

CH Robert Bisson LISIEUX



# Projet d'établissement 2023-2027



# Sommaire

1	Valeurs.....	7
2	Orientations stratégiques.....	9
3	Projet d'établissement en 7 tableaux.....	11
4	Projet médico-soignant.....	19
4.1	Présentation de l'organisation et de l'activité du Centre Hospitalier de Lisieux..	21
4.2	Présentation des 6 pôles.....	22
4.3	État des lieux en vue d'un projet médical et soignant.....	25
4.4	Réponses aux enjeux territoriaux et aux besoins de la population dans une démarche de parcours patient.....	30
4.5	L'élaboration du projet médical et de soin : éléments de méthode.....	31
4.6	Le projet médical et de soin.....	33
4.7	Évolution de l'offre de soin.....	36
4.8	Réponse au PRS et aux accords du SEGUR DE LA SANTÉ.....	37
4.9	Le projet répond aux orientations du SEGUR DE LA SANTÉ.....	40
4.10	Présentation synthétique des 6 projets de pôle.....	41
4.11	Projet médical avec les médecins de ville.....	47
5	Projet de soins.....	53
5.1	Définition du projet de soins.....	57
5.2	Contexte & origine du projet.....	57
5.3	Objectifs du projet.....	58
5.4	Méthodologie d'élaboration du projet de soins.....	58
5.5	Le diagnostic de situation.....	62
6	Projet psychologique.....	115
6.1	Modalités d'organisation dans l'établissement.....	117
7	Projet des usagers.....	139
7.1	Le projet des usagers - c'est quoi ?.....	141
7.2	Les objectifs.....	142
7.3	La démarche proposée.....	142
7.4	Les orientations du projet des usagers au CH Robert Bisson.....	142
7.5	La communication du projet des usagers.....	143
7.6	L'évaluation du projet des usagers.....	143

<b>8</b>	<b>Projet social.....</b>	<b>145</b>
8.1	Axe 1 Développer la marque employeur public du CHRB au service de l’attractivité et favoriser la fidélisation des professionnels .....	148
8.2	Axe 2 Faire de la qualité de vie au travail de l’ensemble des personnels un atout pour l’établissement.....	151
8.3	Axe 3 Maintenir dans l’emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et accompagner les séniors.....	153
8.4	Axe 4 Accompagner l’ensemble des managers, médicaux et non médicaux, de l’établissement .....	154
8.5	Axe 5 Donner une dimension éco-responsable à la gestion des ressources humaines .....	155
8.6	Axe 6 Spécificité du projet social médical .....	156
8.7	Indicateurs .....	157
<b>9</b>	<b>Projet de transition écologique .....</b>	<b>159</b>
9.1	Un cadre législatif et réglementaire qui structure l’action de l’hôpital public....	161
9.2	Les grands objectifs et plan d’actions.....	166
9.3	Les ambitions de l’établissement.....	172
<b>10</b>	<b>Projet de gouvernance et de management participatif .....</b>	<b>175</b>
10.1	Les principes généraux .....	178
10.2	Organisation .....	180
10.3	Le pôle – le service .....	180
10.4	Les responsables hospitaliers – désignation, accompagnement .....	186
10.5	Les projets .....	187
10.6	Sensibilisation et prévention.....	191
10.7	Suivi du projet de gouvernance et de management participatif .....	193

## Liste des sigles utilisés

AJ : Accueil de jour  
AMA : Assistant(e) médico-administratif  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé  
AMP : Aide médico-psychologique / Aide médicale à la procréation  
APA : Allocation personnalisée d'autonomie  
ARS : Agence régionale de santé  
AS : Aide-soignant(e)  
ASG : Assistant de soins en gérontologie  
ASH : Agent des services hospitaliers  
ASR : Assistant spécialiste régional  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
CALN : Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie  
CCTE : Commission consultative de la transition écologique  
CDU : Commission des usagers  
CEG : Centre d'évaluation gériatrique  
CGS : Coordination générale des soins  
CH : Centre hospitalier  
CHRB : Centre hospitalier Robert Bisson  
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles  
CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition  
CLIAS : Comité de lutte contre les infections acquises en soins  
CLUD : Comité de lutte contre la douleur  
CME : Commission médicale d'établissement  
CMP : Centre médico-psychologique  
CMPP : Centre médico-psycho pédagogique  
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CREA : Compte de résultat analytique  
CS : Conseil de surveillance  
CSE : Comité social d'établissement  
CSG : Court séjour gériatrique  
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques  
CSP : Code de la santé publique  
CSS : Cadre supérieur de santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination  
DAF : Direction des affaires financières  
DIM : Département d'information médicale  
DPI : Dossier patient informatisé  
DRHAM : Direction des ressources humaines et des affaires médicales  
DSI : Direction du système d'information  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EIG : Évènement indésirable grave  
EMEGD : Équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile  
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs  
EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène  
EPMS : Établissement public médico-social  
EPSM : Établissement public de santé mentale  
ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer, et maladies Apparentées, à Domicile  
FEI : Feuille d'évènement indésirable  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHH : Groupement hospitalier du Havre  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
GTT : Gestion du temps de travail  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HC : Hébergement à temps complet  
HDJ : Hôpital de jour  
HT : Hébergement temporaire  
HTSH : Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation  
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état  
IDE : Infirmier diplômé d'État  
IFPS : Institut de formation des professionnels de santé  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
IPA : Infirmier(ère) en pratiques avancées  
IPDMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour  
IOSS : Indicateur qualité sécurité soins  
IVG : Interruption volontaire de grossesse  
LISP : Lit identifié soins palliatifs  
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MER : Manipulateur en électro-radiologie  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PA : Pratiques avancées  
PAE : Procédure d'autorisation d'exercice  
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité  
PAQSS : Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins  
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés  
PCME : Président de la Commission médicale d'établissement  
PDES : Permanence de soins en établissement de santé  
PLE : Pont L'Évêque  
PH : Praticien hospitalier  
PMP : Projet médical partagé  
PNM : Personnel non médical  
PPH : Préparateur en pharmacie hospitalière  
PSLA : Pôle de santé libéral ambulatoire  
PSP : Projet de soins partagé  
PTA : Plateforme territoriale d'appui  
PUI : Pharmacie à usage intérieur  
QVT : Qualité de vie au travail  
RAAC : Récupération accélérée après chirurgie  
RETEX : Retour d'expérience  
RPS : Risques psycho-sociaux  
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence  
SAU : Service d'accueil des urgences  
SIH : Système d'information hospitalier  
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
Swot : Strength, weakness, opportunity, threats  
UCC : Unité cognitivo-comportementale  
UHR : Unité d'hébergement renforcé  
UMG : Unité mobile de gériatrie  
URML : Union régionale de médecine libérale  
USA : Unité de soins spécifiques Alzheimer  
USC : Unité de surveillance continue  
USINV : Unité de soins intensifs neuro-vasculaires  
USLD : Unité de soins de longue durée



## Avant-propos

### En quoi consiste le Projet d'établissement ?

Le projet d'établissement est défini par le Code de la Santé Publique.

Il projette l'évolution du public accueilli, l'évolution des missions, des compétences, des coopérations et des organisations au sein de l'établissement en intégrant les moyens pour y parvenir.

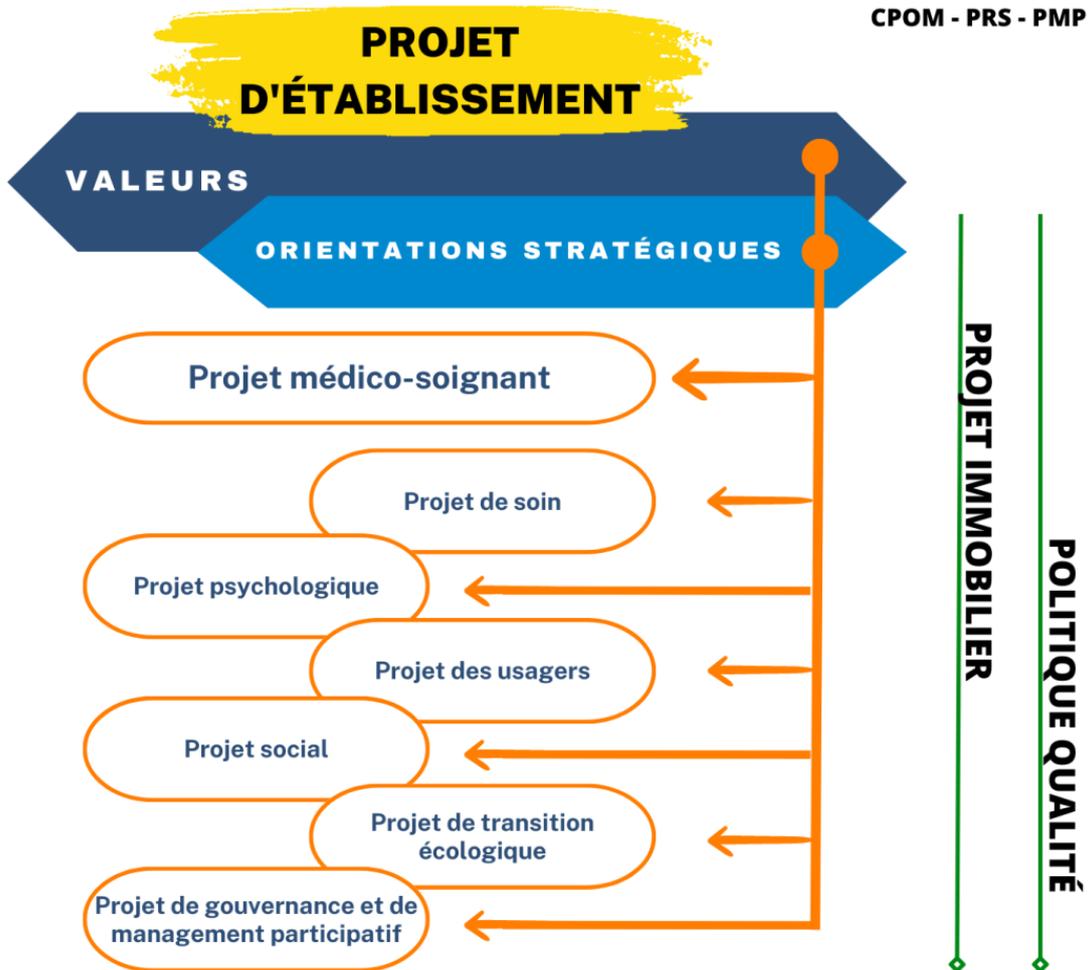
Il est composé de différentes parties obligatoires et facultatives.

Il est élaboré en lien avec les projets du Groupement hospitalier de Territoire (Normandie Centre) et notamment avec le PMP (Projet Médical Partagé). Il est également décliné en fonction du Projet Régional de Santé élaboré par l'Agence Régionale de Santé Normandie dont une déclinaison est traduite dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (signé entre l'établissement et l'ARS).

Le projet d'établissement est approuvé par le Conseil de Surveillance après avis des instances (Directoire, CME, CSIRMT, CSE, CDU).

A l'hôpital de Lisieux, nous avons recensé fin 2020 les valeurs auxquelles les agents étaient le plus attachés.

Le projet d'établissement est en lien fort avec la politique qualité de l'établissement. Le projet immobilier retenu par l'ARS et le Conseil Régional de Normandie constitue un élément clé de déclinaison du Projet d'Établissement.



# 1 Valeurs

Le Centre hospitalier de Lisieux place la sécurité et la qualité au cœur de son projet.

Le nouveau Projet d'Établissement a été conçu à partir de 2021 ; il est le fruit de multiples échanges, partages et concertations au sein de l'établissement en fonction des thématiques abordées. Il s'appuie largement sur les propositions et les orientations des pôles et des services de l'établissement.

Il s'appuie sur des valeurs :

<b>Respect / Bienveillance / Solidarité / Adaptabilité / Rigueur</b>
--

Il définit des orientations stratégiques.

Elles constituent le sens et les priorités de l'établissement en donnant de la lisibilité et en favorisant l'esprit d'équipe.

*Définitions du dictionnaire de la langue française*

*Respect* = Sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers.

*Bienveillance* = Disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui.

*Solidarité* = Relation entre personnes qui entraîne une obligation morale d'assistance mutuelle.

*Adaptabilité* = Capacité de s'ajuster à de nouveaux milieux ou à de nouvelles situations pour être approprié.

*Rigueur* = Caractère de quelqu'un, de quelque chose, qui se distingue par une exactitude, une logique, une précision.



## 2 Orientations stratégiques

Ce sont 5 axes stratégiques qui synthétisent les ambitions fortes du Centre hospitalier de Lisieux :

AXE 1. **Une modernisation numérique et immobilière au service des patients et des professionnels**

AXE 2. **Une offre de soins de proximité renforcée, confortée par des filières d'expertise**

AXE 3. **Un Hôpital, acteur de santé publique, promoteur dans l'accessibilité, l'inclusion, la prévention, le développement durable**

AXE 4. **Un patient autonomisé dans son parcours de soin**

AXE 5. **Un hôpital ouvert sur son territoire : coopérations renforcées avec le Groupement Hospitalier de Territoire, les professionnels de ville, les collectivités territoriales et les autres acteurs de prise en charge**

Ce projet veille à inscrire notre hôpital comme un acteur clé pour la population du territoire. Il vise à une amélioration continue de son rôle de service public hospitalier en l'inscrivant dans une **modernisation ambitieuse** (technologie, innovation, architecture, soins, organisations...) à travers de multiples projets.

La reconnaissance de **la place de l'utilisateur** est un marqueur de ce projet avec le choix d'élaborer un projet des usagers.

Le Centre hospitalier fait également le choix d'un engagement résolu dans la **transition écologique**, traduit dans un des volets du projet, et en expérimentant une Commission Consultative de la Transition Ecologique.



# 3

## Projet d'établissement en 7 tableaux

## Lignes directrices médico-soignantes

- **Ligne 1.** Adapter et enrichir l'**offre de soin** au plus près des besoins et des attentes de la population
- **Ligne 2.** Déployer une expertise, une offre de qualité et des actions de santé publique en favorisant les partenariats sur le **territoire**
- **Ligne 3.** Favoriser l'**autonomie** du patient, acteur de sa prise en charge dans un parcours de soins coordonné

- **Ligne 4.** Réorganiser les **circuits** pour optimiser les flux, en modernisant l'architecture des locaux et en mutualisant les moyens
- **Ligne 5.** Accompagner les **usagers** en diversifiant et en adaptant les dispositifs à l'évolution sociétale

- **Ligne 6.** Favoriser le **recrutement** et la fidélisation de futurs professionnels par l'attractivité, l'accueil, la formation
- **Ligne 7.** Adapter les pratiques et renforcer les compétences des professionnels pour viser l'**excellence**

- **Ligne 8.** Adapter l'hôpital à la prise en charge des **populations spécifiques**
  - Adolescents
  - Personnes âgées
  - Usagers porteurs d'un handicap
  - Patients nécessitant des soins palliatifs
- **Ligne 9.** Renforcer la **sécurité** et la **qualité** des prises en charge
- **Ligne 10.** Promouvoir l'innovation, la **recherche** clinique et les nouvelles technologies au service du patient



### 6 projets de pôle

#### Des enjeux communs

- Sécurité et qualité
- Parcours / filières
- Autonomisation du patient
- Evolution de l'offre de prise en charge
- Nouvelles activités
- Coopérations / territoire
- Expertise
- Permanence des soins
- Attractivité
- Accueil et formation des internes

- **Axe 1. Accessibilité** : mieux partager l'information dans la prise en charge des patients
- **Axe 2.** Favoriser l'**accueil** des internes et l'implantation de nouveaux praticiens
- **Axe 3.** Projets **communs**, partage d'expériences et de connaissances

### Médecine de ville

### Volet soin

- Promouvoir l'adaptabilité nécessaire à la transformation hospitalière, en favorisant la participation et l'adhésion des équipes
- Favoriser le développement des compétences nécessaires au déploiement des projets médicaux, en tenant compte de la démographie médicale tout en valorisant les métiers de soins
- Impulser le numérique dans les pratiques de soins et de management, source de sécurisation, d'attractivité et d'amélioration de la performance
- Sécuriser les parcours professionnels, les pratiques de soins et managériales
- Faire évoluer nos pratiques au regard des besoins et attentes des usagers et de ceux des professionnels

## OBJECTIFS VISÉS

- Améliorer nos prestations de soins au service des usagers,
- Moderniser et sécuriser les pratiques soignantes,
- Répondre aux attentes des soignés et des soignants,
- S'inscrire dans une volonté de décloisonnement,
- Questionner le sens de nos actions et leur adaptation aux exigences réglementaires, environnementales et sociétales,
- Impulser une dynamique managériale et guider le changement,
- Veiller à la qualité de vie au travail.

## AXES DÉFINIS

- Moderniser les pratiques de soins en développant l'utilisation du numérique
- Accompagner le déploiement des projets médicaux en développant les compétences adéquates, en faisant évoluer nos pratiques de soins, en conformité avec les attentes et besoins des usagers, et en veillant à la valorisation des métiers du soin
- Sécuriser les parcours professionnels,
- Sécuriser les pratiques managériales

Directioi

## ENGAGEMENT

### Fruit d'un travail collectif et concerté renforçant le dialogue et la communication

Coordonné avec le projet médical et intégrant les évolutions sanitaires nationales, territoriales et locales.

## VALEURS

**RESPECT**

**BIENVEILLANCE**

**COMMUNICATION**

**RECONNAISSANCE**

## Diagnostic de l'existant

- Rencontres avec les pôles, la Direction, le PCME et la DSIRMT
- Identification des projets prioritaires et structurants au sein des pôles
- Travail en ateliers autour de la méthode SWOT
- Travail d'analyse et de rédaction

## MÉTHODE D'ÉLABORATION

### 5 thématiques

- Prise en charge du patient et parcours de soins : en intra, lien inter/service ou en extrahospitalier,
- Recrutement, intégration et compétences des personnels paramédicaux tant en service de soins qu'en secteurs spécialisés,
- Pratiques de soins : rôle propre, rôle prescrit, gestion des risques à priori et à postériori, protocoles de soins, démarche qualité,
- Pratiques managériales et positionnement dans l'institution
- Conduite du changement, adaptabilité, communication,
- Qualité de Vie au Travail et conditions d'exercice professionnel des paramédicaux

## FICHES ACTION DÉVELOPPÉES

- Déploiement DPI
- Développement de la télésurveillance / télésoin
- Développement de la simulation en santé
- Promotion du télétravail des cadres
- Déploiement des IPA, de la RAAC
- Maintien de la dynamique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs
- Promotion du respect des droits, des usagers
- Promotion de la bientraitance
- Intégration et montée en compétence des professionnels (soignants et cadres)
- Développement de la culture qualité et GDR
- Priorisation sur la continuité et la permanence des soins



## CHAMPS D'EXERCICE

### Les pôles d'intervention

- Pôle médecine
  - Unité d'addictologie 100%
  - Soins de support en psycho-oncologie 50%
  - Centre mémoire 200%
  - Neurologie & Unité neuro-vasculaire 90%
- Pôle Mère-Enfant
  - Pédiatrie 150%
  - Maternité, gynécologie, néonatalogie 80%
- Pôle gériatrique
  - UCC 80%
  - SSR 20%
  - CEG Hôpital de jour 50%
  - Accueil de jour 50%
  - Ehpad 150%
  - Soins palliatifs 80%
  - Unité Douleur 50%

## EXERCICE PARTAGÉ

### Déjà mis en place

- Participation aux staffs
- Consultation conjointes avec les médecins
- Soutien et étayage des équipes
- Transmissions soignantes
- Liens interprofessionnels
- Participations aux groupes de travail
- Participation aux réunions de réseaux

### Actions à développer ou à initier

- Participer de manière plus importantes aux réunions des équipes soignantes
- Formaliser la rédaction d'appels à projets communs
- Renforcer les liens avec les établissement extra-hospitaliers
- Staffs d'harmonisation des pratiques
- Démarches conjointes interservices sur des problématiques communes
- Rechercher les moyens d'échanger de manière pluridisciplinaire en toutes circonstances

## ORGANISATION

### Déjà mis en place

- Un exercice dans les services, au sein des 6 pôles, une réunion dans un collège.

### Actions d'amélioration

- Favoriser la connaissance par l'ensemble des professionnels de santé de l'existence des psychologues et des spécialités de chacune d'entre-elles par service
- Impliquer les psychologues dans les démarches institutionnelles
- Créer une communication bienveillante lors de changements d'outils
- Impliquer les psychologues au sein de leur pôle et les faire participer aux projets
- Conforter l'existant en termes de moyens

## PROJET PSYCHOLOGIQUE

CH Lisieux  
2023-2027

## ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT

### Déjà mis en place

- Patient et entourage
- Prise en charge somatique
- Prise en charge des maladies chroniques
- Bilans neuro-psychologiques
- Consultations externes
- Projets de vie personnalisés

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Renforcer le lien avec les familles
- Réinvestir les projets d'éducation thérapeutique
- Améliorer les actions en lien avec les techniques non médicamenteuses
- Développer toutes les actions pour prévenir et accompagner les addictions
- Améliorer la diffusion et l'information sur les soins palliatifs
- Détection précoce des besoins des patients

## VALEURS

### Déjà mis en place

- Code de déontologie
- Réflexion éthique
- Respect des patients et de leur entourage
- Réflexion et échanges pluridisciplinaires

### Actions à renforcer

- Activité de formation et de recherche

## OBJECTIFS

### Éléments retenus

- Est articulé avec les différents projets de l'établissement et peut contribuer à les alimenter
- Contribue à la stratégie de l'établissement
- Se veut un appui au partenariat existant entre usagers/professionnels/direction
- S'appuie sur les rapports d'activité de la CDU et sur les autres bilans disponibles de l'institution (notamment IQSS, E-satis et questionnaires de satisfaction)
- Implique l'ensemble des représentants des usagers, bénévoles le cas échéant, les représentants de la CME, de la CSIRMT, de la direction
- Se veut appui à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

## PLAN D' ACTIONS

### Les orientations retenues

- La politique d'accueil : accessibilité du public et information
- Le respect des droits des patients, information et accompagnement des usagers aux soins et aux droits (internet, livret d'accueil, affichage)
- L'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des soins par l'intervention d'associations de patients bénévoles (entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades et des familles)
- L'organisation des parcours des patients et la fluidité des parcours en lien avec les associations de patients bénévoles (préconisations et conseils en vue du retour à domicile)
- La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bienveillance / bientraitance et le respect de la dignité
- Favoriser la qualité des relations d'aide et de soutien patients / famille par les équipes professionnelles

## VALORISATION ET ÉVALUATION

### Communication

- La communication interne :
  - Au sein des instances
  - Dans la gestion documentaire
  - Dans la lettre d'information des professionnels
- La communication externe :
  - Sur le site internet
  - Aux autorités de tutelle au moment de l'envoi du projet d'établissement

### Evaluation

- L'avancement des différentes actions retenues dans le projet des usagers sera présenté en CDU à minima une fois par an et discuté avec les représentants des usagers.

## PROJET DES USAGERS

CH Lisieux  
2023-2027

## DÉFINITION

### Une innovation en matière de démocratie sanitaire

- L'opportunité de renforcer et afficher le partenariat entre les représentants des usagers et les acteurs du Centre Hospitalier
- L'engagement dans un mouvement d'évolution sociale où le patient devient acteur de sa santé
- Se donner les moyens de sécuriser les parcours et les soins

## DÉMARCHE

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Validation du principe de création d'un projet des usagers en CDU
- Proposition d'une trame par la Direction générale
- Réflexion conjointe direction/usagers/professionnels sur le contenu du projet
- Validation par la CDU
- Présentation dans les autres instances
- Suivi annuel

## AXE 1 : Développer la marque employeur public du CHRB (attractivité et fidélisation)

### Plan d'actions

- Développer l'attractivité du CHRB :
  - Modernisation des processus de recrutement
  - Amélioration des procédures d'accueil
- Promouvoir le développement professionnel :
  - Promotion du e-learning
  - Instaurer des entretiens de "carrière"
  - Promotion des spécialisations
  - Mise en place de journées découvertes
- Renforcer le sens du collectif :
  - Promotion de l'établissement, des services et des actions qui y sont menées en interne et en externe
  - Institutionnaliser l'organisation de réunions de service
  - Développement du dispositif de tutorat
  - Mise en place d'un système permettant aux agents de soumettre des idées ou des thèmes d'actions institutionnelles
- Jouer pleinement notre rôle d'acteur social responsable :
  - Favoriser l'accès au statut
  - Promouvoir l'égalité professionnelle
- Mieux valoriser les filières administratives, techniques, socio-éducatives, et logistiques :
  - Mise en adéquation grade/fonction
  - Valorisation de l'importance de ces métiers
  - Encourager les demandes de formations

## AXE 5 : Donner une dimension éco-responsable à la gestion des ressources humaines

### Plan d'actions

- Mise en œuvre de la prime de mobilité durable destinées aux agents utilisant le covoiturage ou des moyens de transport non-thermiques
- Promotion du covoiturage
- Développement d'outils ou d'installations favorisant l'utilisation de transport non polluants ou moins polluants
- Actions de sensibilisation à un comportement professionnel éco-responsable

## AXE 4 : Accompagner l'ensemble des managers, médicaux et non-médicaux, de l'établissement

### Plan d'actions

- Création d'un catalogue de formations à destination des nouveaux cadres
- Création d'un catalogue de formations pour actualisation des connaissances à destination des cadres en poste
- Mise en place de formations au management à destination des médecins
- Mise en place d'un plan d'actions visant à recentrer les cadres sur leur cœur de métier (animation d'équipe et amélioration des conditions de travail)

## AXE 2 : Faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement

### Plan d'actions

- Soutien institutionnel fort aux projets QVT
  - Actions de prévention (sommeil, bien manger, tabac)
  - Protocole télétravail
  - Développement activités institutionnelles (salle de repos, sport...)
  - Favoriser l'adéquation vie personnelle / vie professionnelle
- Mieux adapter la DRH aux besoins des agents et des services
  - Digitalisation des RH
  - Ateliers de formation/information à destination des agents
  - Développer les supports d'information



## AXE 3 : Maintenir dans l'emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et accompagner les séniors

### Plan d'actions

- Création d'une commission visant à développer la politique "handicap et maintien dans l'emploi"
- Actualiser la cartographie des postes prioritairement accessibles aux agents en situation de handicap ou ayant des restrictions médicales

# Faire de la transition écologique un des axes stratégiques de l'action de l'établissement

## GOUVERNANCE

### Déjà mis en place

- Volet éco-responsable du projet d'établissement adopté
- 1 direction en charge directe de la thématique
- Comité de pilotage opérationnel désigné  
4 membres : Noémie Le Clech / Thomas Péron / Noémie Adèle / Jeanne-Elise Eudier
- 1 commission consultative de la transition écologique (CCTE)

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Faire vivre les recommandations et avis de la CCTE
- Inscrire la transition écologique dans la décision hospitalière : directoire, CODIR, commissions, directions fonctionnelles
- Alignement territorial de nos ambitions environnementales et bas carbone au sein des établissements en direction commune

## COMMUNICATION

### Déjà mis en place

- Encart transition écologique dans le bulletin bi-mensuel de l'établissement à destination des professionnels

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Création d'une newsletter spécifique dédiée aux transitions au CH
- Promotion de la démarche vers les étudiants de l'IFPS et les internes
- Campagne dynamique et impactante sur les éco-gestes du quotidien : utilisation de l'eau, de l'électricité, des ascenseurs et des climatisations

Directio

## THÉMATIQUES

### Déjà mis en place

Organisation du plan d'actions par thématiques transversales identifiées :

- DECHETS : tri, valorisation, baisse des volumes
- ACHATS : sobriété & achats responsables
- SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER ET ENERGETIQUE : cap sur la réhabilitation performante des surfaces et réduction des consommations d'eau
- BIODIVERSITE : gestion des espaces verts, présence animale et forestière
- ECO-SOINS : diminution des consommations lors des soins, santé environnementale, alimentation décarbonée et préservation de la ressource en eau

- MOBILITES : promotion et facilitation modes doux et d'autopartage, aménagement des parkings autour des mobilités douces, électrification du parc automobile

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Développer et constituer les groupes de travail de la thématique Eco-soins
- Intégrer les systèmes d'information :
  - gestion durables des SI
  - levier d'action pour aller vers plus de sobriété et de services

## OUTILS

### Déjà mis en place

- Bilan d'émissions de gaz à effet de serre
- Audit énergétique bâtiments
- PAQ - thématique DD
- Conseillers en transition énergétique du GHT

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Schéma directeur immobilier sobre
- Réseau de référents DD dans chaque pôle
- Alimenter l'espace développement durable du site intranet pour faciliter l'échange documentaire vers les agents du CH

## PROJET DE TRANSITION ÉCOLOGIQUE

CH Lisieux 2023-2027

-25%



## FORMATION

### Déjà mis en place

- Thématique inscrite au PF 2023 vers l'encadrement

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Séminaire annuel 2023 dédié à la transition écologique
- Inscription de la thématique dans le PF soignants

### Déjà mis en place

- Charte de gouvernance
- Réunions institutionnelles
- Commissions permanentes (investissement hôtelier, biomédical, système d'information), Costrat système d'information, cellule de gestion de parcours patient, Costrat Qualité gestion des risques, Commission Consultative de la Transition Ecologique
- Directoire élargi aux chefs de pôle
- Cadres invités au directoire / CSE / CSIRMT au cas par cas
- CME à la CSE et CSIRMT
- Binôme de pôle défini la gouvernance de pôle
- Direction des projets
- Intégration des usagers

## GOUVERNANCE

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Soutien de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux (entraide intra et inter-pôles)
- Politique de délégation aux pôles et services de soin pour les remplacements de personnel
- Référent Egalité femmes / hommes
- Circuit d'informations ascendantes et descendantes défini au sein du pôle
- ODJ CSE et CSIRMT envoyés aux chefs de pôle

## MANAGEMENT PARTICIPATIF

### Déjà mis en place

- Réunions de service : modalités définies par le binôme de service
- Délégation de tâches et de responsabilités dès que cela est possible
- Démarches intégrées aux projets
- Accompagner les démarches QVT

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Espaces collectifs / démarches participatives soutenus (débriefings, groupes de travail, brainstormings, quick staffs, ...) dans les services
- Temps banalisé pour l'ensemble des cadres pour favoriser les échanges et le partage d'informations
- Proposition aux internes et étudiants d'intégrer des démarches de projet
- Valorisation des référents de compétences par identification
- Démarches de gestion prévisionnelle des moyens et compétences
- Formalisation des modalités d'échanges et de rencontres entre binôme de pôle et entre binôme de service

# PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF

CH Lisieux  
2023-2027

## COMMUNICATION

### Déjà mis en place

- Communication externe vers les usagers, les partenaires

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Modes de communication interne entre professionnels réfléchis : transmissions ciblées, outils numériques, ...
- Promotion de l'établissement vers les étudiants
- Communiquer sur :
  - Dynamiques de l'établissement
  - Procédures de projets
  - Missions, articulation et composition des instances
  - Missions, compétences des acteurs des directions fonctionnelles et processus décisionnels
  - Tableau guide des interactions entre pôles, services et directions fonctionnelles

## ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT

### Déjà mis en place

- Uniformisation des modalités d'accueil des salariés et des étudiants
- Tutorat à la prise de poste
- Journée d'accueil des internes
- Séminaire annuel d'accueil et d'intégration des cadres

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Séminaire annuel pour l'encadrement avec une dimension managériale
- Modules de formation management & gestion de projets pour les cadres / management pour les responsables médicaux
- Journée d'accueil nouvel arrivant
- Développement des stages étudiants (pré-pro IDE, nb étudiants par service)
- Démarches de retour d'expérience sur les conditions d'accueil des étudiants

## OUTILS

### Déjà mis en place

- Charte de gouvernance
- Charte de management
- Aide-mémoire qualité
- Livret d'accueil nouvel arrivant

### Actions à entreprendre ou finaliser

- Boîte à outils du cadre
- Outils numériques (ex Nextcloud)
- Outils méthodologie gestion de projets

## 4 Projet médico-soignant





#### 4.1 Présentation de l'organisation et de l'activité du Centre Hospitalier de Lisieux

Le Centre Hospitalier de Lisieux développe des activités en s'appuyant sur une expertise forte au sein du Pays d'Auge.

