synthèse générale et validation des fiches actions au COQUAVIRIS	Directrice Resp. qualité-GDR
Présentation aux Instances	Directrice Resp. qualité-GDR

2. Bilan du projet précédent et état des lieux

Formaliser la cartographie des risques au CHV et la réactualiser une fois par an au regard des parcours patients et des processus

Une cartographie des risques a été élaborée dans le cadre de la certification V2014. Le plan d'action et les risques associés ont été réactualisés dans le cadre de la transmission du compte qualité intermédiaire en 2019.

Suivre et évaluer le PAQSS du CHV annuellement

Le PAQSS est évalué annuellement et une synthèse globale de l'évolution des actions ainsi que les perspectives pour l'année suivante sont présentés au COQUAVIRIS.

Organiser deux CREX par pôle et par an selon les EIG déclarés

Des REX sont organisés selon les EIG et les EI déclarés avec une moyenne de 2 REX par pôle. L'année 2021 a été marquée par la réalisation de 12 REX au CHVM.

Organiser un retour sur expérience systématique des EIG

La cellule qualité déclare tous les EIG déclarés en interne sur le portail de l'ARS et déclenche systématiquement un REX en lien avec la direction, le chef de pôle, l'encadrement et les professionnels.

Organiser des RMM en cancérologie au cours de l'année

Des RMM ont été organisées en 2016-2017 et 2018. Aucune RMM cancérologie n'a été réalisée depuis. Une RMM suite à un EIG a été organisée en 2021.

Anticiper la gestion de crise par la réactualisation du plan de continuité des activités au CHV

Un plan AMAVI et un plan NRBC ont été formalisés en 2016. Des exercices de simulation ont été organisés. Ces plans sont à réactualiser.

Surveiller et suivre les bactériémies, les bactéries multi-résistantes ; former et informer les professionnels sur le risque infectieux ; appliquer l'évolution de la réglementation concernant les infections associées aux soins (IAS), les infections nosocomiales (IN), l'hygiène en établissement de santé. Améliorer le réseau opérationnel des correspondants hygiène

Cela est fait par l'EOH par le biais des formations internes des professionnels, des campagnes de sensibilisations (semaine de la sécurité des patients), audits, groupes de travail...

Former les nouveaux professionnels à la gestion des risques (ateliers pédagogiques)

Cela est réalisé dans le cadre des journées d'accueil des nouveaux arrivants (organisées par an), les réunion d'accueil des internes (2 fois par an)

Réactualiser la charte de non punition validée par le directeur et diffusée aux professionnels

La charte de non punition a été réactualisée et intitulée « charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables »

Inscrire la gestion des risques et ses orientations dans la contractualisation interne avec les pôles, définir des objectifs, plans d'actions et des indicateurs de suivi

Des objectifs et des indicateurs de suivi ont été définis dans la perspective de contractualisation interne avec les pôles.

Développer l'utilisation du logiciel ENNOV (déclaration d'évènements indésirables et GED) par tous les professionnels

Des formations et ateliers ENNOV ont été réalisés dans les services, dans le cadre des journées des nouveaux arrivants et des réunions d'accueil des nouveaux internes.

Participer à l'organisation de la semaine de sécurité des soins (chambre des erreurs)

Chaque année, le CHVM participe à la semaine nationale de la sécurité des patients. Divers ateliers sont organisés dont la chambre des erreurs réelle pour l'EHPAD Antoine Moreau et virtuelle pour les autres sites avec le casque de réalité virtuelle.

Développer le travail en équipe (PACTE : projet d'amélioration continue du travail en équipe)

Le projet PACTE n'a pas été développé.

Définir, mettre en œuvre et suivre un plan d'actions après chaque évaluation externe

Cela est fait en lien avec les COPIL des évaluations internes et externes des ESMS.

Optimiser la réalisation des audits de dossier patient pour le recueil des IPAQSS avec l'informatisation des dossiers patient

Les CHVM a participé à toutes les campagnes nationales obligatoires d'audits dossiers pour le recueil des IQSS.

Réactualiser les processus et les parcours avec une analyse des risques à minima tous les 2 ans

Cela est fait dans le cadre de de la transmission du compte qualité intermédiaire en 2019. Une réactualisation est à prévoir.

Développer l'utilisation du logiciel ENNOV DOC par tous les professionnels et optimiser la diffusion des documents à l'ensemble des professionnels

Cela est fait avec l'intégration des professionnels dans le circuit de diffusion des documents ENNOV.

Poursuivre la méthode patient traceur en interne

Cela est fait avec un changement de méthodologie interne. Les patients traceurs sont réalisés au sein de chaque pôle par les médecins et les cadres du pôle avec le pharmacien RSMQ et le service qualité en support.

Définir et revoir la politique d'évaluation des pratiques professionnelles et communiquer les résultats des EPP à l'ensemble des professionnels

Le programme EPP est défini par la CME, la CSIRMT et le COQUAVIRIS.

Les professionnels médicaux et paramédicaux référents de chaque EPP et le responsable qualité animent des groupes de travail et suivent des indicateurs.

Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, des professionnels et des partenaires extérieurs (e-satis...)

Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées au sein des EHPAD et la résidences la Varenne. Un questionnaire de sortie est remis aux patients. Une extraction d'adresse mails et un dépôt sur la plateforme HAS est réalisé tous les mois pour l'enquête E-SATIS.

Maintenir ou augmenter le taux de retour du questionnaire de sortie (valeur cible : 15%)

Le taux de retour des questionnaires de sortie est faible (8.1% en 2021). Un travail est à prévoir pour améliorer cet indicateur.

Renforcer l'accompagnement de l'encadrement et des professionnels pour la réalisation des enquêtes de satisfaction

Cela est fait par la cellule qualité.

Mettre en place un livret d'accueil spécifique en EHPAD

Un livret d'accueil spécifique EHPAD a été élaboré.

3. Fiches action

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Promouvoir la culture qualité et sécurité des soins
Constat	Le projet qualité et gestion des risques 2023-2027 du centre hospitalier de Vendôme-Montoire prend appui sur : les exigences du référentiel de la certification HAS V2020, les résultats des évaluations internes et le suivi d'indicateurs. Il a été constaté une marge de progrès quant à la culture qualité et sécurité des soins. L'image de la « qualité » trop peu valorisée, trop administrative, centrée sur les dysfonctionnements plus que sur la prise en charge. En effet, l'image de la démarche qualité est intimement liée au niveau de la culture qualité : plus celui-ci est élevé, plus la perception de la qualité, au service des patients, sera juste.
Objectifs	- Former les professionnels pour promouvoir et renforcer la démarche qualité. - Piloter la qualité des soins au plus près des acteurs de terrain. Diffuser les résultats pour les services et associer les professionnels aux analyses et à l'amélioration des pratiques. - Valoriser les pratiques via les démarches d'évaluations, de certification... - Impliquer davantage les représentants des usagers dans la démarche qualité risques. - Promouvoir l'expérience patient
Actions	- Mettre en place des formations qualité et gestion des risques. - Améliorer la diffusion des documents en intégrant les professionnels concernés par la diffusion et en intégrant la documentation institutionnelle (comptes rendus des réunions, instances, audit, enquêtes...). - Pérenniser les formations ENNOV dans les services. - Améliorer le suivi des actions d'amélioration en créant un PAQSS institutionnel intégré dans ENNOV. - Réaliser la mise à jour du logiciel ENNOV (passage à la version 9.4). - Réaliser une mise à jour du logiciel SPHINX - Mettre en place les actions d'améliorations issues de la visite de la certification. - Assurer une communication des résultats des évaluations internes et externes et des indicateurs et organiser systématiquement un retour d'information auprès des équipes pluridisciplinaires concernées. - Améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie en assurant sa remise au patient et en accompagnant ces derniers si nécessaire. - Améliorer le score e-satis en renforçant le recueil des adresses mails des

	patients à l'admission. - Renforcer le dispositif de déclaration des événements indésirables en maintenant les actions de sensibilisation et les ateliers pédagogiques. - Renforcer la mise en œuvre de démarches d'analyses des causes (REX) et de conduite de RMM. - Mettre en place une cellule qualité et gestion des risques- hygiène opérationnelle. - Mettre en place des points qualité polaire trimestriels avec l'encadrement et les professionnels. - Actualiser le plan blanc du CHVM. - Contribuer à la politique qualité et gestion des risques du GHT santé 41
Délai objectif	2023-2027
Indicateurs de réussite	- Nombre d'événements indésirables déclarés - Nombre de retours d'expérience réalisés (2 REX par pôle/an) - Taux de retour du questionnaire de sortie (>20%) - Taux E-satis MCO (minimum 30 répondants) - Nombre de professionnels formés au logiciel ENNOV - Nombre de professionnels formés à la démarche qualité risques (initiation CREX...) - Taux d'actions d'amélioration réalisées (> 80%)
Pilote	COQUAVIRIS
Ressources particulières	En fonction des thématiques

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Promouvoir la maîtrise du risque infectieux
Constat	Le projet Hygiène des risques 2023-2027 du centre hospitalier de Vendôme-Montoire prend appui sur : les exigences du référentiel de la certification HAS V2020, les résultats des évaluations internes et le suivi d'indicateurs. Il a été constaté des difficultés au niveau de la prise de conscience des différents risques suite à la pandémie de Covid-19. Et les pratiques d'hygiène sont disparates d'un service à un autre
Objectif	- Former les professionnels à la maîtrise du risque infectieux par des formations spécifiquement liées à l'hygiène hospitalière. - Piloter une démarche Hygiène au plus près des acteurs de terrain. Diffuser les résultats pour les services et associer les professionnels aux analyses et à l'amélioration des pratiques. - Impliquer davantage les correspondants Hygiène dans les services
Actions	- Mettre en place des formations Précautions Standard, recyclage, bionettoyage

	et Correspondant Hygiène. - Améliorer le suivi bactériologique et créer un suivi virologique et fongique en incluant la vérification de la mise en place. - Améliorer le taux de retour des températures repas. - Renforcer le dispositif de sensibilisation des professionnels sur les évènements indésirables en lien avec la gestion du risque infectieux. - Participer et organiser la campagne annuelle Hygiène des mains début Mai. - Renforcer la campagne de vaccination (grippe, COVID...). - Appuyer la thématique risque infectieux lors de la semaine nationale sécurité des patients en Novembre. - Réaliser des évaluations et audit de pratique autour des nouveaux matériels acquis lors de nouveaux marchés. - Réaliser au moins un retour d'expérience par an sur le risque infectieux. - Sensibiliser au bon usage des antibiotiques.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	- Nombre d'événements indésirables sur le risque infectieux déclarés - Nombre de retours d'expérience sur le risque infectieux réalisés - Taux de retour de températures repas (>50%) - Nombre de professionnels formés aux précautions complémentaires et standard - Nombre de réunions de sensibilisation au sein des services à la demande des cadres - Nombre de retour d'information données dans les services par les correspondants Hygiène - Taux d'actions d'amélioration sur le risque infectieux réalisées (> 80%) - Indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique (>80%) - Indicateur de consommation d'antibiotiques (>95%)
Pilote	CLIN - EOH
Ressources particulières	En fonction des thématiques



LE PROJET SOCIAL 2023 - 2027

- ♦ **Bilan du projet social 2016 - 2020**
- ♦ **Fiches action du projet social**
- ♦ **Plan d'actions**

La rédaction du projet social 2023-2027 s'inscrit dans un double contexte. D'une part celui de l'actualisation du projet d'établissement global. D'autre part, celui de la mise en place des lignes directrices de gestion spécifiques aux ressources humaines en lien avec le décret n°2019-1265 du 29 novembre 2019.

La rédaction du projet social 2023-2027 repose sur une proposition de méthode de travail participative et interactive. Ainsi, quatre réunions ont été programmées avec la volonté d'atteindre trois objectifs :

Une première réunion visait à établir un bilan du projet social précédent et à lister les actions restantes à mener.

Une deuxième réunion visait à établir les lignes directrices de gestion précédemment citées.

Une troisième et quatrième réunion ont été exclusivement axées sur la rédaction du plan action RH 2023-2027.

Enfin, une réunion d'instance (Comité technique d'établissement) a été organisé au mois de juin 2021 pour valider les lignes directrices de gestion.

Voici le détail des réunions organisées pour la rédaction du projet social 2023-2027

1^{ère} séance 29/04/2021 : reprise du projet social existant et tri des actions :

Résumé du projet social 2016 / 2020

I Renforcer et développer les relations sociales et institutionnelles

II Veiller à un dialogue social de qualité

III Améliorer la qualité de vie et la santé au travail

IV Assurer une approche qualitative de la gestion des ressources humaines

V Poursuivre et développer la GPMC au sein du CHV

VI Proposer une formation plus personnalisée et mieux adaptée aux besoins

2^{ème} séance 19/05/2021: rédaction des lignes directrices de gestion avec notamment la question des avancements de grade, la politique de recrutement, l'égalité professionnelle femme / homme, la lutte contre les discrimination, la politique du handicap.

3^{ème} séance 09/06/2021: finalisation du plan d'action commun projet social et aux lignes directrices de gestion.

4^{ème} séance du 01/10/2021 : finalisation du plan d'action commun projet social

1. Bilan du projet social 2016-2020

Information et sollicitation des agents à participer de manière active via des groupes de travail

Différentes commissions existent au sein du Centre hospitalier de Vendôme-Montoire : la commission absentéisme, la commission accident du travail/Maladie professionnelle, la commission risques psychosociaux (RPS), le COPIL Qualité de vie au travail (QVT).

Chaque structure fait participer des professionnels, des cadres, des représentants du personnel. Des notes de service sont régulièrement diffusées pour relancer des appels à candidatures.

Réunions d'information organisées de manières systématique sur les sujets institutionnels :

Ces réunions relèvent des responsables de service mais ne sont pas organisées de manière systématique.

Confidentialité des échanges suite aux travaux à la DRH :

Tous les dossiers sont sous clefs. Les clefs se trouvent dans une boîte à clef fermée par digicode. Le code est changé tous les 6 mois.

Les bureaux sont fermés pour les entretiens ou les consultations de dossier.

Temps de présence d'un personnel de direction de la DRH sur chaque site :

Ce temps n'est pas formalisé hormis à Montoire où le DRH se rend une fois par semaine.

Informers les personnels sur le rôle, les missions et plage horaire du correspondant CGOS.

Des notes de service sont régulièrement diffusées sur le « contact CGOS ». La mission de correspondant en tant que tel avec un temps spécifique alloué a été supprimée fin 2018. Un local spécifique existe toujours avec les coordonnées.

Développer le site internet en matière d'offre d'emploi.

Cela est fait pour le personnel soignant et non soignant. Les offres d'emploi sont publiées sur : pôle emploi, FHF, indeed, jobsearch ainsi que sur le compte facebook du Centre hospitalier.

Mettre en œuvre de manière régulière des réunions publiques sur les sujets institutionnels de l'établissement.

Ces réunions ne sont pas organisées au sein de l'établissement.

Mettre en place une procédure de diffusion des postes à pourvoir :

Tous les postes vacants font l'objet d'une publication en interne avec une note d'information.

Créer un espace RH dans l'Infhop :

Cela est fait selon les sujets d'actualité RH (calendrier des formations, mobilités internes, informations paie...).

Organiser un séminaire des cadres pour échanger sur un thème annuel :

Ce séminaire n'est pas organisé au sein de l'établissement.

Pérenniser les réunions mensuelles de cadres :

Ces réunions sont maintenues de manière trimestrielle et sont ouvertes à tous les responsables d'équipe.

Afficher sur chacun des sites la charte de laïcité :

Cette charte n'est pas affichée dans tous les services

Renforcer la lutte contre les discriminations de tout type par la sanction

Toute discrimination est interdite et sanctionnée.

S'assurer de manière systématique des conditions matérielles des organisations syndicales :

Les conditions matérielles sont garanties sur le site de Vendôme et le site de Montoire pour toutes les sections syndicales siégeant au CTE et CHSCT.

Mettre en œuvre la partie du guide du temps de travail relative au temps syndical :

Les droits syndicaux font l'objet d'un point annuel à l'ordre du jour du CTE et lors de la rédaction du bilan social.

Maintenir l'accessibilité de la direction auprès des organisations syndicales :

Le DRH organise une réunion syndicale tous les mois avec chaque représentant de chaque section. Tous les sujets sont abordés : situations individuelles, organisation de travail, préparation des points à l'ordre du jour des CTE, CHSCT.

Favoriser les échanges informels avec les organisations syndicales sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie au sein de l'établissement :

Le DRH est disponible en cas de sollicitations des organisations syndicales.

Poursuivre la mise en place d'un rendez-vous mensuel permettant la rencontre de la DRH avec les OS

Pérenniser l'intégration des OS sur les groupes de travail relatifs aux problématiques rencontrées par les agents.

Les représentants du personnel siégeant au CHSCT font partie des groupes de travail susmentionnés. Par ailleurs, tous les représentants du personnel ont été associés à la rédaction du guide du temps de travail.

Veiller à la mise en œuvre du plan d'action du COPIL RPS :

Ce plan d'action est suivi tous les trois mois dans le COPIL QVT.

Création et mise en place d'une structure QVT, émanation du CHSCT :

Le COPIL QVT est installé depuis 2016.

Rénover et mettre en œuvre le DU sur l'ensemble des sites du CH :

Le DU n'a pas été revu depuis mars 2016 et doit être réactualisé.

Intégrer un volet QVT dans les travaux d'envergure menés au sein du CH

Les travaux d'envergure font l'objet d'une présentation en instance, notamment le CTE et CHSCT compétents en matière de QVT.

Veiller à associer la médecine du travail aux groupes constitués par la direction sur les sujets institutionnels.

La médecine du travail assiste au CHSCT ainsi qu'aux cellules d'accompagnement professionnel.

Recueillir et mettre en place un suivi des décisions prises en instances :

Ce recueil n'est pas réalisé.

Mettre en place des formations à la sécurité au travail :

Les formations secouristes et sauveteurs du travail, incendie sont prévues à chaque plan de formation annuel.

Réflexion sur l'opportunité d'une crèche permettant de faciliter l'accueil des enfants d'agents du personnel :

Ce projet n'est pas réalisé et n'est pas réalisable compte tenu de la taille de l'établissement.

Respecter le temps de repos quotidien de 12h :

Ce point figure dans la réglementation ainsi que dans le guide du temps de travail.

Enquête de satisfaction à construire et mettre en œuvre au sujet de la QVT :

L'enquête a été menée en 2017, restituée en instance en 2018 et au personnel en 2019.

Alimenter de manière régulière les rubriques « recrutement » du site internet :

Ce point a déjà été évoqué au point 6.