Établissement de référence, son offre de soins comprend une activité de proximité complète associée à une offre spécialisée riche :

- Urgences adultes et pédiatriques
- Soins intensifs : USINV (prise en charge des AVC), USC (cardiologie), réanimation, chirurgie avec la PDSES, SMUR,
- Maternité et service de néonatalogie de niveau 2B,
- Plateau d'explorations fonctionnelles étendu : Endoscopie digestive diagnostique et interventionnelle, endoscopie bronchique, électroencéphalographie, électromyographie, polygraphie ventilatoire, échocardiographie, épreuve d'effort, explorations vestibulaires et auditives
- Filière gériatrique inscrite dans le cadre d'une fédération inter hospitalière avec le CH de la Côte Fleurie : court séjour gériatrique, SSR gériatrique, UCC, UMG, CEG, USLD, EHPAD, accueil de jour, centre mémoire

Il convient également de citer :

- Médecine des adolescents
- Pathologies chroniques et éducation thérapeutique
- Prise en charge de la douleur et des soins palliatifs
- Epuration extra-rénale (hémodialyse, dialyse péritonéale)
- Prise en charge de l'obésité
- Prise en charge oncologique
- Activité de rythmologie
- Imagerie médicale multi-modalités
- Laboratoire de biologie médicale avec une offre étendue

Des liens forts et multiples doivent être également mis en avant entre le CH de Lisieux, le CH de Pont l'Évêque, l'EPMS d'Orbec et le CH de Vimoutiers dans le cadre de la direction commune tant en termes de parcours patients que de partage d'expertise. Il dispose également de liens forts avec le CHU de Caen (notamment dans le cadre du PMP et du PSP).

Au regard du rôle de l'établissement sur son territoire et compte tenu des coopérations nouées avec les partenaires avoisinants, la structuration de l'activité et des filières de l'établissement a pour objectif de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, tout en réduisant les fuites en dehors du territoire. L'enjeu est de conforter une activité de proximité pour une population identifiée comme en partie précaire et avec une mobilité parfois limitée.

## **4.2 Présentation des 6 pôles**

### **4.2.1 Le pôle Médecine**

Ce pôle est composé des services de :

- Cardiologie-médecine vasculaire avec une Unité de soins continus de cardiologie,
- Neurologie avec une Unité neuro-vasculaire (Soins intensifs et unité de repli) et un centre mémoire,
- Médecine interne - Médecine polyvalente,
- Pneumologie - infectiologie et oncologie thoracique,
- Néphrologie

Tous proposent, au-delà de l'hospitalisation, une offre de consultation, d'explorations fonctionnelles et d'expertise. Il existe également une activité de consultation d'Endocrinologie-Diabétologie.

Le pôle de médecine vasculaire propose une prise en charge globale et coordonnée des maladies chroniques (le diabète, l'obésité, l'insuffisance rénale, les maladies neuro-dégénératives, les maladies auto-immunes, la sclérose en plaques...) et des maladies liées aux risques cardiovasculaires (AVC, infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs ...).

Il assure aussi l'encadrement des activités de rééducation fonctionnelle (kinésithérapie, ergothérapie, diététique, orthophonie) ainsi que le Département d'information médicale.

### **4.2.2 Le pôle Chirurgie**

Ce pôle est composé des services de la Chirurgie A qui comprend la chirurgie viscérale, vasculaire, l'urologie et les spécialités chirurgicales (ORL, Stomatologie, Ophtalmologie), de la Chirurgie B pour la chirurgie orthopédique, de la gastro-entérologie comprenant l'addictologie ainsi que la Chirurgie Ambulatoire et le Bloc Opératoire.

Sa capacité d'accueil est de 47 lits et places (dont 15 lits en chirurgie viscérale et vasculaire, 22 lits en chirurgie orthopédique et 10 places en chirurgie ambulatoire).

#### **4.2.3 Le pôle Femme-Mère-Enfant**

Ce pôle est composé des services de Gynécologie Obstétrique, de Maternité, de Néonatalogie, de Pédiatrie, des Urgences Pédiatriques et d'un Hôpital de Jour Pédiatrique. Chacune de ces unités réalise des consultations.

Une unité de soins intensifs néonataux, une unité Kangourou, un secteur d'orthogénie et une Unité d'accueil médico-judiciaire dédiée à l'enfance complètent l'offre de soins.

De la Maternité à la Pédiatrie, l'ensemble des professionnels qui interviennent en cohérence et complémentarité, assurent, avec expertise, la continuité des soins.

#### **4.2.4 Le pôle Gériatrie**

Ce pôle est composé de :

- un service de Court Séjour Gériatrique,
- un Centre d'Évaluation Gériatrique (CEG) (consultations spécialisées, Unité Mobile de Gériatrie (UMG) et Hôpital de Jour Gériatrique (HDJ)),
- une Unité de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) avec une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC),
- un service de douleur-soins palliatifs,
- une Hospitalisation À Domicile (HAD) polyvalente,
- une Unité de Soins de Longue Durée (USLD),
- un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) comprenant des secteurs spécialisés (USA, UHR, PASA),
- un Accueil de Jour.

Les médecins du pôle participent à l'activité du Centre Mémoire.

Il a pour mission la prise en charge globale (physique, psychologique et sociale) de patients âgés, en particulier poly-pathologiques. Cette prise en charge est développée à partir de services d'hospitalisations traditionnelles (médecine gériatrique, SSR), mais aussi d'alternatives à l'hospitalisation avec un panel de consultations spécialisées, hôpital de jour et HAD. Au sein du pôle, la filière «prise en charge des pathologies cognitives» est spécifiquement organisée avec des consultations et hospitalisation d'évaluation gériatrique, une UCC, et des services d'accueil spécifique au sein de l'EHPAD (Unité d'Hébergement Renforcée et Unité Spécialisée Alzheimer).

#### **4.2.5 Le pôle Transversal clinique**

Ce pôle est composé des services d'Anesthésie, de Réanimation, d'Urgences avec une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, d'un SMUR, de l'Imagerie médicale (radiographie conventionnelle, échographie, 1 scanner 128 barrettes et 2 IRM 1.5T), de l'Unité Médico-Judiciaire

de Proximité, et d'une unité de Psychiatrie sous la forme d'équipe de liaison attachée à l'EPSM de Caen.

La transversalité de ce pôle implique un nécessaire dialogue avec les autres pôles, notamment en termes d'organisation afin d'être plus efficient et d'assurer une meilleure prise en charge.

#### **4.2.6 Le pôle Transversal support**

Il est composé du Laboratoire d'Analyses Médicales, de la Pharmacie à usage interne, du service de Stérilisation, de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène et de la Médecine Ambulatoire.

Le laboratoire de biologie médicale assure les fonctions suivantes :

- Microbiologie
- Hématologie, hémostase
- Immuno-Hématologie
- Bio chimie générale et spécialisée
- Biologie moléculaire
- Sérologie
- Biologie de la reproduction
- Auto immunité

Il gère en outre le centre de prélèvement à destination du public externe et le centre de dépistage «Covid».

La gestion de la délivrance des produits sanguins labiles (>3000 PSL par an) est confié à un dépôt sous la responsabilité des biologistes du laboratoire.

La pharmacie à usage interne gère les médicaments et dispositifs médicaux. Elle garantit la stérilisation des matériels du bloc. Elle prépare les chimiothérapies pour le compte de l'établissement et de certaines HAD du territoire.

#### ***Organisation de la gestion de la crise sanitaire « COVID ».***

De manière plus générale, l'établissement a été confronté de manière forte à la crise sanitaire depuis le printemps 2020. Cela a conduit à de multiples réorganisations obligeant chaque unité à ajuster ses modes de fonctionnement et organisation. Le flux de patients le plus important a été accueilli aux urgences adultes avec un secteur dédié, en unité COVID et en réanimation-USC. La HAD a été également organisée pour accueillir des patients COVID. Des circuits ou secteurs ont été définis également, notamment en pédiatrie, gynéco-obstétrique et chirurgie. L'imagerie a

déterminé une organisation spécifique pour ce type de prise en charge. Un centre de dépistage a été ouvert par le laboratoire qui a progressivement internalisé la réalisation des analyses. Un centre de vaccination a été ouvert en janvier 2021. L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène a été mobilisée fortement sur ces sujets. Le pilotage a été assuré par une cellule de crise pluridisciplinaire associant Direction, Présidence de CME, les différents pôles, le CHSCT, l'EOH, le Service de santé au travail, le centre de vaccination...

## 4.3 État des lieux en vue d'un projet médical et soignant

### 4.3.1 Des éléments de contexte territorial

- A) Quelques éléments clés du Pays d'Auge (dans le cadre du travail relatif au diagnostic local de santé)

En 2020, la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie couvre 73 000 habitants.

Le **taux de pauvreté** est de 14,3% des ménages en 2020. La pauvreté touche plus particulièrement les moins de 30 ans (pour 21,6% d'entre eux).

**L'espérance de vie à la naissance est légèrement plus faible** au sein de la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie que pour les territoires du Calvados, de la région Normandie ou encore de la France (84,6 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes).

**Les taux de mortalité toutes causes, de mortalité prématurée (avant 65 ans) et de mortalité évitable liée à la prévention, sont significativement plus élevés** qu'au niveau national, avec 244,3 contre 202,1 décès prématurés pour 100 000 habitants, supérieure de 20,9% et mortalité évitable liée à la prévention supérieure de 25,6% par rapport à la moyenne nationale. Les taux de mortalité par cancers et par maladies cardiovasculaires sont eux aussi plus élevés que le taux national (respectivement +7,8% et +14,0% pour les hommes).

Le taux de personnes souffrant d'**Affections de Longue Durée est similaire au taux national**, avec un taux de 20,1% pour la CALN.

Le taux de **décès par suicide est 60,7% plus élevé** qu'au niveau national.

La densité des professionnels de santé sur notre territoire est proche de ce que l'on appelle un « désert médical » (nombre de médecins pour 10 000 habitants inférieur de 30% à la moyenne nationale), pour plusieurs spécialités médicales (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes) selon les données disponibles pour le territoire de l'agglomération pour l'année 2022 :

- Médecins généralistes : 5,3 pour 10 000 habitants avec de fortes disparités au sein du territoire, 8,4 pour 10 000 habitants au niveau national, et 9,2 pour le département du Calvados.

- Masseurs-kinésithérapeutes : 6,0 pour 10 000 habitants, contre 11,6 au niveau national.
- Chirurgiens-dentistes : 3,3 pour 10 000 habitants, contre 5,4 au niveau national.
- Infirmiers libéraux : 13,4 pour 10 000 habitants, contre 15,4 au niveau national.
- Sages-femmes libéraux : 1,8 pour 10 000 habitants, contre 2,3 au niveau national.
- Orthophonistes libéraux : 1,9 pour 10 000 habitants, contre 3,2 au niveau national.

B) Une analyse par le cabinet ADYSTA CONSEIL de 2016 dressait ces constats :

« Le territoire se distingue par une densité de population plutôt faible de 70 habitants au km<sup>2</sup> contre 84 en moyenne pour la région, cette zone semi-rurale présente une évolution négative de l'emploi au lieu de travail (-3,2%) contre une stabilité au niveau régional.

Elle se caractérise socio-démographiquement par :

- une faible part de cadres et une diminution de leur effectif,
- une légère surreprésentation d'ouvriers
- une part des diplômés moins importante qu'en région.

Elle se distingue par la structure de son offre d'emploi avec 17,4 % d'emploi industriel contre 15,9% dans la région, 30% d'emploi dans la sphère administration-santé-social contre 32 % en moyenne dans la région.

Cette zone présente des caractéristiques de précarité : la part du chômage y est la plus importante de la région (14,1 % selon les chiffres du recensement), 13,2% des familles sont monoparentales (12% en région), 16,7% des ménages sont classés en dessous du seuil de pauvreté à partir des revenus des ménages en 2013 contre 13% en moyenne régionale. »

**« Une démographie médicale de ville » qui devient préoccupante :**

Selon l'ordre des médecins, au premier janvier 2015, la densité de médecins généralistes dans le bassin de vie de Lisieux est de 5,6 pour 10 000 habitants en diminution de 27% depuis 2007.

La densité dans les bassins de vie périphérique Livarot, Orbec, Pont-L'Évêque est de l'ordre de 7,5 pour 10 000 habitants.

La moyenne départementale pour le Calvados est de 9 pour 10 000 habitants. »

### C) Analyse de part de marché sur la zone d'attractivité

Sur la base des données disponibles dans Hospidiag, il est possible de déterminer les parts de marché du CH de Lisieux, la dynamique et les concurrences. A ce titre, la méthodologie consiste à identifier l'activité réalisée en regard des communes dont le cumul de séjours représente les 80% d'activité de l'établissement.

	2017	2018	2019
Médecine -HC-	38,9%	41,0%	40,9%
Chirurgie -HC-	25,4%	24,7%	25,0%
Obstétrique -HC-	58,0%	61,8%	65,3%
Chirurgie ambulatoire	14,0%	14,6%	12,8%

Si l'on constate une stabilité en médecine et chirurgie, l'obstétrique dénote d'une croissance tandis que la chirurgie ambulatoire est en diminution.

En médecine, les 3 établissements ayant ensuite la plus grosse activité sont les établissements publics : CHU de Caen, CH Côte Fleurie et CH Bernay (environ 18% à eux 3).

En chirurgie, hormis le CHU (12,5%) ce sont principalement les acteurs privés qui réalisent une activité importante (Clinique de Lisieux : 11% ; clinique Saint Martin : 8%, Clinique de Cricqueboeuf : 7,5%).

Concernant l'obstétrique, le GHH du Havre et le CHU de Caen réalisent chacun 7% des parts de marché en lien en partie avec le niveau 3 de leurs maternités.

#### 4.3.2 Situation relative à la démographie médicale

Le Centre Hospitalier de Lisieux est confronté à un déficit médical dans de nombreuses spécialités, malgré les démarches engagées pour recruter. De manière générale, les équipes médicales sont fragilisées et rencontrent des difficultés pour assurer l'ensemble de leurs missions, à plus forte raison dans un contexte lexovien de désert médical.

##### A) État des lieux

###### a) Le pôle Médecine

Les spécialités médicales (neurologie, pneumologie, médecine interne, gastro-entérologie) ont été confrontées à des départs à la retraite de praticiens, postes sur lesquels il s'avère difficile

d'assurer des recrutements pérennes. Le CH de Lisieux a tout particulièrement été confronté à cette problématique en médecine interne en 2020, situation qui a conduit à fermer temporairement le service, dans l'attente de pouvoir recruter.

La situation est d'autant plus préoccupante qu'une génération de praticiens va progressivement, sur les cinq prochaines années, être également amenée à faire valoir ses droits à la retraite.

*b) Le pôle Mère-Enfant*

Les deux postes de gynécologue-obstétricien partagés avec le CHU, le recrutement de deux praticiens attachés associés en cours de validation de la PAE, la signature de contrats en cumul emploi retraite et la fidélisation d'un pool de remplaçants ont permis de rebâtir une équipe qui reste à consolider via des postes de PH.

La pédiatrie/néonatalogie connaît également des difficultés à pourvoir ses postes vacants.

*c) Le pôle Chirurgie*

L'équipe chirurgicale est relativement stable en chirurgie viscérale, avec la présence continue d'un ASR, et en chirurgie orthopédique. Cela reste néanmoins une situation fragile.

L'activité d'ophtalmologie a été relancée en mai 2020, du fait de la présence d'un ASR et d'un interne en activité partagée avec le CHU, avant l'arrivée d'un docteur junior.

L'activité d'urologie s'appuie également sur un partenariat avec le CHU de Caen.

*d) Le pôle Transversal clinique*

La situation est également alarmante en réanimation, puisque trois postes sur les cinq existants vont se libérer dans des délais plus ou moins proches, du fait de départs à la retraite.

L'activité d'anesthésie repose sur 4 praticiens temps plein, équipe qui est contrainte de bénéficier de l'aide de remplaçants pour pouvoir compléter le planning.

Les urgences sont régulièrement à la peine pour pourvoir l'ensemble des deux lignes de gardes SAU et SMUR.

La difficulté est identique pour la discipline radiologie, peu attractive en milieu hospitalier, malgré ses équipements et un panel d'activités diversifiées. Le recours aux stagiaires associés permet de maintenir l'activité.

*e) Le pôle Gériatrique*

Le pôle gériatrique dispose d'une filière complète (court séjour gériatrique, SSR/UCC, UMG, CEG, USLD, EHPAD/UHR/PASA, participation au centre mémoire) qui repose sur un noyau dur de 4 PH,

complété d'une équipe de contractuels, effectif dont l'équilibre est fragile au regard de la lourdeur des activités.

*f) Le pôle Transversal support*

Les effectifs de pharmaciens et de biologistes se situent actuellement au niveau de la cible qui a été fixée.

Le recours à l'intérim est donc important dans l'établissement en veillant à respecter la réglementation en la matière.

En conclusion, en fonction des années plusieurs équipes médicales sont fragilisées ou ont risqué de disparaître complètement (chirurgie orthopédique, médecine interne, gynéco-obstétrique ou anesthésie en 2019 / 2020). Ces équipes ont été stabilisées ou sont en cours de reconstruction. Aujourd'hui ce sont les spécialités médicales qui sont extrêmement fragiles à court terme : pneumologie, neurologie, gastro-entérologie. En dehors d'une ou deux spécialités médicales, la plupart des équipes reste fragile voire très fragile.

**B) Identification des points forts**

Le centre hospitalier de Lisieux dispose, toutefois, d'atouts :

- Une situation géographique entre les deux villes universitaires de Caen et de Rouen et une proximité avec la région parisienne (avec le risque à l'inverse que ces mêmes candidats préfèrent rester dans ces villes avec l'offre variée publique et privée) ;
- Un établissement à taille humaine et de recours pour son territoire, doté des principales spécialités et d'un plateau médico-technique performant (scanner, IRM, bloc obstétrical, réanimation/USC, USINV...);
- Des perspectives de carrière pour les ASR affectés dans l'établissement, ainsi que pour de futurs docteurs juniors (ex. urgences, néphrologie, médecine interne,...);
- L'universitarisation de certaines activités, notamment en chirurgie viscérale et en ophtalmologie, et des collaborations qui se développent avec le CHU en médecine vasculaire.

On peut noter la dynamique en cours sur le territoire dont peut bénéficier le CH dans le domaine médico-social à travers le Contrat Local de Santé, le Réseau Territorial de Promotion de la Santé, le Conseil Local de Santé Mentale qui est fortement envisagé, et leurs axes de travail et de collaboration entre les professionnels.

## 4.4 Réponses aux enjeux territoriaux et aux besoins de la population dans une démarche de parcours patient

### 4.4.1 Un établissement inscrit résolument dans le GHT Normandie Centre

Le CH Lisieux est investi dans le cadre du GHT dans de nombreuses coopérations territoriales. Il s'inscrit dans des filières et des parcours patients définis dans le cadre du Projet Médical Partagé. Au-delà de la participation aux instances, jusqu'à peu la présidence de la CSIRMT de GHT était assurée par la coordonnatrice générale des soins du CH Lisieux. Plusieurs médecins, biologistes et pharmaciens se sont investis dans les projets du GHT, notamment comme co-pilote sur une filière.

Les spécialités s'inscrivent parfaitement dans un schéma de soins et de prises en charge coordonnées notamment sur les principales filières entre le CH et le CHU.

On pourra citer quelques dispositifs de gradations des soins déjà établis comme en neurologie, cardiologie, néphrologie, périnatalité ou pédiatrie (notamment oncologie) et évidemment dans le cadre des prises en charge non programmées (adulte et enfant). Différents axes cherchent à s'amplifier aujourd'hui notamment en cardiologie, oncologie ou en gériatrie afin de favoriser les coopérations.

Des équipes médicales partagées sont également en place : cardiologie, gynéco-obstétrique, médecine vasculaire, chirurgie viscérale.

Des projets sont à l'étude ou sont d'ores et déjà engagés : ophtalmologie, médecine interne, médecine légale par exemple. Le médecin chef de pôle gériatrie est co-pilote du groupe Personnes Agées du GHT Normandie centre.

La spécialité de néphrologie – dialyse illustre cette dimension de filière et de coopération au sein du GHT. Une des médecins réalise des consultations au CH de Falaise. Des projets d'accueil de docteurs juniors sont à l'étude. Le partenariat avec le CHU est important en termes de filière de prise en charge mais également en lien avec des spécialités comme l'urologie. Une réflexion est engagée concernant le système d'information (dépassant l'horizon du GHT).

Il convient de souligner que les partenariats ne se limitent pas au seul CHU. Des échanges et partages existent avec l'EPSM (à l'exemple des liens sur la médecine des adolescents, l'équipe de liaison aux urgences adulte,...), avec le CH de Falaise ou le CH de la Côte Fleurie (notamment dans le cadre de la filière gériatrique par l'intermédiaire d'une Fédération Médicale Inter-Hospitalière instituée en 2019).

C'est une organisation structurée, ancienne et forte qui existe avec le CHU et maintenant avec le GHT. La gestion de la crise sanitaire a encore renforcé ces liens.

## **4.5 L'élaboration du projet médical et de soin : éléments de méthode**

### **4.5.1 Une première orientation de projet médical et architectural en 2019**

Dès 2019, une première orientation de projet médical ancrée des évolutions marquées de l'offre de soin déjà imaginées plusieurs années auparavant et validées par l'ARS en 2019 dans le cadre du projet de fongibilité SSR / médecine-chirurgie.

Les lignes directrices étaient alors les suivantes :

Transformation de lits de médecine et de chirurgie au profit de la création de 20 lits de SSR polyvalent

- Rapprochement de spécialités ayant des liens de prise en charge autour d'un projet de néphrologie – médecine interne et médecine polyvalente
- Rapprochement des différentes spécialités chirurgicales en hospitalisation conventionnelle (principalement viscérale, orthopédique, ORL et urologie)
- Gériatrie : passage à 30 lits

Ce projet marquait une volonté d'adaptation de l'offre au besoin de la population du bassin de vie.

### **4.5.2 2020-2021 – l'élaboration du projet d'établissement. Méthodologie.**

La construction du projet d'établissement se veut « concertée » dans une démarche de progression (ralenti par la crise sanitaire).

La démarche est marquée par un pragmatisme. L'objectif prioritaire est bien d'augmenter l'attractivité du CH de Lisieux en sécurisant l'offre de soins au profit de l'ensemble de la population du bassin de vie. L'accroissement de cette offre doit tenir compte de la démographie des professionnels et de la réalité médico-économique.

Cette démarche collective a pour but d'associer tous les acteurs dans l'élaboration des projets et de garantir aux instances un rôle d'arbitrage et de priorisation. Ceci permet de maintenir le partage des projets et donc la cohésion des équipes autour de la stratégie du CH de Lisieux.

Concernant le projet médical, associé d'emblée au projet de soin, il s'appuie sur les propositions des pôles. Afin d'identifier et de constituer les projets, des rencontres se sont tenues (avril/mai 2022) entre les pôles et la Direction, la Présidence de CME et la Coordination générale des soins. Il s'agissait de dresser un état des lieux et d'identifier les projets prioritaires et structurants des pôles.

Après la réunion des instances, les concertations se poursuivent.

Chaque pôle détermine les modalités d'échange et de concertation en son sein, dans le prolongement des premières concertations. Il propose ensuite des fiches projets qui seront utilisées pour la vie du projet.

La CME est concertée régulièrement jusqu'à l'adoption du projet médical ; c'est le cas également de la CSIRMT.

L'élection en 2021 d'une nouvelle CME et d'une nouvelle CSIRMT permettent l'enrichissement du projet avant son adoption.

Ainsi, dans cette phase c'est près d'une centaine de personnes qui aura été associée à la démarche à travers la totalité des instances, les pôles et les services, les directions.

Après avoir déterminé les priorités du projet médical ainsi que les premières orientations du projet de pôle, le projet médical et soignant s'enrichira d'une démarche partagée et commune avec les professionnels libéraux. A ce titre, l'URML a été contactée et a exprimé l'intérêt pour cette démarche.

Un questionnaire est élaboré puis une rencontre sous forme de séminaire sera organisée.

L'objectif est de permettre une concertation des professions médicales mais également pharmaciens, sages-femmes et paramédicaux. Les structures type PSLA et centres de santé seront également associées.

Concernant les autres acteurs externes à l'établissement, le CH de Lisieux a la volonté de s'inscrire dans le partage des orientations et des projets autant que les partenaires sont concernés : échanges réguliers avec le CHU, partenariat au sein de la direction commune, échanges depuis un an avec LNA Santé ayant acquis les cliniques de Lisieux et Deauville, mise en place d'une dynamique partenariale avec les collectivités.

À ce titre, une coopération plus forte est souhaitée avec les cliniques. Les premières pistes de travail élaboré courant 2021 sont : un partenariat en lien avec la réanimation, une réflexion sur le parcours patients en lien avec la PDSSES en chirurgie, une réflexion autour de l'oncologie, une démarche d'hypothèses de co-recrutements médicaux, un partenariat dans le secteur médico-technique.

## **4.6 Le projet médical et de soin**

La construction de ce projet est ascendante. Les services et les pôles ont élaboré leurs projets fruits de réflexions anciennes et en cohérence avec les projets des autres pôles dénotant la forte cohésion et logique de projet interne.

C'est sur cette base que des lignes directrices médico-soignantes sont établies permettant de donner le sens du projet.

### **4.6.1 Ligne 1. Adapter et enrichir l'offre de soin au plus près des besoins et des attentes de la population**

Voici quelques exemples de projet porté par les pôles : développement de l'ambulatoire diagnostique et thérapeutique, renforcement du SSR et augmentation des capacités, réflexion autour du développement d'une médecine polyvalente, réponse de soin en recourant davantage à l'HAD, nouvelles activités de rythmologie, phlébologie, biologie moléculaire, AMP, renforcement d'activités récentes dans l'hôpital comme l'ophtalmologie, l'urologie, oncopédiatrie, capacité d'adaptation permanente face aux crises sanitaires, équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile, télémédecine...

### **4.6.2 Ligne 2. Déployer une expertise, une offre de qualité et des actions de santé publique en favorisant les partenariats sur le territoire**

Projets d'équipes mobiles territoriales de douleur/soins palliatifs, coopération des PUI de la direction commune, équipe territoriale opérationnelle d'hygiène, sous-traitance de la stérilisation, renforcement de l'offre du laboratoire sur le pays d'Auge – ville et direction commune –, mise en place d'une UMJP adulte, offre de dépistages, éducation thérapeutique, télé-expertise, ...

### **4.6.3 Ligne 3. Favoriser l'autonomie du patient, acteur de sa prise en charge dans un parcours de soins coordonné**

Projets d'ouverture d'un secteur d'activité de dialyse à domicile : DP et hémodialyse à domicile, développement de parcours, projet d'IPA en néphro-dialyse, projet de RAAC, projet de patient

debout en chirurgie ambulatoire, adaptation de la prise en charge des maladies chroniques en favorisant l'éducation thérapeutique, ...

#### **4.6.4 Ligne 4. Réorganiser les circuits pour optimiser les flux, en modernisant l'architecture des locaux et en mutualisant les moyens**

Plateaux de consultations regroupés et lisibles, plateau de rééducation, partage des matériels biomédicaux, des locaux, des accueils, centralisation du traitement des endoscopes, développement du recours aux alternatives à l'hospitalisation (parcours ambulatoire), développement de l'hospitalisation de semaine.

#### **4.6.5 Ligne 5. Accompagner les usagers en diversifiant et en adaptant les dispositifs à l'évolution sociétale**

Offre de répit, soins de support, salon des familles, dispositif d'annonce, éducation thérapeutique, numérique au service de l'utilisateur, télésurveillance...

#### **4.6.6 Ligne 6. Favoriser le recrutement et la fidélisation de futurs professionnels par l'attractivité, l'accueil, la formation**

Encadrement des internes, stagiaires, externes, dispositifs d'accueil, collaboration avec les CHU pour l'accréditation des services du CH comme terrain de stage pour les docteurs junior, collaboration avec les collectivités territoriales pour l'accueil des internes.

#### **4.6.7 Ligne 7. Adapter les pratiques et renforcer les compétences des professionnels pour viser l'excellence**

Projet d'IPA, RAAC, prise en charge du handicap, formation autour des prises en charge des déficiences cognitives, gestion crise sanitaire, création d'une réserve de compétence en soins critiques, diplôme universitaire...

#### **4.6.8 Ligne 8. Adapter l'hôpital à la prise en charge des populations spécifiques**

- Adolescents (orthogénie pour les adolescents, secteur adolescents en pédiatrie)
- Personnes âgées (orientation des urgences, maintien à domicile, oncogériatrie, admissions directes, télémédecine, rééducation, orthogériatrie ...)
- Usagers porteurs d'un handicap (résidents handicapés vieillissants, accessibilité, formation...)

- Patients nécessitant des soins palliatifs (orientation des urgences, LISP, formation...)

#### **4.6.9 Ligne 9. Renforcer la sécurité et la qualité des prises en charge**

Plusieurs vont dans ce sens : DPI, numérisation, circuit des analyses de biologie et d'anatomo-cytopathologie, circuit médicament – plein-vidé, automatisation, accueil urgences maternité...

#### **4.6.10 Ligne 10. Promouvoir l'innovation, la recherche clinique et les nouvelles technologies au service du patient**

En complément, plusieurs réflexions sont définies dans le cadre du « volet soin » afin de venir appuyer la déclinaison des projets médicaux :

- Promouvoir l'adaptabilité nécessaire à la transformation hospitalière, en favorisant la participation et l'adhésion des équipes
- Favoriser le développement des compétences nécessaires au déploiement des projets médicaux, en tenant compte de la démographie médicale tout en valorisant les métiers de soins
- Impulser le numérique dans les pratiques de soins et de management, source de sécurisation, d'attractivité et d'amélioration de la performance
- Sécuriser les parcours professionnels, les pratiques de soins et managériales
- Faire évoluer nos pratiques au regard des besoins et attentes des usagers et de ceux des professionnels

**Le projet médical et de soin qui trouve sa concrétisation dans le schéma directeur immobilier, a pour objectif d'accompagner et d'anticiper les grandes évolutions de la politique de santé.**

**Le projet présenté constitue un levier d'action important pour poursuivre en ce sens.**

Par conséquent, le projet médical et de soin :

- S'inscrit dans le PRS Normandie et dans le cadre du PMP/PSP du GHT Normandie Centre
- Se structure autour de filières de soins (gériatrie, périnatalité, cardiologie...) en s'inscrivant dans une logique territoriale, impliquant la mise en œuvre de coopérations renforcées
- Intègre l'ensemble des intervenants de la chaîne (hôpital de référence, hôpital en proximité, offre ambulatoire, structures d'aval, médecine de ville) dans une logique de gradation des soins et de coopération territoriale
- Intègre le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et la prise en charge adaptée des maladies chroniques.

En mettant l'attractivité au cœur du projet médical et du fonctionnement de l'établissement, tant pour les patients que pour les professionnels, le CH Lisieux recherche une meilleure accessibilité des patients aux soins.

#### **4.7 Évolution de l'offre de soins**

Le projet s'inscrit dans la continuité des actions entreprises en matière d'évolution de l'offre de soin afin de prendre en compte les besoins de proximité de la population.

Il se caractérise par des adaptations capacitaires qui témoignent d'une volonté institutionnelle forte de développement de l'activité ambulatoire en médecine comme en chirurgie tout en adaptant les prises en charge conventionnelles en fonction des besoins (gériatrie, polyvalent, SSR).

Les principes directeurs sont les suivants :

- 1- Développement de l'activité ambulatoire
- 2- Maintien de l'activité de médecine
- 3- Renforcement de l'activité SSR de 10 à 15 lits (spécialisé en gériatrie et polyvalente) en lien avec une adaptation de l'activité de soins de longue durée réduite de 40 à 30 lits.
- 4- Installation sur des plateaux allant de 25 à 30 lits (avec un principe de modularité envisageable pour certains plateaux à 34 lits)

Ces évolutions s'inscrivent dans un projet déjà établi en lien avec l'ARS dans l'opération de fongibilité :

- Réduction de 10 lits de chirurgie (viscérale) – réalisé
- Réduction de 10 lits de médecine (interne) – suspendu suite au COVID et fermeture provisoire du service
- Ouverture de 20 lits de SSR polyvalents (liés aux travaux de réorganisation)
- Augmentation de 5 lits de court séjour gériatrique (lié aux travaux de réorganisation).

À partir de fin 2022, les besoins en capacités (nombre et spécialisation) évoluent ainsi :

- Médecine : maintien des capacités « cibles ».

Renforcement de l'activité de médecine polyvalente. Regroupement de spécialités si nécessaires.

L'hôpital de jour de médecine : 10 places (jusqu'à 15 places) + 2 places spécialisées en gériatrie.

Le taux d'occupation et l'IPDMS des années 2018 ou 2019 (avant COVID) confirment le besoin en lits en regard des cibles définies par l'ANAP.

Une réflexion pour l'ouverture d'un hôpital de semaine pluridisciplinaire est engagée.

- Chirurgie : standardisation des capacités à hauteur de 30 lits conventionnels.

Des lits doivent pouvoir être ouverts à la demande à hauteur de 4 lits complémentaires.

La chirurgie ambulatoire (avec le développement des pratiques comme le patient debout) vise à terme le passage de 10 places à 15 places (avec taux de rotation moyen de 1,5). La proximité du bloc opératoire en améliorera l'efficacité.

- Obstétrique : maintien des besoins (fonction de l'évolution de la natalité)
- Pédiatrie : l'activité saisonnière conduit à l'utilisation d'une fourchette de 15 à 25 lits. Cela implique donc l'ouverture à la demande l'hiver de lits de pédiatrie.

- Réduction capacitaire USLD de 10 lits

- Transformation des capacités d'hébergement permanent de l'EHPAD au bénéfice d'une augmentation de places d'hébergement temporaire (passage de 2 à 4 places d'hébergement temporaire, avec une poursuite de la diversification entre hébergement temporaire « classique », hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation et hébergement temporaire d'urgence) et création de 2 places d'accueil de nuit. Création d'une plateforme de répit.

## **4.8 Réponse au PRS et aux accords du SEGUR DE LA SANTÉ**

Le projet répond aux principaux objectifs du Projet Régional de Santé Normandie (PRS).

### **4.8.1 La prévention : le premier levier de bien-être des Normands**

Le CH de Lisieux est investi dans le domaine de la prévention. Actif dans le cadre du Contrat Local de Santé, il est partenaire avec les acteurs du territoire, et porte un Réseau Territorial de Promotion de la Santé.

Plusieurs secteurs de soin sont particulièrement actifs. On pourra prendre l'exemple de la pédiatrie (addictologie et troubles psychiques) ou la maternité avec le dépistage de la surdité.

Il y a aussi les exemples des dépistages cancers et notamment dépistage du cancer du sein pour lequel les équipes sont actives pour Octobre Rose.

L'association Accueillir son enfant intervient au sein du centre hospitalier pour la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Des projets sont en construction autour du tabagisme et de la vie affective et sexuelle.

En termes de vaccination, la vaccination antigrippale constitue un point d'attention majeur notamment pour les résidents. La mise en place du centre de vaccination anti-COVID au sein de l'établissement démontre ce dynamisme. Plusieurs dispositifs ont été conçus pour renforcer l'accessibilité aux populations éloignées du soin ou peu mobile, notamment en lien avec les CCAS. La conciliation médicamenteuse participe également à la prévention du risque iatrogène. C'est un des piliers du projet médical et soignant.

De manière plus prospective, l'établissement s'intéressera à développer les axes de santé publique et la prévention primaire : campagnes de vaccination, journées d'information à thème, promotion de la santé, bien-être au travail, stands... La prise en charge vise également à alerter et prévenir les risques inhérents aux soins a priori et a posteriori.

Tout récemment, le CH de Lisieux conventionné avec l'association Itinéraires qui porte le dispositif « lits halte soins santé » (mesure SEGUR). La convention de partenariat formalise l'accueil des bénéficiaires de ces lits. L'objet de cette convention porte sur l'accès au plateau technique de l'hôpital, les consultations et hospitalisations, les situations d'urgence, l'accès à l'addictologie et l'HAD.

#### **4.8.2 Télémédecine**

L'établissement s'inscrit dans cette dynamique. La télémédecine est un levier indispensable de la recomposition de l'offre de soins. Elle facilite le partenariat ville-hôpital. A titre d'illustration :

- Réception sur l'EHPAD de Lisieux en mars 2021 d'un sac à dos de télémédecine en lien avec GCS Normand'e-santé (formation).
- Participation des gériatries à de la téléconsultation. Téléconsultation proposée en gériatrie (Therap-e) CHU et possibilité de demande de télé-expertise en dermatologie et hématologie.
- La télé-expertise est également disponible avec Therap-e.
- Recours aux urgences du dispositif Télé-AVC avec le CHU et possibilité de réalisation de télé dermatologie.
- Mise en place du dispositif de télé cardiologie (suivi des pacemakers) depuis 2020.
- Des réflexions peuvent être engagées également dans des spécialités comme la diabétologie.

#### **4.8.3 Démographie médicale - une réponse pour chaque normand**

L'établissement et le territoire n'échappent aucunement aux difficultés. De multiples dispositifs sont proposés et travaillés afin de favoriser l'arrivée de médecins.

L'hôpital recourt au dispositif d'Assistants Spécialistes Régionaux (plus d'une dizaine en permanence) et s'inscrit dans le nouveau dispositif d'accueil des docteurs juniors.

Il propose des temps partagés ville-hôpital (un médecin gériatre ou des projets pour de futurs urgentistes candidats). Un travail est engagé pour améliorer l'accueil des internes.

#### **4.8.4 Parcours de santé plus fluides et mieux coordonnés**

En corrélation avec les mesures SEGUR (pilier 4 : lien ville-hôpital-Médico-social pour le parcours personnes âgées), le CH de Lisieux peut faire état des réalisations ou projets suivants :

- Projet EMEGD, Projet EMSP territoriale (inscrit au CPOM)
- Hotline gériatrique territoriale, numéro de téléphone portable effectif du lundi au vendredi
- Collaboration avec la PTA et la MAIA du Pays d'Auge (puis DAC du territoire) pour les patients hospitalisés requérant une coordination des acteurs (maintien à domicile complexe, problématiques médicales ou sociales) et participation aux groupes de travail sur l'organisation fonctionnelle des DAC.
- Conventions en projet avec les EHPAD du territoire favorisant les admissions directes en court séjour gériatrique et de manière prioritaire avec les établissements de la direction commune.
- Le projet médical et soignant engage une réflexion sur un circuit patient permettant un accueil de la personne âgée directement dans les unités de soins tout en leur permettant l'accès aux plateaux techniques et en préservant l'organisation des secteurs conventionnels.

#### **4.8.5 Renforcer la place des usagers**

L'établissement s'inscrit parfaitement dans cet axe.

Dans le cadre de CDU de GHT, une méthodologie d'évaluation de parcours patient inter-établissements a été mise au point. La méthode a été testée et puis remise à la CDU de GHT conformément à sa demande.

En interne, la CDU est acteur du Plan d'Action Qualité existant. Celui-ci est alimenté en fonction des débats et idées.

Une réflexion est en cours pour renforcer encore la place des usagers dans la démarche qualité (Patients experts), et concernant le renforcement du rôle des aidants (et l'aide qui leur est apportée).

Sur le versant médico-social, le Conseil de la Vie Sociale est actif et engagé, avec des membres élus ou désignés, régulièrement renouvelés. Il est considéré comme un acteur institutionnel prépondérant au sein de l'EHPAD et l'établissement est attentif à ses propositions.

Dans la perspective de la prochaine visite de Certification de la Haute Autorité de la Santé, l'établissement souhaite donner un rôle aux usagers dans la préparation, et dans l'évaluation interne.

Une piste de travail consiste aujourd'hui à convier les usagers à la CSIRMT à l'occasion de son renouvellement en 2021. La question pourra se poser pour d'autres instances ou sous-commission.

#### **4.9 Le projet répond aux orientations du SEGUR DE LA SANTÉ**

**Pilier 1.** Transformer les métiers et valoriser ceux qui soignent. (Projet IPA dans le projet de soin, exercice ville-hôpital effectif et en projets, respect des règles d'intérim, temps partagés et filière CHU existant ou en réflexion, renforcement des compétences ASH en EHPAD, réserve de compétence soins critiques, ...).

**Pilier 2.** Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins (transition écologique tant sur le plan du projet immobilier avec le bâtiment principal datant de 1970 non rénové que des actions sur les déchets par exemple, développement de la recherche clinique dans le projet médical, saisonnalité des lits de pédiatrie...).

**Pilier 3.** Simplifier les organisations et le quotidien des équipes (réalité reconnue d'une gouvernance médicalisée, processus de décision pour l'investissement national courant 2020, réflexion et mise en place d'un dispositif sur les conflits et violences, RETEX COVID par tous les services à l'automne 2020).

**Pilier 4.** Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers (le projet médical et soignant intègre la télésanté, les parcours notamment des personnes âgées, prise en charge psychiatrique des adolescents, enjeu de l'accessibilité, inclusion des personnes en situation de handicap à l'EHPAD. Filière gériatrique proposant une offre large et inscrite dans les liens avec les EHPAD, la ville et développant son offre avec l'HTSH ou avec l'EMEGD).

**Pilier Numérique.** Déploiement du nouveau DPI, télémédecine, plan d'investissement de 2 millions d'euros permettant la remise à niveau nécessaire à la sécurité, l'ergonomie et l'efficacité. Il porte sur la mise à niveau et la sécurisation du système d'information tant sur le socle «

infrastructure », que sur le socle « applicatif », mais aussi une mise à niveau en termes de licences et d'outils (postes de travail notamment).

## **4.10 Présentation synthétique des 6 projets de pôle**

### **4.10.1 Le pôle Médecine**

Le projet du pôle appuie sa démarche en s'inscrivant dans une logique de développement de l'offre de soin pour la population en la rendant plus lisible et plus accessible. Il s'appuie sur des approches innovantes en termes de prise en charge que ce soit autour de parcours ou de technologies.

**Le projet du pôle intègre une démarche de structuration des parcours en gagnant notamment en terme de lisibilité pour les patients et la ville et en proposant de nouveaux types de prise en charge.**

Poursuivre le renforcement de l'activité de cardiologie autour de l'extension de l'activité de rythmologie et d'épreuve d'effort (VO<sub>2</sub> max).

Renforcer l'offre de rééducation à travers une nouvelle offre de SSR polyvalent en poursuivant le renforcement des compétences dans ce domaine.

Création de l'unité de médecine interne/médecine polyvalent en ajustant le capacitaire des autres spécialités pour les recentrer sur leur cœur d'activité, en adaptant l'offre aux besoins de la population.

Pérenniser l'activité de neurologie et ses spécificités (centre mémoire labélisé, filière AVC) à travers la remise en place d'une équipe médicale.

Conforter la médecine vasculaire en permettant une nouvelle offre de proximité autour de la phlébologie.

Faciliter le parcours patient externe par la création d'un plateau de consultations unique.

Mise en œuvre du projet de rapprochement pneumo-infectiologie.

Unité tabacologie en lien avec l'addictologie.

Améliorer l'accueil et les dispositifs d'accompagnement des familles, notamment dans le volet oncologique à travers le dispositif d'annonce.

**Il s'inscrit également dans une dynamique de parcours et d'autonomisation du patient.**

Favoriser l'autonomisation des patients ou de leur entourage par le biais notamment de l'éducation thérapeutique (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, troubles neuro-cognitifs...).

Promouvoir la dialyse à domicile.

### **Il défend une démarche qualité et de sécurisation.**

Améliorer la qualité du codage grâce à la centralisation de cette activité et à la professionnalisation de l'équipe du DIM.

Assurer une plus grande sécurité des prises en charge par le DPI (et notamment la prescription de chimiothérapie).

#### **4.10.2 Le pôle Chirurgie**

Le projet du pôle s'engage dans des démarches innovantes en termes de parcours, d'activité et d'attractivité (médecins, internes, patients). Il s'appuie sur les coopérations, les considérant comme un levier pour sécuriser et développer les prises en charge.

Les différents projets qu'ils soient transversaux ou de spécialité répondent à plusieurs axes et démarches.

#### **Le projet du pôle vise à améliorer les parcours du patient, la lisibilité des prises en charge.**

Amélioration et développement du parcours du patient en ambulatoire (ambulatoire, patient debout, localisation) et du patient externe (abord vasculaire, midline, petite chirurgie...)

Parcours patient en hospitalisation conventionnelle en lien avec l'activité non programmée (patients en provenance des urgences) jusqu'à l'aval en SSR (nouveau SSR polyvalent, SSR du Pays d'Auge (Pont l'Evêque, Vimoutiers, Deauville)) en développant les pratiques de RAAC.

Repenser un plateau de consultations pluridisciplinaire chirurgical et d'anesthésie.

Améliorer le parcours de la personne âgée à travers le développement d'un projet d'orthogériatrie.

Mutualisation du traitement des endoscopes.

#### **Il cherche également à favoriser le développement de nouvelles activités.**

Déployer un projet médico-soignant vasculaire autour de la pratique de l'abord vasculaire.

Unité tabacologie en lien avec l'addictologie.

Réflexion sur l'écho-endoscopie et le recours aux vidéo-capsules.

#### **Il s'inscrit résolument dans une approche territoriale et de coopération afin de développer ou renforcer les parcours, les nouvelles activités ou la permanence des soins :**

Développer un partenariat avec le secteur privé (en particulier sur le circuit du patient dans le cadre de la PDSSES) en engageant des discussions avec les cliniques (Lisieux / Deauville).

Consolider et poursuivre le partenariat avec le CHU dans le cadre du PMP du GHT Normandie  
Centre autour de certaines spécialités : ORL, ophtalmologie, urologie, neurochirurgie.

**Il met en avant également l'enjeu d'accueil et de formation des internes.**

#### **4.10.3 Le pôle Femme-Mère—Enfant**

Le projet du pôle répond à plusieurs enjeux. Il s'agit à la fois de conforter les activités en rendant l'établissement plus attractif en regard des conditions de travail et en développant de bons liens avec la ville. Il s'agit également d'améliorer l'attractivité médicale, d'améliorer la qualité de prise en charge et la fluidité du parcours du patient.

**Il porte l'ambition d'améliorer les conditions d'accueil et de qualité de prise en charge.**

Amélioration de l'accueil afin d'être au plus près des besoins de l'utilisateur.

Amélioration d'accueil pour les enfants suivis en oncologie et renfort de cette activité.

Relance du Projet « hôpital ami des bébés » (Gynéco-Obstétrique / pédiatrie).

**Le projet s'inscrit dans une démarche de modernisation.**

Informatisation du service gynéco-obstétrique.

**Enfin, il cherche à conforter voire développer ou amplifier de nouveaux axes de prise en charge.**

Sécuriser la prise en charge des adolescents dans un contexte de besoin croissant.

Améliorer la prise en charge du fond d'œil pour les prématurés.

Identifier des activités nouvelles en gynéco-obstétrique pour les assurer en proximité - Réflexion sur l'AMP/sénologie.

Renforcer la place de l'orthogénie avec un nouvel axe autour IVG des adolescentes.

Préserver l'activité pédiatrique du diabète.

#### **4.10.4 Le pôle Gériatrie**

Le projet du pôle s'articule autour de quatre ambitions.

L'une porte sur le développement du recours à l'expertise en gérontologie/gériatrie du pôle à travers l'accès aux services spécialisés: le CEG, le CSG, l'onco-gériatrie, l'UCC et l'UHR.

Une deuxième ambition vise à favoriser le lien avec le territoire (établissements sociaux et médico-sociaux PA, acteurs libéraux, domicile) : l'astreinte gériatrique téléphonique, le conventionnement en cours avec les EHPAD, la télémédecine en gériatrie, les admissions directes en gériatrie, le recours à l'HAD, l'EMEGD, conciliation – optimisation médicamenteuse...

La troisième ambition pose le principe de la modernisation et l'adaptation des conditions d'accueil des patients/résidents du pôle en réalisant des opérations immobilières : le Court séjour Gériatrique, le Centre d'Evaluation Gériatrique, la restructuration de l'USLD, le réaménagement de l'Unité Cognitivo-Comportementale, les chambres individuelles à l'EHPAD.

**Sur la base de ces orientations se déclinent plusieurs projets autour de thématiques :**

***Amélioration de l'accueil et des conditions de prises en charge***

Engager la mise aux normes et l'amélioration des conditions de prises en charge à l'USLD.

Adapter l'architecture de l'EHPAD aux standards de prise en charge et aux souhaits des résidents (augmenter les chambres seules, sanitaires, lieux de vie).

Adapter la structure à la population accueillie par la création d'un espace de déambulation interne et externe à l'UCC.

Court Séjour Gériatrique : Mettre en adéquation les conditions hôtelières et les typologies de prise en charge (troubles cognitifs, soins palliatifs (LISP)).

**Il porte l'ambition de structurer le parcours des patients autour des prises en charge palliatives.**

Mieux répondre aux besoins des patients en termes de soins palliatifs.

Améliorer l'accueil et les dispositifs d'accompagnement des familles, notamment dans le volet oncologique à travers le dispositif d'annonce.

Moderniser les locaux afin d'assurer un accueil digne pour les patients - ajustement architectural - Médecine ambulatoire / Douleur – soins palliatifs / HC.

Equipe mobile territoriale douleur soins palliatifs.

**Réflexion capacitaire et évolution de l'offre de prise en charge.**

Compléter l'offre de répit existante (AJ, HT, HTSH) en identifiant une structure de répit, dédiée à des modes alternatifs et complémentaires à l'EHPAD, et proposant de nouveaux services: accueil de nuit, plateforme de répit, soutien aux aidants.

Proposer d'augmenter le capacitaire du SSR Gériatrique afin de répondre au besoin en développant l'objectif de favoriser le retour à domicile ou à travers le développement de nouvelles prises en charge (orthogériatrie...).

Création du plateau technique de réadaptation physique pour le SSR gériatrique.

Proposer d'augmenter le capacitaire de l'HAD.

#### **Accroître l'expertise et la structuration de la filière dans une logique de parcours en améliorant la lisibilité**

Structurer la filière de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes sur l'EHPAD en lien avec les établissements de Personnes Handicapées du territoire (EHPAD inclusif).

Identifier le Centre d'Evaluation Gériatrique dans une logique de parcours patient gériatrique en ambulatoire.

#### **4.10.5 Le pôle Transversal support**

Les projets du pôle viennent en soutien des services de soin. Les enjeux sont d'améliorer la performance, l'efficacité et le service rendu, tout en améliorant les conditions de travail. L'objectif du projet est d'ancrer les services au sein du GHT et du territoire.

Les différents projets, qu'ils soient transversaux ou de spécialité, répondent à plusieurs axes et démarches.

#### **Il vise à développer les coopérations, l'appui en terme d'expertise ou améliorer le maillage territorial.**

Projet PUI – coopération avec PLE à étendre à Orbec et Vimoutiers pouvant aller jusqu'à la fusion. Coopération territoriale en biologie sur le Pays d'Auge (notamment avec Vimoutiers / Orbec et Pont l'Evêque) afin de renforcer l'offre publique.

Conforter l'expertise de l'activité de stérilisation en préservant l'outil et en proposant de la prestation de sous-traitance.

Déployer l'EOH sur le territoire.

Le projet du pôle cherche à positionner les activités en support des services de soin tout en améliorant la sécurité et la qualité :

- Positionner le laboratoire comme service en support des services hospitaliers tant sur l'offre que sur les circuits,

- Développer l'offre de soin en consolidant l'offre existante en biologie et étendre l'activité en AMP en lien avec la gynéco-obstétrique, mais aussi en génétique et sur les frottis,
- Sécuriser le circuit d'acheminement des prélèvements de biologie et d'anapath pour répondre aux besoins des services hospitaliers,
- Participer comme service en support des projets d'Education thérapeutique sur le volet pharmacie,
- Renforcer, améliorer et poursuivre la mise en conformité du circuit du médicament,
- Assurer une plus grande sécurité des prises en charge par le DPI (et notamment la prescription de chimiothérapie).

#### **Il vise enfin à accroître son attractivité pour la population.**

Conforter le centre de prélèvement au sein d'un plateau de consultation.

Développer l'activité de médecine ambulatoire (hors oncologie).

#### **4.10.6 Le pôle Transversal clinique**

Les projets élaborés par le pôle s'inscrivent dans le renforcement de la coopération au sein du GHT afin d'obtenir une filière pérenne de formation des internes qui, à terme, débouchera sur le remplacement de l'équipe médicale vieillissante. Il tire des enseignements de la crise sanitaire afin d'alimenter la réflexion avec le maintien et l'amélioration des prises en charge par le développement de nouvelles techniques qui sont apparues à l'occasion de la pandémie.

#### **Le projet du pôle défend une approche pro-active en termes de gestion et d'attractivité médicale.**

Enjeu sur l'attractivité et la fidélisation du Personnel Médical – anesthésie, réanimation, urgences, imagerie.

Améliorer l'encadrement des internes.

#### **Il vise également à développer une amélioration des parcours pour le patient au profit d'une amélioration de la prise en charge.**

Fluidifier le parcours patient non programmé à travers de la formalisation et des outils ou équipements, en lien avec la réanimation, l'imagerie et le SAMU.

Améliorer et sécuriser le Parcours du patient âgé en développant le lien avec les EHPAD, la médecine de ville et urgences personnes âgées / ville hôpital.

Fluidifier le parcours programmé et non programmé en lien avec la chirurgie, les urgences à travers la création d'une salle OS – poumons.

Amélioration et développement du parcours du patient en ambulatoire (ambulatoire, patient debout, localisation) et du patient externe (abord vasculaire, midline, petite chirurgie...).

**Le projet du pôle recherche également une amélioration des conditions de prise en charge en termes de sécurité ou de condition d'accueil et de compétence.**

Modernisation des urgences.

Dispositif d'évaluation / accréditation en imagerie (ASN).

Instaurer une démarche relative à la douleur et aux soins palliatifs aux urgences.

Renforcement de la formation spécifique des infirmières de réanimation en interne par la création d'un programme théorique de formation dédié et avec l'aide de la simulation.

Unité médico-judiciaire de proximité en partenariat avec le CHU de Caen et le Ministère de la justice.

**Il propose également d'envisager de nouvelles activités.**

Développement de nouvelles activités externes. Abord vasculaire (externe ou ambulatoire).

#### **4.11 Projet médical avec les médecins de ville**

Le centre hospitalier a souhaité associer les médecins de ville à la réflexion de son projet médical et de soin.

Un questionnaire a donc été envoyé en juillet 2021 à l'ensemble des médecins généralistes sur l'agglomération de Lisieux. L'analyse des résultats a permis d'extraire 3 axes prioritaires à travailler ensemble : L'accessibilité / L'accueil d'internes et de nouveaux praticiens / Les projets communs.

A été organisée en octobre 2021 une réunion d'échanges et de réflexion autour de ces 3 axes. Les médecins de ville (y compris PSLA et centres de santé) et les médecins hospitaliers (Présidence de CME, chefs de pôle, chefs de service, praticiens) ont dressé plusieurs pistes de travail.

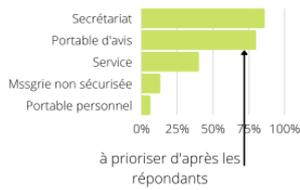
##### **4.11.1 Résultats du questionnaire**

L'ensemble des éléments présentés ici est le résultat de l'analyse des réponses à l'enquête, sur la base des 15 médecins sur le territoire de l'agglomération de Lisieux ayant répondu.



# Collaboration médicale

## Contacts avec le CH pour avis médicaux



Les avis des spécialistes sont nécessaires, pour autant, des difficultés se font sentir :

- accessibilité aux secrétariats et aux médecins, trop long
- avec des inégalités entre services

## Consultations pour vos patients

Premiers services concernés : gériatrie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie

Avantage 1er du CH :  
PROXIMITE

Inconvénient 1er du CH :  
MANQUE DE DISPONIBILITE

Points de vigilance :

- qualité des soins hétérogène selon services
- accessibilité physique dès le parking
- difficultés pour la prise de rdv
- délais d'attente

## Laboratoire de biologie médicale



26% d'entre vous adressent leurs patients vers le laboratoire de biologie médicale du CH

Points d'amélioration :

- lisibilité des résultats
- connaissance du fonctionnement (transmission des résultats, horaires, etc.)
- accessibilité physique du laboratoire

## Centre de radiologie



33% d'entre vous adressent leurs patients vers le centre de radiologie du CH

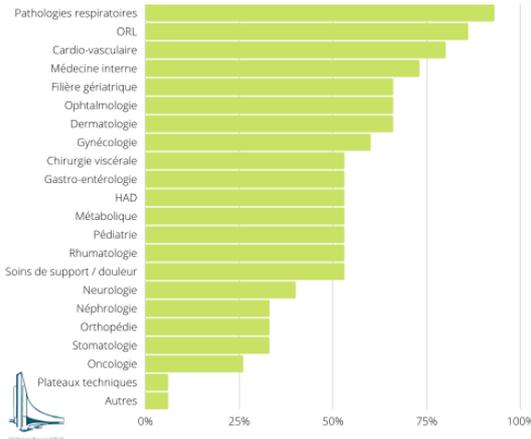
Points de vigilance :

- délais trop longs, peu de disponibilité
- transfert des résultats aux médecins (voie électronique appréciée)
- connaissance du fonctionnement du service



# Prise en charge de proximité

## Domaines pour lesquels la prise en charge de proximité vous semble prioritaire



## Vos avis sur la question ...

Aucune possibilité de suivi cardiologique des patients chroniques.

Viellissement population et pathologies chroniques : le service de gériatrie est efficace et à maintenir.

Accessibilité aux services ne prenant plus de patients (pneumo, ORL), accessibilité aux spécialités non présentes, accessibilité aux spécialités non reconduites (dermato).

Amélioration gestion des pathologies chroniques (suivi pluri-professionnel, éducation thérapeutique, filière ville-hôpital).

Pneumo et cardio prioritairement, actuellement inaccessibles pour la plupart des patients du bassin de population.

Cardio Gastro Neuro pour ce qui est fréquent en Médecine générale, dermato car pas ou peu en ville, Géria pour éviter le déplacement des personnes âgées ....

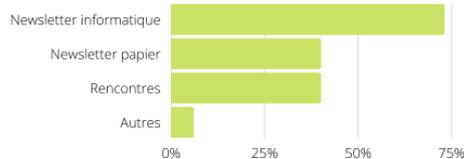


# Communication

## Informations sur le CH et canal de communication

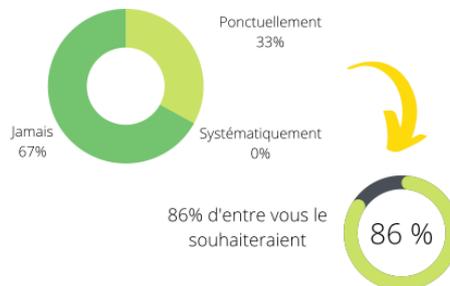


Vous êtes 93% à exprimer le besoin d'informations sur les activités disponibles au Centre Hospitalier de Lisieux ...



... avec une nette préférence pour la newsletter numérique

## Etes-vous informé de l'hospitalisation d'un de vos patients ?



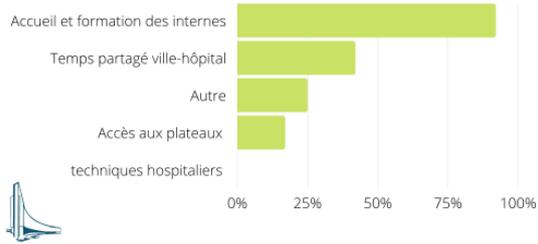
Généralement vous recevez les compte-rendus d'hospitalisation moins d'une semaine après la sortie pour 26% d'entre vous, et plus de 14 jours après la sortie pour 87% d'entre vous, en format papier par courrier.

# Projets médicaux du territoire

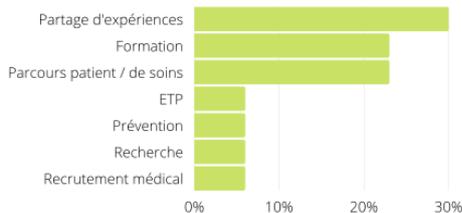
## Mise en place de projets communs ville - hôpital



## Quelles pistes pour attirer les médecins sur le territoire ?



## Thématiques identifiées



Avec par exemple, des échanges sur :

- le handicap
- les bilans à prévoir avant consultation chez un spécialiste
- s'appuyer sur les médecins généralistes pour les sorties d'hospitalisation
- etc.

### 4.11.2 Pistes de réflexion suite à la réunion d'échanges

#### Axe 1. Accessibilité : mieux partager l'information dans la prise en charge des patients

##### 1- Échanges entre médecins

Contexte : Il existe des fonctionnements différents en fonction des services et des activités. Les médecins ont également des préférences de communication propres à chacun (échanges par téléphone, par courriel, par plateforme ...).

Il y a une difficulté pour les patients de prendre des rdv avec des spécialistes hospitaliers. Certains services demandent à ce que les médecins généralistes appellent pour une prise de rendez-vous. Sont pointés également des difficultés dans l'utilisation des messageries sécurisées, et dans la transmission des comptes rendus hospitaliers (délais d'envoi et mode de transmission).

Propositions :

- Prévoir un échange par courriel entre médecins, par messagerie sécurisée (MS Santé), avec une forme de permanence pour obtenir des réponses rapidement,
- Transmettre un « guide » à tous les praticiens du territoire avec les informations utiles concernant les services du centre hospitalier (les contacts téléphone et mail, les portables d'avis, les différents fonctionnements, les différentes activités, etc.), avec mise à jour régulière.

##### 2- Communication sur les hospitalisations

Contexte : L'information sur les hospitalisations arrivent trop tard aux médecins traitants, que ce soit les entrées, les sorties d'hospitalisation, les décès ou les comptes rendus d'hospitalisation. Le

format papier n'est pas optimal pour la gestion des dossiers « patient » des médecins, et qui préfèrent le format numérique.

Propositions :

- Envoyer un courrier/courriel type par messagerie sécurisée au médecin traitant quand le patient est hospitalisé (entrée, sortie). Le déploiement DPI est en cours, une communication sera nécessaire aux médecins de ville et hospitaliers une fois la mise en place opérationnelle,
- LIFEN est un type de solution satisfaisante,
- Communiquer sur le fonctionnement et l'utilisation de l'outil Pandalab Pro en service HAD (Groupe pour partage : ordonnance, messagerie instantanée, lecteur de radio, partage photos, BDD médicaments, dossier patient).