Poursuivre la mise en œuvre de la commission de stagiairisation constituée en 2015 :

Elle se réunit toujours deux fois par an.

Doter chaque service d'un livret d'accueil des nouveaux agents :

Chaque nouvel agent reçoit avec son contrat de travail un livret d'accueil. Il est également disponible sur Ennov tout comme le règlement intérieur du personnel.

Mettre en place une journée d'accueil des nouveaux arrivants :

Deux journées sont organisées par an : une sur le premier trimestre et une autre sur le troisième trimestre de l'année.

Le guide du temps de travail a été rédigé en 2015 et mis en œuvre en 2016. Il sera important de veiller à sa mise en place, son intégration dans les informations à communiquer aux agents et de suivre les évolutions législatives.

Le guide est diffusé en version papier dans les services et est disponible sur Ennov. Il a été actualisé en 2018 et 2019, 2020, 2022.

Veiller à l'amélioration des conditions de travail : matérielles, relationnelles, professionnelles.

Mettre en œuvre des indicateurs clairement identifiés et mesurables pour évaluer de manière périodique les raisons conduisant à l'absentéisme.

L'absentéisme est suivi dans le cadre de la commission absentéisme et du bilan social annuel. L'absentéisme a notamment été étudiée sur le motif « maladie ordinaire » des AS et des IDE par service pour 2016 et 2017. Cette enquête a été restituée en réunion de cadres de santé.

Mettre en œuvre un partenariat avec le FIPHFP pour mettre en place un politique de recrutement et de maintien dans l'emploi.

Le SAMETH / CAP EMPLOI 41 (association conventionnée par le FIPHFP) assiste à chaque cellule de reclassement des agents en difficulté professionnelle. Le SAMETH peut ainsi intervenir directement auprès d'agents en difficulté. Il n'y a pas de convention avec le FIPHFP pour le moment. C'est en projet.

Dépasser le taux d'emploi des 6% :

Ce taux n'est pas atteint.

Coordonner les actions visant à faire travailler la DRH et la DAF sur des fichiers communs :

La DRH et la DAF se réunissent tous les mois sur les suivis d'effectifs et les suivis de dépenses.

Définir un nombre d'indicateurs pour le pilotage de la masse salariale :

Ces indicateurs sont suivis lors des réunions DAF, DRH : suivi des ETP, suivi des comptes par budgets et par statut de personnel.

Affiner la saisonnalité des dépenses RH en vue de l'EPRD :

La saisonnalité est réalisée et tient compte des avancements d'échelon, des mensualités d'été, du versement de la prime de service.

Définir une politique de revalorisation salariale des agents contractuels :

Les professionnels contractuels n'ayant pas eu d'avancement pendant trois ans peuvent solliciter l'examen de leur situation en adressant un courrier à la DRH conformément au décret 91-155.

Maintenir en conformité avec les besoins du CH un niveau d'emploi stable en matière de contrats aidés.

Les agents recrutés en contrat aidé ont baissé depuis 2017 passant de 25 à 18 (environ). La tendance sera à la baisse afin de ne pas faire reposer des organisations de travail sur des dispositifs non pérennes.

Stabiliser l'organisation de la DRH :

Les effectifs de la DRH sont stables et un organigramme pourra être diffusé.

Suivi du recrutement, des mouvements et des affectations et des postes sur GESFORM :

Ce suivi est fait tous les mois par la DSI (les affectations), puis les mouvements (DRH) et les affectations GESFORM (réfèrent gesform soignant et non soignant).

Revoir les profils utilisateurs en fonction des fonctionnalités gesform utiles à chacun :

Cette actualisation est réalisée par la DRH

Mettre en place une organisation institutionnelle concernant les actions RH qui prenne en compte la GPMC :

Les recrutements externes sont réalisés avec les fiches métiers et fiches de poste, puis les entretiens de recrutement sont réalisés en lien avec les compétences attendues.

Construire une organisation qui permette que la cartographie des métiers soit actualisée en temps réel :

Questionner les définitions des métiers notamment les faisant fonction : ?

Continuer à participer à la cartographie régionale :

La participation de l'établissement a été effective en 2016.

Construire une organisation permettant d'adapter les fiches métiers et de poste à la réalité de l'exercice du professionnel :

L'actualisation des fiches de poste est possible selon les besoins des responsables d'équipe.

Organiser une veille sur les métiers (répertoire FPH) :

Cette veille est effective.

Elaborer un document permettant de réaliser les entretiens pour les nouveaux arrivants, ou en retour d'absence

Ces documents existent.

Prévoir une organisation permettant d'attribuer l'agent au cadre évaluateur :

Cette attribution est remise à jour lors de chaque campagne d'évaluation.

Questionner le guide de l'évaluation et de la notation :

L'actualisation a été faite en 2018 puis en 2021 suite à la refonte de l'entretien professionnel et à la suppression de la notation.

Questionner le recueil des besoins en formation et la possibilité pour les agents de suivre des formations :

Le recueil a été supprimé en 2018 au profit de l'entretien annuel de formation faisant office de recueil.

Travailler en synergie avec les pôles pour identifier les besoins en formation :

Une commission de formation est organisée par an avec la participation des cadres supérieurs et direction des soins pour préparer et suivre le plan de formation annuel.

Définir une organisation institutionnelle concernant l'arrivée d'un nouvel agent au CH :

Une procédure de recrutement et d'accueil des professionnels existe.

Définir une organisation concernant la connaissance et la formation des nouveaux évaluateurs :

Les nouveaux cadres sont formés à l'entretien annuel et au logiciel gesform

Organiser un retour d'expérience avec les évaluateurs concernant leur ressenti au regard des campagnes d'évaluation :

Ce retour d'expérience n'est pas formalisé.

Poser institutionnellement le cadre d'exigence pour chaque cadre qu'il soit soignant ou non :

Définir le rôle du référent GPMC à la DRH :

Un référent GPMC est désigné au sein de l'établissement.

Créer un comité stratégique de déploiement de la GPMC :

Ce comité ne s'est pas réuni depuis 2017.

Intégration de la délégation de gestion pour la formation dans les contrats de pôle :

Cette délégation n'existe pas dans l'établissement.

Exploiter les questionnaires de satisfaction transmis par les agents en fin de formation restitution auprès des formateurs utilisation d'un logiciel adapté :

Les questionnaires sont suivis et exploités lors des commissions de formation.

Formalisation de l'évaluation à chaud auprès des cadres avec l'élaboration d'une fiche navette permettant le transfert d'information entre le cadre et le service formation :

L'évaluation à chaud n'est pas effective hormis pour certaines formations telles que « prévention et gestion des violences ».

Elaboration d'un questionnaire relatif à l'impact de la formation sur l'exercice professionnel et transmission aux agents 3 mois après la formation.

Cette action n'est pas réalisée et a été annulée.

Rédiger une note rappelant l'intérêt, les objectifs mais aussi la préparation que suppose l'entretien de formation :

Ce point fait l'objet d'un courrier envoyé à chaque professionnel lors de l'entretien de formation.

Informé par courrier individuel les agents sur le motif de refus d'une formation :

Ce point est fait pour les études promotionnelles, mais non fait pour les formations continues. L'information est alors donnée oralement par chaque responsable d'équipe aux professionnels concernés.

Communication sur les formations institutionnelles :

Le calendrier de formation est diffusé dans l'infhop en plus du partage DRH.

Développer le conseil en formation et évolution professionnelle :

Des professionnels de l'établissement sont formés au conseil et formation en évolution professionnelle.

Création d'une commission de formation professionnelle qui statuerait sur les demandes de prise en charge IDE, AS, AMP :

La sélection se fait par la direction des soins et la DRH, via un test.

Ces 72 fiches action n'ont pas été toutes réalisées ou alors n'ont pas vocation à intégrer un projet d'établissement. Par conséquent, il est proposé de recentrer le projet social sur les 14 fiches action décrites ci-après.

2. Fiches action du projet social

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Accès à la communication institutionnelle
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Constat d'un manque d'accès aux informations institutionnelles Constat d'un manque de lisibilité des informations Déficit d'accès à l'outil informatique
Objectif	Garantir l'accès aux informations à tout le personnel
Actions	- S'inscrire dans un plan de communication du CHVM - Donner accès aux comptes rendus des instances : classeur mural dans les vestiaires ou autre support selon service (portail agent RH). - Distinguer les informations selon les métiers et objectifs - Utiliser les mails en respectant la hiérarchie détaillée dans l'organigramme. - Assurer la bonne diffusion des vacances de poste - Cibler la communication des notes d'information par pole lors d'envoi de mails. - Développer le site internet en matière d'offre d'emploi et publier sur les réseaux sociaux - Systématiser les affichages obligatoires dans chaque service : ○ Charte laïcité, droits et devoirs patients résidents, bienveillance, organigramme, compte rendu CVS, personnes qualifiées... ○ Date de retrait à définir sur chaque document - Définir une liste des documents à afficher par services - Analyser les causes justifiant le manque d'accès à l'outil informatique. - Traiter les causes identifiées : accès effectif à des ordinateurs, gestion des mots de passe, mise à disposition d'un portail agent).
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	/
Pilote	Groupe commun avec le plan de communication du projet d'établissement DRH / DSI / Communication

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Lien avec le projet managérial
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Existence d'un projet managérial au sein de la direction des soins « <i>Développer une culture managériale commune</i> » comprenant les actions suivantes : Construire une politique managériale assise sur une politique de soins et des parcours de soins S'approprier des savoirs et intégrer des valeurs dans les pratiques managériales Renforcer les pratiques managériales Définir la politique d'accompagnement des projets cadre de santé Mettre en place le dispositif d'accompagnement des faisant fonction cadres de santé Evaluer le dispositif au sein des pôles et de l'institution.
Objectif	Mise à jour du projet managérial en coordination entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.
Actions	- Pérenniser les réunions périodiques des cadres - Elargir ces réunions aux cadres non soignants - Assurer une veille juridique notamment ressources humaines, gestion des risques et démarche qualité - Assurer une meilleure diffusion des actualités - Permettre une meilleure connaissance des projets des autres pôles ou des autres services supports - Formaliser l'accompagnement professionnel des faisant fonction cadre - Garantir des formations au management aux cadres - Garantir des formations à la gestion de projet aux cadres - Garantir une formation interne sur les outils métiers des cadres : logiciel du temps de travail, logiciel qualité, logiciel d'évaluation annuelle...
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	/
Pilote	Groupe commun avec le plan de communication du projet d'établissement DRH / DSI / Communication

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Association des mandats Formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) aux travaux / chantiers
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Il est constaté un manque d’association de la F3SCT aux chantiers importants (construction de services soignants, restructuration...)
Objectif	Intégrer de manière systématique un volet de qualité de vie au travail dans les travaux d’envergure menés au sein du Centre hospitalier Vendôme-Montoire
Actions	- Présenter les phases de travaux en F3SCT - Lister et analyser les risques avant les travaux - Organiser des visites sur sites par la F3SCT
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Comptes rendus de la F3SCT
Pilote	DRM et DRH
Groupe de travail	Renvoi vers le projet travaux-logistiques

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Pilotage du suivi des décisions prises en instances
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Il est constaté des difficultés à suivre la chronologie des décisions prises en instances.
Objectif	Lisibilité des décisions prises en Comité Social d’Etablissement (CSE) sous forme de tableau.
Actions	Rédiger un tableau de suivi DRH des décisions prises en instances précisant les dates.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Mise à jour du tableau et suivi en instances
Pilote	DRH
Groupe de travail	CSE

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Politique de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Le taux d'emploi des personnels handicapés est une obligation légale fixée à 6%.
Objectif	Atteindre le taux de 6%
Actions	- Mettre en œuvre un partenariat avec le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) - Mettre en place une politique de recrutement et de maintien dans l'emploi de personnes handicapées au regard des compétences métiers attendues. - Nommer un référent handicap
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Taux de 6% au bilan social
Pilote	DRH
Groupe de travail	CHSCT et cellule d'accompagnement professionnel

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Poursuivre et développer la GPMC
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Dynamique de GPMC inscrite au CHVM depuis plusieurs années Déploiement du logiciel Gesform GPMC puis GesformEvolution
Objectifs	Assurer la poursuite du déploiement de la GPMC au sein du Centre hospitalier. Maintenir la culture d'établissement « évaluation professionnelle » Garantir la qualité des recrutements dans la démarche « fiche métier »
Actions	- Suivre les affectations des professionnels selon leurs métiers à leur cadre évaluateur et aux postes dans gesform - Adapter les fiches métiers et ou postes à la réalité de l'exercice du professionnel et tout au long de l'année et utiliser l'entretien annuel à cette fin. - Assurer les recrutements avec les fiches métiers et/ou poste en précisant les modalités horaires et les particularités du poste. - Elaborer un document permettant de réaliser des entretiens pour les nouveaux arrivants afin de fixer des objectifs.

	- Elaborer un document permettant de réaliser des entretiens aux professionnels en retour d'absence. - Modifier les modèles de compte rendu d'entretien de recrutement selon les évolutions RH à savoir : le référentiel de compétences, les reprises d'ancienneté, les simulations de salaire... - Garantir une meilleure diffusion des documents GPMC aux professionnels : diffusion des fiches des métiers lors du recrutement... - Revoir avec chaque direction le niveau de maillage des fiches métiers et/ou postes en fonction des besoins identifiés et de la volonté de passer en niveau 2 et 3. Mettre en lien cette réflexion avec les possibilités qu'offre gesform. - Créer un comité stratégique de déploiement de la GPMC : COPIL GPMC composé des cadres, des organisations syndicales et des directions. - Mettre en adéquation les départs en retraite et pyramide des âges avec le plan de formation, notamment les financements des études promotionnelles. - Participer à la prochaine cartographie régionale des métiers
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Rédaction des documents listés dans les actions Réunion du COPIL GPMC
Pilote	COPIL GPMC à réunir

FICHE ACTION N°7	
Thématique	Intégration de la délégation de gestion versant formation dans les contrats de pôle (personnel non médical)
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Les contrats de pôle sont inexistants à ce jour au CHVM. Les besoins en formation peuvent être distincts selon les pôles.
Objectif	Définir des plans de formation par pôle
Actions	- Poursuivre la construction du plan de formation détaillé par pôle - Définir une enveloppe pour les journées/congrès par pôle. - Définir une enveloppe non fléchée par pôle pour utilisation libre au cours de l'année, en lien avec les projets de service.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Détail du plan de formation par pôle
Pilote	DRH et commission de formation non médicale

FICHE ACTION N°8	
Thématique	Formalisation de l'évaluation des formations auprès des professionnels
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Constat d'un manque d'évaluation des formations dans le cadre du DPC
Objectif	Connaître l'intérêt et le bénéfice des formations continues.
Actions	- Réaliser un bilan des formations dans l'entretien annuel de formation et questionner le réinvestissement dans le service. - Recevoir systématiquement les questionnaires de satisfaction des professionnels - Effectuer une synthèse pour la commission de formation. - Cibler les formations à évaluer - Définir le choix des organismes en commission de formation.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Réunion de deux commissions de formation par an : - 1 en mai / juin pour le plan N+1 - 1 en octobre/ novembre pour le choix des organismes du plan N+1
Pilote	DRH et commission de formation non médicale

FICHE ACTION N°9	
Thématique	Parcours de professionnalisation
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Les fiches évaluation des professionnels en cours de contrat existent Un parcours de formation par pôle est rédigé Une communication aux agents lors de la journée d'accueil est effectuée
Objectif	Améliorer le parcours de professionnalisation au CHVM
Actions	- Poursuivre les évaluations avec parcours par pôle : « <i>passport gériatrique pour les ASH</i> », - Formaliser les formations obligatoires : CACES, habilitation électrique, formation IDE pour la distribution de médicaments (la Varenne). - Valoriser et tracer les formations effectuées en interne : notamment par les fournisseurs, les laboratoires...

	- Organiser des immersions inter-pôle : exemple d'immersion au sein du pôle gériatrique sur les troubles cognitifs. - Formaliser la formation complémentaire AS suite nouveau référentiel juin 2021 : actualisation des compétences suite évolution du référentiel de formation.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Rédaction des parcours de professionnalisation
Pilote	DRH/DSI

FICHE ACTION N°10	
Thématique	Egalite salariale Hommes / Femmes
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Décret n° 2020-528 du 4 mai 2020 définissant les modalités d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'action relatifs à l'égalité professionnelle dans la fonction publique
Objectif	Développer des indicateurs spécifiques sur les inégalités Hommes/ Femmes et les suivre dans le temps dans certains secteurs/services ou certains métiers/corps
Actions	Comprendre les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes Intégrer ces indicateurs au sein du bilan social / rapport social unique
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	- Rémunération moyenne annuelle par catégorie F/H - Effectifs moyens rémunérés de l'établissement par catégorie F/H - Répartition des F/H par filière, par catégorie, par corps ; - Part des primes octroyées par filière et répartition F/H
Pilote	DRH
Ressources particulières (logistique, humaines et financières)	Logiciel RH

FICHE ACTION N°11	
Thématique	Egalite Hommes / Femmes : accès aux emplois
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Décret n° 2019-1561 du 30 décembre 2019 modifiant le décret n° 2012-601 du 30 avril 2012 relatif aux modalités de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur de la fonction publique
Objectif	Garantir l'égal accès des femmes et des hommes aux corps, grades et emplois de l'établissement
Actions	- S’assurer du respect de la mixité des jurys. - Nommer un référent égalité - S’assurer de la non-discrimination lors des entretiens de recrutement.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Nombre de jurys de concours respectant la mixité Compte rendu des entretiens de recrutement faisant référence aux compétences, certifications, permis de conduire...
Pilote	DRH

FICHE ACTION N°12	
Thématique	Egalité homme femme : vie privée et vie personnelle
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Constat d’un manque d’attractivité lors du recrutement en lien avec les contraintes personnelles des professionnels.
Objectif	Favoriser l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle
Actions	- Poursuivre le déploiement du protocole de télétravail qui existe dans l'établissement. Ce protocole pourra être revu dans son périmètre d'application - Assurer une meilleure communication sur les temps partiels de droit (et autres congés), ainsi que les procédures à suivre. - Assurer une meilleure communication sur les dispositifs relatifs aux aidants professionnels
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	- Actualisation du protocole télétravail en CSE - Article de communication interne
Pilote	DRH