### 3- Communication sur le laboratoire de biologie médicale et sur le centre de radiologie

Contexte : Les médecins de ville n'ont pas ou peu connaissance de l'accessibilité du laboratoire de biologie médicale et du centre de radiologie pour les patients extérieurs.

Les médecins du point garde à l'entrée du centre hospitalier aimeraient la possibilité de transmettre les ECBU le samedi après-midi et le dimanche.

Propositions :

- Améliorer l'information de l'accès possible (fonctionnement, horaires, utilisation de Bio-server à la place d'Apicrypt, etc.) par le « guide » détaillé ci-dessus,
- Transmettre les ECBU du Point Garde au laboratoire de biologie médicale le samedi après-midi et le dimanche (selon des modalités à définir – lien avec les urgences par exemple).

## **Axe 2. Favoriser l'accueil des internes et l'implantation de nouveaux praticiens**

Contexte : Le territoire fait face à des difficultés de recrutement de professionnels de santé depuis quelques années.

Propositions :

- Inviter l'ensemble des internes et leurs conjoints à une soirée de rencontre des internes, en co-pilotage CH Lisieux et Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie. Il est prévu d'organiser une session à chaque semestre. La première session a eu lieu en octobre 2021,
- Inviter les internes de ville à la journée d'accueil des internes au CH Lisieux, avec visite des services, et communication d'un médecin généraliste de ville,
- Organiser des sessions de formation ouvertes à l'ensemble des internes,

- Proposer à tous des sessions de « découverte » de certains services,
- Informer des dispositifs disponibles sur le territoire : le dispositif des 400MG, ainsi que le site [www.vivredanslecalvados.com](http://www.vivredanslecalvados.com) qui aide à l'installation des professionnels sur le territoire pour l'ensemble des démarches administratives (logement, scolarité des enfants, emploi du conjoint, etc.),
- Développer les exercices partagés ville-hôpital.

### **Axe 3. Projets communs, partage d'expériences et de connaissances**

Contexte : Besoin d'améliorer la communication générale entre le système hospitalier et la médecine de ville.

Propositions :

- Envoyer une Newsletter médicale pour les praticiens du territoire (informer des installations, départs, des activités du CH et des structures de ville, etc.),
- Proposition de remontée des infos de ville par un médecin,
- Organiser et/ou participer à des réunions de présentation de cas cliniques. En association avec les PSLA et centres de santé,
- Attentes de spécialités : renforcer l'offre de cardiologie, ORL, diabétologie, dermatologie, médecine interne,
- Besoin de développer de la télé-expertise.



## 5 Projet de soins





## **Mot de la Coordinatrice Générale des Soins en 2022**

Cette version du Projet de Soins 2023-2027 que vous allez découvrir est le fruit d'un travail collectif ayant regroupé une cinquantaine de professionnels de santé non médicaux exerçant au Centre Hospitalier de Lisieux.

Je tiens tout particulièrement à remercier chacun d'entre eux ainsi que les membres de la CSIRMT pour leur mobilisation et leur assiduité au profit de la construction du projet de soins. Ce dernier vise à améliorer nos prestations de soins au service des usagers mais aussi, à moderniser et sécuriser les pratiques soignantes de nos professionnels de santé, maillons ô combien indispensables sur la chaîne de prise en charge. Ce projet se veut ambitieux car la prestation de soins doit l'être tout autant que cette projection, fruit de l'intelligence collective. Il se doit de répondre aux attendus des soignés et des soignants, si questionnés aujourd'hui, dans ce contexte post-crise que nous connaissons.

Ce travail a été réalisé de mai 2021 à janvier 2022. Il s'inscrit pleinement dans la volonté de décloisonner les services, de construire grâce à l'intelligence collective, avec le souci permanent du sens de l'action, de la sécurisation des pratiques, du questionnement permanent de celles-ci dans une volonté d'améliorations, d'adaptations aux exigences réglementaires, environnementales voire sociétales. L'innovation, la création, la volonté de communiquer et d'expliquer doivent accompagner ces évolutions. Ce projet porte également une volonté forte d'impulser une dynamique managériale, de développer des compétences nouvelles et de veiller à la qualité de vie au travail et à la conduite du changement.

Le projet de soins a pour vocation à être coordonné avec le Projet Médical pour devenir un projet médico – soignant illustrant notre conception solidaire et complémentaire du projet en interaction avec l'environnement, favorisant ainsi l'intégration de toutes les dimensions de la prise en charge de la personne soignée : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Celui-ci doit permettre de contribuer à une optimisation de la qualité des soins, signe la recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs au service de l'organisation de la prise en charge des patients/résidents autour des soins de proximité, du renforcement de la prévention et du développement de l'innovation.

Permettez-moi de formuler les vœux suivants, que :

- Le travail réalisé et les synergies partagées puissent conduire notre établissement à s'organiser au mieux pour permettre l'aboutissement des projets, leur évaluation et la création de nouvelles perspectives,
- Qu'ensemble pour et avec les équipes, nous transformerons nos pratiques soignantes et managériales au profit de la prise en charge des usagers,
- Croire en demain, c'est mieux investir aujourd'hui.

Véronique DEHMOUCHE.

## 5.1 Définition du projet de soins

Article L6143-2 du CSP : le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement [...] Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social.

Pour partie, le projet de soins constitue la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le projet médical mais définit également ses propres axes de développement.

C'est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche pour les cinq ans à venir. Ainsi, il définit les orientations stratégiques et d'amélioration continue des pratiques professionnelles, et se veut une réponse aux attentes des usagers représentant ainsi un fil conducteur pour les soignants.

Il a l'objectif d'être opérationnel et réalisable, afin d'engager concrètement chaque professionnel notamment en générant du sens et des valeurs partagées.

## 5.2 Contexte & origine du projet

Une nécessité d'élaborer un nouveau projet d'établissement, le précédent étant arrivé à échéance depuis 2019, qui doit permettre d'identifier les grandes orientations pour le centre hospitalier. En accord avec les grands principes édictés pour la construction du projet d'établissement, le projet de soins s'inscrit dans une démarche « concertée » et de progression, marquée par un pragmatisme.

Nous optons donc pour une démarche collective qui a pour but d'associer tous les acteurs dans l'élaboration de ce projet afin de mobiliser l'intelligence collective, favoriser l'adhésion et l'implication des acteurs, répondre aux attentes des utilisateurs en terme d'offre de soins et aux professionnels paramédicaux.

**Il convient d'intégrer les facteurs d'évolution des organisations sanitaires et pour ce faire, nous concevons :**

- Un projet articulé sur le modèle d'un projet médico-soignant afin d'éviter les réflexions en silo et améliorer les processus qui supposent le décloisonnement des métiers,

- L'ouverture sur le territoire de santé et sur une collaboration avec des partenaires multiples internes et externes,
- La recherche d'agilité qui nécessite de disposer de projets pragmatiques évaluables et réajustables, en s'appuyant sur les priorités institutionnelles ou contextuelles.

Un projet de soins, 2015 -2019, qui s'est achevé et qui s'inscrivait dans le projet de soins du GHT 2017 – 2021.

### **5.3 Objectifs du projet**

Des objectifs, à court et moyen terme, centrés sur 3 axes de réflexion :

- Amélioration de la prise en charge des patients, dans le domaine des soins infirmiers et médico-techniques,
- Des objectifs médico-soignants en complémentarité ou déclinaison des projets médicaux,
- Des objectifs managériaux, à destination des professionnels : qualité de vie au travail et prévention des risques psycho-sociaux, l'accompagnement au changement, la sécurisation des parcours professionnels...

### **5.4 Méthodologie d'élaboration du projet de soins**

#### **5.4.1 Les grands principes**

Dans une dynamique identique à celle du projet d'établissement, le projet de soins se veut « concerté » dans une démarche de progression et empreint de pragmatisme. Cette démarche collective a pour but d'associer tous les acteurs paramédicaux dans l'élaboration des projets de soins, et de garantir aux instances un rôle d'arbitrage et de priorisation. Après la réunion des instances, les concertations se poursuivent.

La CSIRMT est concertée régulièrement pour le projet médico-soignant. Nous faisons le choix d'intégration du projet de soins aux différents projets et en particulier au projet médical, au regard du sens que nous souhaitons lui donner, à savoir :

- Recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs concourant à un même projet ou contribuant au fonctionnement d'un même processus,
- Conception solidaire et complémentaire du projet médical et du projet de soins en interaction avec l'environnement, favorisant ainsi l'intégration de toutes les dimensions de la prise en charge de la personne soignée : biologique, psychologique, sociale et spirituelle,

- Développement d'une culture globale, facteur d'intégration et de gestion des diversités et moyen de fédérer autour de la notion de performance collective, de mise en cohérence des compétences et des moyens au service de la personne soignée,
- Renforcer le dialogue et la communication entre les acteurs pour une meilleure qualité des soins,
- Offrir une vision plurielle de la prestation de soins,
- Tendre vers un management plus transversal et favorisant le principe de subsidiarité.

Après avoir déterminé les priorités du projet médical ainsi que les premières orientations du projet de pôle, le projet médical et soignant s'enrichira d'une démarche partagée et commune avec les paramédicaux, comme suit.

D'un point de vue purement méthodologique, le choix est fait de ne pas initier ce projet, en partant classiquement de l'évaluation de l'atteinte des objectifs du précédent projet.

En effet, celui-ci s'est achevé depuis plus de deux ans et depuis, la crise sanitaire qu'a connu notre établissement a profondément bouleversé les équilibres antérieurs, que ce soit au niveau de notre environnement, des ressources disponibles, des profils et besoins des usagers mais aussi des attentes des professionnels paramédicaux dans l'exercice de leur fonction. Aussi, nous faisons le choix d'effectuer un diagnostic de situation avec les équipes d'encadrement qui représentent l'ensemble des secteurs d'activités du centre hospitalier.

Par ailleurs, un projet qualité et gestion des risques fait partie d'un des volets du projet d'établissement. La DSIRMT sera associée à l'élaboration et la déclinaison de celui-ci, en particulier dans les domaines de gestion des risques à priori, développement d'une culture qualité commune, retour d'expérience, analyse des pratiques, puisque ces thématiques innervent nos pratiques de soins.

#### **5.4.2 Les grandes étapes de l'élaboration du projet de soins**

##### **A) Temps 1 : avril et mai 2021**

Des rencontres avec les pôles, la Direction, la Présidence de CME et la Coordination Générale des soins dans le cadre de l'élaboration du projet médico-soignant. Il s'agissait de dresser un état des lieux et d'identifier les projets prioritaires et structurants des pôles. Ainsi, des lignes directrices du projet de soins ont pu être extraites de ces rencontres, elles constituent une première base de réflexion et d'orientation :

- 1. Promouvoir l'adaptabilité nécessaire à la transformation hospitalière, en favorisant la participation et l'adhésion des équipes.**

2. Favoriser le développement des compétences nécessaires au déploiement des projets médicaux, en tenant compte de la démographie médicale tout en valorisant les métiers de soins.
3. Impulser le numérique dans les pratiques de soins et de management, source de sécurisation, d'attractivité et d'amélioration de la performance.
4. Sécurisation des parcours professionnels, des pratiques de soins et managériales : culture de gestion des risques à priori et à postériori.
5. Faire évoluer nos pratiques au regard des besoins et attentes des usagers et de ceux des professionnels.

Ces lignes directrices ont été partagées et validées en CSIRMT et en réunion cadres.

#### B) Temps 2 : 7 juillet 2021

Un temps de travail avec les cadres de l'établissement pour dresser un état des lieux et s'assurer que les lignes directrices identifiées sont en accord avec les préoccupations, attentes et besoins des usagers et des professionnels paramédicaux.

Travail en ateliers par groupe de 5 à 6 cadres pour faire un diagnostic via une matrice SWOT, des forces et faiblesses, menaces et opportunités, dans nos domaines de compétences. Ainsi, tous les cadres alimenteront la matrice SWOT sur 5 thématiques :

1. Prise en charge du patient et parcours de soins : en intra, lien inter/service ou en extrahospitalier, les organisations de travail.
2. Recrutement, intégration et compétences des personnels paramédicaux tant en service de soins qu'en secteurs spécialisés.
3. Pratiques de soins : rôle propre, rôle prescrit, gestion des risques à priori et à postériori, protocoles de soins, démarche qualité.
4. Pratiques managériales et positionnement dans l'institution : conduite du changement, adaptabilité, communication.
5. Qualité de Vie au Travail et conditions d'exercice professionnel des paramédicaux : outils de travail, gestion du temps de travail, valorisation, risques psycho-sociaux.

Les 5 groupes cadres ont été animés et pilotés par les cadres supérieurs qui ont pour rôle de synthétiser les idées et de veiller à développer une réflexion institutionnelle, chaque cadre apportant sa réflexion sur toutes les thématiques. Cette méthodologie de travail a été présentée au PCME et au directoire.

La présentation de ce travail a été réalisée en CSIRMT. En complément, les membres de celles-ci ont été interrogés sur les principales forces et faiblesses de notre établissement dans ses prestations de soins et les conditions de travail des personnels paramédicaux ressentis afin d'enrichir le diagnostic et de vérifier son adéquation avec le vécu des professionnels.

C) Temps 3 : septembre 2021

Un temps de travail avec les cadres de l'établissement a été organisé pour fixer, au regard du diagnostic réalisé, des objectifs d'améliorations réalistes et atteignables, en accord avec les préoccupations, attentes et besoins des usagers et des professionnels paramédicaux, dans le respect des règles législatives.

Travail en ateliers par groupes de 5 à 6 cadres pour, à partir des forces et faiblesses, menaces et opportunités identifiés, dégager le plan d'actions, dans nos domaines de compétences. Ainsi, les cadres alimenteront la matrice Swot sur les 5 thématiques précédemment citées.

D) Temps 3 : novembre 2021 à mai 2022

Travail d'analyse et de formalisation, échanges en Direction des Soins, puis présentation de l'évolution du travail en CSIRMT en février et juin 2022.

E) Temps 4 : juin 2022 :

Comité de relecture.

F) Temps 5 : juin 2022

Passage aux instances.

- Un livrable :

Un document formalisé comportant le diagnostic de situation et les orientations du projet de soins 2023- 2027.



## 5.5 Le diagnostic de situation

Ce diagnostic découle donc d'une analyse de nos forces, faiblesses, opportunités et menaces face aux cinq thématiques principales portées par une direction des soins.

### 5.5.1 6.1 Prise en charge du patient et parcours de soins : en intra, lien inter/service ou en extrahospitalier, les organisations de travail

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La configuration même de l'établissement qui comporte un plateau technique performant, et panel de spécialités (imagerie, réanimation, néonatalogie, maternité 2B, hémodialyse, ...)</li> <li>➤ Capacité de réactivité et d'adaptabilité dans la mise en place de nouvelles organisations en période de crise sanitaire (ex : réorganisation des services, mise en route du centre de prélèvement, de vaccination)</li> <li>➤ Sentiment d'appartenance à l'établissement se traduisant par une implication et disponibilité importantes de certains soignants soucieux d'assurer une continuité de soins et une qualité de prise en charge</li> <li>➤ Parcours patient très remarquable pour certaines prises en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes âgées avec la filière gériatrique, le parcours patient au sein du pôle EHPAD : logiciel trajectoire et médecin coordinateur (réunions tous les 15 jours), accueil de jour pour Alzheimer</li> <li>- Le suivi des parturientes : collaboration avec les sages-femmes libérales</li> <li>- HAD locale très réactive</li> </ul> </li> <li>➤ Coordination de la gestion des lits en interne grâce à la mise en place d'un gestionnaire de lits qui donne entière satisfaction</li> </ul>	<p><u>RH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fragilisation de certaines spécialités, en lien avec la pénurie médicale : urgences, maternité, gastro-entérologie, centre de recours AVC avec parfois par télétransmissions faute de présence permanente d'un neurologue générant une adaptation de l'offre</li> <li>➤ Difficultés de recrutement de paramédicaux spécialisés : MERM, TL, IBODE pouvant influencer l'offre de soins à terme</li> </ul> <p><u>Matériels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Locaux dégradés et inadaptés aux attentes des usagers d'aujourd'hui</li> <li>➤ Manque d'uniformisation du matériel, difficultés dans les renouvellements de matériel et spécifiquement pour les outils informatiques ne permettant pas toujours de moderniser nos pratiques</li> </ul> <p><u>Pilotage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faiblesses de communication (en cas de nouveau logiciel, de nouvelle organisation, ...) et de partage d'informations avec un impact sur les organisations de travail</li> <li>➤ Changements d'organisation trop brutaux</li> </ul> <p><u>Parcours interne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'aval des urgences dans le parcours patient et l'admission dans les services pouvant être retardés malgré des directives institutionnelles</li> <li>➤ Les mouvements de patients en interservices, transport patient qui retarde les flux patients qui génère une insatisfaction des patients</li> <li>➤ Peu ou pas de sorties le matin</li> <li>➤ Manque d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite</li> </ul> <p><u>Parcours coordonné ville-hôpital ou au sein du GHT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lien ville-hôpital reste à développer et en particulier la transmission de l'hôpital vers la ville, mais aussi les adressages patients</li> <li>➤ Manque d'identification voire d'existence des parcours patients dans certaines filières</li> </ul>
MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manque de temps cadre pour gérer et coordonner les parcours patients</li> <li>➤ Organisation de travail menacée par l'absentéisme</li> <li>➤ Parcours de soins pas toujours conformes aux bonnes pratiques : transmission des données, des délais de la qualité des PEC de patients, par défaut d'offre, d'avis de spécialistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SEGUR immobilier donne une perspective de rénovation et de modernisation du CH</li> <li>➤ Accès partagé aux informations avec la prochaine mise en place du DPI</li> <li>➤ Valorisation financière des parcours patients</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Défauts d'informatisation engendrant des difficultés de coordination interne et externe : liaison entre SAMU et SMUR, entre services et pharmacie d'où l'absence de validation pharmaceutique</li> <li>➤ Diminution d'activité d'éducation thérapeutique, en particulier dans la prise en charge du diabète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développement de la polyvalence au sein des pôles, lors de la crise sanitaire</li> <li>➤ Projet d'établissement en termes d'attractivité (médicale et patients) : opportunité de clarifier les parcours patients, de développer la coopération au sein du GHT et entre la ville et l'hôpital.</li> </ul>
---	---

### 5.5.2 Recrutement, intégration et compétences des personnels paramédicaux tant en service de soins qu'en secteurs spécialisés

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Des outils ou organisations au service de l'intégration des professionnels : triptyque accueil du nouvel arrivant, cartographie des compétences, journée d'accueil des nouveaux arrivants, polyvalence de certains professionnels sur un pôle et non sur un service</li> <li>➤ Des dispositifs favorisant le développement de compétences : une offre de formation continue large et diversifiée</li> <li>➤ Des dispositifs adaptés pour favoriser le recrutement, de la formation à l'embauche : journée porte ouverte IFPS, recrutement fait par la DSIRMT au plus près des besoins et de l'identification des compétences nécessaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Difficultés de recrutements ponctuels sur des arrêts en cours d'année pour faire face à de l'absentéisme : pas d'utilisation des réseaux pour les recrutements, manque d'outils, politique peu attractive aujourd'hui qui peut engendrer des recrutements moins qualitatifs</li> <li>➤ Manque de promotion du CH Lisieux, donner envie de nous rejoindre</li> <li>➤ Manque de visibilité des nécessités de recrutement, à l'extérieur</li> <li>➤ Spécificité des recrutements et remplacements des personnels médico-techniques, pas suffisamment prise en compte</li> <li>➤ Manque de cartographie des compétences spécifiques possibles à mobiliser, en cas de besoins <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les fiches de poste et de tâches pas toutes formalisées, et nombreuses à réactualiser</li> <li>- Différents grades sur un même poste : par exemple à la stérilisation ASH et AS même travail, quelle gestion et quelles formations d'adaptation à l'emploi ?</li> </ul> </li> <li>➤ Manque de valorisation de la plus-value des compétences spécifiques et esprit d'entraide insuffisant</li> <li>➤ Manque d'informations et d'outils « modernes » adaptés aux attentes des professionnels</li> </ul>
MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perte de compétences dans certains services spécialisés car mobilité importante des IDE</li> <li>➤ Risque de fuite vers les autres établissements</li> <li>➤ Politique de mobilité à mieux définir</li> <li>➤ Tensions sur les métiers kinésithérapeutes, IBODE, MER</li> <li>➤ Evolution sociétale : perte de motivation, changement du rapport au travail, comment y faire face ?</li> <li>➤ Crainte de l'encadrement de transmettre des manquements ou insuffisances via des rapports circonstanciés ou de formuler une remarque car il y a tout de suite un retour au cadre supérieur de santé, à la santé au travail et aux partenaires sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Travail en complémentarité sur recrutement, formation, intégration, fidélisation avec IFPS : proposer les postes aux étudiants en stages pré-professionnels, développer l'apprentissage même sur la filière IDE et AS</li> <li>➤ Utiliser les nouveaux outils de communication : l'inédit, cadre emploi, ...</li> <li>➤ Le pilier RH du Ségur de la santé : augmenter les équipes de suppléances</li> </ul>

### 5.5.3 Pratiques de soins : rôle propre, rôle prescrit, gestion des risques *a priori* et *a posteriori*, protocoles de soins, démarche qualité

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Des protocoles de soins disponibles sur intranet</li> <li>➤ Plus-value apportée par les équipes mobiles dans les prises en charge : EOH, soins palliatifs, centre d'expertise gériatrique, addictologie, douleurs et réseaux extérieurs qui apportent une expertise et une harmonisation pour certaines spécificités</li> <li>➤ Identification claire de certains parcours de soins et le circuit du médicament est bien identifié</li> <li>➤ Lisibilité du calendrier de déploiement du dossier patient informatisé</li> <li>➤ Travail collaboratif et esprit d'équipe dans les pratiques dans certains secteurs à valoriser</li> <li>➤ Mise en place d'une conciliation médicamenteuse (médicale et paramédicale) d'entrée et de sortie</li> <li>➤ Amélioration des pratiques grâce à la REMED, les RMM et les CREX, CLUD, CLAN dans certaines unités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Peu de culture de déclaration des évènements indésirables, le sentiment de dénonciation étant encore présent. Peu de visibilité des analyses effectuées au regard et des axes d'amélioration. Les pratiques sont revues essentiellement sur les périodes de certification</li> <li>➤ Manque de connaissance des modalités d'utilisation de l'intranet qui ne sont pas suffisamment connues</li> <li>➤ Perte d'élan dans les groupes de travail institutionnels en lien avec les pratiques de soin (ex : comité éthique, contention, escarres, ...) qui se sont arrêtés inachevés</li> <li>➤ Temps long de validation de certains protocoles qui bloque leur mise en œuvre</li> <li>➤ Archivage papier des protocoles obsolète et non ergonomique</li> <li>➤ Résistance de certains médecins pour faire évoluer les pratiques de soin</li> <li>➤ Non informatisation du dossier de soin</li> </ul>
MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manque de sécurisation de certaines pratiques de soin</li> <li>➤ L'oralité entre pairs dans l'énoncé des bonnes pratiques prévaut sur les protocoles de recommandation d'où un défaut d'harmonisation des pratiques d'un secteur à l'autre</li> <li>➤ Perte d'information en lien avec non-informatisation du dossier lors des transferts et risque d'erreurs de recopiage</li> <li>➤ Glissement de tâches surtout par habitude</li> <li>➤ Manque de réinvestissement des formations réalisées pour améliorer les pratiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La crise sanitaire a impulsé une gestion plus structurée des pratiques et protocoles, notamment en hygiène</li> <li>➤ Volonté des professionnels de développer de nouvelles connaissances et compétences via les pratiques avancées ou les protocoles de collaboration : réponse à la pénurie médicale et aux attentes des PNM</li> <li>➤ A partir de l'expérience du PPH détaché au bloc pour la gestion des stocks, réflexion sur le métier le plus adapté à réaliser les activités de soin</li> </ul>

### 5.5.4 Pratiques managériales et positionnement dans l'institution : conduite du changement, adaptabilité, communication

Multiplicité des tâches et missions confiées aux cadres qui ne permet pas toujours un travail de fond, ni une proximité avec les équipes soignantes.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Positionnement du cadre : autonomie respectée, solidarité existante entre cadres qui se développe aussi en intergénérationnel, positionnement reconnu vis-à-vis des équipes PM-PNM satisfaisant mais difficultés parfois par rapport aux engagements</li> <li>➤ Développement récent de leur implication institutionnelle appréciée : participation récente aux groupes de travail institutionnels, transmissions partagées de week-end et de nuit permettent une vision collective et plus institutionnelle, favorisent une meilleure continuité. Tout ceci concourt à davantage d'implication institutionnelle</li> <li>➤ Valorisation récente de la fonction cadre, perçue comme une évolution d'un métier de surveillance vers un métier de manager</li> <li>➤ Promotion professionnelle facilitée vers les métiers d'encadrement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Difficultés dans l'exercice de leur fonction du fait de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'outil de communication à destination des équipes</li> <li>- Manque de priorisation de l'information parfois redondante, ce qui devient complexe à gérer</li> <li>- Manque d'informatisation, de mails personnels</li> <li>- Manque de coordination d'accueil des cadres mais aussi d'outils et de supports d'informations pour être rapidement opérationnel</li> <li>- Manque de structuration de la continuité managériale, ponctuellement ou lors de départ, situations mal vécues par les équipes. Pas d'outil de partage en lien avec la continuité</li> <li>- Gestion du temps de travail complexe en lien avec la gestion du quotidien chronophage</li> <li>- Parfois « implication très forte » des personnels médicaux dans le PNM</li> <li>- Gestion de l'absentéisme chronophage et insatisfaisante</li> </ul> </li> <li>➤ Des aspirations non honorées dans leurs pratiques managériales du fait d'un manque de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilité et accompagnement</li> <li>- Temps dédiés d'échanges de pratiques</li> <li>- Partage des travaux réalisés</li> <li>- Retours sur le travail</li> <li>- Outils de valorisation des agents remarquables</li> </ul> </li> <li>➤ Des ressentis de manque de soutien et de valorisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de valorisation du travail du cadre : plus de rapport d'activité</li> <li>- Manque de soutien pour faire respecter le travail à réaliser, les règles institutionnelles, voire les devoirs du fonctionnaire, d'où une fragilisation de la fonction</li> <li>- Certains fonctionnements très pyramidaux ne valorisent pas le cadre : appel ADG pour linge</li> </ul> </li> </ul>
MENACES	OPPORTUNITES
<p><u>Liées aux pratiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manque d'harmonisation de certaines pratiques qui ne permet pas à tous d'exercer des activités attendues, par exemple la participation aux recrutements</li> <li>➤ Réalisation d'activités chronophages ne relevant pas forcément de la fonction cadre : commandes, logistique, coursier, intendance, d'où une multiplicité des actions à mener voire remplacement d'IDE, d'où fragilisation de la fonction</li> <li>➤ Manque de délégation IDE et AS, qui pourrait permettre de valoriser les agents et dégager le cadre de certaines tâches quotidiennes chronophages</li> <li>➤ Conduite du changement complexe qui manque parfois d'accompagnement : volontaire mais crainte de la charge de travail générée, crainte d'être eux-mêmes en difficulté face au changement</li> <li>➤ Manque de déconnexion vie professionnelle / vie personnelle</li> <li>➤ Manque de temps informel entre cadres</li> </ul> <p><u>Liées au positionnement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Positionnement de cadre parfois fragilisé par un ressenti de manque de soutien et d'impunité de certains agents. La fonction de contrôle du cadre est peu admise</li> <li>➤ Positionnement affirmé des partenaires sociaux dans l'institution peut freiner l'avancement de certains projets et limiter les prises d'initiatives</li> <li>➤ Expression de mal-être de certains cadres dans l'exercice de leur fonction, ce qui ne donne pas envie aux professionnels d'évoluer vers cette fonction</li> <li>➤ Charge mentale générée par des retours négatifs des différents acteurs hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Panel de spécialités et donc d'exercices professionnels diversifiés</li> <li>➤ Projet d'établissement attractif, mise en œuvre du premier séminaire des cadres, participation à l'élaboration du projet de soins, une dynamique managériale nouvelle qui offre d'autres perspectives</li> <li>➤ Réflexion sur les délégations à mettre en œuvre auprès des PNM initiée du fait d'absences longues de cadres</li> </ul>

5.5.5 Qualité de Vie au Travail et conditions d'exercice professionnel des paramédicaux :  
outils de travail, gestion du temps de travail, valorisation, risques psycho-sociaux.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existence d'un groupe de travail QVT, mise en place d'actions QVT pendant la crise COVID, des formations sont proposées, un questionnaire QVT institutionnel renseigné, des valeurs institutionnelles érigées, matériel obtenu par les enveloppes d'investissement 2020 et 2021</li> <li>➤ Des actions remarquées pendant la crise : socio-esthétique, psychologue, adaptation du self, livraisons possibles sur les services, tables de pique-nique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Des actions non pérennes dans le temps et des manquements identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement vis-à-vis des devoirs des agents voire une charte des droits et devoirs du fonctionnaire</li> <li>- Les représentants du personnel ont un pouvoir ressenti comme trop prégnant ce qui perturbe la communication entre les cadres et les équipes</li> <li>- L'actualisation du document unique est réalisée mais le suivi du plan d'actions n'est pas effectif ou non communiqué</li> <li>- Les procédures de consultation de la médecine du travail ne sont pas formalisées d'où un manque de clarté dans les décisions</li> </ul> </li> <li>➤ Développer des modalités de reconnaissance des compétences des agents</li> <li>➤ Manque d'analyse d'impact sur le quotidien des professionnels lors de changements d'organisation ou de matériel</li> <li>➤ Manque de supports logistiques pour pallier les ruptures, source d'épuisement et de perte de qualité</li> </ul>
MENACES	OPPORTUNITES
<p><u>En interne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Locaux vétustes et non rafraichis, meubles hors d'usage, manque d'ergonomie, manque de place, stockage, manque de stationnement et d'éclairage</li> <li>➤ Exercice professionnel en flux tendu</li> <li>➤ Risque d'épuisement professionnel et/ou de burn-out à identifier</li> <li>➤ Période d'évaluation des agents pendant la période estivale : difficulté qui alourdit la tâche</li> </ul> <p><u>En externe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perte d'attractivité du personnel</li> <li>➤ Evolution sociétale, parfois sans limites</li> <li>➤ Utilisation des réseaux sociaux, menace parfois la confidentialité, le secret professionnel et les rapports entre professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projet d'établissement et immobilier</li> <li>➤ QVT en certification 2023</li> <li>➤ Développer les compétences par la formation</li> <li>➤ Travail engagé sur les cycles de travail en GTT</li> <li>➤ Réflexion à engager sur le télétravail des cadres de santé</li> </ul>

5.5.6 En complément de ce diagnostic une expression individuelle de chaque membre de la CSIRMT :

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le travail en équipe, des équipes solidaires et impliquées est l'élément le plus cité</li> <li>➤ Le dossier patient informatisé en cours de déploiement</li> <li>➤ La polyvalence des agents</li> <li>➤ Le partage et l'existence de projets</li> <li>➤ La configuration de l'établissement : un hôpital de proximité à taille humaine avec un plateau technique intéressant et des activités diversifiées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retards de communication, voire d'informations dans les prises en charge</li> <li>➤ Déploiement du dossier patient informatisé incomplet et en particulier pas de prescription médicale informatisée généralisée</li> <li>➤ Manque d'utilisation de l'outil informatique en formation (e-learning), et pour diffuser l'information</li> <li>➤ Manque de communication entre services et trop centrés sur eux-mêmes</li> <li>➤ Lenteur de traitement des demandes de tout ordre ce qui complexifie le quotidien « énergie déployée pour de 'petites choses' comme l'approvisionnement en matériel »</li> <li>➤ Circulation de l'information peu fluide</li> <li>➤ Parcours patient compliqué pour la chirurgie (amont/pendant/aval)</li> <li>➤ Conduite de projets parfois complexes avec un manque de coordination des objectifs communs de prise en charge des patients</li> <li>➤ Gestion complexe de l'agressivité des usagers ou de leurs familles, peut être amplifiée par la crise sanitaire</li> </ul>

### 5.5.7 Synthèse conclusive

Les équipes ont envie de travailler ensemble, en bonne intelligence mais il convient de travailler sur le décloisonnement et l'amélioration de la communication entre tous.

L'enjeu est de co-construire les objectifs du futur projet de soins, de poser des objectifs de modernisation, de sécurisation des pratiques soignantes et des parcours des professionnels. Il convient de viser des objectifs réalistes et réalisables car, dans l'histoire de l'établissement, bon nombre n'a pu être mené à terme, ce qui constitue une source de frustration voire de démotivation pour certains.

Il faut saisir l'opportunité de ce nouveau projet de soins pour améliorer la prise en charge des personnes accueillies mais aussi permettre aux professionnels de trouver satisfaction et épanouissement dans l'exercice de leur fonction. Les enjeux d'attractivité des métiers du soin, de fidélisation et de développement des compétences adéquates à l'activité sont plus que jamais à intégrer.

Les valeurs, les volontés communes et le travail de réflexion engagés augurent d'une belle réussite de ce projet de soins.

1

Moderniser les pratiques de soins en développant l'utilisation du numérique, source de sécurisation des pratiques, et d'attractivité des professionnels.

## FICHE ACTIONS N°1

# Promouvoir le déploiement du dossier de soins informatisé (DPI) et son appropriation par les professionnels de santé pour une meilleure coordination des soins

### CONTEXTE

Le contenu du dossier patient est défini par la Loi du 4 mars 2002 et représente l'ensemble des informations concernant la santé du patient détenues par le professionnel. Ce contenu est formalisé et contribue : à l'élaboration, au suivi diagnostic, au traitement ou à une action de prévention. Le dossier fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé qui est un élément clé dans la sécurisation du parcours du patient.

La communication des dossiers et l'accès au dossier de l'utilisateur ont une définition réglementaire.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) « Ma santé 2022 » et de son volet numérique dont il constitue l'action 19, le programme HOP'EN est le nouveau plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers de production des soins. Cette transition vers le numérique, axe prioritaire de l'Etat et du CH de Lisieux, permet d'assurer l'évolution de notre système de santé vers un modèle performant et pérenne.

Les écrits professionnels ainsi que les transmissions orales, par leur exhaustivité, leur précision, leur référence aux bonnes pratiques, au raisonnement clinique infirmier, aux données probantes et leur partage, contribuent à la qualité de la prise en soins de personnes accueillies en établissements de santé et médico-sociaux.

La dématérialisation des dossiers patients-résidents doit permettre l'amélioration de la traçabilité et des échanges d'informations nécessaires à des parcours de soins pertinents et coordonnés, au travers de transmissions concises, claires et précises selon les pathologies rencontrées.

La mise en œuvre des transmissions ciblées et le déploiement dans un premier service du dossier de soins informatisé en 2021, signent l'amorce de nos objectifs.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le déploiement du DPI dans tous les services du secteur sanitaire et médico-social en intégrant les pratiques et le raisonnement cliniques dans son paramétrage,</li> <li>- Soutenir et développer la qualité de l'écriture professionnelle dans le dossier de soins,</li> <li>- Assurer la continuité de la prise en charge du patient-résident dans son parcours de soin en favorisant la transmission d'informations entre les différents services, avec les structures externes tout en veillant à la confidentialité des données,</li> <li>- Tendre vers un dossier de soins informatisé dans son entièreté,</li> <li>- Définir des indicateurs de qualité dans l'utilisation, le renseignement, la circulation des informations contenues dans le dossier patient pour favoriser la complétude des dossiers.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre l'échéancier de déploiement du DPI sur le CH,</li> <li>- Poursuivre le paramétrage et l'accompagnement par l'équipe DPI,</li> <li>- Mettre à jour le guide méthodologique et tenue du dossier de soins,</li> <li>- Déterminer un processus d'évaluation continue : procéder à l'évaluation régulière des écrits à partir des critères définis, en privilégiant des requêtes informatiques / collaboration DIM</li> <li>- Formation des professionnels à l'utilisation de l'outil informatique et à la méthode de transmissions ciblées,</li> <li>- Sensibilisation aux pratiques de confidentialité,</li> <li>- Formation des étudiants en santé au cours de leur formation initiale,</li> <li>- Intégrer l'outil informatique dans les organisations de travail.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres supérieurs de santé</li> <li>- Cadres de santé</li> <li>- Cadres sage-femme</li> <li>- Cadres formateurs</li> <li>- Cellule DPI – Soignants</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>Année 2023</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide méthodologique formalisé,</li> <li>- Pourcentage des services utilisant l'ensemble du dossier informatisé,</li> <li>- Pourcentage des documents supports informatisés par rapport aux supports papier existants,</li> <li>- Taux de personnels formés aux transmissions ciblées,</li> <li>- Qualité des écrits professionnels à partir d'une grille de recueil.</li> </ul>

### Développement de la télésurveillance et du télésoin

#### CONTEXTE

L'arrêté ministériel du 23 mars 2020 autorise le suivi à distance en télé-soin pour une IDE de manière dérogatoire et transitoire. Un des piliers traités dans le Ségur de la santé concerne le numérique en santé, un groupe de travail investit cette thématique.

La télémédecine est un levier indispensable de la recomposition de l'offre de soins. Elle facilite le partenariat ville-hôpital. Elle rend possible une organisation innovante via le recours à des services numériques permettant de s'affranchir de l'unité de temps et de lieu. Elle ouvre des possibilités d'optimisation organisationnelles, en améliorant les pratiques et en renforçant la qualité des soins.

Dès lors, au regard de l'évolution des pratiques médicales et paramédicales et de la nécessaire optimisation des temps de travail, le développement du télé soins, son accompagnement, et globalement, celui de la télémédecine, sont des incontournables, pour les personnels infirmiers, dans les années à venir.

Aujourd'hui cette pratique est développée dans l'institution :

- en cardiologie, pour la surveillance de l'insuffisance cardiaque, des patients porteurs de dispositifs implantables ;
- en diabétologie, pour la surveillance du diabète gestationnel, en projet pour les patients diabétiques ;
- en néphrologie, pour la surveillance des patients greffés ;
- en imagerie avec le dispositif TELEDIAG.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticiper le développement de compétences pour permettre l'accompagnement de l'activité médicale dans ces domaines mais aussi de promouvoir de nouvelles techniques de soin,</li> <li>- Déterminer des organisations performantes au service de ce développement, dans le respect des prérogatives des métiers.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les cadres de santé, les IDE et les médicotechniques,</li> <li>- Définir la coopération médecin – PNM de la télésurveillance, dans le respect des champs de compétences de chacun,</li> <li>- Participer aux choix des logiciels et former les IDE à l'utilisation de ceux-ci,</li> <li>- Former les infirmiers à la pratique en télémédecine (technologies, coopération, information-éducation des usagers),</li> <li>- Former les étudiants infirmiers,</li> <li>- Informer les usagers et les partenaires (libéraux, structures).</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres Supérieurs de Santé de pôles</li> <li>- Cadres de santé</li> <li>- IDE en collaboration avec les équipes médicales</li> </ul>
<b>ECHÉANCIER</b>	Année 2023 / 2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de professionnels formés,</li> <li>- Nombre de patients suivis en télémédecine au regard de chaque pathologie,</li> <li>- Nombre de patients ayant bénéficié de télésoin,</li> <li>- Organisations et coopérations PM / PNM déterminées.</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N° 3

# La simulation en santé au service du développement des compétences des apprenants et des professionnels de santé

### CONTEXTE

Les références :

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

Haute Autorité de Santé : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé.

Évaluation et amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012

Définition :

Le guide de bonnes pratiques relatives à la simulation en santé, édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2012, définit la simulation comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».

La simulation comme outil pédagogique est aujourd'hui en plein essor dans les formations des professionnels de santé. Son utilisation est encouragée par les pouvoirs publics, tant pour le développement professionnel continu que pour la formation initiale et spécialisée.

Le cycle d'apprentissage permet :

- d'apprendre à maîtriser les gestes techniques, pour les reproduire en toute confiance lors de situations réelles,
- d'intégrer la prise de décision et d'en évaluer le bien fondé,
- d'être actif, dans une situation urgente, sans jamais être dangereux (ni pour soi, ni pour le patient),
- de s'entraîner en équipe comme s'il s'agissait d'un évènement réel,
- de s'auto évaluer ou de se faire évaluer pour percevoir la progression dans l'apprentissage (progression par rapports),
- d'aborder toutes les situations y compris celles managériales.

Aujourd'hui une formatrice possède un DU et cette approche est développée à l'IFPS, mais peu auprès des professionnels, alors qu'elle répond à bons nombres d'attendus comme stipulé ci-dessus. Des initiatives médicales nous ont permis de l'expérimenter dans la gestion de l'urgence.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire les risques d'erreurs humaines,</li> <li>- Favoriser le développement des compétences des professionnels,</li> <li>- Mettre les connaissances en pratique en milieu sécurisé,</li> <li>- Faciliter la formation du travail en équipe,</li> <li>- Développer une méthode pédagogique ludique, efficace, courte, touchant un grand nombre.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les programmes de simulation en formation initiale,</li> <li>- Favoriser l'innovation en soins au travers de cette méthode dans l'approche formation continue : réserve soins critiques et déploiement Simango,</li> <li>- Développer les liens collaboratifs instituts-terrains en proposant des travaux synergiques sur la simulation,</li> <li>- Mettre en adéquation la synergie de la simulation en santé en liaison avec le projet médical, en partenariat avec le corps médical, en particulier dans la gestion de l'urgence et de l'hémovigilance,</li> <li>- Utiliser la simulation pour la pratique managériale réflexive.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institut</li> <li>- Cadres de pôles</li> <li>- Qualité</li> <li>- Equipes médicales</li> <li>- Service formation continue</li> <li>- Liens universités</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	Années 2024-2025
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de sessions de formation initiale intégrant la simulation,</li> <li>- Nombre de sessions de formation continue intégrant la simulation,</li> <li>- Nombre d'exercice de simulation en pratiques managériales et en gestion de l'urgence,</li> <li>- Nombre de cadres formés à cette technique.</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N°4

### Le télétravail des cadres de santé, outil d'amélioration de la performance et de la qualité de vie au travail

#### CONTEXTE

Le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux où il est affecté sont réalisées hors de ces locaux en utilisant les technologies de l'information et de la communication.

La mise œuvre du télétravail se conforme aux termes du décret du 11 février 2016, dans sa version modifiée par le décret du 5 mai 2020, en application de l'article 49 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

La politique managériale de la direction des soins a pour ambition de répondre à l'attente d'évolution des pratiques des cadres de santé et à adapter les modalités d'exercice des cadres aux modernisations sociétales. D'autant qu'elle peut constituer pour certains un axe d'amélioration de leur qualité de vie au travail. Toutefois, dans la mesure où les cadres de santé exercent, avant tout, un métier de proximité, il convient de définir les activités réalisables à distance et de trouver un équilibre entre présentiel et distanciel, compatible avec l'exercice des fonctions. Enfin, nous veillerons également à ce que les demandes individuelles préservent l'équilibre du collectif ainsi que l'intérêt mutuel des agents et de l'établissement hospitalier.

<b>OBJECTIFS</b>	<p>Le développement du télétravail répond à plusieurs enjeux et attentes des cadres de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire évoluer les modes de management et les pratiques de travail pour adapter le fonctionnement de l'institution aux évolutions sociétales,</li> <li>- Améliorer l'efficacité organisationnelle,</li> <li>- Participer à l'amélioration de la qualité de vie au travail.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les critères d'accès,</li> <li>- Délimiter les conditions d'exercice compatibles avec un exercice managérial de proximité,</li> <li>- Définir les modalités pratiques,</li> <li>- Expliquer la notion et l'interaction aux équipes de soins.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres de santé</li> <li>- Cadres supérieurs de santé</li> <li>- DPAM</li> <li>- Service informatique</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	Année 2023
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformité entre activités projetées / réalisées,</li> <li>- Niveau de satisfaction des cadres,</li> <li>- Bénéfices / gains identifiés en terme professionnels et personnels,</li> <li>- Continuité d'encadrement assuré,</li> <li>- Retour des équipes quant à l'absence physique du cadre.</li> </ul>

## Accompagner le déploiement des projets médicaux :

- En développant les compétences adéquates,
- En faisant évoluer nos pratiques de soins, en conformité avec les attentes et besoins des usagers,
- En veillant à la valorisation des métiers du soin

# Développer la pratique avancée infirmière et les protocoles de coopération pour favoriser la coordination des parcours de soins, de santé et de vie

### CONTEXTE

Le plan de transformation de notre système de santé a réaffirmé la volonté de s'appuyer sur des infirmiers et autres professionnels de santé en pratique avancée, formés pour participer à la gestion des parcours complexes en exerçant des compétences empruntées au champ médical. Le concept de pratique avancée pour les infirmiers désigne un professionnel paramédical justifiant d'une solide expérience clinique, ayant acquis des connaissances théoriques approfondies et capable d'un raisonnement d'expert.

Les protocoles de coopération entre professionnels ont été définis par l'article 51 de la loi HPST de 2009. Un Décret du 6 septembre 2019 attribue une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération.

Dans le cadre de la reconnaissance par le Décret N° 2018-629 du 18 juillet 2018 de l'exercice infirmier en pratique avancée, du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques dans les trois pathologies que sont le diabète, l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque, il convient de former des Infirmiers en Pratique Avancée.

Le décret N° 2019-835 du 12 août 2019 étend le champ d'exercice infirmier en pratique avancée au domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale » et enfin celui du 25 octobre 2021, dans le champ des urgences. Il modifie certains articles du CSP afin de permettre notamment l'exécution des prescriptions émanant d'un infirmier en pratique avancée, par une IDE, un technicien de laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie d'officine ou un service de soins à domicile.

Un autre arrêté vient compléter la liste des actes techniques que l'infirmier en pratique avancée est autorisé à effectuer, celle des examens de biologie médicale qu'il peut prescrire ainsi que celle concernant les prescriptions médicales dont il est autorisé à réaliser le renouvellement ou l'adaptation.

Ces nouveaux modes d'exercice visent d'une part à pallier une baisse de la démographie médicale et, d'autre part, à valoriser l'activité des paramédicaux. Par ailleurs, le développement des parcours de soins contribuent à l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles compétences.

En terme de missions, le professionnel en pratique avancée, outre sa pratique clinique, peut

développer des compétences dans la recherche, la formation des stagiaires ou devenir conseiller auprès de ses pairs ou d'autres professionnels paramédicaux. Le projet de soins accompagne la volonté du projet médical de développer la pratique avancée paramédicale et ainsi de contribuer aux évolutions de besoins du système de santé attendus des patients et des familles.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer et encourager la structuration des projets de mise en œuvre de la pratique avancée,</li> <li>- Développer et suivre les projets de formation en PA, pour débiter dans la « mention malades chroniques »,</li> <li>- Mettre en place des PA dans 2 autres domaines dans les 2 ans à venir,</li> <li>- Coordonner les dispositifs de mise en œuvre de la pratique avancée,</li> <li>- Accompagner la mise en œuvre de protocoles de coopération et encourager leurs mises en œuvre.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter les connaissances nécessaires à l'encadrement médical, paramédical et aux IDE, sur les protocoles de coopération et les pratiques avancées,</li> <li>- Identifier des spécialités nécessitant de développer des protocoles de coopération et pratiques avancées,</li> <li>- Repérer et sélectionner des profils professionnels et formaliser une fiche de poste IPA,</li> <li>- Définir un plan de formation pluriannuel en lien avec les besoins identifiés,</li> <li>- Définir des modalités de coopération entre l'IPA et le médecin et clarifier son positionnement au sein de l'équipe et de l'établissement,</li> <li>- Définir des modalités d'évaluation des pratiques et des protocoles mis en place,</li> <li>- Faire un bilan du développement des protocoles de coopération,</li> <li>- Travailler sur l'impact du développement des protocoles de coopération sur les organisations, les équipes, les RH.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction des soins</li> <li>- Equipes médicales</li> <li>- Chefs de services et chefs de pôle</li> <li>- Cadres de santé</li> <li>- Formation continue</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>Années 2023 /2024</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de professionnels formés à la PA,</li> <li>- Nombre de professionnels en poste en PA,</li> <li>- Nombre de projets portés en PA,</li> <li>- Indicateurs d'activité : nombre de consultations, augmentation de la file active de patients, taux de ré hospitalisation...</li> <li>- Nombre de protocoles de coopération.</li> </ul>

### Développer la Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie

#### CONTEXTE

- Concept de « patient acteur de sa santé » inscrit dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et concept d'éducation thérapeutique du patient, lancé dans les années 1990 et adopté ensuite par la HAS pour augmenter la qualité de vie et la satisfaction des patients,
- Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 « La réhabilitation améliorée en chirurgie : une nouvelle approche dans l'organisation des soins chirurgicaux de nature à accélérer le virage ambulatoire »,
- Repenser les modes d'hospitalisation pour aller vers la notion de chemins cliniques et de parcours de soins et mettre en œuvre un programme de prise en charge en 3 temps : pré opératoire, peropératoire, et post opératoire,
- Générer une évolution et un changement des pratiques professionnelles médicales et paramédicales, notamment en lien avec la chirurgie ambulatoire,
- Permettre une organisation du parcours patient plus efficiente,
- Placer au cœur la relation ville-hôpital.

Le développement de la RAAC fait partie intégrante du projet médical du pôle de chirurgie, il convient donc d'accompagner son développement.

<b>OBJECTIFS</b>	<p>Accompagner le projet médical du pôle transversal clinique de développement de la RAAC visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité de prise en charge des patients, diminuer les infections associées aux soins et réduire la morbidité liée aux complications pulmonaires, cardiaques, thromboemboliques et infectieuses,</li> <li>- Lutter contre les facteurs qui retardent la récupération (douleurs, nausées, vomissements, stress),</li> <li>- Développer de nouvelles pratiques non médicamenteuses et d'appoint : musicothérapie, hypnose, neurostimulation électrique transcutanée (TENS),</li> <li>- Promouvoir le travail en équipe.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<p>Formaliser une démarche de développement de la RAAC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Structurer la RAAC au sein des services du pôle : structuration des chemins cliniques, élaboration de protocoles ...,</li> <li>- Organiser et planifier les différentes étapes de la prise en charge des patients éligibles à la RAAC : mise en place d'une consultation pré-opératoire dédiée, procédure de récupération améliorée, PEC de la douleur, préparation de la sortie du patient ...,</li> <li>- Se doter d'outils : passeport, livret patient, protocoles, outils de communication ville-hôpital.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgiens, Anesthésistes-Réanimateurs,</li> <li>- Cadres du pôle,</li> <li>- Equipes paramédicales,</li> <li>- AMA,</li> <li>- Equipes transversales et de support : Kinésithérapie, Diététique, Service social, Gestionnaire de sortie, EOH, Pharmacie,</li> <li>- DIM, Direction des services financiers (diagnostic et suivi médico-économique), Direction des projets,</li> <li>- Direction des affaires générales (outils de communication ville-hôpital),</li> <li>- Direction de la qualité (EPP, protocoles de prise en charge du patient, passeport RAAC, livret patient ...),</li> <li>- Médecine libérale, paramédicaux libéraux.</li> </ul>
<b>ECHÉANCIER</b>	2024/2025
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de patients inclus</li> <li>- % de patients inclus / à tous les patients traités</li> <li>- Suivi des infections associées aux soins</li> <li>- Questionnaire de satisfaction des patients</li> <li>- Suivi des FEI</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N°7

### Maintenir la dynamique de prise en charge de la douleur au regard de l'amélioration des techniques et des pratiques

#### CONTEXTE

Une priorité de santé publique affirmée avec la déclinaison de 3 plans douleur qui ont guidé nos actions hospitalières.

Un Comité de lutte contre la Douleur est en place dans l'établissement, rattaché au pôle médecine, il intervient au niveau transversal. Une politique existe, une dynamique impulsée depuis de nombreuses années avec un travail qualitatif exemplaire comme en témoigne les différents groupes de travail et leur production.

Ainsi, il existe plusieurs groupes de travail :

- douleur aux soins
- douleur personnes âgées
- douleur de l'enfant
- douleur en soins palliatifs
- douleur et urgences
- douleur et maternité

Dans le cadre de ces groupes, nombreux protocoles de lutte contre la douleur ont été mis en place, utilisant des procédés médicamenteux et non médicamenteux. La pluralité des approches est à souligner. Un processus de formation accompagne la démarche.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à mobiliser les référents et les accompagner dans leurs actions spécifiques,</li> <li>- Poursuivre les formations aux médecins et paramédicaux, notamment le DU douleur et l'hypno analgésie,</li> <li>- Relancer les IQSS,</li> <li>- Commencer le travail sur la douleur post-opératoire,</li> <li>- Accompagner les soignants des unités dans le déploiement de nouvelles techniques, tels l'aromathérapie, la kétamine et le Tens.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former des IDE de médecine ambulatoire au TENS,</li> <li>- Adapter les organisations de soins au regard,</li> <li>- Apporter un appui à l'équipe pour le maintien de la dynamique des groupes de travail,</li> <li>- Favoriser le déroulement et la participation aux journées référents douleur,</li> <li>- Veiller à la formation des équipes paramédicales pour l'utilisation de nouvelles techniques telles l'aromathérapie et la Kétamine.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CLUD,</li> <li>- Cadres de pôles,</li> <li>- Cadres de santé,</li> <li>- Référents médicaux et paramédicaux,</li> <li>- Service qualité,</li> <li>- Personnels des unités de soins et en particulier IDE de médecine ambulatoire,</li> <li>- Praticiens.</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnels formés aux nouvelles techniques : TENS, aromathérapie, kétamine,</li> <li>- Nombre de protocoles diffusés,</li> <li>- Nombre de formations réalisées,</li> <li>- Nombre de participants aux journées des référents,</li> <li>- Résultats IQSS,</li> <li>- Nombre de patients pris en charge en ambulatoire.</li> </ul>

### Poursuivre la promotion de la prise en charge palliative

#### CONTEXTE

Une équipe mobile de soins palliatifs, pluridisciplinaire, est rattachée au pôle médecine de l'établissement tout en étant une équipe à vocation transversale dans l'ensemble de l'hôpital.

Les missions des EMSP sont définies par la circulaire du 25 mars 2008 dans son annexe 2 « Référentiel d'organisation des soins palliatifs relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ». Ainsi, il convient de « [...] faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation, qu'ils disposent ou non de lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Elle participe à la continuité des soins palliatifs au sein de l'établissement. L'équipe mobile contribue à la formation pratique et théorique des équipes [...], [...] à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs. »

Si l'on se réfère à la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, les objectifs opérationnels de l'EMSP sont et restent les suivants : mettre en œuvre des actions de conseil, de soutien, et de concertation auprès des professionnels et équipes référents.

Toutefois, au-delà de l'action engagée de cette équipe transversale, il convient de veiller à diffuser cette dynamique au sein de tous les services de soins au service des usagers.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir le rôle du référent et désigner un référent paramédical en soins palliatifs dans les services possédant un « lit identifié »,</li> <li>- Poursuivre la formation institutionnelle soins palliatifs de 4 jours et veiller au nombre de personnels formés,</li> <li>- Poursuivre la réalisation de type « fiche d'aide à la réflexion pluridisciplinaire » pour les patients en soins palliatifs, pour chaque spécialité dans les services « lits identifiés »,</li> <li>- Poursuivre la réflexion institutionnelle sur les limitations de traitement,</li> <li>- Participer au respect des droits des patients en fin de vie et à l'amélioration de la traçabilité des informations données aux patients sur ses droits en fin de vie.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement et formation des référents,</li> <li>- Proposition d'au moins deux sessions de formation par an,</li> <li>- Veiller au maintien de compétences universitaires : DU pour IDE impliqués dans les soins palliatifs,</li> <li>- Maintien des staffs hebdomadaires « soins palliatifs » dans les unités identifiées,</li> <li>- Participation des soignants concernés aux réflexions palliatives lors des RMM de cancérologie,</li> <li>- Tracer dans le dossier de soins la démarche palliative et celle des soins de support.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipe EMSP</li> <li>- Service formation</li> <li>- Cadre supérieur du pôle médecine</li> <li>- Cadres de santé</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>2024</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de référents nommés et formés,</li> <li>- Nombre de personnels formés à la démarche palliative,</li> <li>- Nombre de Diplômes universitaires obtenus,</li> <li>- Nombre de staffs pluridisciplinaires réalisés,</li> <li>- Évaluation du recueil du consentement et personne de confiance.</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N°9

### Promouvoir le respect des droits des usagers - enfant, adulte et personne âgée, dans les pratiques de soins

#### CONTEXTE

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'inscrit dans une volonté de protéger le patient. Cette évolution de statut du patient au travers notamment du respect de ses droits individuels : égalité d'accès aux soins, respect de la dignité, apaisement de la souffrance de fin de vie, information, personne de confiance, consentement - refus de soins, accès au dossier fait partie intégrante de l'ambition du projet de soins.

Par ailleurs, ces droits évolutifs ont été déclinés à tous les âges de la vie. Le centre hospitalier de Lisieux prenant en charge l'utilisateur de la naissance jusqu'en EHPAD, il convient de tenir compte de la spécificité des droits en lien avec leur âge. Enfin, l'analyse de certaines situations montre la nécessité de s'améliorer, dans ce domaine.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le respect des droits individuels et collectifs du patient,</li> <li>- Respecter et harmoniser les bonnes pratiques de privation de liberté : isolement / contention sur tous les secteurs,</li> <li>- Questionner le respect des libertés en période épidémique,</li> <li>- Mettre en place le repérage de la vulnérabilité et de la précarité.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acculturer les professionnels de santé au respect des droits des patients tels le recueil de la personne de confiance, le consentement éclairé, le refus de soins ou les directives anticipées,</li> <li>- Instaurer une harmonisation des pratiques d'information à disposition des usagers (livret d'accueil, charte, enquête de satisfaction, affichage, procédure accueil...),</li> <li>- Accompagner les professionnels aux bonnes pratiques de privation de liberté (rédaction-diffusion de procédures, actions de sensibilisation),</li> <li>- Utiliser des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IQSS) comme outils d'animation managériale, affichés dans chaque service (livret d'accueil, écrans dynamiques, internet, intranet),</li> <li>- Sensibilisation des équipes à l'accueil des usagers,</li> <li>- Organiser des mois à thème et mobiliser les représentants des usagers.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres supérieurs de santé,</li> <li>- Cadres de santé,</li> <li>- Professionnels paramédicaux,</li> <li>- Médecins,</li> <li>- Direction qualité et des usagers.</li> </ul>
<b>ECHÉANCIER</b>	2023 / 2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audit des dossiers sur recueil de personne de confiance, directives anticipées et consentements éclairés,</li> <li>- État des lieux de l'affichage dans l'établissement : quick audit réguliers des affichages obligatoires (audit managérial),</li> <li>- Mesure de l'exhaustivité de distribution des livrets d'accueil institutionnel,</li> <li>- Analyse en équipe des réclamations des patients et des familles,</li> <li>- Suivi des IQSS dans l'animation managériale.</li> </ul>

# Promouvoir la bientraitance et la prévention de la maltraitance

### Contexte

La notion de bientraitance s'est développée dans le secteur social et médico-social à partir de la loi du 02 janvier 2002. Elle est apparue plus tardivement dans le secteur sanitaire et est aujourd'hui devenue incontournable. Les professionnels de santé et les acteurs du secteur hospitalier ont pris conscience des phénomènes de maltraitance qui peuvent affecter les prises en soins dans les établissements de santé.

En 2008, le guide pratique bientraitance/maltraitance à l'usage des établissements et institutions publié par la FHF a constitué le premier pas vers l'introduction de la bientraitance dans les établissements publics de santé.

Depuis cette date, la parution de la circulaire N° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 et des recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux médico-sociaux, relevant de la compétence ARS, ont renforcé la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et personnes handicapées dans les secteurs sociaux et médico-sociaux mettant notamment l'accent sur la mission du responsable d'établissement et du rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.

Le 8 mars 2022, la HAS publie le premier référentiel national pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social qui intègre une thématique sur la bientraitance, soutenant l'importance de cette notion, à prendre en compte dans le quotidien de nos résidents.

Quant au secteur sanitaire, il est fortement invité à mettre en œuvre une politique de bientraitance depuis 2011 (rapport ministériel « promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé »), politique qui est devenue un thème pour la certification des établissements de santé publics.

Plusieurs FEI signalent des situations à haut risque dans ce domaine tant envers les résidents ou les usagers ou les professionnels.

De fait, la bientraitance s'applique également pour nos professionnels de santé.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter et poursuivre la démarche déployée dans le secteur médico-social,</li> <li>- Promouvoir cette démarche dans le secteur MCO dans une dynamique institutionnelle,</li> <li>- Veiller à développer une culture d'établissement, dans ce domaine tant pour les usagers que pour les professionnels,</li> <li>- Identifier un référent « Harcèlement » soignant conformément au projet d'établissement,</li> <li>- Poursuivre la démarche engagée, par la direction générale, de soutien des soignants, victimes de situations de violence et /ou maltraitance, lors des soins,</li> <li>- Respecter les valeurs institutionnelles à tous niveaux de responsabilité.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un bilan de l'existant et des actions entreprises et élaborer un plan d'actions,</li> <li>- Créer une commission de promotion de la bienveillance et de lutte contre la maltraitance,</li> <li>- Formaliser une charte de bientraitance et la communiquer,</li> <li>- Formaliser une procédure de « signalement et de réponse à une situation de maltraitance »,</li> <li>- Promouvoir la bientraitance dans la pratique du soin et le management, voire l'intégrer dans l'évaluation des pratiques professionnelles (fiche de poste, évaluation professionnelle ...),</li> <li>- Poursuivre le développement de la formation à destination de l'encadrement et des soignants,</li> <li>- Apporter un soutien adapté aux professionnels face à toutes situations vécues comme maltraitantes.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instances de l'établissement,</li> <li>- Commission des usagers,</li> <li>- Conseil de vie sociale,</li> <li>- Equipe de direction,</li> <li>- Tous professionnels de santé.</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>2024</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition et mise en œuvre d'un plan d'actions</li> <li>- Création d'une commission à l'échelon institutionnel,</li> <li>- Diffusion d'une charte de bientraitance,</li> <li>- Nombre d'agents formés,</li> <li>- Nombre de signalements,</li> <li>- Nombre d'actions de soutien des soignants mises en place.</li> </ul>

# 3

Sécuriser les parcours professionnels,  
les pratiques de soins :  
culture de gestion des risques  
*a priori et a posteriori*

### Favoriser l'intégration et la formation des nouveaux professionnels dans une logique de performance collective et de valeurs partagées

#### CONTEXTE

Dans un contexte post-covid, de déstabilisation des équipes paramédicales, de questionnement sur les métiers et conditions d'exercice des professionnels, de risque de défaut d'attractivité dans certains secteurs d'activité, il convient de veiller à sécuriser les candidats qui souhaitent intégrer notre établissement. La période d'accueil et d'intégration constituant un enjeu tant sécuritaire que de fidélisation pour les nouveaux professionnels.

Par ailleurs, le milieu professionnel notamment dans le secteur de la santé amène plusieurs générations à travailler ensemble. Ces évolutions démographiques et sociétales s'accompagnent d'un allongement de la vie professionnelle et ainsi de la cohabitation de plusieurs générations dans les équipes de travail. Le contexte actuel de concurrence forte dans le recrutement, le nombre de nouveaux professionnels intégrés chaque année, le turn-over observé de ces jeunes professionnels les premières années et la période «sensible » d'une prise de poste, nous incitent à sécuriser celle-ci.