FICHE ACTION N°13	
Thématique	Prévention des discriminations, harcèlements, violences
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	<i>Circulaire du 2 novembre 2020 visant à renforcer la protection des agents publics face aux attaques dont ils font l’objet dans le cadre de leurs fonctions ;</i> <i>Circulaire du 9 mars 2018 relative à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans la fonction publique ;</i> <i>Circulaire du 4 mars 2014 relative à la lutte contre le harcèlement sexuel et moral dans la fonction publique</i>
Objectif	Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes
Actions	- Mettre en place des actions de sensibilisation ayant pour objectif de définir le sexisme, ses manifestations et ses effets. - Organiser et écouter les signalements - Sanctionner les agissements sexistes ou harcelants
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	- Nombre de F/H ayant subis des agissements sexistes ; - Nombre de F/H victimes de violence ; - Nombre de F/H victimes de harcèlement moral ou sexuel. - Rédiger le document de signalement interne (ou mise à jour des FEI). - Nommer un référent
Pilote	DRH et médecine du travail

FICHE ACTION N°14	
Thématique	Plan d’action Risques psychosociaux et qualité de vie au travail
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	L’amélioration de la qualité de vie et de la santé au travail est une priorité fondamentale de la direction des ressources humaines et plus largement de la direction de l’établissement. Cette recherche de qualité est par essence transversale et doit être traitée à la fois de manière globale et particulière. Globale, car tous les agents doivent pouvoir bénéficier d’un socle commun leur assurant un exercice de leur métier le confortable possible. Particulière, car chaque métier présente des singularités qui doivent être prises en compte.
Objectif	Améliorer le dialogue social et intégrer les organisations syndicales dans la réflexion autour des sujets ayant un impact sur la vie quotidienne des agents du centre hospitalier.
Actions	- Mettre en œuvre les actions issues du COPIL QVT - Mettre en œuvre les actions issues de la structure RPS et du plan

	d'action FNP (axe 1 FNP : favoriser le travail collectif jour/nuit, axe 2 : gérer les situations de violence, axe 3 : diminuer la charge émotionnelle en soins palliatifs, axe 4 : agir sur l'absentéisme) - Poursuivre la réunion de la cellule d'accompagnement professionnel - Poursuivre la réunion de la structure absentéisme - Mettre à jour le document unique des risques professionnels
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	- Réunion des structures QVT - Avancement du plan d'action RPS
Pilote	DRH, syndicats, médecine du travail

3. Synthèse des fiches actions

Axe stratégique /thématique	Objectifs	Actions	Indicateurs
Accès à la communication institutionnelle	Garantir l'accès aux informations à tout le personnel	Donner accès aux comptes rendus des instances Distinguer les informations selon les métiers et objectifs Cibler la communication des notes d'information par pole lors d'envoi de mails. Systématiser les affichages obligatoires dans chaque service	
Lien avec le projet managérial	Mise à jour du projet managérial en coordination entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.	Groupe commun avec le projet managérial du projet d'établissement	
Association des mandats F3SCT aux travaux / chantiers	Intégrer de manière systématique un volet de qualité de vie au travail dans les travaux d'envergure menés au sein du Centre hospitalier Vendôme-Montoire	Présenter les phases de travaux en F3SCT Lister et analyser les risques avant les travaux Organiser des visites sur sites par la F3SCT	Comptes rendus de la F3SCT
Pilotage du suivi des décisions prises en instances.	Lisibilité des décisions prises en CSE sous forme de tableau	Rédiger un tableau de suivi DRH des décisions prises en instances précisant les dates	Mise à jour du tableau et suivi en instances
Politique de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés	Atteindre le taux de 6%	Mettre en œuvre un partenariat avec le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) Mettre en place une politique de recrutement et de maintien dans l'emploi de personnes handicapées au regard des compétences métiers attendues. Nommer un référent handicap	Taux de 6% au bilan social

Poursuivre et développer la GPMC	Assurer la poursuite du déploiement de la GPMC au sein du Centre hospitalier. Maintenir la culture d'établissement « évaluation professionnelle » Garantir la qualité des recrutements dans la démarche « fiche métier »	Mettre en adéquation les départs en retraite et pyramide des âges avec le plan de formation, notamment les financements des études promotionnelles. Assurer les recrutements avec les fiches métiers et/ou poste en précisant les modalités horaires et les particularités du poste. Suivre les affectations des professionnels selon leurs métiers à leur cadre évaluateur et aux postes dans gesform	Rédaction des documents listés dans les actions Réunion du COFIL GPMC
Intégration de la délégation de gestion versant formation dans les contrats de pôle (personnel non médical)	Définir des plans de formation par pôle	Poursuivre la construction du plan de formation détaillé par pôle Définir une enveloppe pour les journées/congrès par pôle. Définir une enveloppe non fléchée par pôle pour utilisation libre au cours de l'année, en lien avec les projets de service.	Détail du plan de formation par pôle
Formalisation de l'évaluation des formations auprès des professionnels	Connaître l'intérêt et le bénéfice des formations continues	Réaliser un bilan des formations dans l'entretien annuel de formation et questionner le réinvestissement dans le service. Recevoir systématiquement les questionnaires de satisfaction des professionnels Effectuer une synthèse pour la commission de formation. Cibler les formations à évaluer Définir le choix des organismes en commission de formation.	Réunion de deux commissions de formation par an : 1 en mai / juin pour le plan N+1 1 en octobre/novembre pour le choix des organismes du plan N+1
Parcours de professionnalisation	Améliorer le parcours de professionnalisation au CHVM	Poursuivre les évaluations avec parcours par pôle : « passeport gériatrique pour les ASH », Formaliser les formations obligatoires : CACES, habilitation électrique, formation IDE pour la distribution de médicaments (la	Rédaction des parcours de professionnalisation

		Varenne). Formaliser la formation complémentaire AS suite nouveau référentiel juin 2021: actualisation des compétences suite évolution du référentiel de formation.	
Egalite salariale Hommes / Femmes	Développer des indicateurs spécifiques sur les inégalités Hommes/ Femmes et les suivre dans le temps dans certains secteurs/services ou certains métiers/corps	Comprendre les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes Intégrer ces indicateurs au sein du bilan social / rapport social unique	Rémunération moyenne annuelle par catégorie F/H Effectifs moyens rémunérés de l'établissement par catégorie F/H Répartition des F/H par filière, par catégorie, par corps Part des primes octroyées par filière et répartition F/H
Egalite Hommes / Femmes : accès aux emplois	Garantir l'égal accès des femmes et des hommes aux corps, grades et emplois de l'établissement	S'assurer du respect de la mixité des jurys. Nommer un référent égalité S'assurer de la non-discrimination lors des entretiens de recrutement	Nombre de jurys de concours respectant la mixité Compte rendu des entretiens de recrutement faisant référence aux compétences, certifications, permis de conduire...
Egalité homme femme : vie privée et vie personnelle	Favoriser l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle	Poursuivre le déploiement du protocole de télétravail qui existe dans l'établissement. Ce protocole pourra être revu dans son périmètre d'application Assurer une meilleure communication sur les temps partiels de droit (et autres congés), ainsi que les procédures à suivre. Assurer une meilleure communication sur les dispositifs relatifs aux aidants professionnels	Actualisation du protocole télétravail en CSE Article de communication interne

Prévention des discriminations, harcèlements, violences	Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes	Mettre en place des actions de sensibilisation ayant pour objectif de définir le sexisme, ses manifestations et ses effets. Organiser et écouter les signalements Sanctionner les agissements sexistes ou harcelants	Nombre de F/H ayant subis des agissements sexistes ; Nombre de F/H victimes de violence ; Nombre de F/H victimes de harcèlement moral ou sexuel. Rédiger le document de signalement interne (ou mise à jour des FEI). Nommer un référent
Plan d'action Risques psychosociaux et qualité de vie au travail	Améliorer le dialogue social et intégrer les organisations syndicales dans la réflexion autour des sujets ayant un impact sur la vie quotidienne des agents du centre hospitalier.	Mettre en œuvre les actions issues du COPIL QVT Mettre en œuvre les actions issues de la structure RPS et du plan d'action FNP (axe 1 FNP : favoriser le travail collectif jour/nuit, axe 2 : gérer les situations de violence, axe 3 : diminuer la charge émotionnelle en soins palliatifs, axe 4 : agir sur l'absentéisme) Poursuivre la réunion de la cellule d'accompagnement professionnel Poursuivre la réunion de la structure absentéisme Mettre à jour le document unique des risques professionnels	Réunion des structures QVT Avancement du plan d'action RPS



LE PROJET MANAGERIAL ET DE GOUVERNANCE 2023-2027

- ♦ Bilan du projet managérial 2016 - 2020
- ♦ Fiches action du projet managérial 2023 - 2027
- ♦ Plan d'actions

La rédaction du projet managérial 2023-2027 s'inscrit dans un double contexte. D'une part celui de l'actualisation du projet d'établissement global. D'autre part, celui de la nécessité d'attirer et de fidéliser les professionnels auxquels le marché de l'emploi est largement ouvert.

La sécurité de l'emploi et le déroulement des carrières « fonction publique » ne suffisent plus à motiver, attirer, recruter des nouveaux professionnels.

Ces constats poussent le centre hospitalier de Vendôme-Montoire à refondre son projet managérial et à décliner un plan d'action afin de déployer un management participatif vecteur de qualité de vie au travail.

Par ailleurs, le vote de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification conduit le Centre hospitalier de Vendôme-Montoire à nourrir son projet de gouvernance de nouvelles actions détaillées ci-après.

Sources :

- Guide de l'encadrant (service public.fr)
- Manuel certification HAS (page 33 gouvernance hospitalière, critères impératifs) et évaluation externe médico-sociale.
- Guide pour l'auto diagnostic et pratique de management en établissement de santé (HAS janvier 2005)

1. Bilan du projet managérial 2016-2020

Le projet médico-soignant 2016-2020 comportait les fiches actions relatives au projet managérial dont voici un bilan synthétique :

- FA1 – Développer une culture managériale commune
 - Fiche métier cadre de santé / cadre supérieur de santé.
Ces fiches métiers existent au sein du centre hospitalier de Vendôme-Montoire en lien avec le répertoire national des métiers et des compétences. Ces fiches servent de base à l'entretien annuel d'évaluation.
 - GPMC.
La GPMC est instaurée au sein du centre hospitalier de Vendôme-Montoire notamment pour la cartographie des métiers et des compétences, la formalisation de l'entretien annuel et de l'entretien de formation.
 - Charte de bienveillance et de bientraitance
Ces chartes existent au sein de l'établissement.
 - Espace éthique, journée éthique annuelle
L'espace éthique ne s'est pas réuni depuis 2016.
 - Auto-évaluation des pratiques managériales
Cette auto-évaluation est réalisée de manière individuelle au cours de chaque entretien annuel d'évaluation. Ce guide d'auto-évaluation est issu de la HAS et n'est pas utilisé au sein de l'établissement.
 - Politique d'accompagnement définie des faisant fonction cadre
Cette politique n'est pas formalisée même si des outils et des kits existent au sein de l'établissement.

- Fonctionnement en binôme des encadrants de santé
Les binômes théoriques sont sous la responsabilité des encadrants supérieurs de santé.
L'encadrement assure la continuité managériale par la présence de responsables d'équipe N-1 tout au long de l'année.
- FA2- Définir les modalités de communication au sein des services de soins
 - Signalétique
La signalétique n'est pas au même stade d'avancement au sein de l'établissement. Les signalétiques qui causent le plus de difficultés sont celles du bâtiment Daniel CHANET, au CSAG, en psychiatrie.
 - Trombinoscopes
Il n'y a pas de trombinoscope au sein de l'établissement, sauf pour les membres du CODIR, les membres du COPIL Humanitude, les professionnels des accueils de jour Alzheimer, les professionnels de l'animation, des bénévoles, des représentants des usagers.
 - Organigrammes
Les organigrammes des directions sont actualisés et diffusés.
 - Affichage
L'affichage au sein de l'établissement est partiellement régulé. Il manque des dates limite d'affichage des documents ainsi qu'une check liste des documents à afficher par service et à quel public. Il manque également des supports d'affichage.

2. Fiches action du projet managérial 2023-2027

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Etablir une co-signature par le directeur et le président de CME sur le fonctionnement hospitalier
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification conduit les établissements à établir des co-signatures DG/PCME sur certains dossiers et à mettre en place la charte de gouvernance DG/PCME
Objectif	Garantir un fonctionnement médico-administratif.
Actions	- Faire une co-signature pour les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité (chef de service); - Faire une co-signature pour les contrats de pôle ; - Faire une co-signature pour les modifications de structure des services médicaux et médico-techniques - Signer une charte de gouvernance DG/PCME
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Réalisation des décisions co-signées.
Pilote	DG PCME

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Lien entre le projet managérial et le projet social en développant une culture managériale commune
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Existence d’un projet managérial au sein de la direction des soins « <i>Développer une culture managériale commune</i> » comprenant les actions suivantes : - Construire une politique managériale assise sur une politique de soins et des parcours de soins et d’accompagnement. - S’approprier des savoirs et intégrer des valeurs dans les pratiques managériales - Renforcer les pratiques managériales - Définir la politique d’accompagnement des projets cadre. - Mettre en place le dispositif d’accompagnement des faisant fonction encadrants - Evaluer le dispositif au sein des pôles et de l’institution. Cette fiche action du projet managérial antérieur ne s’adressait pas à l’ensemble des encadrants de l’établissement. Des difficultés à faire vivre les actions fixées dans cette fiche sont constatées et peuvent être liées à la mobilité cadre, des postes non pourvus, de l’absentéisme.
Objectif	Mise à jour du projet managérial en coordination entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.
Actions	Garantir un socle commun de formation management pour l’encadrement : ○ Formations au management aux encadrants ○ Formations à la gestion de projet aux encadrants ○ Formation à la conduite du changement ○ Formation à la gestion des risques, méthode ORION ○ Formation interne sur les outils métiers des encadrants : logiciel du temps de travail, logiciel qualité, logiciel d’évaluation annuelle, ○ Formation à la conduite d’entretiens. ○ ... Formaliser l’accompagnement professionnel des nouveaux encadrants (accueil, acculturation, processus...) Assurer et diffuser de manière ciblée une veille juridique et documentaire notamment ressources humaines, gestion des risques et démarche qualité... Prendre en compte les écarts entre l’attendu et le réel. Permettre une meilleure connaissance des projets des autres pôles ou des autres projets d’établissement.

	Formaliser les modalités du télétravail et la souplesse d'organisation correspondant au forfait jour.
Délai objectif	2023-2027
Pilote	DRH / DSI + 1 référent encadrant soin et hors soin.

FICHE ACTION N°3	
Thématique	La généralisation du management participatif à l'échelon du service
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Il est constaté parfois de manière répétitive des témoignages de professionnels exprimant un éloignement de la prise de décision ou de la concertation préalable. Il est constaté un défaut de communication des décisions en interne.
Objectifs	Permettre une expression régulière à l'échelon du service de l'ensemble des professionnels. Améliorer la communication interne. Développer les liens inter-services sur les thématiques partagées ou interdépendantes.
Actions	Organiser des réunions pluri professionnelles par service, sous la responsabilité du cadre du service et du chef de service (en cas de service médical) et d'un(e) directeur/trice (en cas de service non médical). Conduire des groupes de travail pluridisciplinaires Faire vivre la dynamique de service et la culture de service : mobilisation, délégation, développement personnel, résolution de problèmes. Créer des événements fédérateurs institutionnels : journée commune, séminaires, journée de cohésion, défi inter-pôle... Mettre en place l'évaluation à 360 degrés (évaluation mutuelle encadrants/encadrés).
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Suivi en réunion cadres
Pilote	Chargée de communication

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Garantir des espaces de parole et soutien aux professionnels
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Les professionnels ne disposent pas systématiquement d’espace de parole ou d’expression pour leur quotidien de travail. Néanmoins des structures QVT existent : absentéisme, RPS et permettent d’aborder les questions collectives.
Objectif	Permettre une expression des questions professionnelles individuelles
Actions	Sensibiliser le personnel à solliciter directement le psychologue du travail Organiser des groupes de parole par le psychologue du travail dans les services le nécessitant : selon les FEI, selon les actualités du service Assistante sociale du personnel Temps de relaxation pour le personnel Disposer de salles de pause ou de ressourcement
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Groupe de parole Entretiens individuels
Pilote	DRH DSI Psychologue du travail

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Plan de formation des encadrants
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Les encadrants sont à l’interface de nombreuses évolutions règlementaires liées aux RH, à la qualité, au financement des activités... Cette constante évolution les oblige à déployer de nombreuses compétences spécifiques qui peuvent ne pas être apprises en formation initiale
Objectif	Déployer un plan de formation continue des encadrants
Actions	Définir les besoins des cadres en formation ou en recyclage Définir les besoins de l’établissement et la ligne directrice Définir les connaissances compétences nécessaires aux encadrants pour répondre au projet managérial Connaître comment sont validés les choix de formation Définir les conditions d’exercice des nouveaux encadrants Revoir le contenu les fiches emplois de tous les cadres de l’établissement en introduisant un socle de compétences communes.
Délai objectif	2023-2027

Indicateur de réussite	Plan de formation établi et accompli
Pilote	DRH/DSI
Groupe de travail	Réunions des encadrants

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Management des équipes de nuit
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Les équipes de nuit constituent un pilier de la continuité des soins et nécessitent un management dédié.
Objectifs	Pérenniser la fonction d’encadrement de nuit. Permettre une meilleure cohésion équipe jour/nuit et de la connaissance du travail de jour et du travail de nuit.
Actions	Dédier 2 encadrants de santé de nuit, sur des horaires adaptés dits « de crépuscule » Temps de rencontre jour/nuit par service avec un ordre du jour défini
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	2 ETP de encadrants de santé de nuit
Pilote	DRH DSI
Groupe de travail	Réunion encadrants

FICHE ACTION N°7	
Thématique	Elargir les directoires des hôpitaux (organes collégiaux de gestion), aux soignants, aux étudiants et aux représentants d’usagers
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification conduit à revoir la composition du Directoire afin de l’élargir aux fonctions soignantes.
Objectif	Garantir une expression « soignante » au sein du directoire.
Actions	Etablir une décision portant composition du directoire élargi
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Réunions du directoire élargi
Pilote	DG PCME
Groupe de travail	Directoire
Ressources particulières	Temps paramédical disponible

FICHE ACTION N°8	
Thématique	Entretien annuel des personnels médicaux
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification invite les établissements à organiser le management médical interne. Pour cela le Centre hospitalier se donne l'objectif de créer des temps d'entretiens professionnels entre les praticiens hospitaliers et le chef de pôle.
Objectif	Créer un moment privilégié pour chaque praticien et évoquer la carrière professionnelle, les missions confiées, les relations au sein de l'équipe, la contribution à l'organisation du pôle.
Actions	Fixer des entretiens annuels réalisés dans le but d'effectuer le bilan de l'année écoulée et fixer des objectifs professionnels pour l'année à venir. Distinguer la démarche d'évaluation des pratiques médicales de chaque médecin de la démarche d'entretien annuel. Former les praticiens à la conduite d'un entretien. Elaborer une grille d'entretien et guide méthodologique issus du Centre national de gestion.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Réalisation des entretiens annuels médicaux
Pilote	Directrice générale Président CME /Chefs de pôle
Groupe de travail	Directoire