La phase d'intégration dans l'établissement représente donc un objectif majeur car elle comporte des enjeux déterminants tels que : la capitalisation des savoirs au travers du transfert et du partage de ceux-ci et l'échange des connaissances en cours d'emploi, l'intégration des nouveaux arrivants qui souhaitent prendre part à l'organisation en place, tout en contribuant à son renouvellement et à son enrichissement.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir une politique institutionnelle d'intégration des nouveaux arrivants,</li> <li>- Contribuer à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels,</li> <li>- Développer les liens entre direction des soins et IFPS, pour promouvoir notre établissement auprès des étudiants,</li> <li>- Assurer le suivi des métiers sensibles et accompagner l'évolution des Métiers,</li> <li>- Promouvoir les échanges inter générationnels,</li> <li>- Favoriser la capitalisation des savoirs professionnels.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger toutes les fiches de postes, ce qui passe, au préalable, par un recensement de celles existantes,</li> <li>- Mettre en place des « café étudiants », pour communiquer en direct avec eux,</li> <li>- Organiser une journée d'intégration planifiée par semestre en présence de représentants de la direction des soins, DRH, CSS, CDS, IDE, AS, ASH, services prestataires. Présentation des métiers et fonctions, des liens fonctionnels,</li> <li>- Assurer au préalable ou en concomitance de l'arrivée une formation aux différents logiciels métiers : cristal net, easily, copilote, intranet pour QGDR,</li> <li>- S'assurer de la gestion des différentes modalités pratiques (trousseau, carte de parking, de self, vestiaires...),</li> <li>- Utiliser des outils d'aide à l'intégration : livret d'accueil contenant des informations indispensables en termes de droits, de devoirs et de connaissances de l'établissement ; utilisation du tryptique d'accueil des agents,</li> <li>- Réaliser un entretien d'accueil systématique avec le cadre : faire un bilan des compétences du nouvel agent et mettre en exergue les spécifiques objectifs professionnels, détection des difficultés potentielles d'intégration du nouvel agent, points de vigilance partagés CDS-professionnel,</li> <li>- Favoriser les échanges inter générationnels dans le parcours d'accueil et d'intégration,</li> <li>- Formaliser l'encadrement des nouveaux professionnels : durée de l'encadrement adaptée à la spécificité du service, formations favorisant l'intégration, évaluation de l'efficacité dans l'accomplissement des actes spécifiques,</li> <li>- Faciliter l'intégration et le positionnement au sein de l'équipe notamment sur les temps de transmissions,</li> <li>- Développer la communication interne et externe pour promouvoir l'institution.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres de santé</li> <li>- Cadres supérieurs de santé</li> <li>- DRHAM</li> <li>- Instituts</li> <li>- Direction de la communication</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>2023</p>

## INDICATEURS

- Nombre de journées annuelles d'intégration organisées, nombre de personnes ayant participé aux journées d'intégration,
- Questionnaire de satisfaction à destination des nouveaux professionnels relatif à leur période d'intégration,
- Indicateurs RH : turn-over des professionnels, taux du personnel fidèle 2 ans après embauche,
- Nombre d'évènements indésirables et de réclamations, en lien avec l'intégration.

## FICHE ACTIONS N°12

### Développer la culture de la gestion du risque à priori pour conforter la sécurité de l'offre de soins et des pratiques professionnelles

#### CONTEXTE

Article 6111-2 du code de la santé publique, article 1 de la loi HPST, «les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter des événements indésirables lié à leurs activités ».

L'HAS, dans le cadre de la Certification pour la qualité et la sécurité des soins, met en exergue cette thématique. Familiariser l'ensemble des acteurs de soins à la gestion des risques à priori, à tout niveau de responsabilité, afin d'optimiser et de sécuriser la prise en charge des patients est une priorité. Parvenir à impliquer les professionnels de santé afin que la gestion des risques à priori prenne sens, les guide dans leur pratique et soit compatible avec le temps et les organisations de travail donc nécessité de prioriser les attendus.

Dans l'activité complexe que représentent les soins, il est primordial que les professionnels soient engagés dans une démarche continue d'amélioration de leurs pratiques et de gestion des risques. La sécurité du patient impose de prévenir, déclarer, analyser les événements indésirables associés aux soins, d'en comprendre les causes pour mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Au regard du nombre de FEI et d'EIG, le projet de soins s'inscrit dans cette volonté de promouvoir une politique d'amélioration continue des pratiques.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité des soins dans tous les secteurs d'activités,</li> <li>- Faciliter l'appropriation des outils de la gestion des risques liés aux soins,</li> <li>- Participer à la déclinaison de la politique d'amélioration continue des pratiques et la gestion des risques en lien avec le PAQSS,</li> <li>- Identifier les risques prioritaires par service en déclinant les plans d'actions dans un document unique accessible et opérationnel pour les équipes : cartographie des risques spécifiques par service, les suivre en continu,</li> <li>- Développer une culture de sécurité des soins au travers de l'évaluation des pratiques professionnelles,</li> <li>- Développer la culture de déclaration des événements porteurs de risque ou du presque accident,</li> <li>- Développer les connaissances et compétences des PNM au regard de l'évolution des techniques, pratiques, novations médicales,</li> <li>- Développer le management de la qualité et de la gestion des risques auprès de l'ensemble des cadres de proximité.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l'analyse des causes et des barrières de l'évènement : CREX....,</li> <li>- Poursuivre la formation des nouveaux arrivants au logiciel intranet,</li> <li>- Instaurer un suivi permanent et régulier de la gestion des FEI par le cadre de pôle,</li> <li>- Partager les expériences pour diffuser par des exemples l'apprentissage du risque a priori,</li> <li>- Promouvoir une veille réglementaire et documentaire concernant le développement des techniques et pratiques de soins,</li> <li>- Anticiper l'accompagnement et la formation des nouvelles pratiques et techniques de soins, en élaborant un guide méthodologique,</li> <li>- Mobiliser les processus et ressources transversaux (EOH, biomédical, pharmacie ...),</li> <li>- Réaliser des points qualité / gestion des risques obligatoires lors des réunions de service, d'équipe, de pôle (relais d'informations qualité),</li> <li>- Proposer à chaque cadre de développer des compétences spécifiques sur des outils qualité (ex : patient traceur, EPP, gestionnaire de risque...),</li> <li>-Élaborer un guide d'accueil des professionnels par spécialité afin de prioriser les documents qualité à connaître,</li> <li>- Questionner sur certaines activités à risque le métier paramédical le plus adapté/compétent (ex : préparation des médicaments, distribution des plateaux repas).</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres supérieurs de santé,</li> <li>- Cadres de santé,</li> <li>- Professionnels paramédicaux,</li> <li>- Équipes transversales expertes,</li> <li>- Responsables qualité.</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>2024 / 2025</p>

<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de points d'information réalisés,</li><li>- Questionnaire satisfaction agents,</li><li>- Ratio de cadres ayant mené ou participé à une action « qualité »,</li><li>- Dénombrer les activités très à risque et le nombre de déclarations au regard,</li><li>- Nombre de déclaration d'EI/ manque de connaissances du matériel ou de techniques,</li><li>- Nombre de communications et de participants.</li></ul>
--------------------	--

# Repenser la logistique du soin vecteur d'amélioration et de sécurisation des organisations et des pratiques soignantes

### CONTEXTE

Des soignants qui, régulièrement dans leurs pratiques quotidiennes, sont confrontés à des ruptures de certains matériels ou à des commandes, gestion de stocks qui ne permettent pas de répondre à leur besoin.

Le circuit du médicament n'est pas complètement sécurisé et des problématiques de dotations existent, le système plein / vide n'étant pas dans toutes les unités de soins. Les circuits de commandes, de demandes ne sont pas toujours connus des agents et sont informatisés ou non. De la demande à la réception des commandes, la démarche n'est pas formalisée et donc pas uniformisée au sein de l'établissement.

Il y a peu de possibilité de développer la communication sur les ruptures de stocks et les moyens de substitution, s'ils existent.

De fait, des fiches de dysfonctionnement sont rédigées dans ce domaine, des déplacements de soignants, de l'encadrement, d'une unité à l'autre, au magasin, à la recherche de «dépannage », des appels réguliers sur les astreintes et gardes de week-end pour faire face à cette problématique sont réalisés.

Des cadres qui réalisent des activités ne relevant pas forcément de la fonction sont très chronophages : commandes, logistiques, coursiers et intendance d'où une multiplicité des actions à mener voire remplacement des IDE, d'où une fragilisation de la fonction.

Une volonté partagée du service DALT et de pharmacie existe pour pallier ces dysfonctionnements comme en témoignent les déploiements récents du logiciel Copilote.

Par ailleurs, une organisation du service brancardage autour d'une analyse de flux pour s'assurer de sa cohérence avec les besoins actuels est nécessaire. Celle-ci n'ayant pas été analysée depuis 2015.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éviter les ruptures d’approvisionnement,</li> <li>- Optimiser la gestion des stocks,</li> <li>- Déployer le système Plein/Vide sur toutes les unités,</li> <li>- Sécuriser le circuit du médicament,</li> <li>- Recentrer les soignants sur les soins, éviter les interruptions de soins,</li> <li>- Limiter les irritants du quotidien, source d’insatisfaction des professionnels,</li> <li>- Adapter la prestation de brancardage aux besoins réels et se doter d’outils numériques de programmation.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser les circuits de commandes, de la demande à la réception, incluant les vérifications nécessaires tout au long de la chaîne,</li> <li>- Améliorer la gestion des stocks en lien avec la DALT et la pharmacie,</li> <li>- Communiquer avec l’encadrement et les équipes concernées, sur les ruptures de stocks et les moyens d’y remédier,</li> <li>- Améliorer l’accès aux tenues de travail et le respect des mesures d’hygiène via l’utilisation de distributeurs de tenue anonymisée,</li> <li>- Réviser les dotations des différents matériaux annuellement et à chaque restructuration,</li> <li>- Effectuer une analyse de flux de l’activité de brancardage,</li> <li>- Réfléchir à l’opportunité de « nouveaux métiers », pour des agents en reclassement, par exemple en charge de la logistique dans les unités de soins.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRMT,</li> <li>- Pharmacie,</li> <li>- Services de soins,</li> <li>- Equipes d’encadrement,</li> <li>- Services financiers.</li> </ul>
<b>ECHÉANCIER</b>	2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures formalisées,</li> <li>- Nombre de FEI sur le sujet,</li> <li>- Nombre et qualification des ruptures de stock,</li> <li>- Dotations adaptées aux besoins,</li> <li>- Organisation brancardage adaptée aux besoins des professionnels.</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N°14

### Garantir continuité, sécurité et qualité des prestations de soins et poursuivre les améliorations engagées des prises en charge

#### CONTEXTE

Cette orientation du projet de soins est en continuité avec le projet de soins précédent 2013- 2018 pour promouvoir les travaux des groupes de travail. De plus, il s'inscrit en conformité avec les axes du projet de soins du GHT qui décrit avec précision les actions à mettre en œuvre sur chaque établissement dans les thématiques suivantes : douleur, nutrition, pudeur, escarre, contention, fin de vie.

L'ensemble des personnels paramédicaux et des équipes d'encadrement, aux côtés des médecins, est partie prenante de la qualité des soins et de la prévention des risques liés aux soins.

Par ailleurs, cette action est à mettre en lien, en parfaite cohérence avec le volet « qualité – gestion des risques » du projet d'établissement.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intégrer dans la démarche qualité institutionnelle,</li> <li>- Mettre en œuvre une politique de sécurisation et d'efficacité des soins,</li> <li>- Conduire les projets en lien avec la politique qualité et sécurité des soins,</li> <li>- Centrer le management sur la qualité et la sécurité,</li> <li>- Harmoniser les pratiques de soins dans le respect des standards de qualité,</li> <li>- Veiller à l'évolution des pratiques de soins au regard des résultats des données probantes,</li> <li>- Démocratiser la politique et faciliter l'appropriation des outils de la gestion des risques liée aux soins.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réactiver les groupes de travail existants soit au travers des thématiques HAS, soit des groupes de travail : escarre, contention, ...</li> <li>- Solliciter l'expertise des équipes transversales autant que nécessaire,</li> <li>- Maintenir la dynamique impulsée de certains groupes : douleur, soins palliatifs, et les accompagner dans les déploiements des actions d'amélioration et d'évolution des pratiques,</li> <li>- Impliquer les cadres dans les groupes de travail transversaux en lien avec les thématiques HAS,</li> <li>- Systématiser l'évaluation des pratiques professionnelles,</li> <li>- Assurer en direction de soins une veille réglementaire et des évolutions,</li> <li>- Former les cadres à l'utilisation des nouveaux outils HAS : patient traceur, traceur ciblé, parcours traceur, observation et audits systèmes.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres et cadres supérieurs de santé,</li> <li>- Direction qualité,</li> <li>- CME.</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	2025
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de groupes de travail,</li> <li>- Production conforme aux attendus de la HAS,</li> <li>- Nombre de cadres formés aux méthodes HAS.</li> </ul>

# Parcours et prise en charge du patient âgé plus fluides et mieux coordonnés

### CONTEXTE

La population du territoire de la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie est une population vieillissante. En effet, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans augmente pour les sept pôles urbains de l'agglomération mais aussi au niveau du Département.

En 2019, selon l'Insee, 29,7% de la population a plus de 60 ans, soit 21 809 personnes. A cette même période, au niveau du Département, 28,0% de la population a plus de 60 ans. Au sein de la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie, en 2020, l'indice de vieillissement était de 99,0 (nombre de personnes de plus de 65 ans / nombre de personnes de moins de 20 ans \* 100) contre 93,3 au niveau du Département du Calvados. Enfin, 10,9% de la population a plus de 75 ans, en 2019, beaucoup de personnes âgées vivent seules. Et 9,0% des 75 ans et plus vivent en dessous du seuil de pauvreté, et 10,0% des 60 à 74 ans.

Le pôle gériatrique dispose d'une filière complète remarquable (court séjour gériatrique, SSR/UCC, UMG, CEG, USLD, EHPAD/UHR/PASA, participation au centre mémoire).

Le parcours d'un patient dans sa prise en charge globale implique de nombreux intervenants et souvent plusieurs établissements et structures. En corrélation avec les mesures SEGUR (pilier 4 : lien ville-hôpital-médico-social pour le parcours personnes âgées), le CH de Lisieux a pour ambition de favoriser le lien avec le territoire et de continuer à parfaire le parcours patient.

Le projet de soins a pour objectif de répondre aux attendus du projet d'établissement et ainsi de chercher à progresser dans la logique de la médecine de parcours notamment sur cette filière.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner le recours à l'expertise en gériatrie/gérontologie à travers l'accès aux services spécialisés : le CEG, le CSG, l'onco-gériatrie, l'UCC et l'UHR, en développant les compétences adéquates des PNM,</li> <li>- Maîtriser la sécurité du patient au sein de son parcours et de sa prise en charge sur la filière,</li> <li>- Savoir accompagner le développement de la télémédecine,</li> <li>- Organiser la prise en soins en tenant compte de la spécificité de la personne âgée,</li> <li>- Veiller au maintien de l'attractivité du recrutement des IDE, AS et personnels de rééducation dans le secteur du grand âge,</li> <li>- Capitaliser les connaissances de spécificités de prise en charge des personnes âgées, en cas d'hospitalisation dans les secteurs de médecine ou chirurgie.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les PNM sur la thématique du grand âge et les expertises à développer,</li> <li>- Organiser les soins et l'accueil des patients pour permettre l'admission directe au sein des services de gériatrie,</li> <li>- Organiser le travail en intra et hors les murs,</li> <li>- Coordonner les prises en charge en intra et en extra hospitalier</li> <li>- Former des PNM à la télémédecine,</li> <li>- Améliorer la complétude de trajectoire,</li> <li>- Favoriser les liens entre MCO et SSR.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction des soins,</li> <li>- Gériatres,</li> <li>- Personnel pôle gériatrie,</li> <li>- Ensemble des PNM,</li> <li>- Pharmacie.</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>2026</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnels formés,</li> <li>- Qualité du parcours personnes âgées,</li> <li>- Accès directs aux soins,</li> <li>- Continuité des prises en charge entre intra et extra hospitalier,</li> <li>- Complétude trajectoire,</li> <li>- Satisfaction des professionnels des différents secteurs d'activité.</li> </ul>

4

## Sécuriser les pratiques managériales et les parcours professionnels des équipes d'encadrement

### Améliorer la politique de suppléance des personnels paramédicaux

#### CONTEXTE

L'instruction du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du Ségur de la santé, prévoit dans l'axe 2, Mesure 9, d'améliorer les remplacements avec la mise en place de pools de remplaçants et systématiser le remplacement des absences de plus de 48h. Cette incitation est un appui aux politiques de suppléance.

Localement, cette difficulté de gestion de l'absentéisme de courte durée est récurrente et génère de l'insatisfaction parmi plusieurs catégories professionnelles. Cette insatisfaction est liée au nombre de personnes qui ne permet pas une réponse aux besoins alors que la qualité et la polyvalence des personnels est remarquée et remarquable.

Il existe un manque de visibilité sur les modes de fonctionnement, les règles d'attribution et d'arbitrage qui ont dû évoluer, au fil du temps, et qui demandent donc à être revisitées. On constate également au-delà du sous-dimensionnement actuel du pool un manque d'outils pour optimiser sa gestion.

Par ailleurs, les outils d'aide à la gestion de l'absentéisme sont insuffisamment numérisés et il existe une forte demande de l'encadrement d'avoir recours à des plateformes de remplacement.

Enfin, il convient d'avoir un traitement particulier de la gestion de l'absentéisme dans les secteurs spécialisés qui nécessitent des compétences spécifiques à anticiper.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensionner le pool IDE et AS, au plus près des besoins, en MCO et EHPAD,</li> <li>- Elaborer des règles de fonctionnement et d'arbitrage du pool,</li> <li>- Se doter d'outils qui favorisent l'expression des besoins et des réponses aux demandes,</li> <li>- Recruter et accompagner des personnels à la polyvalence sur les horaires et les différentes spécialités,</li> <li>- Déployer une plateforme de remplacement numérisée,</li> <li>- Réserve de soins critiques</li> <li>- Anticiper les compétences à développer au sein d'un même service : néonatalogie / pédiatrie ; dialyse / néphrologie ; urgences / réanimation,</li> <li>- Etude de l'opportunité d'un pool de remplacement « absentéisme de longue durée » sur la fonction IDE au regard des difficultés de recrutement.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser une étude de dimensionnement du pool, au regard de l'absentéisme : courte et longue durée,</li> <li>- Actualiser la fiche de poste IDE et AS,</li> <li>- Elaborer des cycles de travail,</li> <li>- Formaliser une procédure de fonctionnement incluant process et formulaire demande / réponse pool,</li> <li>- Elaboration d'une Charte de fonctionnement du pool de suppléance de courte durée, à destination des cadres de santé,</li> <li>- Se doter d'outils permettant un suivi de demandes individuelles hebdomadaires, utilisés à des fins décisionnaires et statistiques,</li> <li>- Déployer la formation de la réserve de soins critiques,</li> <li>- Réaliser un plan de montée en compétences des IDE pour remplacement des secteurs spécialisés,</li> <li>- Participer, en lien étroit avec la DPAM, aux préalables de mise en œuvre d'une plateforme numérisée de remplacement, dans un contexte financier contraint et dans le respect des compétences attendues.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadres et cadres supérieurs de santé,</li> <li>- DRH-AM,</li> <li>- Partenaires sociaux,</li> <li>- Personnels du pool de suppléance.</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	2023 / 2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pool opérationnel,</li> <li>- Outils de pilotage en place,</li> <li>- Satisfaction des personnels par rapport à la gestion de l'absentéisme,</li> <li>- Maintien des compétences dans les secteurs spécialisés.</li> </ul>

## FICHE ACTIONS N°17

### Assurer une continuité managériale pour accompagner les professionnels de santé dans l'exercice de leur fonction

#### CONTEXTE

Une permanence des équipes d'encadrement s'impose par notre mission, en direction des soins, de continuité des soins et de prises en charge des usagers. Cette continuité est donc à penser pour le soin mais au-delà, pour les équipes de soins qui assurent celle-ci, par des cadres de santé.

Actuellement, cette continuité le week-end repose sur 4 cadres supérieurs et un cadre de santé soit 5 professionnels qui se partagent cette tâche. Cette charge est importante car répartie sur peu de personnes. La nuit ce sont 3 cadres qui assurent cette continuité.

Par ailleurs, des périodes horaires appelées « zones blanches », non couvertes par les cadres, sont identifiées en journée de 7h à 8h et de 17h à 21h, du lundi au vendredi. Ceci peut engendrer aujourd'hui des appels au domicile des équipes d'encadrement sur des temps de repos.

Elle s'impose donc jour comme nuit, en semaine et en week-end et suppose que chaque manager participe à celle-ci, afin de responsabiliser chacun à l'échelle institutionnelle et de favoriser la cohésion du groupe d'encadrants.

<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une continuité des équipes d'encadrement afin de renforcer le soutien et la réponse aux besoins des équipes paramédicales présentes le week-end et les jours fériés, répartie entre tous les cadres de l'établissement,</li> <li>- Positionner et reconnaître chaque cadre dans un rôle transversal, tout en l'accompagnant de cette mission,</li> <li>- Développer des compétences nouvelles et partagées par tous les cadres, en particulier de connaissance de notre établissement,</li> <li>- Renforcer une cohésion du groupe CDS et CSDS,</li> <li>- Impliquer et responsabiliser au niveau de l'institution, les différents managers,</li> <li>- Assurer une veille concernant la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.</li> </ul>
<p><b>ACTIONS A MENER</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire et mettre en œuvre un dispositif de permanence de week-end des cadres : définition des missions, activités, horaires,</li> <li>- Réfléchir et utiliser des outils d'aide à la mise en œuvre : Smartphone, ordinateurs portables, droits de lecture d'Agiletime sur tous les services, fiches réflexes sur l'absentéisme, gestion de l'absentéisme et effectif minimum, tension des lits, « Tour des services »,</li> <li>- Réflexion sur l'organisation des astreintes et temps de présence des cadres de nuit.</li> </ul>
<p><b>ACTEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinatrice générale des soins,</li> <li>- Cadres supérieurs de santé,</li> <li>- Cadres de santé.</li> </ul>
<p><b>ECHEANCIER</b></p>	<p>Janvier 2022 : mise en œuvre de la permanence des cadres.  Septembre 2022 : organisation du temps de travail des cadres de nuit.</p>
<p><b>INDICATEURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanence opérationnelle,</li> <li>- Satisfaction des personnels,</li> <li>- Sécurisation des prises en charge et réponses aux problèmes,</li> <li>- Développement connaissance du fonctionnement global de l'institution,</li> <li>- Équité entre cadres de santé.</li> </ul>

### Accompagner et sécuriser les parcours professionnels des nouveaux cadres ou cadres en devenir

#### CONTEXTE

Comme réaffirmé au niveau national, localement, les cadres de santé sont des maillons essentiels dans la déclinaison de la politique de soins de l'établissement. De fait, les attentes affichées par le directeur de l'établissement « sont fortes et diverses : déclinaison du projet d'établissement, accompagnement des équipes, recherche de l'amélioration permanente avec des enjeux de cohérence, d'appartenance, de travail d'équipe, de confiance et de loyauté.

J'attends de vous également d'enrichir nos projets et notre action par vos idées et vos réflexions. Ainsi, vous permettrez que nos établissements demain soient plus performants, plus attractifs, plus modernes. ».

Aussi, à ces attendus d'engagement, se joint une volonté institutionnelle forte d'accompagner, soutenir et sécuriser tous les cadres de santé et ce dès l'émergence de leur projet d'évolution.

Ainsi il convient de mener des actions, à chaque étape, de la naissance du projet de devenir cadre à son accomplissement, au travers de diverses étapes ponctuant ce parcours :

- identification des talents,
- validation du projet,
- prise de poste en tant que faisant fonction
- préparation du concours en vue de l'entrée à l'IFCS,
- période de formation
- période post-formation

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer et accompagner les talents,</li> <li>- Accompagner les professionnels, dans la maturation des projets cadres et cadres supérieurs « incubateur cadres »,</li> <li>- Concourir à l'intégration, à la fidélisation et à la qualité de vie au travail des professionnels,</li> <li>- Accompagner, guider et soutenir la professionnalisation des cadres de santé nouvellement diplômés ou des soignants faisant fonction cadre de santé,</li> <li>- Favoriser les échanges de pratiques professionnelles.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les équipes d'encadrement au repérage des « talents »,</li> <li>- Formaliser et donner de la lisibilité au parcours et démarches à effectuer au regard d'un projet cadre,</li> <li>- Formaliser et mettre en œuvre le process de sélection,</li> <li>- Construire une démarche de tutorat des nouveaux cadres,</li> <li>- Elaborer, à chaque prise de poste, un dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres, personnalisé, tenant compte du parcours antérieur,</li> <li>- Proposer un séminaire cadres annuel,</li> <li>- Poursuivre l'élaboration du diagnostic de service à chaque prise de poste ou changement de poste,</li> <li>- Apporter des outils aux nouveaux cadres : tryptique Agilettime, vade-mecum des cadres, référentiel gestion du temps de travail, organigrammes et trame pour effectuer son diagnostic de service,</li> <li>- Élaborer et mettre en œuvre un livret de progression du cadre, incluant des grilles d'évaluation.</li> </ul>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction des soins,</li> <li>- DRHAM,</li> <li>- Directoire,</li> <li>- Chefs de service.</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	2024
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Démarche d'accompagnement formalisée et mise en œuvre,</li> <li>- Construction et mise en œuvre du tutorat des cadres,</li> <li>- Nombre de professionnels accompagnés dans le projet,</li> <li>- Ratio projet / réussite du projet,</li> <li>- Satisfaction des professionnels accompagnés.</li> </ul>

### Analyse des schémas organisationnels et adaptation au dimensionnement et à l'activité des services

#### CONTEXTE :

Un contexte évolutif que l'on se doit d'accompagner dans plusieurs domaines :

- **Efficiences de la prise en soins des patients :**
  - Virage ambulatoire et adaptation des modes de prise en soins des patients,
  - Diminution des durées de séjour,
  - Des taux d'occupation variables entre les unités et une variabilité saisonnière pour certaines activités,
  - Une taille d'unités de soins à optimiser pour certaines.
  
- **Optimisation et efficacité des ressources et des coûts :**
  - Situation financière dégradée de l'établissement,
  - Maîtriser l'évolution de la masse salariale, limiter le recours aux heures supplémentaires et dépenses d'intérim, maîtriser le recours aux gardes et astreintes, prévenir l'absentéisme,
  - Faciliter la gestion des absences des professionnels, le partage des protocoles et des bonnes pratiques.
  
- **Accompagnement des projets immobiliers à venir et des réorganisations d'unités de soins :**
  - Pouvoir s'adapter aux changements engendrés par les projets d'investissement immobilier,
  - Adapter les effectifs et compétences aux restructurations qui s'imposent à nous, en lien avec une pénurie médicale dans certaines spécialités.

<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une prise en charge de qualité et garantir la sécurité des soins prodigués aux patients tout en maîtrisant les coûts,</li> <li>- Disposer de professionnels compétents au bon endroit, au bon moment et en nombre suffisant,</li> <li>- Développer une gestion RH rigoureuse au regard d'indicateurs de pilotage.</li> </ul>
<b>ACTIONS A MENER</b>	<p>1) Réaliser un état des lieux en mettant en regard activité / capacitaire / maquettes organisationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recenser les activités et organisations soignantes en place par unité avec le nombre de lits associé, nombre de journées, sévérité des séjours, entrées / sorties, décès ...,</li> <li>• Identifier les fluctuations sur l'année : saisonnalité, fermeture des lits,</li> <li>• Identifier la performance des différentes organisations en s'appuyant sur des indicateurs et en réalisant un benchmark interne : ratios IDE et AS / nombre de lits ; ratios / TO ; ETP d'encadrement / lit.</li> </ul> <p>2) Définir les maquettes organisationnelles cibles : Définir le fonctionnement cible en associant et en responsabilisant l'encadrement et en communiquant avec les instances et les chefs de pôles.</p> <p>3) Mettre en œuvre et évaluer les organisations cibles.</p> <p>4) Procéder aux regroupements et mutualisations possibles en lien avec le projet médical et de soins, le projet fongibilité et les investissements immobiliers, en tenant compte des contraintes architecturales pour gagner en efficience.</p>
<b>ACTEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DSIRMT : tous les services de soins et d'hébergement,</li> <li>- DRHAM,</li> <li>- Chefs de pôles,</li> <li>- Direction des services financiers,</li> <li>- DIM,</li> <li>- Direction des services techniques et de la logistique.</li> </ul>
<b>ECHEANCIER</b>	<p>L'optimisation des maquettes organisationnelles est un processus continu, la démarche sera initiée dès 2022</p>
<b>INDICATEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de lits/unité avec valeur cible de 28 à 30 lits,</li> <li>- Taux d'occupation des lits : 90% en médecine et chirurgie et 85% en obstétrique,</li> <li>- IPDMS MCO : 1,</li> <li>- Taux de rotation des places ambulatoires : supérieur à 130%,</li> <li>- Taux d'évolution de la masse salariale,</li> <li>- Taux d'évolution des heures supplémentaires, vacations et dépenses d'intérim,</li> <li>- Taux d'absentéisme.</li> </ul>



## 6 Projet psychologique





Le projet psychologique d'établissement s'appuie sur les textes suivants :

- Article L6143-2-4 version en vigueur au 28 avril 2021 (création loi 2021-502 du 26 avril N° 2021-art 36) : « Le projet psychologique d'établissement comporte plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues et à leurs activités de formation et de recherche, ainsi que les modalités de leur organisation dans l'établissement ».
- Circulaire DGOS/RHSS /2012/181 du 30 avril 2012 relative à l'organisation de la profession de psychologue dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière : recrutement, temps FIR, représentation institutionnelle.
- Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière.
- Fiche métier de psychologue du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière.
- Code de déontologie des psychologues.

Le projet psychologique du centre hospitalier de Lisieux a été élaboré par le collège des psychologues de l'établissement, et s'articule autour des pôles médicaux de l'établissement.

La réflexion a été menée au regard du projet médical et en lien avec les médecins chefs de pôle et chefs de service.

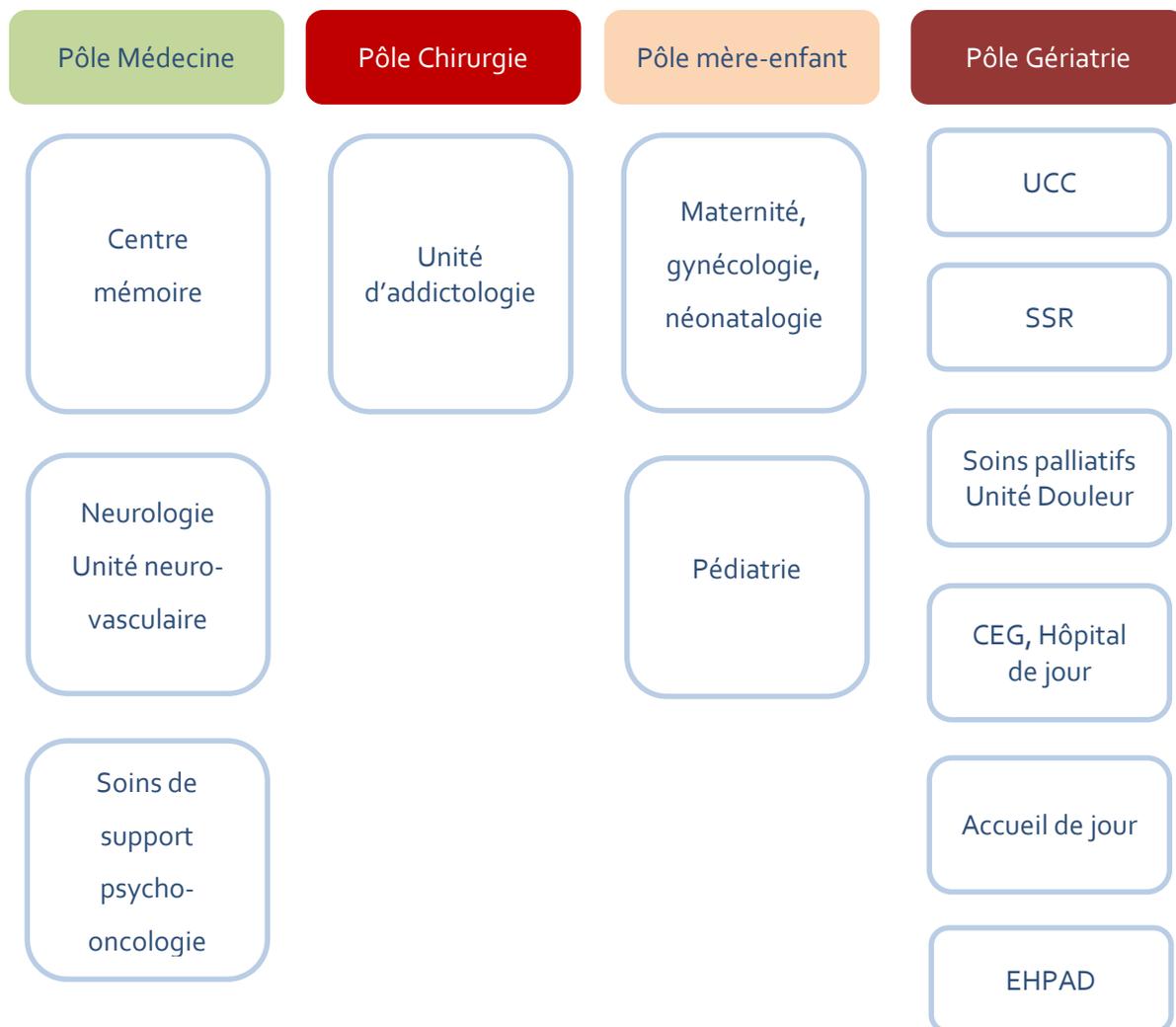
Parallèlement aux éléments mentionnés ci-dessus, il nous apparaît fondamental de rappeler les principes et les valeurs qui orientent la pratique du psychologue :

- Respect du code de déontologie et réflexion éthique,
- Respect du droit et de l'intimité du patient et prise en compte de son entourage,
- Réflexion pluridisciplinaire,
- Attachement aux valeurs du service public.

## **6.1 Modalités d'organisation dans l'établissement**

**6.1.1 Au sein du centre hospitalier Robert Bisson les psychologues exercent dans différents services avec leurs spécificités, et se réunissent dans le cadre d'un collège.**

### 6.1.2 Organigramme :



### 6.1.3 Souhaits relatifs à l'organisation des psychologues au sein de l'établissement :

- Favoriser la connaissance par l'ensemble des professionnels de santé de l'existence des psychologues, et des spécialités de chacun par service
- Impliquer les psychologues dans les démarches institutionnelles
- Créer une communication bienveillante lors de changement d'outils
- Impliquer les psychologues au sein de leur pôle et les faire participer aux projets de pôle
- Conforter et renforcer l'existant en termes de moyens

#### **6.1.4 Activité de formation et de recherche :**

Une spécificité du statut du psychologue de la FPH est la disposition relative au temps Formation Information Recherche :

« Les fonctions du psychologue sont définies par l'article 2 du décret du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière.

Ces fonctions sont composées de fonctions cliniques qui peuvent s'adresser à des personnes ou des groupes. La mise en œuvre de ces fonctions fait appel aux méthodes, moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation du psychologue qui les choisit en toute autonomie.

L'article 2 dispose par ailleurs que les psychologues « entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherche et formation que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action ». Cette fonction de formation, d'information et de recherche, couramment appelée temps FIR est une fonction indispensable à un exercice optimisé des missions. Elle n'est pas liée au statut de fonctionnaire et concerne aussi bien les psychologues titulaires de la Fonction Publique Hospitalière que les contractuels sur emploi permanent qu'ils exercent leur activité à temps plein ou à temps non complet (circulaire DGOS/RHSS /2012/181, chapitre 2).

#### **6.1.5 Volet clinique :**

##### **Présentation des différentes parties par pôle :**

A) Pôle de médecine

a) *Soins de support-oncologique*

##### **Offres de soins existantes**

- Prise de contact avec les personnes hospitalisées ou en externe ayant reçu une annonce de pathologie cancéreuse
- Entretiens durant l'hospitalisation ou en externe avec les patients et/ou les proches
- Pratique de techniques de relaxation, d'hypno-analgésie
- Travail de collaboration avec les médecins référents
- Travail de collaboration avec les IDE du dispositif annonce
- Travail de transmissions et de collaboration avec les soignants des services (gastro-entérologie, pneumologie, médecine ambulatoire)

- Travail de collaboration avec l'équipe de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs dans la continuité de prise en charge du patient et de sa famille
- Transmissions dans le dossier médical
- Création de flyers informatifs, comme « c'est quoi le cancer ? » pour les enfants

## Projets

- Renforcer l'activité en proposant des entretiens externes aux patients relayés dans les autres centres de soins en l'absence de l'oncologue.
- Réactiver les groupes de techniques non médicamenteuses et de gestion du stress comme cela avait pu se faire dans le passé pour les personnes demandeuses. Frein : avoir un nombre de personnes demandeuses suffisantes dans le même temps.
- Renforcer l'activité de prise en charge des patients externes recevant une chimiothérapie per os : permettre une meilleure communication des possibilités de soutien psychologique par les médecins référents.

### b) *Centre Mémoire*

## Offres de soins existantes

- **Consultations externes pour les patients/familles**
  - Réalisation de bilans neuropsychologiques auprès de patients adultes majeurs adressés par les neurologues et/ou gériatres du service et/ou neurologue libéral, pour lesquels des troubles neurocognitifs sont suspectés,
  - Enregistrement des données dans le DMA (Dossier Mobile Alzheimer) dans le but d'alimenter la Banque Nationale Alzheimer (BNA) qui répertorie l'activité de l'ensemble des consultations mémoire en France,
  - Temps d'échanges avec le patient et/ou ses proches,
  - Conseils et informations pour suivi de l'accompagnement en fonction des besoins exprimés.
- **Liens interprofessionnels**
  - Coordination avec le service social, les services intra-hospitaliers (le Centre d'Evaluation Gériatrique, l'Unité Cognitivo-Comportementale, l'accueil de jour...) et les services extra-hospitaliers (Equipe Spécialisée d'Accompagnement à Domicile,

Dispositif d'Appui à la Coordination...) afin de répondre aux besoins des patients et de leurs aidants.

- **Réunions/staffs**
  - Participation aux staffs d'équipe bi-mensuels,
  - Participation aux staffs avec ESAD (Equipe Spécialisée d'Accompagnement à Domicile) tous les 2 mois,
  - Participation aux réunions de réseau du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) Pays d'Auge nord et Pays d'Auge sud,
  - Participation aux groupes de travail sur la thématique des aidants familiaux et sur la journée mondiale sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées,
  - Participation aux réunions CMRR (Centre Mémoire Ressource et Recherche),
  - Collège des psychologues.
- **Protocole de recherche**
  - Participation au protocole MEM-ASA (en lien avec le CHU de Caen).

## **Projets**

- Formaliser l'accompagnement aux aidants au travers d'entretiens couplés avec l'assistante sociale, d'une participation aux groupes de travail en lien avec le CLIC, d'entretiens et de journées dédiés,
- Mettre en place des consultations dédiées (médecin spécialisé/psychologue) suite à l'identification de modifications spécifiquement psycho-comportementales à domicile,
- Proposer à nouveau le programme Education Thérapeutique du Patient,
- Mettre en place des staffs entre neuropsychologues pour une harmonisation des pratiques,
- Réfléchir à de nouvelles techniques de prises en soin (téléconsultation).

## **Moyens**

- Pérenniser le temps de psychologue équivalent à 2,0 ETP,
- Réajuster la quotité de temps, en tendant vers 2 temps plein de psychologues au lieu d'un temps plein et de 2 temps partiels actuellement pour faciliter la communication d'équipe et l'investissement dans les projets,
- Accéder aux formations nécessaires telles que la formation validante d'ETP de 40h.

- c) *Neurologie / Unité Neuro-Vasculaire, 2 neuropsychologues, soit 0,90 ETP (0,50 ETP + 0,40 ETP)*

### **Offres de soins existantes**

- **Prise en charge des patients hospitalisés**
  - Réalisation de bilans neurologiques sur les unités neuro-vasculaire (bilans post-AVC) et neurologique (patients présentant des pathologies neuro-évolutives, sclérose en plaque, traumatisme crânien...),
  - Bilan cognitif : anamnèse, passation des tests, cotation et compte-rendu écrit,
  - Séances individuelles de stimulation cognitive en fonction des résultats du bilan, majoritairement dans un contexte post-AVC,
  - Soutien psychologique en fonction des besoins observés au décours du bilan et/ou à la demande de l'équipe.
- **Consultations externes**
  - Bilans cognitifs de suivi à 3 mois d'une hospitalisation pour AVC,
  - Bilans cognitifs initiaux à la demande des neurologues suite à des consultations externes.
- **Réunions/staffs**
  - Participation au staff de rééducation hebdomadaire en neurologie / Unité Neuro-Vasculaire,
  - Participation aux réunions CMRR,
  - Collège des psychologues.

### **Projets**

- Améliorer la proposition de revalidation cognitive post-AVC pour les patients hospitalisés (accès à des formations spécifiques, développement de nouvelles techniques de revalidation, achat de nouveaux matériels notamment informatisés, etc.),
- Améliorer l'accompagnement des familles (explication des troubles cognitifs et/ou comportementaux du patient, apport de conseils, soutien psychologique, etc.),
- Intégrer le projet de mise en place de consultations spécifiques (consultations Parkinson par exemple),
- Réinvestir le projet d'éducation thérapeutique spécifique AVC et animer des séances sur les troubles cognitifs post-AVC à destination des patients et de leur famille,

- Accéder au temps FIR pour une actualisation des connaissances et participation aux avancées dans le domaine de la neuropsychologie.

## Moyens

- 2 psychologues présents à hauteur de 0,90 ETP.

### B) Pôle de chirurgie

- a) *Unité d'Addictologie rattachée au service de Gastro-entérologie*

## Offres de soins existantes

Un temps plein de psychologue.

### • Au sein de l'Unité d'Addictologie

- Accueil physique et téléphonique des patients et de l'entourage se présentant à l'unité,
- Entretiens de soutien et suivi psychologique,
- Suivi des sevrages d'alcool en ambulatoire,
- Co-animation des groupes de parole,
- Participation aux transmissions et aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire,
- Participation à des actions de formation (formation annuelle par l'Unité d'Addictologie au personnel de l'hôpital),
- Analyse des pratiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire,
- Coordination avec les partenaires extérieurs,
- Accueil de stagiaires en psychologie.

### • En Gastro-entérologie

- Accompagnement des patients dans le suivi de sevrage hospitalier,
- Transmissions avec l'équipe soignante.

### • Au sein de tous les autres services de l'hôpital

- Entretien proposé en systématique aux patients, dans le cadre d'accord avec certains services (Urgences adultes, Chirurgie orthopédique, Pédiatrie-secteur adolescent),
- Entretien à la demande ou suite accord du patient, dans tous les autres services,
- Transmissions aux équipes, lien avec le médecin addictologue si besoin,
- Proposition de suivi en externe, orientation en cure...

## Projets

- Renforcer la collaboration avec le service de Pédiatrie-adolescents en développant une action de prévention, au travers de la mise en place d'un groupe d'information concernant le tabac. Le groupe serait co- animé par la psychologue ou l'infirmière de l'Unité d'Addictologie, et par la psychologue ou l'infirmière de pédiatrie.
- Développer la liaison en tabacologie auprès des patientes de gynécologie et de maternité-néonatalogie, en lien avec les équipes soignantes et les sages-femmes formées en addictologie.
- Participer à la communication concernant les journées thématiques nationales ou mondiales en addictologie, à des actions ponctuelles d'informations en maternité, à la diffusion d'information sur la prise en charge en addictologie au sein de l'hôpital (ex : reprise de distribution de plaquettes en salle d'attente).

## **Moyens**

- Moyens humains constants,
- Moyens matériels : salle pour le groupe adolescents-tabac, vidéoprojecteur.

Ces projets s'inscrivent dans la démarche plus générale du développement de « Lieu de Santé Sans Tabac ».

### **C) Pôle Mère-enfant**

#### *a) Pôle mère-enfant*

1,5 ETP de psychologue.

### **Offres de soins existantes**

- **Prise en charge des adolescents à problématiques psychosociales**
  - Entretiens d'évaluation aux urgences,
  - Entretiens individuels et familiaux,
  - Entretiens en binôme avec l'assistante sociale du service,
  - 2 réunions pluridisciplinaires hebdomadaires avec la pédopsychiatrie de liaison du CMPEA de Lisieux (pédopsychiatre et infirmière),
  - Transmission aux équipes,
  - Soutien des équipes,
  - Propositions d'hospitalisations séquentielles programmées,
  - Activités thérapeutiques à destinations des patients à problématiques psycho-sociales,

- Travail de lien avec l'équipe de l'unité d'addictologie du CH,
- Protection de l'enfance : travail de lien avec les professionnels extérieurs (AEMO, SEMO, CRIP, DEF, circonscriptions) et travail d'écrit (RIP, signalement),
- Groupe de travail et de réflexion autour de la violence des adolescents avec les équipes du service,
- Participation au staff médical quotidien,
- Travail de réseau avec les psychologues libéraux, CMP, CMPP, établissements scolaires.
- **Prise en charge somatique**
  - Evaluation et soutien psychologique,
  - Orientation vers les structures extérieures.
- **Soutien à la parentalité**
  - Entretiens de soutien auprès des parents,
  - Orientations vers des suivis ambulatoires extérieurs,
  - Travail de lien avec les partenaires extérieurs (CMP adultes, CIDFF...).
- **Prise en charge des maladies chroniques (diabète)** (environ 75 patients)
  - Entretien auprès des enfants, adolescents, et leur famille à l'annonce de la maladie,
  - Soutien psychologique individuel à la demande des patients,
  - Entretiens familiaux/parentaux,
  - Animation groupe de paroles à destination des parents (1 fois par an),
  - Réunions pluridisciplinaires (pédiatre, puéricultrice, diététicienne),
  - Entretien annuel auprès de chaque patient.
- **Oncopédiatrie** (environ 2 à 4 enfants par an)
  - Soutien psychologique auprès de patients et leur famille,
  - Coordination avec psychologue et équipe du centre de référence,
  - Transmissions avec l'équipe pluridisciplinaire (pédiatre, puéricultrice...),
  - Participation à des réunions ponctuelles pluridisciplinaires avec le centre de référence d'oncopédiatrie de Caen.
- **Hôpital de jour**
  - Evaluation psychologique,
  - Consultations post hospitalisation,
  - Transmission avec l'équipe pluridisciplinaire (pédiatre, puéricultrice d'HDJ...).
- Accueil de stagiaires en psychologie.
- Réunions d'échanges de pratiques avec les psychologues des centres hospitaliers du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

## Projets

- **Prise en charge des adolescents à problématiques psychosociales**
  - o Mettre en place des appels téléphoniques dans les 15 jours suivants la sortie d'hospitalisation (continuité du soin),
  - o Proposer des entretiens en continuité d'une évaluation aux urgences pédiatriques et en attente d'une prise en charge extérieure effective,
  - o Rédiger un protocole de prise en charge de la violence des adolescents au sein du service à destination des soignants,
  - o Réfléchir au projet immobilier pour améliorer la prise en charge des adolescents : salle d'apaisement, aménagement extérieur d'un espace ludique et sportif (gestion de l'anxiété, ateliers thérapeutiques extérieurs autour du corps, des liens sociaux...),
  - o Mettre en place des groupes d'information autour du tabac à destination des adolescents en partenariat avec l'équipe de l'unité d'addictologie du CH. Le groupe serait co-animé par la psychologue ou l'infirmière de l'Unité d'Addictologie, et par la psychologue ou l'infirmière référente adolescents,
  - o Mettre en place des groupes d'information sur la sexualité co-animé par l'infirmière référente adolescents et la psychologue,
  - o Collaborer avec les gynécologues pour la sexualité des adolescents.
  
- **Soutien à la parentalité**
  - o Développer le repérage et l'intervention des psychologues de façon plus systématique notamment dans les situations d'épuisement parental,
  - o Développer le dépistage des violences intrafamiliales auprès des équipes.
  
- **Prise en charge des maladies chroniques (diabète)**
  - o Développer l'intervention systématique de l'équipe d'éducation thérapeutique (psychologue, diététicienne, infirmière) lors du bilan annuel de l'enfant et de l'adolescent,
  - o Développer les groupes de paroles à destination des patients et de leur famille avec l'équipe d'éducation thérapeutique.
  
- **Oncopédiatrie**

- Favoriser les liens avec le service de référence d'oncopédiatrie avec la mise en place de réunions trimestrielles (médecin, infirmière, psychologue).

## **Moyens**

- Pérenniser les moyens existants,
- 10% de temps supplémentaire de psychologue dans le cadre de la prise en charge du diabète.

### *b) Services de Maternité-Gynécologie-obstétrique et Néonatalogie*

## **Offres de soins existantes**

### **• Soins psychologiques périnataux**

- Entretien, en chambre, auprès des patientes enceintes angoissées hospitalisées,
- Entretien, en consultation externe, auprès de patientes enceintes angoissées,
- Travail de coordination et de prise en charge, avec les professionnels du réseau périnatal ville hôpital, au dépistage des troubles psychiatriques maternels, des désordres affectifs, et de la prévention aux dépressions périnatales,
- Prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales ou familiales, en lien avec les partenaires, le Centre d'Informations des Droits de la Femme et de la Famille (CIDFF) et des associations de lutte contre les violences,
- Entretien de patientes (adolescentes ou adultes) enceintes souffrant de conduites addictives (troubles alimentaires, toxicomanies...). Maintien du lien avec les professionnels extérieurs pour favoriser une coordination et une complémentarité dans la prise en charge,
- Consultation de patientes indécises quant à la projection dans leur grossesse, entretiens pré et post Interruption Médicale de Grossesse (IVG), accompagnement spécifique des adolescentes. Intervention dans le service de chirurgie ambulatoire à la demande des infirmières,
- Entretien d'annonce, aux urgences gynécologiques avec le gynécologue obstétricien, d'une Mort Foetale In Utéro (MFIU) à un couple consultant,
- Travail d'accompagnement psychologique du couple durant la durée de leur hospitalisation et d'un suivi du deuil à leur demande à la sortie de l'hôpital,
- Entretien en binôme, avec une sage-femme, dans le cadre de la prise en charge des patientes lors d'une Interruption Médicale de Grossesse (IMG), soutien psychologique proposé dans le même cadre que pour les MFIU,

- Interventions en salle de naissance, auprès de patientes en grandes difficultés quant à la gestion de leurs angoisses en phase de pré-travail,
- Entretien en salle de naissance, en cas de sollicitations des patientes suivies pendant leur grossesse, accompagnement sous hypnose peut être proposé si anticipé,
- Prise en charge du Stress Post Traumatique (SPT) des patientes, lié à un vécu d'accouchement médical difficile (césariennes, hémorragie du post partum, transfert en réanimation, code rouge ...) pendant l'hospitalisation. Ou encore au débordement émotionnel provoqué par la prise en charge de l'accouchement,
- Observation du nouveau-né quant à son développement psychique dans la relation précoce mère-enfant et père-enfant, dans le cadre de la prévention des troubles de la parentalité. Travail avec l'équipe soignante et l'assistante sociale, en cas de distorsions précoces de la relation, hospitalisation proposée et anticipée en Unité Kangourou (UK) du service de néonatalogie.
- **Soins psychologiques en gynécologie**
  - Entretien de préparation psychologique à la programmation d'un bloc opératoire pour les femmes angoissées,
  - Consultation spécifique à un problème gynécologique et de demande de stérilisation définitive.
- **Soins psychologiques du lien**
  - Travail de soutien auprès des équipes des différents services dans leurs réflexions quotidiennes dans la prise en charge des patientes, de leur conjoint et de leur enfant,
  - Travail d'écrits en cas de situation relevant de la protection de l'enfance,
  - Participation aux différents Staff Médicaux et Paramédicaux des différents services,
  - Animation du Staff Médico Psycho Social (SMPS) depuis janvier 2011, travail de réflexion et d'intervention en collaboration avec les professionnels extérieurs autour des femmes, couples et familles vulnérables,
  - Co-animation en partenariat avec la Protection Maternelle Infantile (PMI) et le Centre d'Aide Médico-Social Précoce (CAMSP) dans le cadre de la prévention des troubles du lien précoce, d'un groupe de parents et de leur enfant de la naissance jusqu'à la marche, à travers une approche sensorielle,
  - Travail de lien favorisant les relais au sein du réseau local avec le CAMSP, la PMI, les hôpitaux de proximité, les différents centres d'interventions (Centre Médico Psychologique...) et les professionnels de l'Antenne Médico Psychologique (AMP), de l'unité d'addictologie, chirurgie ambulatoire et les équipes transversales de l'hôpital,

- Interventions spécifiques dans le service de pédiatrie, en cas d'hospitalisation d'un enfant dont le suivi maternel est en cours, ainsi que dans le cadre de l'absence des collègues dudit service,
- Participation aux différents projets du réseau périnatal (Commission deuil périnatal, dépression post natale, grossesse et addictologie...) et de l'équipe de la Source (Soins palliatifs pédiatriques du CHU).

## Projets

- Animer des groupes de réflexion de professionnels sur des thèmes spécifiques souhaités par les équipes des services de maternité et de néonatalogie (le deuil périnatal, la mise en place de la parentalité...),
- Animer et former les Aides-Soignantes et les Auxiliaires de puériculture aux interactions mère nouveau-né, dans le cadre de l'harmonisation des pratiques, formation du réseau périnatal normand,
- Travailler, dans le cadre d'une articulation transversale, dans la mise en place de l'Unité Médico-Judiciaire de Proximité (UMJP) adulte. Prise en charge des violences intra familiales et conjugales, réseau de professionnels à solliciter, circuit de prise en charge à aménager (logements d'urgence, dispositif CIDFF, sollicitation PMI...),
- Intervenir et soutenir les patientes en chambre sur la durée de la prise en charge et maintenir un lien avec les professionnels compétents, dans le cadre de la mise en place du service de grossesses pathologiques (projet médical du service de la maternité),
- Articuler et coordonner l'intervention précoce de l'équipe mobile d'addictologie dans le cadre de la prévention tabac chez la femme enceinte ou accouchée, gestion des angoisses et prise en charge en hypnose de la patiente dans le cadre du maintien du sevrage pendant la grossesse.

## D) Pôle de médecine gériatrique

### a) *Soins de suite et réadaptation, 0,2 ETP de psychologue*

## Offres de soins existantes

- Bilans neuropsychologiques : anamnèse, passation des tests, cotation et compte-rendu écrit,
- Entretiens de soutien psychologique,
- Séances de remédiation cognitive,

- Travail en équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, médecin, assistante sociale, infirmières, aides-soignantes).

## Projets

- Mettre en place un temps d'échange avec les familles notamment post-évaluation,
- Augmenter le temps de stimulation en individuel mais également en groupe avec la création d'un atelier hebdomadaire,
- Renforcer les temps d'échange pluridisciplinaire en participant au staff hebdomadaire,
- Créer un partenariat avec l'ergothérapeute pour la mise en place d'évaluation en situation écologique.

*b) Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), 0,8 ETP de psychologue*

## Offres de soins existantes

Une unité sécurisée accueillant pour une durée moyenne de 3 à 6 semaines un maximum de 12 patients atteints de maladies neuro-évolutives et présentant des troubles majeurs du comportement.

## Missions du psychologue spécialisé en neuropsychologie

- Sélection des dossiers d'admission en concertation avec le médecin et le cadre de santé,
- Contact des aidants ou de la structure d'accueil en vue d'une admission dans le service,
- Entretiens de préadmission avec l'aidant principal ou tuteur légal en binôme avec le médecin,
- Entretiens avec les aidants ou tuteur légal en cours de séjour,
- Réalisation de bilans neuropsychologiques (anamnèse, passation des tests, cotation),
- Evaluation des troubles du comportement à l'entrée, en cours de séjour et à la sortie du patient,
- Participation aux transmissions quotidiennes et aux réunions d'équipes pluridisciplinaires hebdomadaires,
- Soutien psychologique auprès des patients et des proches,
- Elaboration de projets d'accompagnement personnalisés en équipe pluridisciplinaire,
- Réflexions pluridisciplinaires sur l'accompagnement et la mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la gestion des troubles psycho-comportementaux,
- Rédaction de comptes rendus à l'issue des hospitalisations,

- Echanges avec les acteurs du social, de la santé et du médico-social du secteur afin de préparer et organiser le devenir des patients hospitalisés,
- Réalisation et coordination des ateliers thérapeutiques,
- Formations à destination des soignants du service,
- Accueil de stagiaires en psychologie.

## Projets

En lien avec le projet médical du service :

- Créer une filière de suivi après la sortie des patients. Cela pourrait inclure un ou plusieurs contacts téléphoniques, une possibilité de réévaluation en consultation / hospitalisation de jour. Ce projet permettrait d'évaluer l'impact de la prise en charge UCC, de favoriser le maintien des bénéfices de l'hospitalisation et/ou proposer des ajustements d'accompagnement.

## Moyens

Coordination avec le CEG et médecin de l'UCC.

- Réaménager les locaux de l'UCC afin de permettre une meilleure prise en soin des patients par le psychologue et par l'ensemble du personnel soignant intervenant dans le service. Proposer aux patients un espace de déambulation circulaire, une salle dédiée aux ateliers thérapeutiques et un espace extérieur afin d'optimiser la gestion des troubles psycho-comportementaux,
- Communiquer sur le service UCC : A travers des échanges téléphoniques, courriers, visites,
- Informer les structures du secteur sur les missions de l'UCC et sur le public accueilli,
- Communiquer avec les services intra hospitaliers afin qu'ils identifient bien le service, ses missions et les rôles du psychologue,
- Echanger avec les autres UCC afin de comparer nos pratiques et de les faire évoluer.

c) *Hospitalisation de jour gériatrique, 0,5 ETP*

## Offres de soins existantes

- **Patients**

- Bilan neuropsychologique : anamnèse, passation des tests, cotation et compte-rendu écrit,
- Conseils et avis pour le suivi de l'accompagnement.
- **Liens inter-professionnels**
  - Transmissions en inter-disciplinarité sur la journée d'hospitalisation.
- **Réunions/staffs**
  - Collège des psychologues.

### Projets

- Discuter le rôle de la neuropsychologue auprès du proche aidant que ce soit sur le temps de l'hospitalisation ou après,
- Se former en onco-gériatrie,
- Envisager l'intervention d'une seule neuropsychologue sur le poste pour une meilleure implication dans les projets de service,
- Réfléchir à l'intérêt d'un rôle de coordination et de suivi des situations par des visites à domicile.

### Freins

- Désinformation et difficultés organisationnelles liées à une présence limitée dans le service,
- Absence lors des staffs d'équipe au CEG du fait d'interventions dans d'autres services.

#### *d) Soins Palliatifs*

2 Psychologues exercent sur la structure, soit 0,80 ETP, principalement sur le secteur de pneumologie, gastro-entérologie, médecine ambulatoire/HDJ, neurologie, cardiologie, HAD, USLD, EPHAD, Gériatrie aigue, néphrologie.

### Offres de soins existantes

Dans la plupart des services

- **Patients /familles**

- Entretiens auprès des patients en individuel en services de soins,
- Entretiens auprès des familles, accompagnement et soutien en phase palliative.
- **Equipes soignantes**
  - Consultation conjointe avec médecin référent (patients, familles : annonce Décès),
  - Entretien conjoint avec IDE LISP pour soutien avant et après décès (patient, familles),
  - Transmissions soignants quotidiennes orales et écrites,
  - Soutien et étayage des équipes dans l'accompagnement des patients et leurs proches en fin de vie,
  - Groupes de parole à la demande des équipes
- **Réunions / staffs**
  - Participation aux transmissions quotidiennes,
  - Participation au staff EMSP hebdomadaire,
  - Participation au staff Gériatrie/Pneumologie Soins palliatifs de manière régulière,
  - Participation au staff HAD/Soins palliatifs hebdomadaire,
  - Participation aux staff ponctuels, réflexion éthique sur limitation et arrêt des traitements,
  - Projet de soin, expertise auprès des équipes,
  - Collège des psychologues.
- **Formations internes**
  - Soins palliatifs à destination des équipes soignantes de l'hôpital sur 4 jours, 2 sessions par an.
- **Consultations externes**
  - Soutien psychologique auprès des patients en individuel sur rendez-vous,
  - Entretien auprès des proches,
  - Suivi de proches endeuillés.

## EN EXTRA HOSPITALIER

- Réunions avec bénévoles de l'association JALMALV,
- Formation une demi-journée dans le cadre de la formation initiale de bénévoles de l'équipe JALMALV : « accompagnement des familles en soins palliatifs »,
- Collège des psychologues en Soins Palliatifs Normandie,
- Relais/coordination avec intervenants en ville/domicile.

## Projets

### - **Améliorer la diffusion de l'information sur les soins palliatifs en général et sur la législation en soins palliatifs en particulier**

- À l'occasion de la journée mondiale des soins palliatifs, un stand dans le hall de l'hôpital pourra être animé par une personne de l'EMPS, afin de répondre aux questions des patients et des visiteurs, avec des supports de prospectus et d'affiches,
- Un affichage régulier dans l'hôpital de campagnes sur les soins palliatifs et sur la législation (directives anticipées, personne de confiance...),
- Une information régulière aux soignants, sous forme de mini formations.

### - **Soutenir les familles dans leur quotidien**

Il y a un besoin d'une salle des familles au 6<sup>ème</sup> étage de l'établissement, comme elle a pu être aménagée en gériatrie, ce qui amène symboliquement une réelle prise en compte de l'accompagnement des patients par leurs proches et concrètement une possibilité pour ces derniers de pouvoir se reposer, échanger avec d'autres familles, se restaurer dans un « SAS » à n'importe quel moment de la journée. Nous aurions besoin, pour aménager cette salle de façon pratique, qu'elle soit repeinte, mais aussi d'un fauteuil-lit, d'un micro-ondes, d'une bouilloire, d'une cafetière, d'une table et de quatre chaises, d'un meuble de rangement, des tasses et des couverts, d'un point d'eau.

### - **Prendre en charge plus largement les patients à leur domicile**

Nous réactivons pour cela la demande de création d'une équipe territoriale ce qui aurait comme bénéfice à la fois de prise en charge de proximité du patient et également de diminuer les coûts d'hospitalisation, souvent consécutive à des problématiques de douleur et/ou d'anxiété. Dans le cadre de cette équipe territoriale, nous aurions besoin d'un temps plein de psychologue.

### - **Détecter plus précocement les besoins des patients**

Nous proposons de stimuler une collaboration plus importante entre les différents hôpitaux et centres spécifiques, au travers de la proposition de staffs réguliers avec les psychologues des structures en question, comme par exemple le centre de prise en charge SLA (sclérose latérale amyotrophique).