3. Synthèse des fiches actions

Axe stratégique /thématique	Objectifs	Actions	Indicateurs
Etablir une co-signature par le directeur et le président de CME sur le fonctionnement hospitalier	Garantir un fonctionnement médico-administratif.	Faire une co-signature pour les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité (chef de service). Faire une co-signature pour les contrats de pôle ; Faire une co-signature pour les modifications de structure des services médicaux et médico-techniques. Signer une charte de gouvernance DG/PCME.	Réalisation des décisions co-signées.
Thème socle : lien entre le projet managérial et le projet social en développant une culture managériale commune	Mise à jour du projet managérial en coordination entre la direction des soins et la direction des ressources humaines.	Garantir un socle commun de formation management pour l'encadrement : Formaliser l'accompagnement professionnel des nouveaux encadrants (accueil, acculturation, processus...) Assurer et diffuser de manière ciblée une veille juridique et documentaire notamment ressources humaines, gestion des risques et démarche qualité... Prendre en compte les écarts entre l'attendu et le réel. Permettre une meilleure connaissance des projets des autres pôles ou des autres projets d'établissement.	-
La généralisation du management participatif à	Permettre une expression régulière à l'échelon du service de l'ensemble des	Organiser des réunions pluri professionnelles par service, sous la responsable du cadre du service et du chef de	Suivi en réunion cadres

l'échelon du service	professionnels. Améliorer la communication interne. Développer les liens inter-services sur les thématiques partagées ou interdépendantes.	service (en cas de service médical) et d'un(e) directeur/trice (en cas de service non médical). Conduire des groupes de travail pluridisciplinaires Faire vivre la dynamique de service et la culture de service : mobilisation, délégation, développement personnel, résolution de problèmes. Créer des événements fédérateurs institutionnels : journée commune, séminaires, journée de cohésion, défi inter-pôle... Mettre en place l'évaluation à 360 degrés (évaluation mutuelle encadrants/encadrés).	
Garantir des espaces de parole et soutien aux professionnels	Permettre une expression des questions professionnelles individuelles	Sensibiliser le personnel à solliciter directement le psychologue du travail Organiser des groupes de parole par le psychologue du travail dans les services le nécessitant : selon les FEI, selon les actualités du service Assistante sociale du personnel Temps de relaxation pour le personnel Disposer de salles de pause ou de ressourcement	Groupe de parole Entretiens individuels
Plan de formation des encadrants	Déployer un plan de formation continue des encadrants	Définir les besoins des cadres en formation ou en recyclage Définir les besoins de l'établissement et la ligne directrice Définir les connaissances compétences nécessaires aux encadrants pour répondre au	Plan de formation établi et accompli

		projet managérial Connaître comment sont validés les choix de formation Définir les conditions d'exercice des nouveaux encadrants Revoir le contenu les fiches emplois de tous les cadres de l'établissement en introduisant un socle de compétences communes.	
Management des équipes de nuit	Pérenniser la fonction d'encadrement de nuit. Permettre une meilleure cohésion équipe jour/nuit et de la connaissance du travail de jour et du travail de nuit.	Dédier 2 encadrants de santé de nuit, sur des horaires adaptés dits « de crépuscule » Temps de rencontre jour/nuit par service avec un ordre du jour défini	Deux ETP de encadrants de santé de nuit Temps de réunion équipe jour nuit
Elargir les directoires des hôpitaux (organes collégiaux de gestion), aux soignants, aux étudiants et aux représentants d'usagers	Garantir une expression « soignante » au sein du directoire.	Etablir une décision portant composition du directoire élargi	Réunions du directoire élargi
Entretien annuel des personnels médicaux	Créer un moment privilégié pour chaque praticien et évoquer la carrière professionnelle, les missions confiées, les relations au sein de l'équipe, la contribution à l'organisation du pôle.	Fixer des entretiens annuels réalisés dans le but d'effectuer le bilan de l'année écoulée et fixer des objectifs professionnels pour l'année à venir. Distinguer la démarche d'évaluation des pratiques médicales de chaque médecin de la démarche d'entretien annuel. Former les praticiens à la conduite d'un entretien. Elaborer une grille d'entretien et guide méthodologique issus du Centre national de gestion.	Réalisation des entretiens annuels médicaux



LE PROJET DE GESTION ET DE DEVELOPPEMENT DURABLE

1. Bilan du projet de gestion 2016-2020 « volet services économiques, logistiques et développement durable »

Le projet de gestion 2016-2020 « volet services économiques, logistiques et développement durable » comportait six axes :

Les six axes du projet

Axe 1 - Réaliser un plan d'amélioration des achats

Objectif : développer une culture de la fonction achat et assurer des achats de biens et services de qualité dans un contexte de maîtrise des dépenses.

Une formation pour comprendre l'essentiel de la commande publique a eu lieu en 2020. Toutefois, le renouvellement de l'équipe a plus de 50% les deux dernières années nécessitent de consolider le partage des savoirs auprès des nouvelles recrues et des formations supplémentaires.

Le travail collaboratif de l'équipe avec la cellule des marchés du GHT permet d'assurer une veille réglementaire sur la passation des marchés et de s'approprier les notions et principes essentiels du code de la commande publique.

Axe 2 - Séparer la fonction achat de la fonction gestion comptable

Objectif : spécialiser et professionnaliser les deux fonctions afin de gagner en performance.

L'organisation de travail a été modifiée de manière à séparer les deux fonctions : les gestionnaires assuraient les étapes de la commande à la liquidation et le professionnel dédié à l'ordonnancement assurait le mandatement et le traitement des rejets. Elle n'a toutefois pas été maintenue car contreproductive par rapport à l'objectif fixé.

Axe 3 - Une meilleure anticipation des achats

Objectif : associer les services consommateurs au processus de planification des achats.

Une campagne de recensement des demandes d'achats nouveaux, de renouvellement d'équipement et d'investissement des services a lieu chaque année. A l'issue, les demandes sont analysées, priorisées et validées par une commission selon les crédits disponibles de l'établissement. Cette commission se compose des Chefs de pôle, Cadres supérieurs de santé, Président de CME et Direction.

Axe 4 - Limiter le nombre de fournisseurs dans le respect de la commande publique (mise en concurrence)

Objectif : rationaliser l'achat de certains équipements en termes de maintenance et/ou d'approvisionnement et tenues de stocks de pièces détachées.

Le processus d'achat intègre de plus en plus la notion de coût complet qui prend en compte les impacts sur les consommables.

Axe 5 - Organiser une meilleure gestion des flux logistiques

Objectif : optimiser et rationaliser les déplacements de manière à limiter la croissance du parc automobile

Axe 6 - Dématérialiser les justificatifs de dépenses à destination du Trésor Public

Objectif : simplifier et fiabiliser les échanges avec le Trésor public afin de réduire les délais d'envoi et de traitement des pièces justificatives.

Le protocole d'échange standard (PESV2) permettant la dématérialisation des échanges entre l'établissement et le Trésor public, à la fois pour les pièces comptables et les pièces justificatives, pour des opérations en dépense ou en recette a été mis en place. Les PES retour visant à transmettre à l'établissement des informations du Trésor public est également opérationnel.

Dans le cadre du présent projet d'établissement, l'axe de travail n°5 (organiser une meilleure gestion des flux logistiques) nécessite d'être poursuivi et approfondi et fait l'objet d'une nouvelle fiche action.

S'agissant de la sobriété énergétique, du développement durable, du Dossier Patient Informatisé, les enjeux qu'ils représentent requièrent de leur donner de la visibilité et lisibilité dans le présent projet d'établissement.

Enfin, seront déclinés de nouveaux axes de travail portant sur la gestion des archives de l'établissement, la prestation blanchisserie, la gestion des déchets, la maintenance et intervention technique ainsi que la signalétique.

2. Fiches action du projet de gestion volet services économiques, techniques, logistiques et informatiques

Le projet de gestion 2023-2027 « volet services économiques, techniques, logistiques et informatiques » comprend sept fiches action déclinées ci-dessous.

FICHE ACTION N°1	
Thématique	Economie d'énergie – Sobriété énergétique
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Des tarifs exorbitants pratiqués par les opérateurs d'électricité (+30% à compter du 1er janvier 2022) et de gaz (+200% à compter du 1er juillet 2022) dus à la guerre Ukraine-Russie Une raréfaction des énergies fossiles mondiale nécessitant de se tourner vers des énergies renouvelables Une obligation réglementaire de diminuer les consommations d'énergie par le décret tertiaire auquel les établissements de santé sont soumis. Publication ANAP, FHF, décret tertiaire
Objectifs	Réduire les consommations énergétiques de l'établissement Réduire la trajectoire inflationniste d'augmentation des coûts de chauffage et d'électricité Diversifier les sources d'approvisionnement d'énergie Se mettre en conformité avec la réglementation.
Actions	Identifier des gisements d'économies d'énergie encore inexploités dans l'établissement Lancer un diagnostic établissement avec plan d'actions d'économie d'énergie Remplacer tout ou partie des équipements vétustes ou énergivores (chaufferie bois, panneaux photovoltaïques) Sensibiliser les occupants aux gestes écoresponsables : limitation du stockage des données informatiques, gestion de l'énergie pour l'éclairage notamment, etc. Traitement du linge résidents à l'ozone
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Kw consommés Montant des factures
Pilote	Ingénieur Travaux Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique
Groupe de travail	Ingénieur Travaux Responsable des services techniques et logistiques Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°2	
Thématique	Transport logistique et transport de produits sanguins labiles (transport des marchandises)
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Dans le cadre de ses activités, l’hôpital assure le transport du courrier, des déchets, de la restauration, du linge, des produits d’entretien, des produits d’incontinence et de l’épicerie et de la facturation patient au Trésor. Certaines tournées se superposent et pourraient être mutualisées et optimisées. S’agissant du transport de produits sanguins labiles (PSL), l’établissement dispose d’un marché dont les conditions tarifaires sont élevées par rapport au précédent contrat. Les discussions avec l’Etablissement Français du Sang (EFS), lors de sa venue en mars 2022, conforte l’établissement à s’orienter vers une internalisation du transport de produits sanguins labiles, assimilé à un transport de marchandises et non soumis à autorisation.
Objectifs	Optimiser et rationaliser les transports logistiques multisites Optimiser et rationaliser le transport de produits sanguins labiles
Actions	Dresser un état des lieux des tournées de transport interne, mettre en place le plan d’actions et l’évaluer Dresser un état des lieux des transports de produits sanguins labiles Rédiger le projet d’internalisation du transport de produits sanguins labiles, le mettre en place et l’évaluer
Délai objectif	2023-2027
Pilote	Responsable des services techniques et logistiques Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique Directeur des soins et de la qualité

FICHE ACTION N°3	
Thématique	Développement durable (DD)
Constat – éléments ayant conduit à l’initialisation de cette fiche action	Même si l’établissement souscrit pleinement aux enjeux du développement durable et réalise des opérations visant à réduire son impact social et environnemental, la politique DD manque de visibilité et de lisibilité.
Objectifs	Structurer, piloter, évaluer la politique DD de l’établissement Promouvoir et sensibiliser le DD auprès des professionnels et des patients de manière à impulser une culture DD au sein de l’établissement

Actions	Formaliser la politique DD de l'établissement Réaliser un diagnostic DD et des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement Définir un programme d'actions et en assurer le suivi Mettre en place une gouvernance DD avec un Référent DD, comité de suivi, groupes de travail et ambassadeurs DD. Organiser des actions de communication et de valorisation des réalisations.
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Politique DD Bilan annuel du suivi du programme d'actions Comptes rendus des réunions de gouvernance
Pilote	Référent DD Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique
Groupe de travail	Responsable des services techniques et logistiques Ingénieur travaux et maintenance externe Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°4	
Thématique	Archives hospitalières
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	L'établissement dispose d'un service d'archives médicales et administratives centralisé, avec deux lieux de stockage annexes d'archives administratives dans le bâtiment administratif. Aujourd'hui plusieurs difficultés apparaissent : - Saturation de l'espace des archives centralisées - Absence de gestion des archives administratives au-delà de la durée d'utilité administrative - Division du dossier patient par service en lieu et place d'un dossier patient unique En outre, le service ne dispose pas de logiciel spécifique pour la gestion des archives.
Objectifs	Organiser la gestion des archives administratives Libérer de l'espace d'archivage Disposer d'un dossier patient unique
Actions	Formaliser la procédure de versement et de gestion des archives

	administratives Déposer les archives anciennes aux Archives départementales S'équiper d'un logiciel de gestion et numérisation des archives Constituer un dossier unique par patient
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Procédure Mètres linéaires versés ou détruits Nombre de dossiers patients unique
Pilote	Responsable des services logistiques et techniques Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique
Groupe de travail	Archiviste Responsable des services techniques et logistiques Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°5	
Thématique	Blanchisserie
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Après quelques années d'incertitude sur le maintien de l'activité de la blanchisserie, celle-ci connaît à présent un développement de son activité et de nouveaux clients. Dans ces conditions, un plan pluriannuel de renouvellement de ses équipements visant à rendre plus performant son outil de production, à améliorer la qualité de la prestation et la qualité de vie au travail a été amorcé récemment. Cette dynamique de modernisation concerne également l'organisation et le fonctionnement de la blanchisserie, l'évolution de la prestation, les pratiques professionnelles, les conditions de travail et la relation blanchisserie-service demandeur. Ces derniers mois, plusieurs difficultés sont apparues mettant à mal cette dynamique : - Turnover de personnel et difficulté de recrutement - Dotations des services incomplètes générant une insatisfaction - Panne à répétition de certains matériels
Objectifs	Garantir une qualité de prestations Adapter l'organisation et la production de la blanchisserie à l'évolution des besoins utilisateurs de linge propre

	Professionnaliser la fonction linge Pérenniser l'outil de travail
Actions	Définir les investissements à court et moyen terme Former le personnel aux méthodes RABC et au métier d'agent de blanchisserie Réaliser un audit linge Faire évoluer les organisations de travail et fidéliser le personnel Réévaluer les dotations par service et en assurer un suivi régulier Mettre en place un inventaire et suivi régulier Réévaluer les dotations des services et s'équiper d'un outil de traçabilité visant à réduire les stocks dormants et le retour de linge propre des services
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	FEI Audit et inventaire réalisés Questionnaire de sortie Nombre de professionnels formés
Pilote	Responsable de la blanchisserie Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique
Groupe de travail	Responsable de la blanchisserie Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°6	
Thématique	Maintenance et intervention technique
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Les services techniques de l'établissement sont équipés d'une solution de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) qui permet notamment de gérer les bons d'interventions des services techniques dans les unités. Plusieurs écueils sont constatés aujourd'hui : - Une sous exploitation des fonctionnalités du logiciel accentuée par un manque de formation du personnel - Une traçabilité dans l'outil à améliorer : clôture non systématique des bons d'intervention par les professionnels des services techniques, peu ou pas de renseignement du mémo travail demandé et effectué, des critères dans les équipements

	- Une insatisfaction des services demandeurs au regard du manque d'information sur la prise en compte de la demande et le délai d'intervention, hors caractère d'urgence - Une procédure de gestion des bons d'intervention incomplète : absence de critère de priorisation - Une absence de lisibilité sur la planification du travail à réaliser par les techniciens et du travail réalisé lié au délai d'affectation des bons aux techniciens.
Objectifs	Optimiser l'outil : planification, suivi d'activité Systématiser la traçabilité des interventions Prioriser et planifier les interventions et la maintenance interne en tenant compte des contraintes de chacun Améliorer la qualité du service rendu et la satisfaction des services
Actions	Former les personnels des services techniques au logiciel Actualiser les procédures de maintenance et demande d'intervention Faire évoluer et mettre à jour la solution Réaliser des revues trimestrielles avec les cadres des services sur l'état d'avancement des bons et de satisfaction des services
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Taux de traçabilité des interventions Bilans d'activité Enquête annuelle de satisfaction
Pilote	Responsable des services techniques et logistiques Ingénieur travaux et maintenance externe
Groupe de travail	Responsable des services techniques et logistiques Ingénieur travaux et maintenance externe Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°7	
Thématique	Signalétique
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La signalétique existe dans tous les sites de l'établissement. Toutefois, selon les sites (Daniel CHANET, CSAG par exemple), celle-ci n'est pas suffisamment visible des patients qui demandent régulièrement leurs chemins tant en extérieur qu'en intérieur. En outre, la signalétique existante n'est pas systématiquement adaptée

	aux personnes handicapées.
Objectif	Améliorer les conditions d'accès et d'orientation des patients
Actions	Réaliser une étude de la signalétique existante de chaque site et proposer un plan d'actions Constituer un groupe de travail « signalétique » Elaborer une charte signalétique Mettre en place les actions et les évaluer
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Questionnaire de sortie des patients Taux de réalisation du plan d'actions
Pilote	Responsable des services techniques et logistiques Ingénieur travaux et maintenance externe
Groupe de travail	Responsable des services techniques et logistiques Ingénieur travaux et maintenance externe Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°8	
Thématique	Dossier Patient Informatisé
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La mise en œuvre de la convergence des systèmes d'information inscrite dans le schéma directeur du système d'information du GHT Loir-et-Cher dont l'établissement fait partie, trouve une de ses traductions dans le déploiement d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) unique. Aujourd'hui, seule le service des urgences et l'EHPAD de Montoire disposent d'un dossier patient informatisé avec deux éditeurs différentes.
Objectif	Disposer d'un DPI unique afin de permettre une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au GHT
Actions	Nommer un Référent DPI interne à l'établissement en charge de la conduite du projet et interlocuteur de la DOSI et de l'éditeur Participer au COPIL DPI du GHT et animer le COPIL DPI de l'établissement Contribuer aux différentes étapes de déploiement : paramétrage de l'outil, réalisation de tests, formation, préparation et déploiement, en appui de la DOSI

Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Calendrier de déploiement respecté Nombre de professionnels formés Nombre DPI installés
Pilote	Cadre supérieur de santé en charge du déploiement DPI au sein de l'hôpital DOSI Directeur des services économiques, techniques, logistiques et informatique

FICHE ACTION N°9	
Thématique	Déchets hospitaliers
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	Dans le cadre de leurs activités, les établissements hospitaliers sont des producteurs importants de déchets d'activités de soins et de déchets assimilés aux ordures ménagères. En 2016, la DGS estimait que les déchets hospitaliers de toute sorte représentaient 700 000 tonnes par an, soit 3,5 % de la production nationale, pour un coût de traitement de 2 à 5 euros par jour et par patient. S'agissant du Centre hospitalier Vendôme-Montoire, ce sont plus de 480 tonnes de déchets qui sont éliminés pour un coût annuel de l'ordre de 155 000 €. Enjeu central de santé publique, d'environnement et d'économie, l'établissement engagé dans une quinzaine de filières d'élimination, souhaite poursuivre cette dynamique de traitement, valorisation, et réduction des déchets.
Objectifs	Optimiser le cycle de collecte et de destruction des déchets afin d'en réduire les coûts. Réduire l'impact environnemental dans le cadre de la politique de développement durable de l'établissement. Réduire à la source la production des déchets. Intégrer de nouvelles filières pour améliorer le tri à la source et favoriser au maximum la valorisation voire la réutilisation. Se mettre en conformité avec la réglementation, notamment pour l'élimination des biodéchets à compter du 1er janvier 2024.
Actions	Etablir un autodiagnostic des déchets produits par l'établissement et des filières d'élimination existantes et en recenser les écarts avec la

	réglementation Déterminer un plan d'actions qui tient compte de la réglementation, du développement durable, de la réduction des coûts et des organisations Développer de nouvelles filières et optimiser les filières existantes Organiser le tri des biodéchets Former et informer les professionnels régulièrement sur le tri des déchets selon leur nature et sur l'anti-gaspillage (DASRI, ordures ménagères, biodéchets, plastique)
Délai objectif	2023-2027
Indicateur de réussite	Nombre de filières Tonnage des déchets produits et valorisés ou recyclés
Pilote	Responsable technique et logistique Directeur des soins Responsable de la restauration
Groupe de travail	/



LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER

- ♦ **Les enjeux et l'étude de l'existant**
- ♦ **Etude de site possible de reconstruction**
- ♦ **Macro-dimensionnement**
- ♦ **Grandes orientations techniques et environnementales**
- ♦ **Propositions de scénarios d'implantation sur le site**
- ♦ **Calendrier d'opération**
- ♦ **Estimations financières**
- ♦ **Opportunités du site unique**

1. Les enjeux et l'étude de l'existant

Le Centre Hospitalier de Vendôme-Montoire, est confronté à une triple problématique, démontrée depuis de nombreuses années et qui se dégrade :

- Les conditions d'hébergement et de prise en charge des patients et les lieux d'exercice des professionnels sont obsolètes et inadaptées, voire potentiellement générateurs de risques,
- Le Loir et Cher est l'un des départements Français le plus en déficit de médecin par habitant, le recrutement médical et paramédical est vital pour le bassin d'offre de soin du Vendômois et du Nord du Loir et Cher,
- L'adaptation des organisations et des moyens par rapport aux activités sur un site unique est nécessaire pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs des patients, dans un contexte de vieillissement annoncé et de développement des pathologies chroniques.

Face à des enjeux de pérennité future de l'offre de soin et au souhait de maintenir une offre de proximité au service de la population du Vendômois le projet de reconstruction fait au contraire le choix de l'ambition collective, à savoir regrouper sur un site unique l'offre de soin du Vendômois (Centre Hospitalier, Clinique du Saint Cœur et les lits de SSR de l'Hospitalet) pour faire face aux enjeux médicaux et chirurgicaux d'aujourd'hui et anticiper l'avenir, tant en matière d'évolution des modes de prise en charge que de renforcement de l'attractivité pour les patients et professionnels.

Le projet nécessite de poursuivre les transformations déjà mises en œuvre, adaptant les organisations, les structures, le capacitaire, l'activité, aux besoins de santé de la population.

Il s'agit également d'accompagner la demande croissante de recours à l'ambulatoire, justifiée par les développements technologiques et humains, en médecine comme en chirurgie.

Il s'agit de répondre de manière efficace et efficiente à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou de poly pathologies fréquentes au grand âge. Celles-ci remettent en cause la notion de séjours centrés sur des disciplines au profit de la notion de parcours de soins dans lequel l'hôpital public, la clinique et l'Hospitalet sont des maillons d'une chaîne, en lien avec la médecine de ville et les structures d'hébergement.

Dans une Région Centre marquée par un déficit chronique de professionnels, il s'agit de renforcer nos équipes médicales et paramédicales au travers d'une politique d'attractivité et de recrutement dont les pierres angulaires sont constituées d'abord par des conditions de travail et de sécurité des professionnels, de prise en charge des patients du niveau de la médecine d'aujourd'hui et par un partenariat équilibré avec le GHT, le CHU de Tours et l'hôpital de Châteaudun. Une politique de recrutement territorial, en partenariat avec le secteur libéral est également nécessaire.

Il s'agit donc de redonner à notre communauté hospitalière la légitime fierté d'apporter l'efficience et la qualité des soins au service de la population vendômoise, au sens large.

Le site de l'Hôpital Daniel CHANET (site n°1 concerné)



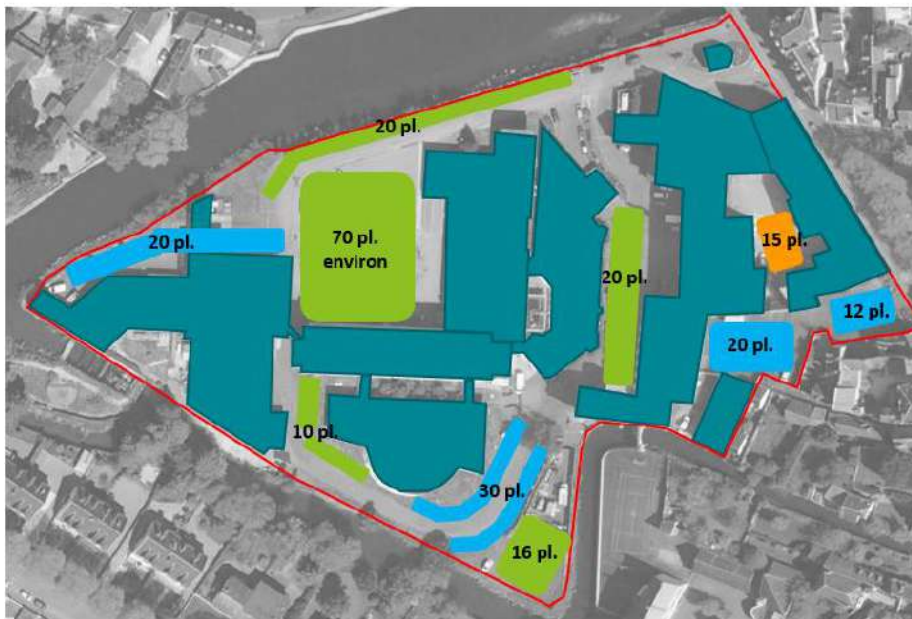
- Un site principal dense, situé en cœur de ville et sur une île du Loir
- Un site historique de l'ancien l'Hôtel Dieu fondé au 17^e siècle et marqué par de multiples constructions avec une architecture hétérogène répondant à l'évolution des pratiques et des prises en charge médicales
- Site exigu par son emplacement et présentant une partie de bâtiments obsolètes



- Accès et flux tout public
- Accès et flux patient valide et ou couché
- Accès et flux urgents
- Accès personnel
- Accès et flux logistique

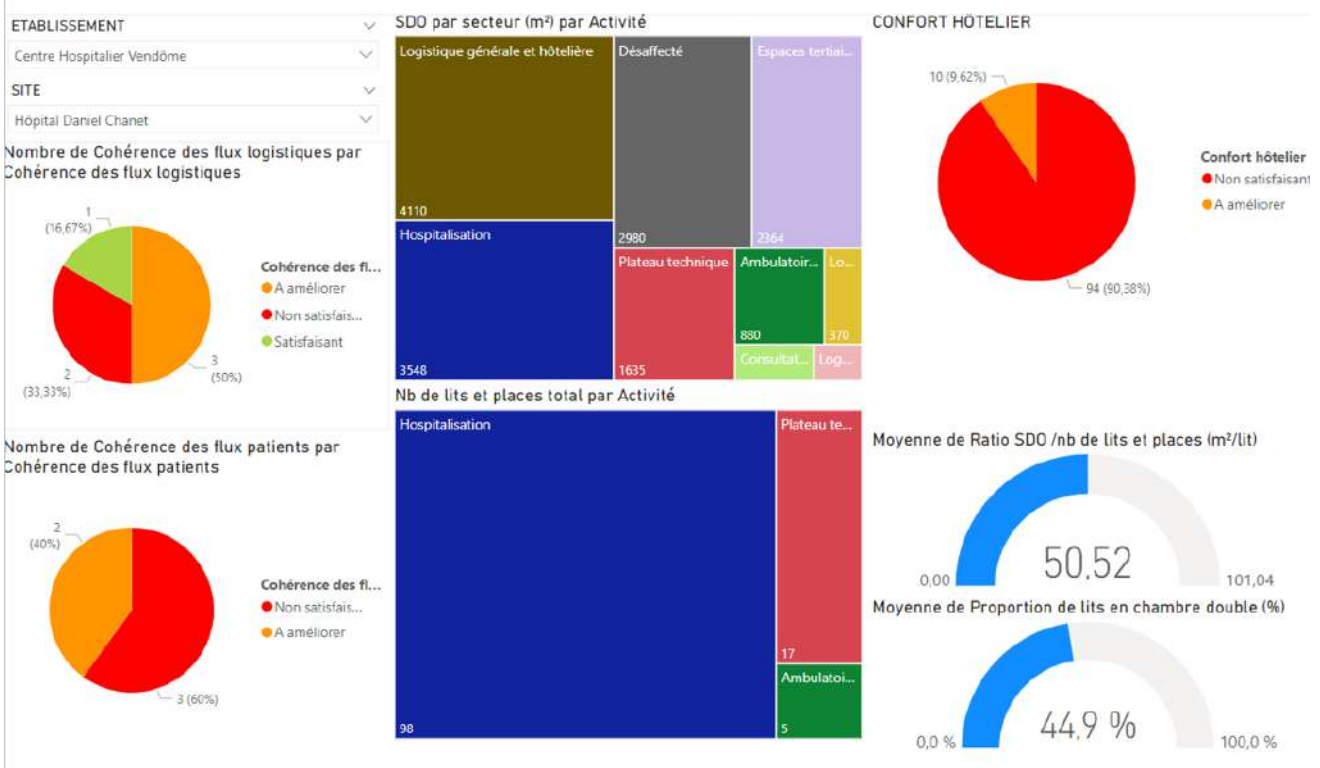
- Des accès regroupés sur la rue mais répartis ensuite sur l'ensemble du site
- Une entrée principale (accueil) peu visible, à l'arrière du site avec un sens unique de circulation
- Pas de distinction des flux piétons, consultants, visiteurs, logistiques, personnels...
- Un accès aux urgences peu lisible car site à contourner
- Des accès logistiques multiples illustrant la densité du site
- Manœuvres et accès inadaptés pour les véhicules de logistique

- Difficulté importante dans la lisibilité des flux et des accès sur le site

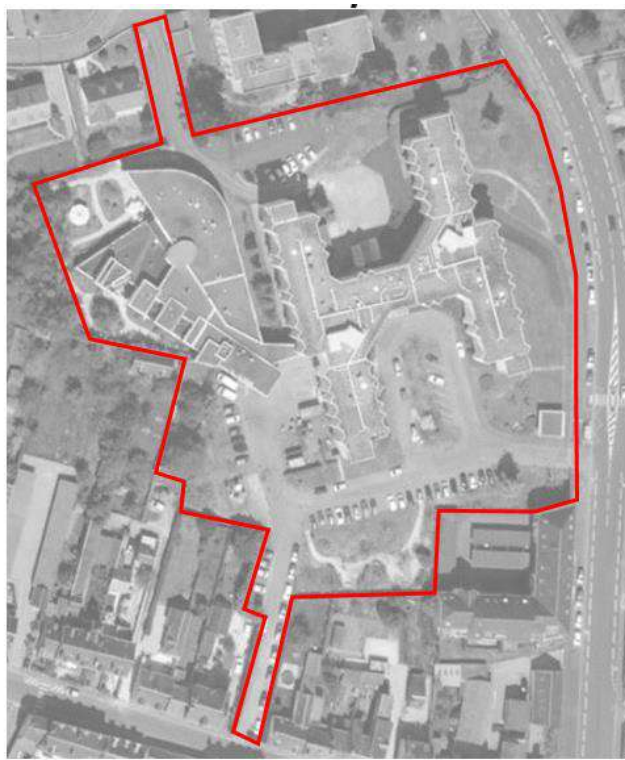


- Peu de places de stationnement sur le site, parking gratuit en accès libre
- Le parking de 70 places n'est pas aménagé, stationnement « sauvage » peu optimisé
- Très peu de places réservées au personnel et aux ambulances
- Environ 233 places de stationnement sur le site
- Manque de places de stationnement sur le site et désorganisation de la zone centrale

Indicateurs Hôpital Daniel Chanet



Site Centre de Soin André GIBOTTEAU (2nd site concerné)



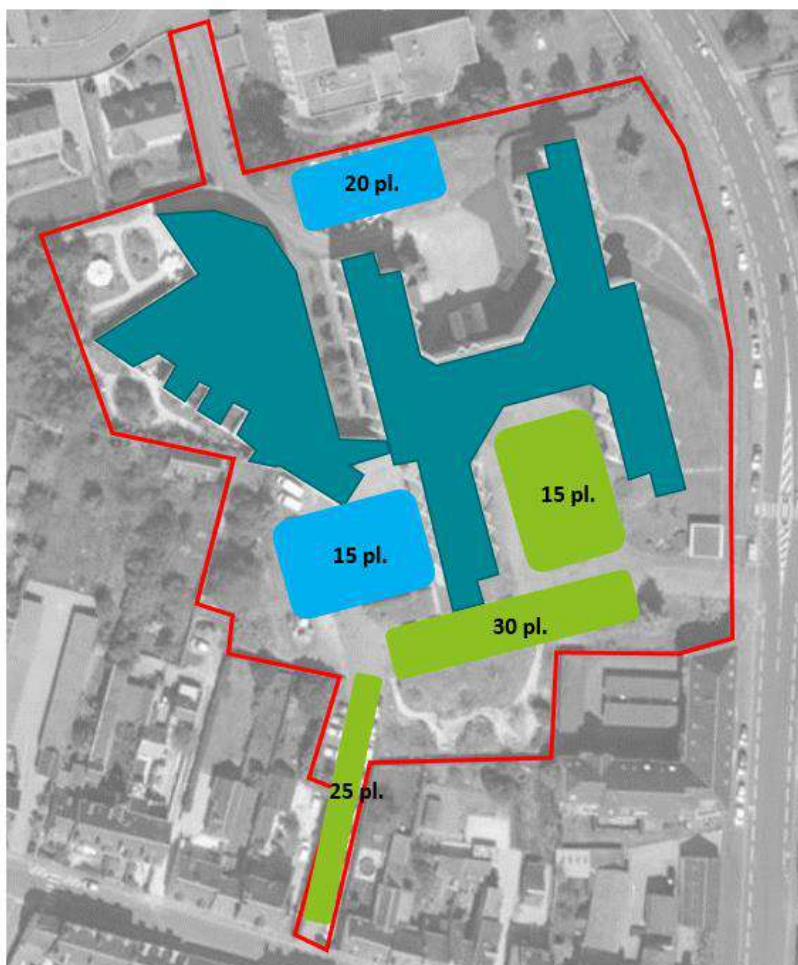
- Un site urbain dense avec une proportion importante d'espaces bâtis et de zones de stationnements : plus de foncier disponible
 - Peu d'espaces verts sur le site
 - Site constitué d'un bâtiment principal avec une extension en rotonde avec des jardins sécurisés.
- Site occupé en totalité, sans potentiel foncier

Accès et flux existants



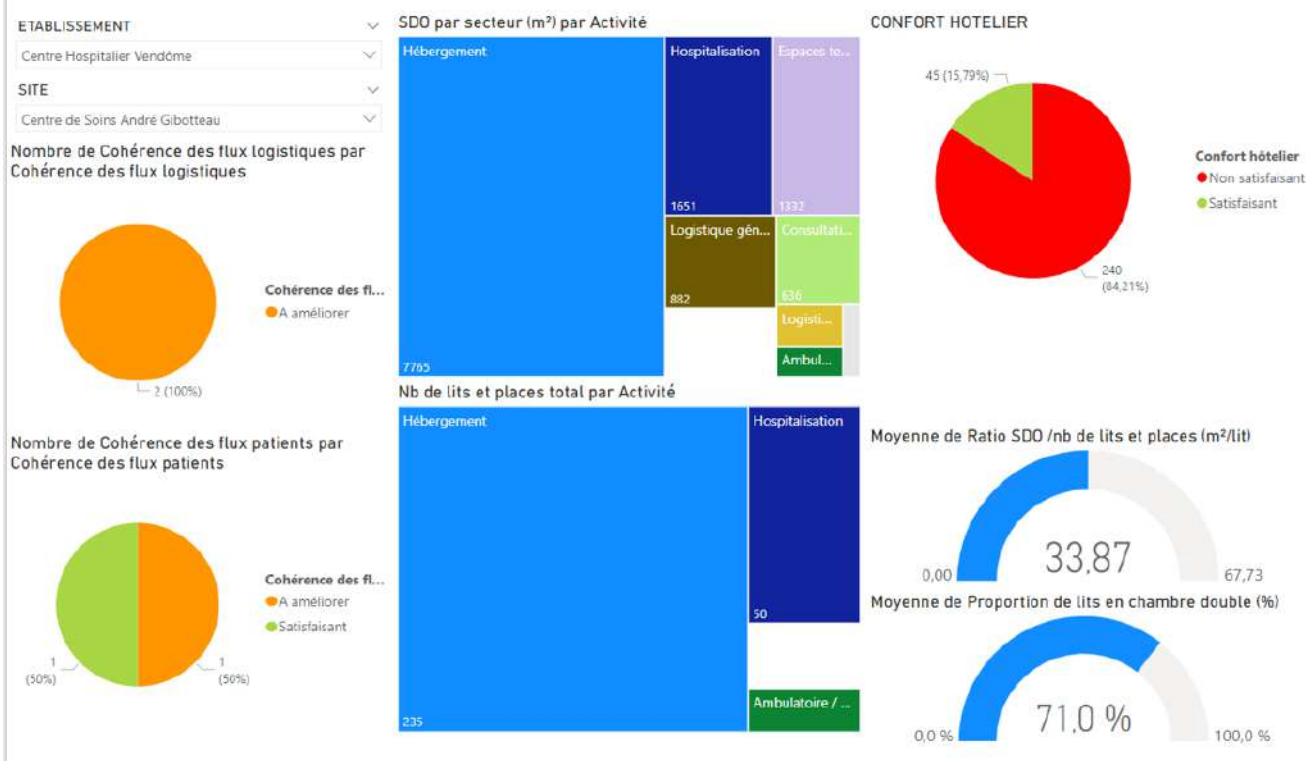
- ▶ Accès et flux tout public
- ▶ Accès et flux patient / résident valide et ou couché
- ▶ Accès personnel
- ▶ Accès et flux logistique

- Des accès regroupés sur le boulevard Kennedy avec un sens unique de circulation et une sortie vers la rue des 4 Hues
 - Une entrée principale (accueil) centrale à l'avant du site
 - Une entrée secondaire pour le laboratoire
 - Pas de distinction des flux piétons, visiteurs, logistiques, personnels sur le site
 - Une zone logistique dédiée mais exiguë pour les manœuvres
 - Terrain en pente avec peu de trottoirs accessibles aux résidents
 - Jardin pour résidents au Sud peu exploité (pente et traversée parking)
- Flux et manœuvre complexes compte-tenu des véhicules stationnés et espaces verts non accessibles



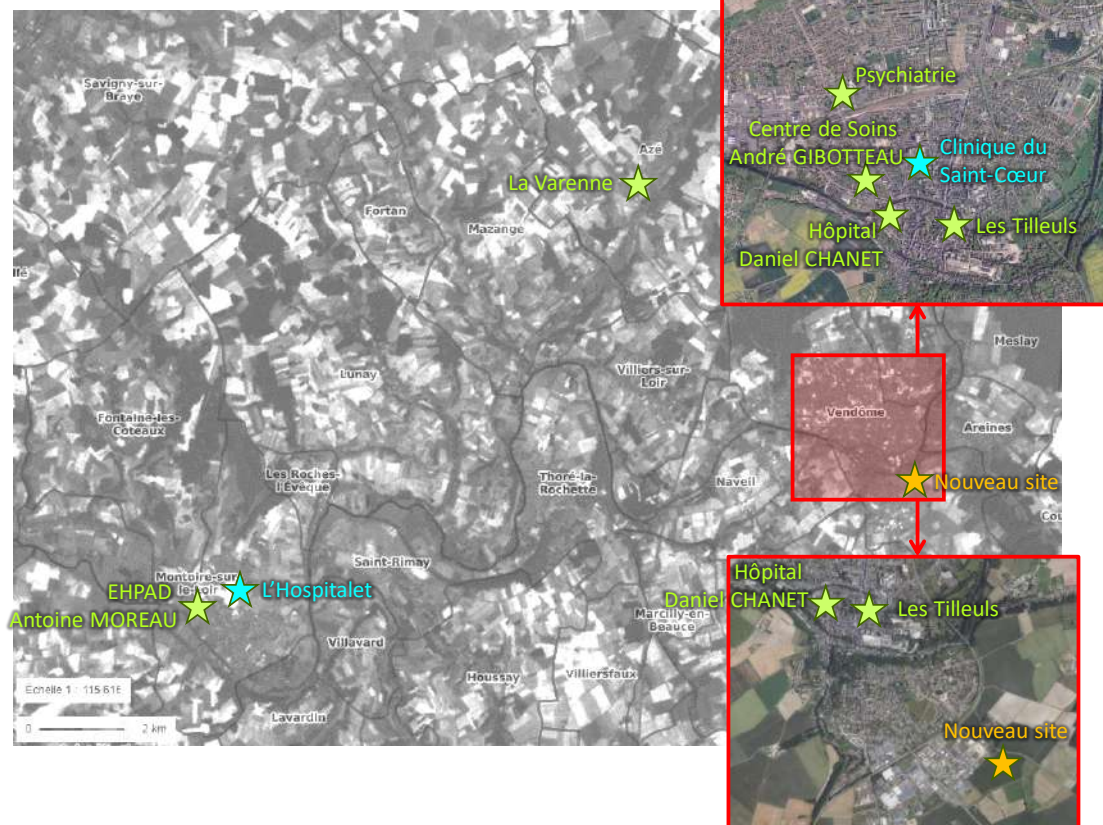
- Manque de places de stationnement sur le site, parking gratuit en accès libre
 - Les places matérialisées sont insuffisantes, des stationnements sauvages complètent les stationnements sur le site
 - Pas de dépose-minute ambulance
 - Le laboratoire d'analyses médicales nécessite un besoin important en places de parking
 - Environ 105 places de stationnement sur le site avec places sauvages sur trottoirs
- Manque de places de stationnement sur le site

Indicateurs Centre de Soins André Gibotteau



2. Etude de site possible de reconstruction

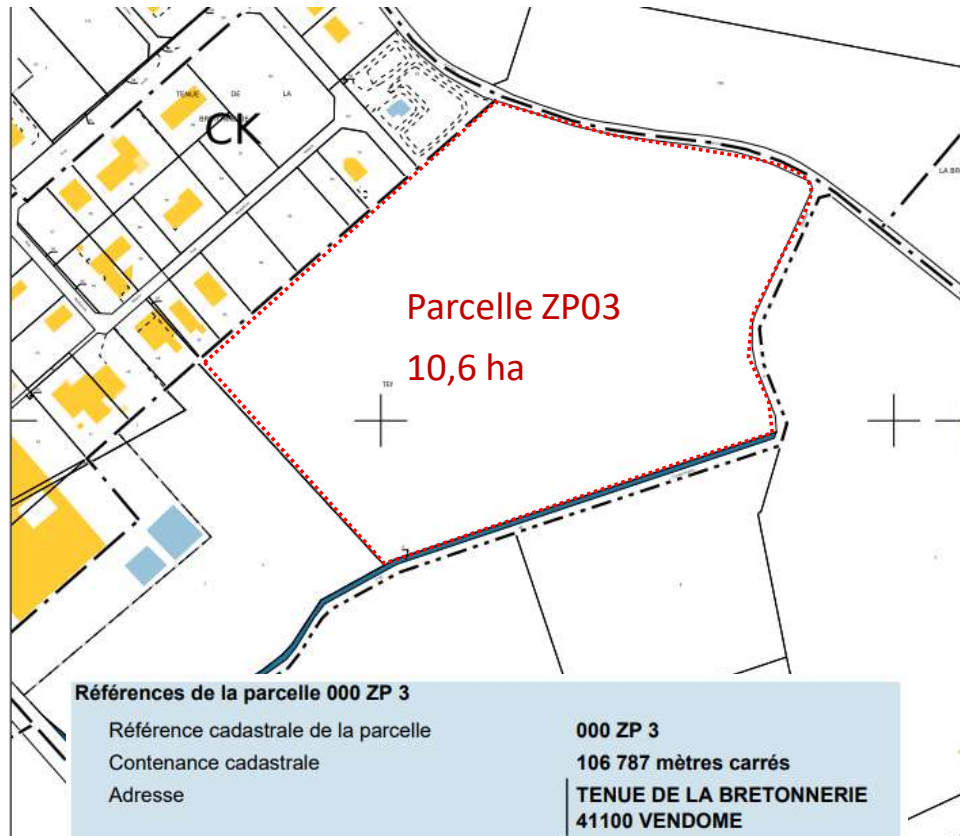
Repérage général



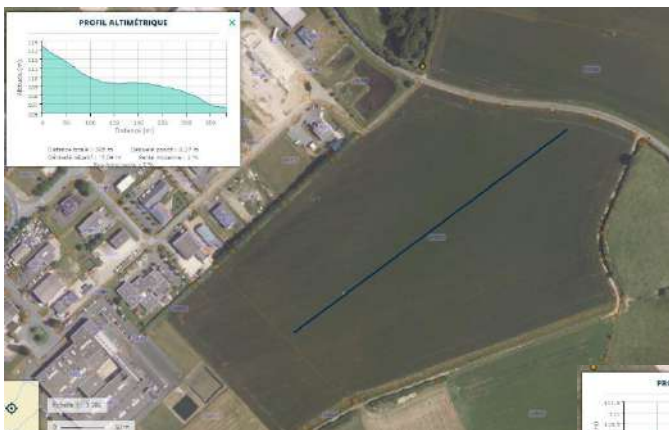
Parcelle envisagée pour le projet de regroupement de l'hôpital de Vendôme et la Clinique du Saint Cœur



Cadastre



Contraintes de site – Profils altimétriques



Dénivelé : pente vers l'est du terrain
(6 m soit ~ 2%)
Pas de dénivelé dans le sens Nord Sud



Contraintes de site

• Les risques naturels et technologiques

Nom du site	Site projeté – VENDÔME
Risque sismique	Zone 1 Très faible
Aléa retrait / gonflement argile	Aléa moyen sur une partie de la parcelle
Etude géotechnique existante	Absence de donnée – <i>investigation à mener</i>
Plan de Prévention des Risques d'inondation	PPRI sur la commune, site non concerné
Plan de Prévention des Risques de Mouvements de terrain	PPMVT sur la commune, site non concerné
Potentialité de présence de zones humides	Présence en partie Sud de la parcelle (voir extrait page suivante)
Risque Radon	Risque 1 / absence de contrainte
Nuisances acoustique	Absence d'infrastructure classée vis-à-vis du risque bruit
Climat	Zone H2b
Termites	Aucun arrêté communal / niveau d'infestation inconnu
Autres informations	Présence d'une ligné électrique haute tension

Contraintes de site

• Les risques naturels et technologiques / illustration



Présence d'un cours d'eau non permanent: position à valider avec plan topographique et bornage



Forte potentialité de présence de zones humides sur une partie de la parcelle : position à valider pour mesurer l'impact

Contraintes de site – PLU

PLU en vigueur à la date de l'étude de site (avril 2022) :

Le PLU a été approuvé par délibération du 26 septembre 2013 et modifié par délibération du 20 décembre 2016.

Vu pour être annexé à la délibération du Conseil Communautaire de la Communauté d'Agglomération Territoires Vendômois en date du 24 juin 2019 approuvant la déclaration de projet n°1 emportant mise en compatibilité du Plan Local d'Urbanisme de la ville de Vendôme.

Zonage du PLU :

Zone AU : Les zones à urbaniser, zones à caractère naturel destinées à être urbanisées.

La zone 1AUI est une zone à urbaniser, à court ou moyen terme, dédiée aux activités économiques, qui couvre les espaces situés dans la continuité de la Zone Industrielle Sud.



Contraintes de site – PLU

Règlement du PLU : dispositions applicables à la zone 1AUI

Le nouvel équipement construit est qualifié de « constructions et installations nécessaires aux services publics ou d'intérêt collectif ».

Article	Règlementation
Implantation des constructions par rapport aux voies et emprises publiques	Implantation à l'alignement ou en retrait d'un mètre minimum de l'alignement.
Implantation des constructions par rapport aux limites séparatives	Implantation sur une ou plusieurs limites séparatives, ou en retrait d'un mètre minimum de la limite séparative.
Implantation des constructions les unes par rapport aux autres sur une même propriété	Non règlementé
Emprise au sol	Non règlementé
Coefficient d'occupation des sols	Pas de coefficient d'occupation des sols fixé
Hauteur maximale des constructions	Non règlementé
Stationnement	La surface de stationnement est déterminée en fonction des besoins induits par la construction (personnel, personnes accueillies), et les possibilités de stationnement liées au quartier avoisinant.
Espaces libres et plantations	Non règlementé

Accès au site

Règlement du PLU : dispositions applicables à la zone 1AU1

Conditions de desserte des terrains par les voies publiques ou privées et d'accès aux voies ouvertes au public

Accès :

Les accès doivent être adaptés à l'opération. Ils doivent présenter des caractéristiques permettant de satisfaire aux exigences de la sécurité, de la défense contre l'incendie et de la protection civile.

L'accès doit se faire directement par une façade sur rue, ou par l'intermédiaire d'un passage privé ou par une servitude de passage suffisante.

Les accès sur les voies ouvertes à la circulation publique doivent être aménagés afin d'éviter toute difficulté et tout danger pour la circulation des véhicules, des cycles, des piétons et des personnes à mobilité réduite.

Les accès doivent être suffisamment dimensionnés et sécurisés en fonction des usages. Ils doivent avoir une largeur minimale de 3 mètres.

Voirie :

Les constructions et installations nouvelles doivent être édifiées sur des unités foncières desservies par des voies ouvertes à la circulation publique présentant les caractéristiques suivantes :

- correspondre à la destination de la construction,
- permettre les manœuvres de véhicules lourds et encombrants tels que les véhicules d'ordures ménagères,
- satisfaire aux exigences de sécurité, de défense contre l'incendie et de protection civile.

Les voies nouvelles doivent permettre d'assurer, en toute sécurité et facilité, la circulation des piétons et des personnes à mobilité réduite.

Accès au site : repérage des accès potentiels

1. Accès principal à l'ouest : depuis la route de Blois création d'une voirie et d'un rond point
 2. Accès secondaire possible au nord : depuis la Rue Nicéphore Niépce (zone industrielle)
 3. Accès secondaire possible à l'est de la parcelle : depuis la route du Bois de la Barbe
- ✗ Chemin au sud de la parcelle : chemin non aménagé



Accès au site : accès principal à l'ouest



Vue de la Route de Blois à l'ouest de la parcelle ZP03



Vue de la Route de Blois à l'intersection avec le chemin au sud de la parcelle ZP03

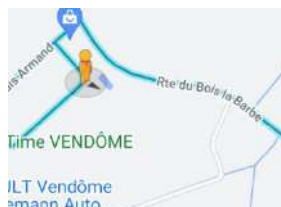


/!\ Route de Blois à aménager pour desservir un établissement hospitalier : flux de véhicules importants notamment poids lourds et ambulances (rond-point... ?)

Accès au site : accès secondaire au nord



Vue de la rue Nicéphore Niépce au nord de la parcelle ZP03



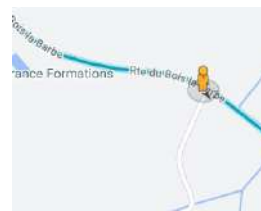
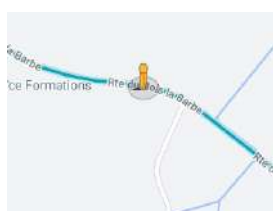
Accès au site : accès secondaire à l'est



Vue de la Route du Bois de la Barbe au niveau de la parcelle ZP03



Vue de la Route du Bois de la Barbe à l'intersection avec le chemin au sud de la parcelle ZP03



Contraintes de site – OAP 19/02/2015

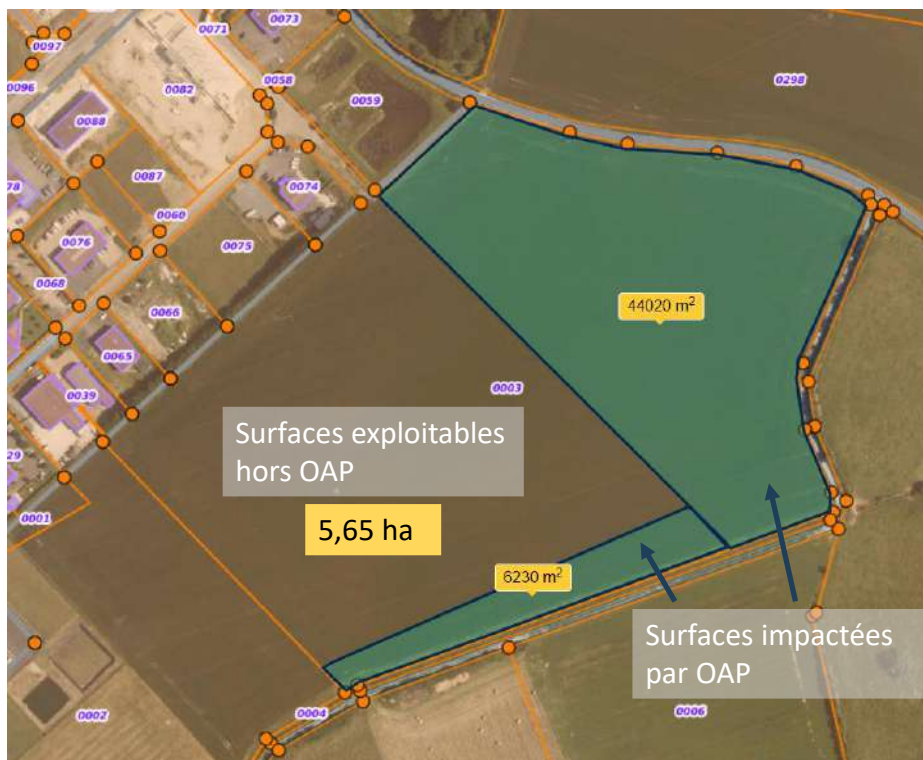
2. Présentation de l'OAP

L'OAP propose un vaste espace végétalisé perpendiculaire à la route départementale et aux principales courbes de niveau. Cet espace doit permettre de gérer les eaux de pluie de la zone existante et le cas échéant des futurs espaces urbanisés. Il a également vocation à servir d'espace tampon vis-à-vis des espaces naturels sensibles du plateau. Il permet enfin de venir dessiner une limite franche à l'urbanisation en entrée de ville. L'OAP propose également une trame de noues et d'alignements d'arbres de haute tige qui viennent restructurer les espaces existants et projetés donnant de la profondeur au paysage. Cette trame secondaire pourra servir de relai à l'écoulement des eaux entre la zone existante et l'espace tampon.



-  Périmètre d'OAP
-  Principe de noues permettant d'organiser la gestion des eaux sur le site
-  Prévoir la création d'une zone en eau temporaire
-  Réaliser des plantations d'alignement en accompagnement de voirie et de noues
-  Préserver un espace tampon en limite Sud du site (sensibilité écologique)

Contraintes de site – OAP 19/02/2015



/!\ Contraintes OAP fortes pour l'implantation du projet : validité de l'OAP à confirmer par les services d'urbanisme

Contraintes de site

Présence d'une ligne électrique aérienne RTE GMR Sologne / puissance 90 KV sur la parcelle



C-DISTANCES A RESPECTER AVEC LES CABLES CONDUCTEURS AERIENS

1-DISTANCES AVEC LES CONSTRUCTIONS :

Afin de respecter l'interdiction du code du travail de s'approcher à moins de 5m des conducteurs nus sous tension, et afin de conserver un libre accès aux façades et toitures des bâtiments pour leur entretien, nous préconisons un recul des constructions :

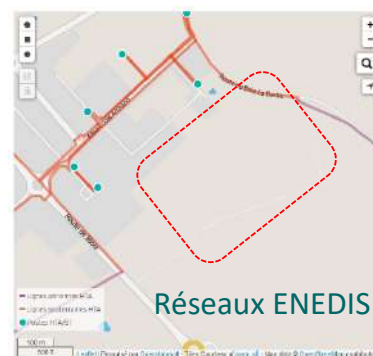
Dans le plan vertical à plus de **7 mètres des conducteurs** (5 mètres plus 2 mètres),

Dans le plan horizontal à plus de **7 mètres des conducteurs** (5 mètres plus 2 mètres) **plus 0.7 x f** (f étant la flèche du conducteur au point de la portée considérée) afin de tenir compte du balancement des conducteurs.

2-DISTANCES AVEC LES VOIES DE CIRCULATION OU AIRES DE STATIONNEMENT :

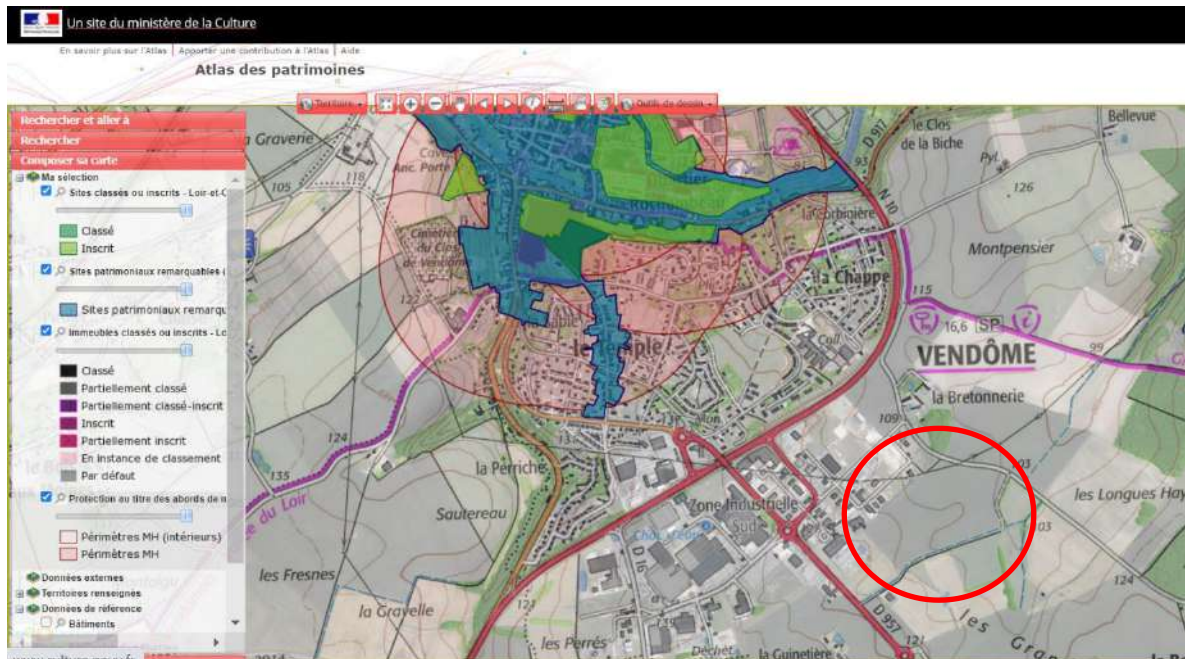
Sur le plan vertical, pour les lignes de tension inférieure à **225 kV**, une distance minimale de **8,50 mètres** entre le conducteur le plus bas et le sol fini doit être conservée, et de **9,50 mètres** pour les lignes de tension **400 kV**.

Dans le plan horizontal, cette distance sera calculée en tenant compte du balancement des conducteurs dans les conditions de vent les plus défavorables.



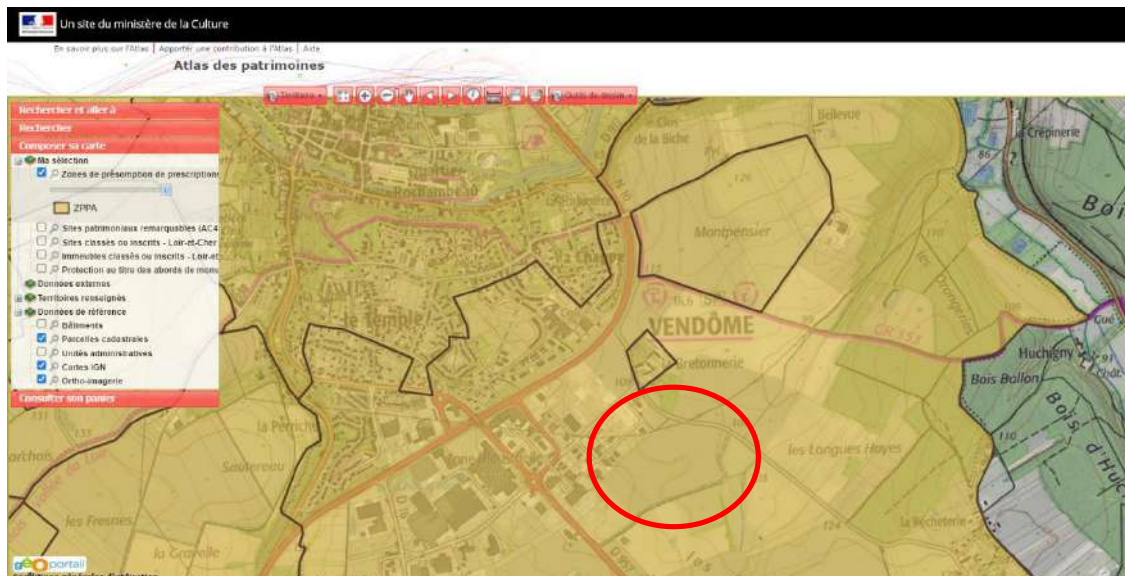
Protections patrimoniales

Site hors périmètre de protections patrimoniales



Zone de présomption de prescriptions archéologiques (ZPPA)

Site en ZPPA



/!\ Vigilance : Site situé en Zone de Présomption Archéologique -> Délais en conséquence à prendre en considération

Diagnostics complémentaires : études à mener

Phase préalable pour connaissance du terrain :

- Etude reconnaissance géotechnique (G1)
- Diagnostic biodiversité : faune, flore, zones humides
- Relevés géomètre : topographique, réseaux, bornages...
- Mesures préventives archéologiques (DRAC)

Etudes complémentaires nécessaires :

- Mesures acoustiques
- Etude opérationnelle hélistation / hélisurface
- Etude d'impact (évaluation environnementale)
- Etude loi sur l'eau (IOTA)
- Etude de trafic lié aux ouvrages du domaine public

3. Macro dimensionnement

Hypothèses retenues pour le dimensionnement : capacitaire MCO

	Aujourd'hui (2021)	Capacitaire du projet médical	Capacitaire projeté Par Iris Conseil	Capacitaire projeté Avril 22	Capacitaire projeté Mai 22 Suite échange ARS	Capacitaire à détailler / confirmer
Centre hospitalier de Vendôme						
Montoire						
UHCD / Urgences	6	6	8	8	8	
Cardio Pneumo	24	24	24	97	24	
Médecine	28	28	28		28	
Hopital de Semaine	6	6	6			Transformation HC ? HDJ ?
Médecine gériatrique	15	30	30		30	
Hopital de jour (lits et places)	6	18	17	17	17	
USR médical	10	10	12	8	8	
SSR polyvalent	30	10	28	28	80	
SSR Gériatrique	40	40	28	28		
UCC	10	10	10	10		
SSR cancéro et soin palliatif	0	20	24	28		
USLD / USPC	0	30	30	30	30	
Total lits et places	175	232	245	254	225	
Clinique du Saint Cœur (groupe AVEC)						
USR chirurgicale	7	7	4	4	4	
Maternité	19	19	15	15	15	
Chirurgie	54	35	35	35	35	
chirurgie Ambulatoire (places)	20	30	24	24	24	
HDJ Gastro (places)	0	6				
Total lits et places	100	97	78	78	78	
Hospitalet						
SSR MPR (hospi complète)	28	24	20	21	21	
SSR MPR (HDJ)	2	6	4	4	4	
SRPR	0	8	8	8	8	
Total lits et places	30	38	32	33	33	
Total Lits et places MCO	305	367	355	365	336	

Capacitaire de l'EHPAD

	Situation de l'EHPAD du CSAG aujourd'hui (au 28/02/2023)	Évolution configuration des lits d'EHPAD dans le cadre de la reconstruction
Accueil de jour	10 places	10 places
EHPAD classique	190 lits	114 lits
UHR	14 lits	14 lits
Unité de soins Alzheimer	31 lits	61 lits
USPC	0 lits	30 lits
Unité Géro-onto-Psychiatrique	0 lits	15 lits
Accueil temporaire	0 lits	6 places
Total	235 lits et 10 places	234 lits et 16 places

Hypothèses retenues pour le dimensionnement : capacitaire autres secteurs fonctionnels, équipements dimensionnants

Consultations

8 salles de consultations

5 salles de soins externes

Explorations fonctionnelles

10 pièces

Rééducation

1 plateau technique de réadaptation

Urgences

10 box

2 postes de déchocage

Plateau technique :

7 salles de blocs

- 5 blocs : 4 en journée + 1 en urgence / nuit

- 1 salle endoscopie

- 1 salle césarienne

12 places de SSPI

3 salles d'accouchement + 3 chambres de pré travail + 1 salle d'urgences

Fonctions prestataires externes :

Imagerie

3 salles d'imagerie Rx

3 salles d'imagerie (écho / mammo / pano...)

1 scanner

2 IRM

Dialyse

10 postes

Laboratoire

1 laboratoire

Hypothèses retenues pour le dimensionnement : capacitaire autres secteurs fonctionnels, équipements dimensionnants

Tertiaire médical

88 postes de travail

Administration

44 postes de travail

Autres locaux tertiaires

Syndicats, santé au travail, réunions, formation, ...

Logistique médicale : fonctions partagées

1 stérilisation

1 PUI

3 chambres de garde

10 chambres d'internat

1 service mortuaire : **détailler nombre de décès / an pour CH et EHPAD**

Logistique hôtelière et technique : fonctions partagées

1 zone vestiaires du personnel avec distributeur automatique de vêtements

1 cuisine centrale : **Hors opération car portée par la Ville**

Restaurant du personnel

Magasins et Stockages

Ateliers / Services techniques

1 blanchisserie (traitement linge plat, tenues, résidents)

Filière sale

Brancardage

Transport

Bionettoyage et Désinfection

Service biomédical

Service sûreté / sécurité

Hélistation : Hypothèse hélistation, > 200 rotations / an

Macro-dimensionnement global par activités

Secteur HORS EHPAD	Scenario m² SDO Nouveau site unique
ACCUEIL ET LOCAUX PUBLICS	200 m²
SECTEURS AMBULATOIRES	3 137 m²
URGENCES	1 784 m²
IMAGERIE	1 682 m²
SOINS EXTERNES	240 m²
BLOC OPERATOIRE ET INTERVENTIONNEL	1 120 m²
SECTEUR NAISSANCES	600 m²
SOINS CRITIQUES	852 m²
HOSPITALISATIONS	9 641 m²
LOGISTIQUE MEDICALE	1 401 m²
LOGISTIQUE TERTIAIRE ET LOCAUX SOCIAUX	2 265 m²
LOGISTIQUE HOTELIERE ET TECHNIQUE	2 631 m²
TOTAL	25 553 m²
Locaux techniques hôpital	4 741 m²
Circulations générales hôpital	3 635 m²
TOTAL GENERAL (avec circulations et locaux techniques)	33 900 m²

NB : Les hypothèses **basses** de dimensionnement (ratios ANAP) ont été retenues par A2MO.

NB : Les locaux de cuisine de production sont hors opération.

Principes retenus pour implantation sur le site

Plusieurs bâtiments organisés suivant les activités :

Bâtiments liaisonnés entre eux

- **Bloc médico technique**

Urgences et Imagerie

Bloc opératoire et Secteur naissances

Soins critiques

Stérilisation, chambres de garde

Hélistation en toiture

- **Bloc hospitalisation et ambulatoire**

Hospitalisations : MCO, USLD, SSR

Ambulatoire : Consultations, HDJ, UCA

Tertiaire médical et Administration

Autres locaux tertiaires et internat

- **Bloc EHPAD hébergement**

EHPAD, UHR, Alzheimer, PASA

- **Pôle logistique**

Logistique médicale, Archives

Logistique hôtelière et technique

Bâtiments indépendants

- **Pôle énergie**

Locaux techniques centraux de production : chaufferie, CFO, fluides médicaux, production de froid

Macro-dimensionnement par bâtiments

Valeur Juin 2022		REPARTITION BATIMENTS				
Secteur HORS EHPAD	Scenario m² SDO Nouveau site unique	BATIMENT BLOC MEDICO TECHNIQUE	BATIMENT BLOC HOSPITALISATION + AMBU	BATIMENT BLOC EHPAD HEBERGEMENT	BATIMENT LOGISTIQUE	POLE ENERGIE
ACCUEIL ET LOCAUX PUBLICS	200 m²		200 m²			
SECTEURS AMBULATOIRES	3 137 m²		3 137 m²			
URGENCES	1 784 m²	1 784 m²				
IMAGERIE	1 682 m²	1 682 m²				
SOINS EXTERNES	240 m²		240 m²			
BLOC OPERATOIRE ET INTERVENTIONNEL	1 120 m²	1 120 m²				
SECTEUR NAISSANCES	600 m²	600 m²				
SOINS CRITIQUES	852 m²	852 m²				
HOSPITALISATIONS	9 641 m²		9 641 m²			
LOGISTIQUE MEDICALE	1 401 m²	193 m²	250 m²		958 m²	
LOGISTIQUE TERTIAIRE ET LOCAUX SOCIAUX	2 265 m²		1 965 m²		300 m²	
LOGISTIQUE HOTELIERE ET TECHNIQUE	2 631 m²				2 631 m²	
TOTAL	25 553 m²	6 231 m²	15 433 m²	0 m²	3 888 m²	0 m²
Locaux techniques hôpital	4 101 m²	1 246 m²	1 543 m²	0 m²	311 m²	1 000 m²
Circulations générales hôpital	3 707 m²	935 m²	2 122 m²	0 m²	525 m²	125 m²
TOTAL GENERAL (avec circulations et locaux techniques)	33 400 m²	8 400 m²	19 100 m²	0 m²	4 700 m²	1 100 m²

NB : Les hypothèses basses de dimensionnement (ratios ANAP) ont été retenues par A2MO.

NB : Les locaux de cuisine de production sont hors opération.

4. Grandes orientations techniques et environnementales

• Principales prescriptions

• Site (*voir chapitre spécifique Analyse du site*)

- Agglomération → nécessité de prévoir la création d'un rond-point sur la route de Blois et une voie d'accès vers la parcelle du projet /
 - Ces travaux ne sont pas prévus dans le montant des travaux de l'opération
- Transport → nécessité de faire arriver les bus sur le projet ainsi que les 2 roues (absence de pistes cyclables à proximité sur le domaine public)
- PLU / OAP → contrainte foncière forte impactant l'aménagement du site et la conception des différents ouvrages
- Le diagnostic géotechnique du site définissant la présence ou non de zones humides et leurs emprises est à mener rapidement pour lever une partie des contraintes du site
- L'implantation de l'hélistation doit prendre en compte le futur aménagement du site / une implantation au sol (moins onéreuse qu'une implantation en toiture) contraint une partie de la parcelle

• Cadre réglementaire / Développement durable

- **Prise en compte de la RE 2020** (Réglementation Environnementale 2020) – la date d'application pour les Etablissement de santé n'est pas connu à ce jour (pas avant fin d'année 2023)
- Prise en compte du **Décret Tertiaire** qui impose une réduction de la consommation énergétique dans son ensemble pour le maître d'ouvrage, le projet devra atteindre une **réduction de 40 % de la consommation d'énergie finale à l'horizon 2030** vis-à-vis des consommations actuelles (année de référence entre 2010 et 2020).
- Respect de **l'Arrêté du 10 avril 2017** (relatif aux constructions à énergie positive et à haute performance environnementale sous maîtrise d'ouvrage de l'Etat)
 - Objectif d'un **Niveau E3** (Cep Max -20%, recours aux ENR), **Niveau C1** (calcul de l'empreinte carbone)

• Principales prescriptions

• Développement durable

- Volonté du MOA d'avoir un projet vertueux sur le plan énergétique et environnemental / l'orientation vers une **démarche HQE bâtiment durable Etablissement de santé** (nouveau référentiel à fin 2022), voir labélisation HQE devra être arbitrée dans le cadre de la faisabilité
- Souhait du MOA de mettre en place des ombrières type panneaux photovoltaïques pour couvrir les places de stationnement / sujet hors opération car porté par un investisseur privé
- Le futur bâtiment sera conçu avec une production énergétique pour tout ou partie avec des énergies renouvelables, un travail sur le taux de récupération des énergies fatales sera prévu
- Bilan énergétique → un bilan des consommations actuelles et une projection des consommations futures sera établie (voir chapitre spécifique)

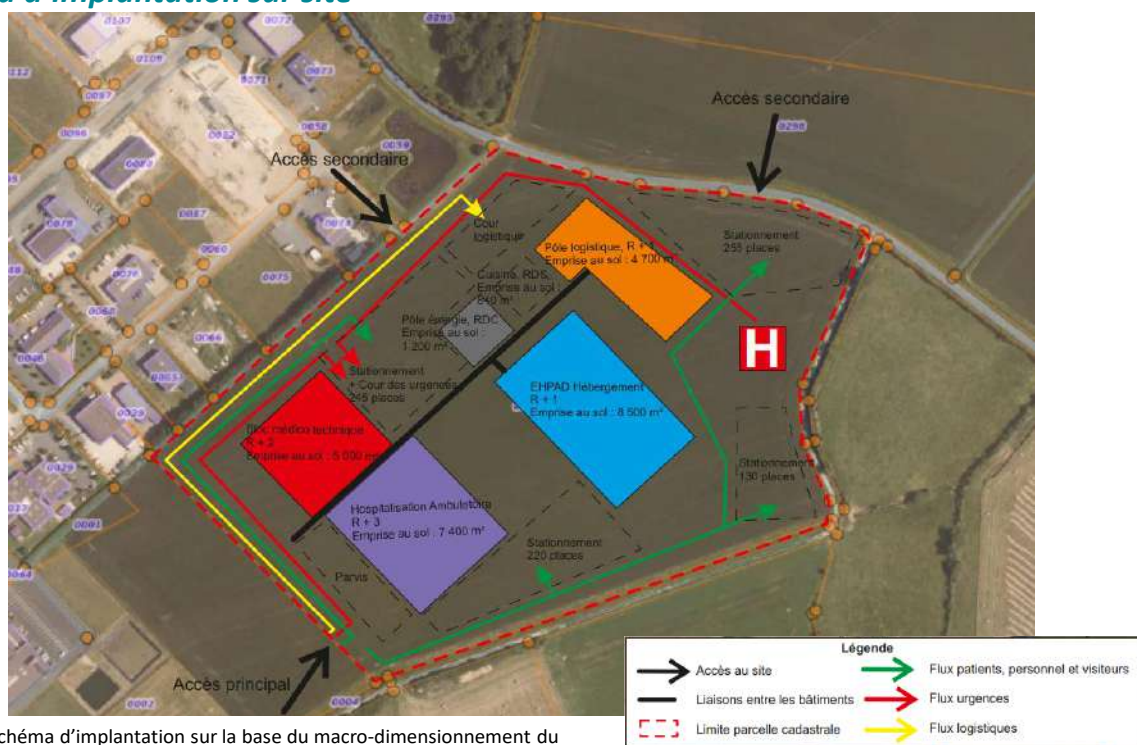
• Sujet Classement Sécurité Incendie

- Le projet dans son ensemble sera soumis à la réglementation ERP de type U et 1^{ère} catégorie
 - La catégorie du bâtiment est lié aux effectifs : effectif > 1500 p → classement en 1^{ère} catégorie avec nécessité d'avoir un poste de sécurité (3 agents 24h/24h – dépenses de 600 k€ par an)
 - L'EHPAD actuel du CH est en classement de type U du fait de la présence des fluides médicaux, il est possible d'envisager une projection vers un bâtiment indépendant de type J (liaison par passerelles avec le reste du site)
- selon échange avec le SDIS, le projet pourrait être ou ne pas être soumis à un poste de sécurité (coût d'exploitation estimé à 600 k€ par an)

5. Scénario d'implantation sur le site

Scenario retenu : Implantation sur la totalité de la parcelle

Schéma d'implantation sur site



Scenario retenu : Implantation sur la totalité de la parcelle

Coupe schématique d'organisation des bâtiments

Hospitalisation et ambulatoire

R+3	HC médecine + cardio pneumo : 52 lits	Internat	Tertiaire : syndicats, réunions, ...	HC médecine gériatrique : 30 lits	Tertiaire médical
R+2	HC SSR : 80 lits				Tertiaire médical
R+1	HC obstétrique : 15 lits	HC chirurgie : 35 lits	Secteurs ambulatoires : HDJ, UCA, soins externes	HC USLD : 30 lits	Tertiaire médical
RDC	Accueil et locaux publics	Secteurs ambulatoires : consultations et laboratoire		Administration	Tertiaire médical
					Locaux techniques

Bloc médico-technique

R+2	Stérilisation	Soins critiques	Locaux techniques
R+1	Bloc opératoire et interventionnel		Secteur naissances
			Chambres de garde
RDC	Urgences / UHCD		Imagerie
			Locaux techniques



EHPAD Hébergement

R+1	EHPAD : 3 x 26 lits				
RDC	EHPAD 2 x 26 lits	Alzheimer : 4 x 15 lits	UHR : 15 lits	PASA : 14 places	Locaux techniques

Pôle logistique

R+1	Logistique hôtelière et technique	Archives			
RDC	Logistique hôtelière et technique		PUI	Service mortuaire	Locaux techniques

Pôle énergie

RDC	Pôle énergie
-----	--------------

6. Calendrier d'opération

Calendrier d'opération

Site	Opération	Nature	Hypothèses	2022				2023				2024				2025				2026				2027				2028				2029				2030				2031			
				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
Opération portée par les établissements																																											
Nouveau site	Nouvel Hôpital	Construction	décision lancement																																								
Nouveau site	Nouvel Hôpital	Construction	hyp montage loi MOP / programme + choix MOE																																								
Nouveau site	Nouvel Hôpital	Construction	étude de conception + choix entreprises																																								
Nouveau site	Nouvel Hôpital	Construction	travaux 1 phase de 36 mois																																								
Opération non portée par les établissements																																											
Nouveau site	Cuisine centrale	Construction	hyp montage loi MOP / programme + choix MOE																																								
Nouveau site	Cuisine centrale	Construction	étude de conception + choix entreprises																																								
Nouveau site	Cuisine centrale	Construction	travaux 1 phase de 18 mois																																								
Programmation + choix MOE Etudes + Consultation Entreprises Travaux																																											

- Le calendrier ainsi présenté ci-dessus indique une livraison du bâtiment pour mi-2028 et une mise en service globale du nouvel hôpital pour début 2029, hypothèse de démarrage de la programmation en janvier 2023

NB : L'opération de la cuisine centrale décrite ci-dessous n'est pas portée par les établissements mais par la Communauté d'Agglomération

- Il a été pris comme hypothèse un calendrier déconnecté de celui du projet global (et une maîtrise d'œuvre différente), ce principe permettrait une mise en service de la cuisine centrale à début 2026
- L'accès au chantier de la cuisine centrale pourra s'effectuer depuis la voirie existante en partie Nord

7. Estimations financières

Composition du montant des travaux

➤ Le coût prévisionnel des travaux comprend :

- Les travaux de construction de bâtiment tous corps d'état et tous les équipements immeubles nécessaires au bon fonctionnement de l'opération immobilière, ainsi que tous les raccordements nécessaires au fonctionnement des installations techniques
- Postes spécifiques:
 - Incidences pour une démarche environnementale et des performances énergétiques supérieures à la réglementation
 - Provision pour fondations avec hypothèse d'assise à -2 m
 - Voiries Réseaux Divers / Aménagements extérieurs comprenant le parvis, les voies de circulation, des places de stationnements à hauteur de 850 places(aériennes ou en silo selon les scénarios), la gestion des eaux pluviales
 - Création d'une hélistation (au sol ou en toiture selon les scénarios)
 - Les spécificités liées à l'emprise au sol des constructions selon les scénarios
 - Les productions énergétiques (chaud, froid, électricité, fluides médicaux) pour desservir l'ensemble du projet

➤ Le coût prévisionnel des travaux ne comprend pas :

- **Les coûts liés à des marchés de travaux en entreprise générale ou en macro-lots**
- Les prestations non listées ci-dessus
- Les travaux de voiries et de réseaux en dehors de l'emprise de la parcelle dédiée au présent projet dont les accès depuis le route de Blois
- Les fondations « spéciales » : qui vont au-delà des hypothèses prises à ce stade (hypothèse d'une assise à -2 m)
- La dépollution du site
- Le mobilier, les équipements biomédicaux et les équipements d'imagerie
- Les différents process : cuisine centrale, blanchisserie, stérilisation, pharmacie

Composition du coût d'opération

➤ Le coût d'opération en valeur initiale comprend les dépenses suivantes :

- Honoraires de programmation et de Conduite d'Opération
- Honoraires maîtrise d'œuvre et pilotage OPC
- Indemnités des candidats non retenus à l'issue du choix de maîtrise d'œuvre
- Frais d'appel d'offres (publications)
- Honoraires d'investigations et diagnostics (géomètre, géotechnicien, pollution, hélisurface, acoustique, évaluations environnementales)
- Honoraires Bureau de Contrôle Technique
- Honoraires Coordonnateur SPS
- Honoraires Coordonnateur SSI
- Divers Imprévus et aléas en phase chantier
- Frais de viabilisation de la parcelle
- Assurance Dommages Ouvrage et Tous Risques Chantier
- **TVA :**
 - **5,5 % pour l'EHPAD (montant des travaux et honoraires de MOE associés)**
 - **20% pour le reste des marchés**

➤ Le coût d'opération en valeur finale comprend les dépenses suivantes :

- Idem coût d'opération en valeur initiale
- Actualisation des prix entre la présente étude (juin 2022) et la date de l'appel d'offre travaux
- Révision des honoraires
- Révision des marchés de travaux des entreprises

Montant travaux et Coût d'opération

Valeur Juin 2022	Scénario 1 : Implantation sur la totalité de la parcelle PROJET GLOBAL	dont PROJET MCO	dont PROJET EHPAD
Surfaces construites m² SDO	44 000 m²	33 400 m²	10 600 m²
Montant HT Coût Travaux (hors VRD et hélistation) € HT	91 380 000 €	71 535 000 €	19 845 000 €
Ratio en € HT / m² SDO	2 080 €	2 140 €	1 870 €
Montant HT Coût Travaux total y cps VRD et hélistation € HT	108 110 000 €	83 470 000 €	24 640 000 €
Ratio en € HT / m² SDO	2 500 €	2 500 €	2 300 €
Coût d'opération TDC valeur initiale	167 090 000 €	129 010 000 €	38 080 000 €
Coefficient TDC/HT valeur initiale	1,55	1,55	1,55
Coût d'opération TDC valeur finale	182 700 000 €	141 060 000 €	41 640 000 €
Coefficient TDC/HT valeur finale	1,69	1,69	1,69

- Spécificités Scenario retenu

- Prise en compte de la constructibilité sur l'intégralité de la parcelle
 - Mise en place des places de stationnement en aérien (hypothèse de 850 places) et de l'hélistation au sol

Montant travaux et Coût d'opération par établissement

Valeur Juin 2022	TOTAL	Répartition du montant travaux et coût d'opération					
Secteur HORS EHPAD	TOTAL € HT	Commun	Centre hospitalier de Vendôme Montoire - Hôpital	Centre hospitalier de Vendôme Montoire - EHPAD	Clinique du Saint-Cœur	L'Hospitalet	Privé / Location
Montant HT Coût Travaux total y cps VRD et hélistation € HT	83 236 000 €	16 173 000 €	36 583 000 €	0 €	18 770 000 €	4 907 000 €	6 802 000 €
Coût d'opération TDC valeur initiale	129 010 000 €	25 070 000 €	56 700 000 €	0 €	29 090 000 €	7 610 000 €	10 540 000 €
Coût d'opération TDC valeur finale	140 670 000 €	27 330 000 €	61 830 000 €	0 €	31 720 000 €	8 290 000 €	11 500 000 €
Valeur Juin 2022	TOTAL	Répartition du montant travaux et coût d'opération					
Secteur EHPAD	TOTAL € HT	Commun	Centre hospitalier de Vendôme Montoire - Hôpital	Centre hospitalier de Vendôme Montoire - EHPAD	Clinique du Saint-Cœur	L'Hospitalet	Privé / Location
Montant HT Coût Travaux total y cps VRD et hélistation € HT	24 630 000 €	0 €	0 €	24 630 000 €	0 €	0 €	0 €
Coût d'opération TDC valeur initiale	38 170 000 €	0 €	0 €	38 170 000 €	0 €	0 €	0 €
Coût d'opération TDC valeur finale	41 620 000 €	0 €	0 €	41 620 000 €	0 €	0 €	0 €

Nota : L'entité « commun » correspond aux surfaces et postes communs à l'ensemble de l'opération (hall d'entrée, secteurs logistiques, installations techniques, stationnement, VRD, ...). Les montants sont à répartir suivant une clé de répartition à définir par les établissements.

8. Opportunités du site unique

Valorisation foncière

- Le projet Site Unique propose notamment le regroupement de 2 sites du CH de Vendôme-Montoire actuellement situés en centre ville de Vendôme :
 - L'hôpital Daniel Chanet au 96 rue Poterie / 26.000 m² en cœur de ville et sur une île du Loir. Un site historique de l'ancien l'Hôtel Dieu fondé au 17^e siècle.
 - Le Centre de Soins André Gibotteau au 107 boulevard Kennedy / 15.576 m² en site urbain dense.
- Compte-tenu de l'importance de ces fonciers et leurs localisations, le projet Site Unique doit également intégrer une valorisation de ces cessions.
- Le Domaine a réalisé un rapport d'évaluation sur la valeur vénale de ces sites. Les conclusions sont les suivants :



VALEUR VÉNALE	Site de l'Hôpital	Centre de Soins
- en l'état	3 240 000 €	3 600 000 €
- avec modification du PLU permettant la construction de logements :	2 380 000 €	1 130 000 €



Précisions : un écart important existe entre les évaluations réalisées en l'état et celles en cas de modification du PLU, au détriment de ces dernières pénalisées notamment par d'importants coûts de démolition.

Mieux valorisés, les biens maintenus en l'état peuvent néanmoins s'avérer plus difficiles à vendre. En effet leur évaluation a été réalisée par comparaison avec des cessions d'établissements de santé. Or si le centre de soins pourrait être réutilisé moyennant quelques travaux, il n'en va pas de même du centre hospitalier qui nécessiterait des aménagements plus importants. L'étroitesse de marché est très élevée pour ce type de biens, en conséquence la marge d'appréciation pour ces évaluations sera particulièrement importante.

Comparaison des coûts énergétiques

- L'objectif à ce stade est de visualiser de façon macro les potentielles économies liées aux dépenses énergétiques entre les anciens sites existants et le site unique envisagé
- Cette approche n'intègre pas les coûts liés aux différents contrats de maintenance (étude spécifique à mener)
- Le bilan des dépenses énergétiques a été mené à partir des données du Centre Hospitalier (sur les 3 dernières années)
 - Pour le site D. CHANET (12 800 m² exploités avec des fonctions logistiques)
 - Pour le site CSAG (~12 000 m² exploités)
 - Le bilan des 2 sites est présenté sur les pages suivantes**
- Hypothèses pour le site unique envisagé :
 - Niveau énergétique → niveau RE 2020 (non connu précisément à ce jour / approche via les labels E+C-)
 - Fonctions logistiques présentes sur le site
 - Intégration des évolutions tarifaires (selon indication du CH)

Site CH D. CHANET – bilan des consommations énergétiques

- Le bilan présenté ci-dessous est issu des factures sur les années 2019 / 2020 / 2021

CH D. CHANET Surface exploitée = 12 813 m ² SDO	Consommations annuelles (sur 3 ans)	Dépenses annuelles (TTC)	Ratio de conso annuelles	Ratio de dépenses annuelles (TTC)
Gaz de ville	3 980 000 KWh	202 000 €	• 311 KWh/m ² SDO	• 15,8 €/m ² SDO
Electricité	988 000 KWh	118 000 €	• 77 KWh/m ² SDO	• 9,2 €/m ² SDO
TOTAL SITE D. CHANET		320 000 €	388 KWh/m².an	• 25,0 €/m² SDO

- Nota : le bilan intègre les fonctions logistiques du Centre Hospitalier*
- Le site se situe dans la moyenne haute du diagramme avec 388 KWh/m².an => représentatif des bâtiments énergivores, peu performants

Evolutions / Informations transmises par le Centre Hospitalier

- au 1^{er} juillet 2022 pour le gaz, il est annoncé une hausse dans le cadre du nouveau marché de 200 %.
- au 1^{er} juillet 2022 pour l'électricité, il est annoncé une hausse annuelle dans le cadre du nouveau marché de 20 %.
- Les dépenses annuelles (avec le nouveau tarif) serait de l'ordre de 60 €/m² SDO par an en 2023 soit ~770 K€ TTC par an (au lieu de 320 k€ TTC)

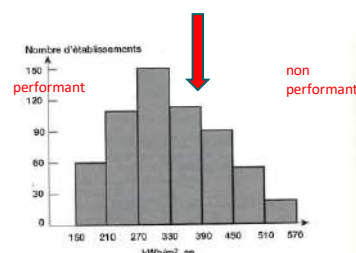


Figure 2. Consommation annuelle totale tous usages, corrigée du climat dans des établissements de santé, de tous âges (CEREN/APME1906)

Site CSAG – bilan des consommations énergétiques

- Le bilan présenté ci-dessous est issu des factures sur les années 2019 / 2020 / 2021

CSAG Surface exploitée = 12 000 m ² SDO	Consommations annuelles (sur 3 ans)	Dépenses annuelles (TTC)	Ratio de conso annuelles	Ratio de dépenses annuelles (TTC)
Gaz de ville	1 497 000 KWh	77 000 €	• 125 KWh/m ² SDO	• 6,4 €/m ² SDO
Electricité	700 000 KWh	85 000 €	• 58 KWh/m ² SDO	• 7,1 €/m ² SDO
TOTAL SITE CSAG		162 000 €	183 KWh/m².an	• 13,5 €/m² SDO

- Nota : les consommations semblent faibles en gaz pour ce type de bâtiment*
- Le site se situe dans la moyenne basse du diagramme avec 183 KWh/m².an => représentatif des bâtiments performants

Evolutions / Informations transmise par le Centre Hospitalier

- au 1^{er} juillet 2022 pour le gaz, il est annoncé une hausse dans le cadre du nouveau marché de 200 %.
- au 1^{er} juillet 2022 pour l'électricité, il est annoncé une hausse annuelle dans le cadre du nouveau marché de 20 %.
- Les dépenses annuelles (avec le nouveau tarif) serait de l'ordre de 30 €/m² SDO par an en 2023 soit ~320 K€ par an

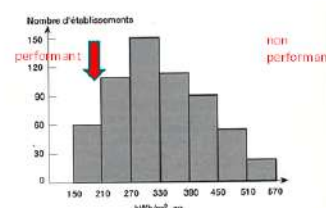


Figure 2. Consommation annuelle totale tous usages, corrigée du climat dans des établissements de santé, de tous âges (CEREN/APME1906)

Nouveau site unique – projection des dépenses énergétiques

- Le bâtiment projeté a une surface de 44 900 m² SDO
- Hypothèses pour le bâtiment projeté :
 - Recours aux énergies renouvelables (solaire, géothermie) et travail sur la récupération des énergies fatales
 - Recours à l'énergie électrique avec des équipements tels que pompe à chaleur, thermofrigopompe
 - Recours à l'énergie gaz uniquement en secours
- Le bilan présenté ci-dessous serait une projection « 2023 » avec l'intégration des hausses de tarifs des énergies
 - *Nota : dans le contexte actuel, il est très difficile d'avoir une lisibilité sur l'évolution des prix de l'énergie, il ne sera pas fait de projection à 2028 (date d'ouverture du nouvel hôpital)*
 - *Il est pris en référence de l'existant le CH Daniel CHANET représentatif du parc existant*

	Année de référence	Ratio dépenses annuelles (TTC)	Surface de référence	Dépenses annuelles (TTC)	Evolution
Site existant (CH transféré + Clinique)	2019 à 2021	25 €/m ²	42 000 m ²	1 050 k€	-
Site existant (CH transféré + Clinique)	Projection 2023	60 €/m ²	42 000 m ²	2 520 k€	+ 140 % par rapport à 2019 / 2021
Nouveau site	Projection 2023	35 €/m ² (gain énergie + hausse des tarifs)	44 900 m ²	~1 570 k€	~+50 % par rapport à 2019 / 2021 ~-38% par rapport à la projection 2023

A ce stade, il est estimé une économie de l'ordre de 38 % entre les dépenses énergétiques « 2023 » du parc existant et du site unique neuf.