### - **Soutenir de manière plus élargie les personnes endeuillées**

Le projet de groupe endeuillés touchant toute personne sur Lisieux et agglomération ayant été acceptée, nous sommes en cours de diffusion de l'information.

e) *EHPAD, 1,5 ETP (100 % Jean Devaux, Maison de Cure, USA ; 20 % PASA, 30% UHR)*

### **Offres de soins existantes**

- Entretiens individuels,
- Entretiens de soutiens psychologiques,
- Evaluations cognitives et comportementales,
- Stimulation cognitive individuelle ou en groupe,
- Coordination des projets de vie personnalisés,
- Travail en équipe pluridisciplinaire,
- Participation aux réunions du service,
- Travail en lien avec les mandataires judiciaires,
- Accueil de stagiaires en psychologie,
- Rédaction du rapport d'activité annuel.

### **Projets**

- Pérenniser les activités en place,
- Réactualiser les formations des équipes une fois par an (formation concernant les troubles du comportement, l'EHPAD un lieu de vie),
- Développer le lien avec les familles (entretien d'entrée, suivi annuel, rencontres pluridisciplinaires, café familles),
- Participer aux transmissions des équipes soignantes,
- Intégrer l'équipe du PASA à l'élaboration des projets de vie personnalisés,
- Développer la collaboration avec les intervenants extérieurs et pérenniser leurs activités,
- Formaliser la rédaction d'appels à projets communs,
- Renforcer les liens avec les établissements extra-hospitaliers,
- Développer un temps d'analyse des pratiques,
- Renforcer les liens inter-services (ex : UCC, équipe mobile psychiatrique),
- Utiliser le temps FIR pour accéder aux formations (thérapies non médicamenteuses, art thérapie, musicothérapie).

f) *Accueil de jour*

**Offres de soins existantes**

• **Au sein de l'accueil de jour**

- Accueil physique ou téléphonique,
- Réception des demandes d'accompagnement à l'accueil de jour et transmission au médecin coordinateur pour avis,
- Prise de contact auprès de la personne et de ses proches pour informations avec possible nécessité d'une coordination auprès du service social et autres acteurs de la prise en soin,
- Visites de pré-admission (visite des locaux, recueil d'information, transmission du dossier administratif et prise de connaissance avec les professionnels présents) et organisation de la première journée (repas, transport),
- Mise en place d'ateliers spécifiques collectifs ou individuels en lien avec l'AMP et l'ASG,
- Coordination auprès de professionnels (CEG, service APA, ESAD, mandataire judiciaire, service d'aides à domicile...) et gestion des situations/changements identifiés en équipe,
- Elaboration et suivi des appels à projets,
- Organisation d'entretiens avec les familles/proches aidants,
- Rédaction des comptes rendus suite aux entretiens et dans le cadre des Projets d'Accompagnement Personnalisés réalisés en partenariat avec l'AMP et l'ASG,
- Tâches administratives : gestion du dossier d'admission, des tableaux de transport, présence...,
- Rédaction de la lettre d'information trimestrielle,
- Rédaction du rapport d'activité annuel,
- Organisation et mise en place de réunions des familles (3 par an),
- Accueil de stagiaires en psychologie,

• **Liens inter-professionnels**

- Coordination avec le service social,
- Coordination avec services intra-hospitaliers (CEG, UCC, court-séjour gériatrique...),
- Coordination avec services extra-hospitaliers (ESAD, MAIA, service APA...).

• **Réunions/staffs**

- Staff d'équipe tous les 15 jours,
- Staff ESAD tous les 2 mois,

- Collège des psychologues.
- **Protocole de recherche**
  - Mise en place de TER avec appui méthodologique de l'INSERM et soutenu par un étudiant en Master 2 de neuropsychologie.

### **Projets**

- Allègement des tâches administratives chronophages au détriment du temps passé auprès des personnes accueillies,
- Mise en place de formations à l'attention des aidants en partenariat avec l'Association France Alzheimer,
- Renforcement des liens avec la médecine de ville,
- Renforcer l'amélioration de l'état nutritionnel (cahier des charges de l'accueil de jour) des personnes accueillies,
- Ouverture d'un accueil de jour pour le week-end.

### **Freins**

- Lourdeur des tâches administratives qui éloigne des missions premières,
- Bureau inadapté ne permettant pas l'accueil des visiteurs,
- Rupture dans l'accompagnement aux personnes du fait d'une indisponibilité liée à des tâches de gestion de service ne pouvant être différées.



## 7 Projet des usagers





## Préambule

La place et le rôle des usagers au sein des établissements de santé ont été réaffirmés par le décret 2016-726 du 1er juin 2016, relatif à la commission des usagers (CDU).

Depuis une dizaine d'années, tous les textes de loi relatifs à la santé, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques valorisent et impulsent les démarches conduites avec les représentants des usagers et la commission des usagers.

Au centre hospitalier de Lisieux, la commission des usagers se réunit régulièrement et les membres participent aux audits et actions menées en faveur des patients.

A l'occasion de la préparation de la certification V2020, des échanges ont eu lieu avec les représentants des usagers en CDU lors de l'audit des représentants des usagers, sur la pertinence de l'élaboration d'un projet des usagers au CH Robert Bisson.

Dans la mesure où le Centre Hospitalier est en phase de préparation d'un nouveau projet d'établissement, les membres de la CDU ont estimé opportun de lancer en 2023 une démarche de Projet des Usagers, afin que celui-ci puisse être articulé avec le projet médico-soignant.

### 7.1 Le projet des usagers - c'est quoi ?

Le projet des usagers c'est :

1. L'opportunité de renforcer et afficher le partenariat entre les représentants des usagers et les acteurs du centre hospitalier,
2. L'engagement dans un mouvement d'évolution sociale où le patient devient acteur de sa santé,
3. Se donner les moyens de sécuriser les parcours et les soins.

Le décret 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers précise dans son article 1er : « La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein ». Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement. « Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet

d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif. »

## **7.2 Le projet des usagers - les objectifs**

Le projet des usagers :

- Est articulé avec les différents projets de l'établissement et peut contribuer à les alimenter,
- Contribue à la stratégie de l'établissement,
- Se veut un appui au partenariat existant entre usagers/professionnels/direction,
- S'appuie sur les rapports d'activité de la CDU et sur les autres bilans disponibles de l'institution (notamment IQSS, E-satis et questionnaires de satisfaction),
- Implique l'ensemble des représentants des usagers, bénévoles le cas échéant, les représentants de la CME, de la CSIRMT, de la direction,
- Se veut appui à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

## **7.3 Le projet des usagers - la démarche proposée**

- Validation du principe de création d'un projet des usagers en CDU,
- Proposition d'une trame par la direction générale,
- Réflexion conjointe direction/usagers/professionnels sur le contenu du projet,
- Validation par la CDU,
- Présentation dans les autres instances,
- Suivi annuel.

## **7.4 Le projet des usagers - les orientations du projet des usagers au CH Robert Bisson**

- La politique d'accueil : accessibilité du public et information,
- Le respect des droits des patients, information et accompagnement des usagers aux soins et aux droits (internet, livret d'accueil, affichage),
- L'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des soins par l'intervention d'associations de patients bénévoles (entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades et des familles),

- L'organisation des parcours des patients et la fluidité des parcours en lien avec les associations de patients bénévoles (préconisations et conseils en vue du retour à domicile),
- La lutte contre la maltraitance et la promotion de la bienveillance / bientraitance et le respect de la dignité,
- Favoriser la qualité des relations d'aide et de soutien patients / familles par les équipes professionnelles.

Ces orientations porteuses d'amélioration pour la prise en charge de l'utilisateur seront co-construites et co-validées avec les professionnels et les autres instances et contribueront aux orientations stratégiques de l'établissement pour les 5 ans à venir.

## 7.5 Le projet des usagers - la communication du projet des usagers

La communication interne :

- Au sein des instances,
- Dans la gestion documentaire,
- Dans la lettre d'information des professionnels.

La communication externe :

- Sur le site internet,
- Aux autorités de tutelle au moment de l'envoi du projet d'établissement.

## 7.6 Le projet des usagers - l'évaluation du projet des usagers

L'avancement des différentes actions retenues dans le projet des usagers sera présenté en CDU a minima une fois par an et discuté avec les représentants des usagers.

Pour la bonne compréhension du projet et des actions à mener, le projet des usagers est présenté sous la forme d'un plan d'actions.

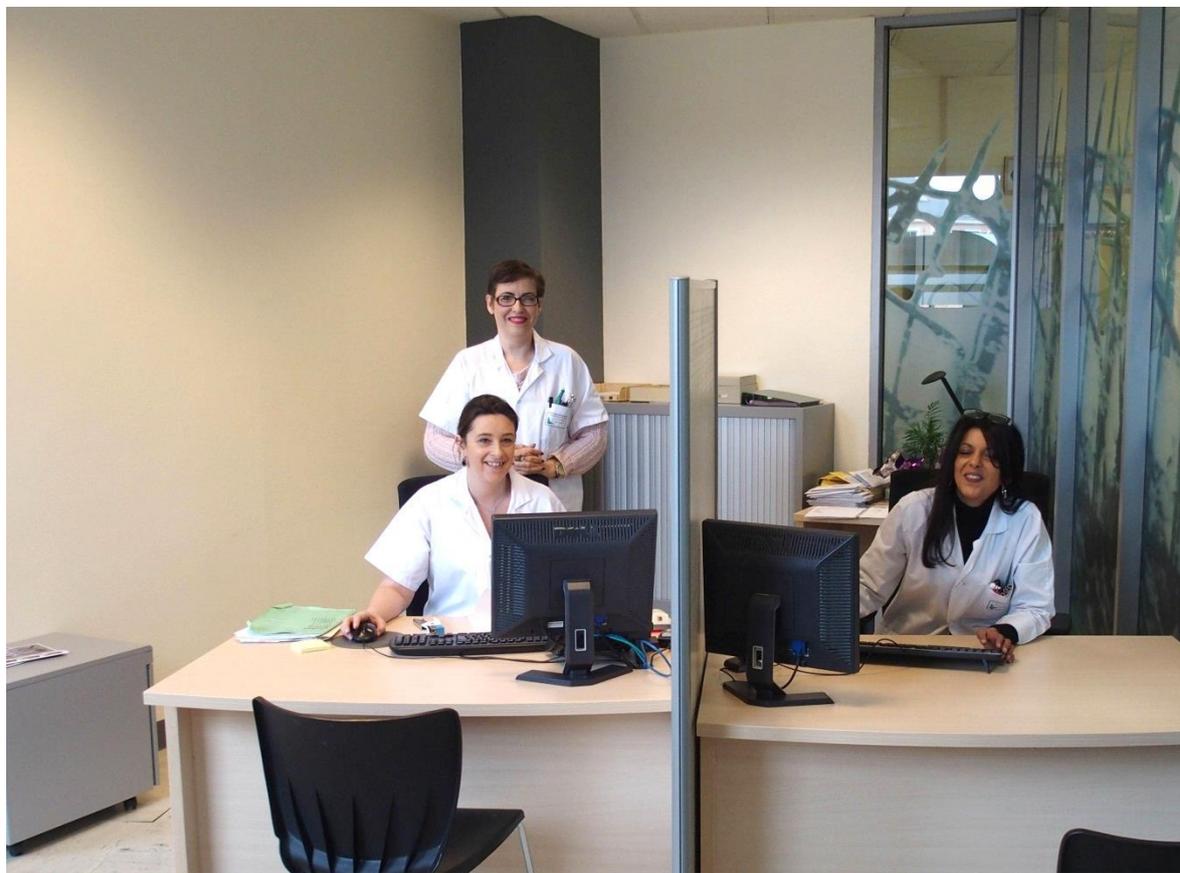
Ce plan d'actions est également intégré au PAQ de l'établissement pour garantir le meilleur suivi possible.

Plan d'actions et calendrier :

# PROJET DES USAGERS 2023-2027

<b>PLAN D' ACTIONS</b>		
<b>THÈMES</b>	<b>ACTIONS</b>	<b>ÉCHÉANCE</b>
<b>POLITIQUE D'ACCUEIL</b>	Contribuer à la mise à jour du livret d'accueil	En continu
	Apporter le regard des usagers en matière d'accessibilité public (téléphone, prise de RDV, lien service, handicap, etc...)	En continu
	Donner un avis sur les modalités d'accueil en hospitalisation (procédure)	2023
	Développer l'information au public par l'intégration de messages TV, totems	En continu
	Contribuer aux projets immobiliers (accueil et informations patients, ...) ou projets de la vie quotidienne (cafétéria, signalétique...)	En continu
<b>QUALITÉ SÉCURITÉ DES SOINS</b>	Participer à la démarche de certification V2023	2023
	Promouvoir le projet des usagers au sein des instances en interne et un partenariat usagers-professionnels	En continu
	Participer à la dynamique d'amélioration de la prise en charge des patients (audits, CREX, recommandations aux instances, participation CLAN, CLIAS, CLUD, copil qualité, commission consultative de transition écologique)	En continu
	Participer à la semaine de la sécurité des soins	En continu
	Engager une démarche pour intégrer l'expertise patient	
	Contribuer à la réflexion et au suivi du programme qualité	En continu
<b>VISIBILITÉ DES RU</b>	Renforcer la visibilité des RU par l'information en interne au public et aux professionnels	En continu
	Travailler à une « maison / lieu des usagers »	2023 / 2024
	Engagement dans le cadre de la politique qualité	2023 et au-delà
	Évaluer la participation des RU aux actions d'amélioration (audits, actions de sensibilisation, formations, rédaction de documents...)	En continu

## 8 Projet social





Le projet social du Centre hospitalier Robert Bisson (CHRB) définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'emploi et la qualité de vie au travail. Il accompagne la mise en œuvre du projet d'établissement et notamment sa composante médico-soignante.

Le projet social complète et amplifie la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines contenue dans les Lignes Directrices de Gestion.

Dans une première phase, les orientations du Projet Social sont le fruit du bilan du projet social 2013-2018, des résultats d'enquêtes auprès des personnels médicaux et non médicaux ( Enquête Risques Psychosociaux-2019) ; Baromètre Social-2021 ) et de la concertation avec les représentants des organisations syndicales des personnels non médicaux (fin 2021, puis en mars 2023), les représentants de la communauté médicale et les représentants de la direction (fin 2021-début 2022).

Dans une seconde phase, ces orientations seront déclinées sous forme de plan d'actions, de groupes de travail ou de projet d'accord collectif, au cours de l'année 2023.

Le Projet Social 2023-2027 sera soumis à la concertation du Directoire et de la CSIRMT ainsi qu'à l'avis du CSE et de la CME. Son suivi sera assuré par le Directoire et les instances du personnel avec un point réalisé une à deux fois par an.

Le projet social est construit pour l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, autour de 5 axes :

1. Développer la marque employeur public du CHRB au service de l'attractivité et de la fidélisation de ses professionnels ;
2. Faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement ;
3. Accompagner l'ensemble des managers, médicaux et non médicaux, de l'établissement ;
4. Maintenir dans l'emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et accompagner les séniors ;
5. Donner une dimension éco-responsable aux ressources humaines.

## 8.1 Axe 1 Développer la marque employeur public du CHRB au service de l'attractivité et favoriser la fidélisation des professionnels

### 8.1.1 DÉVELOPPER L'ATTRACTIVITÉ DU CHRB

L'attractivité constitue un enjeu majeur du projet d'établissement. Cette ambition repose sur la capacité de l'établissement à associer une qualité de prise en charge des patients à l'épanouissement des professionnels de santé.

Le CHRB s'engage à donner aux jeunes professionnels (médecins, infirmiers...) qui y finissent leur formation une lisibilité en termes de parcours et de perspectives professionnelles afin qu'ils rejoignent l'établissement à l'issue de leur formation.

Attirer, fidéliser et accompagner les talents, c'est aussi développer l'accompagnement professionnel individualisé. Le programme d'accueil sera adapté au profil des professionnels.

Tout comme cela est mis en place chaque année pour le personnel non médical, un entretien individuel annuel, permettant de dresser un bilan et de définir les besoins en formation, sera organisé pour les personnels médicaux.

Rendre plus attractives les carrières hospitalières demande d'innover, de moderniser et de recourir aux réseaux sociaux et aux stages notamment pour recruter et repérer les potentiels. L'objectif est ensuite de réussir l'intégration en proposant de bonnes conditions d'accueil et de formation et des formes adaptées de tutorat ou de mentorat. Les professionnels seront ensuite accompagnés tout au long de leur parcours professionnel jusqu'à leur départ en retraite pour lequel ils seront préparés et formés en vue d'en faciliter la transition.



- Remise en œuvre des journées d'accueil PNM sous un nouveau format
- Modernisation des processus de recrutement
- Mise en place de « job dating » ou dispositifs de rencontre à destination des futurs diplômés

### 8.1.2 PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Le développement des compétences des agents et l'accompagnement des parcours professionnels passent par la promotion du développement professionnel. Pour ce faire, les dispositifs de formation continue et la communication autour des offres de formation doivent être renforcés et diversifiés. Le recours à de nouveaux supports tel que le MOOC ou l'e-learning est encouragé pour les formations initiales et continues.

Le CHRB doit pouvoir proposer un dispositif d'évolution de carrière à chaque agent qui atteint un certain nombre d'années d'ancienneté. Cette évolution de carrière passerait par une offre de formation continue permettant de changer de poste, de préparer un concours ou d'acquérir une expertise ou une compétence spécialisée.

Un entretien de carrière sera proposé selon une périodicité et une ancienneté au sein de l'hôpital en ciblant, dans un premier temps, certaines catégories de personnel, avant d'être élargie à tous les professionnels.

L'évolution de carrière dans le cadre de la promotion professionnelle, qui serait accompagnée d'une revalorisation salariale, pourrait passer par une proposition de formation qualifiante pour développer une spécialisation ou l'occupation de fonctions transversales.



- Promouvoir la formation continue et le développement des compétences via l'offre de e-learning au sein des services par des actions de communication
- Instaurer des entretiens « de carrière » à des moments clés (début et milieu de carrière)
- Développer la communication et promouvoir les spécialisations possibles via la promotion professionnelle
- Proposer des journées découverte dans les services afin d'encourager la mobilité, notamment dans des services dits spécifiques (hémodialyse, réanimation, travail de nuit)

### 8.1.3 JOUER PLEINEMENT NOTRE RÔLE D'ACTEUR SOCIAL RESPONSABLE

#### A) Accès au statut

La politique volontariste initiée en matière de concours d'intégration à la fonction publique hospitalière sera poursuivie afin de faciliter l'accès des contractuels de l'établissement au statut de fonctionnaire. Cette démarche sera notamment favorisée par les lignes directrices de gestion instaurant une procédure allégée de mise en stage se substituant aux concours sur titre.

#### B) Égalité professionnelle

Le CHRB s'engage par ailleurs à promouvoir l'égalité professionnelle.

Le statut garantit une égalité de gestion et de rémunération des personnels (grilles identiques, avancement cadencé..) quels que soient leur sexe, leurs origines, leur religion, etc...

Un protocole d'accord en faveur de l'égalité femmes/hommes a de plus été signé avec une majorité des partenaires sociaux le 31 mars 2022. La parité est également mise en œuvre dans la représentation au sein des instances ou des jurys de concours.

Cependant, des mesures complémentaires peuvent être mises en œuvre afin de garantir l'égalité également au moment des recrutements ou des publications de poste.



- Étudier le retrait de toutes identifications ou données permettant une « catégorisation » des CV avant transmission aux responsables de service (genre, âge, photo)
- Garantir l'ouverture au poste à connotation « genrée » aux agents féminins et masculins en respectant une proportion F/H dans la pré-sélection des profils (sous réserve que les candidatures le permettent)

#### 8.1.4 RENFORCER LE SENS DU COLLECTIF

Le dernier baromètre social fait clairement apparaître que les professionnels ont un fort sentiment d'appartenance à leur service, mais plus faible à l'institution. Les initiatives permettant de développer le sentiment d'appartenance et l'esprit institutionnel seront encouragées, comme des visites des différents services ou encore la présentation des services et équipes dans les outils de communication interne.

L'accueil des nouveaux agents va être repensé de manière à faciliter l'intégration et à développer le sentiment d'appartenance. En ce sens, des actions visent à étendre, à l'ensemble du personnel, le dispositif de tutorat, déjà initié dans les services de soins.

De nouvelles formules des Journées d'accueil des nouveaux arrivants favorisent l'interactivité et les échanges, tout en créant du lien.

Les nouvelles modalités de mise en œuvre de la mobilité, sous forme de « Bourse à la mobilité », permettront d'élargir les perspectives d'évolution de carrière offertes par les établissements de la direction commune à ses collaborateurs.

Enfin, l'établissement prévoit de mettre en place une politique spécifique à l'attention des seniors, pour que le départ à la retraite soit à la fois un événement bien préparé et un temps fort de transmission des savoirs des plus anciens aux plus jeunes.



- Réaliser des vidéos de présentation de chaque service afin de valoriser l'activité en la faisant découvrir aux autres personnels
- Développer l'organisation d'actions inters-services (type événement « octobre rose », « pièces jaunes » etc...)
- Promouvoir l'établissement et les actions menées au sein de l'établissement à l'extérieur pour renforcer la fierté des agents d'y travailler : « mon hôpital est formidable »
- Communiquer de façon importante sur les projets de l'établissement au sein des services afin de développer un ressenti positif des agents

- Institutionnaliser l'organisation de réunions de service avec compte-rendu systématique diffusé à l'ensemble des agents
- Mettre en place une boîte à idées ou dispositif similaire permettant aux agents de soumettre des idées ou des thèmes d'actions institutionnelles
- Envisager le dispositif de tutorat pour l'ensemble des catégories professionnelles

### **8.1.5 MIEUX VALORISER LES FILIÈRES ADMINISTRATIVES, SOCIO-ÉDUCATIVES, TECHNIQUES ET LOGISTIQUES**

La crise sanitaire a rappelé le rôle crucial de ces équipes dans le fonctionnement de l'hôpital. La compétence de ces agents doit être mieux reconnue, notamment en facilitant leur intégration dans la fonction publique à travers la politique de formation continue et de concours.



- Proposer une politique et un calendrier de mise en adéquation grade/fonction
- Développer le sentiment d'importance de ces équipes en valorisant le rôle et l'importance de ces métiers pour l'institution
- Favoriser l'accès aux formations (hors formations obligatoires) à travers le plan de formation
- Encourager les demandes de formations de ces professionnels via l'entretien annuel professionnel

## **8.2 Axe 2 Faire de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels un atout pour l'établissement**

### **8.2.1 UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL FORT AUX PROJETS DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

L'amélioration de la Qualité de vie au travail (QVT) passe notamment par des conditions de vie au travail prenant en compte l'environnement professionnel des agents et, surtout, permettant à tous de se consacrer à la prise en charge des patients en facilitant le lien entre vie professionnelle et vie privée.

Les actions susceptibles d'apporter du bien-être, de réduire les facteurs de stress, les pertes de temps, de préserver la santé au travail et de venir en aide aux professionnels que ce soit à titre individuel ou collectif, seront soutenues.

Cet axe vise également à soutenir et valoriser le travail en équipe en appuyant les marges d'autonomie des professionnels au sein de leur service afin d'améliorer les conditions d'exercice, favorables à l'amélioration des prises en charge des patients.

L'étude de l'ouverture d'une conciergerie au bénéfice des personnels, permettra de proposer toute une offre de services aux agents hospitaliers, dont les conditions d'exercice ne sont pas toujours compatibles avec les horaires des commerces et administrations.

En cours de négociation, le télétravail sera développé et sa mise en place permettra à un certain nombre d'agents de poursuivre une carrière et un exercice professionnel partiellement à distance, tout en maintenant un lien fort avec le CHRB.

La mise en place d'un service de suppléance, de type « pool de remplacement », et la mise en place d'un outil de gestion en temps réel des demandes de remplacements permettront d'accompagner la vie quotidienne des services, de limiter les appels auprès des agents et de dégager du temps cadre.



- Mettre en place une procédure favorisant le test du matériel par les professionnels avant achat afin de leur permettre de participer activement à l'amélioration de leurs conditions de travail
- Mettre en œuvre des actions de prévention « sommeil » notamment dans les services où les agents réalisent des horaires en alternance jour/nuit
- Négocier un protocole « télétravail »
- Ouverture de la salle de repos du personnel et développement d'activités institutionnelles ou interprofessionnelles : café éthique, activités sportives (randonnées, échange de savoir etc...) => constitution d'un groupe de travail
- Mettre à disposition des agents un cocon de sieste permettant un temps calme
- Mettre en œuvre des actions pour la promotion du « bien manger » et accompagner les agents le souhaitant
- Développer la politique « hôpital sans tabac »
- Développer l'espace pique-nique en étudiant la possibilité d'installer du matériel sportif
- Travailler sur la limitation des interruptions de tâches, facteurs de stress et de conflits entre agents notamment par la formation
- Améliorer la mise en lumière des bureaux/espaces de travail sans fenêtre
- Étudier la mise en place d'une conciergerie à destination des agents (enquête sur le besoin, partenariats à mettre en place)

- Favoriser l'adéquation vie personnelle et vie professionnelle en optimisant les plannings et en les stabilisant par des roulements et en limitant les rappels
- Prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques psycho-sociaux par la réalisation de vidéos de formation

### 8.2.2 MIEUX ADAPTER LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES AUX BESOINS DES AGENTS ET DES SERVICES

Si la direction des ressources humaines et des affaires médicales exercent déjà une mission de support et de conseil auprès des établissements de la direction commune, une évolution vers davantage d'intégration des domaines RH et d'harmonisation des politiques sociales restent à explorer.

Le CHRB s'engagera vers une digitalisation croissante des échanges RH les plus fréquents : portail agent « Agiletime self-service », mise à disposition d'un portail personnel...

Des ateliers de formation, animés par la Direction du personnel sur le terrain, sur des thématiques variées (droit syndical, gestion du temps de travail, prévention des RPS...) seront mis en place.



- Déploiement du module agent « AGIRH »
- Mise en œuvre de réunions d'information à destination des agents sur un thème RH (temps de travail, paie, protection sociale...)
- Développer les supports écrits d'information aux agents avec une version du guide GTT à destination des agents

### 8.3 Axe 3 Maintenir dans l'emploi les personnes ayant des restrictions physiques ou un handicap et accompagner les seniors

L'établissement se doit d'être exemplaire en matière d'intégration et de maintien dans l'emploi des personnes porteuses de handicap, en maintenant la dynamique engagée. La commission « handicap et maintien dans l'emploi » sera notamment chargée de coordonner ces actions avec comme objectifs principaux l'information et la sensibilisation autour des situations de handicap au travail et la mobilisation de ressources pour permettre le maintien dans l'emploi et l'insertion des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

La définition de cette politique handicap à l'échelle de l'établissement vise à assurer soutien et accompagnement aux personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi et également à sensibiliser et former l'ensemble de l'institution à ce que représente le handicap au travail.

Par ailleurs, une cartographie des emplois, en lien avec la définition de typologies de restrictions, permettra, via un dispositif de pré-reprise renforcé, de mieux associer ces personnels en difficulté à la recherche des conditions de réintégration pérenne dans un service et à des postes adaptés.



- Créer une commission visant à promouvoir et développer la politique «handicap et maintien dans l'emploi » de l'établissement
- Actualiser la cartographie des postes avec définition d'une priorisation d'accès à certains aux agents en situation de handicap ou ayant des restrictions médicales

#### **8.4 Axe 4 Accompagner l'ensemble des managers, médicaux et non médicaux, de l'établissement**

Une offre spécifique de formation et de développement professionnel sera construite, pour permettre à l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux d'être accompagnés dans leur mission d'encadrement. Les médecins exerçant des missions managériales ou ayant vocation à en exercer bénéficieront d'un programme de formation au management. Les cadres non médicaux seront de même accompagnés dans leurs missions managériales, par un plan de formation management.

Au long cours, les parcours professionnels des cadres seront soutenus par la mise en place de dispositifs d'échanges et de soutien. (Exemples à étudier : espaces de co-working, d'échanges entre pairs, d'accès aux partages de pratiques professionnelles et aux ateliers de co-développement).

L'identification des possibilités de mobilité à l'échelle des établissements de la direction commune, toutes filières d'encadrement confondues, sera facilitée.

Les fonctions des cadres de proximité seront recentrées sur le cœur de métier des soignants et sur l'animation du collectif et l'amélioration des conditions de travail, avec un plan d'actions à développer pour réduire les tâches administratives des cadres.

Des formations (animation d'équipe, conduite de projets, prévention et gestion des conflits...) seront délivrées en lien avec la prise de responsabilités. Ces formations seront inscrites dans le plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.



- Créer un catalogue formation à destination des nouveaux cadres
- Créer un catalogue de formation pour actualisation des connaissances à destination des cadres en poste
- Mettre en place des formations au management à destination des médecins
- Construire un plan d'actions visant à diminuer la charge administrative des cadres pour les recentrer sur leur cœur de métier notamment en terme d'animation d'équipe et d'amélioration des conditions de travail

## 8.5 Axe 5 Donner une dimension éco-responsable à la gestion des ressources humaines

L'éco-responsabilité est un thème majeur au cœur des préoccupations de l'établissement, notamment avec la mise en œuvre d'un groupe de travail œuvrant sur cette thématique de façon générale. Il est donc important que la gestion des ressources humaines englobe également cette dimension.

En effet, cette thématique revêt également une dimension sociale importante en lien avec le pouvoir d'achat des agents, avec le transport domicile/travail et par les passerelles qui peuvent nourrir la qualité de vie au travail des collaborateurs.

Au-delà du paiement d'une prime de mobilité durable, l'établissement, au travers des travaux validés et visés par la commission consultative de la Transition Ecologique, va étudier la faisabilité de mise en œuvre d'outils ou d'installation favorisant l'utilisation de transports non polluants ou moins polluants : outils de mise en relation des agents pour le covoiturage éventuellement en partenariat avec d'autres administrations du secteur, installation d'un point covoiturage au sein du parking du personnel, amélioration et extension du local à vélos...

Enfin, une sensibilisation du personnel à une conduite éco-responsable sera réalisée en partenariat avec le groupe de travail institutionnel (réparation et non remplacement de mobilier, respect du matériel, limitation du gaspillage de matériel ou de ressources).



- Mettre en œuvre la prime de mobilité durable destinée aux agents utilisant le covoiturage ou des moyens de transport non-thermiques pour se rendre à l'établissement
- Promouvoir le covoiturage à travers des actions de communication à destination des agents
- Développer des outils ou des installations favorisant l'utilisation de transports non polluants ou moins polluants

- Réaliser des actions de sensibilisation à un comportement professionnel éco-responsable

## 8.6 Axe 6 Spécificité du projet social médical

Le premier objectif du Projet Social du personnel médical est de repérer les compétences médicales pour contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective. Cette gestion prévisionnelle doit comporter un volet quantitatif, reposant sur un état des lieux des mouvements, ainsi qu'un volet plus qualitatif, axé sur les spécialités et les compétences médicales nécessaires.

L'attractivité passe également par une amélioration des conditions d'accueil des praticiens juniors et seniors. Le CHRB a mis en place une session d'accueil pour les internes, pour leur donner les éléments de repérage nécessaires à leur prise de poste. Le même type de démarches doit être pensé pour le post-internat.

Pour tout praticien arrivant au CHRB, un accueil institutionnel par le Président de la CME, le Directeur/Directeur des affaires médicales (DAM), s'inscrit dans un parcours plus large, au cours duquel le médecin reçoit, via un « kit de bienvenue », les informations utiles et nécessaires à sa prise de poste.

Au cours de moments clés de la carrière (nomination en tant que praticien hospitalier par exemple), des moments d'intégration et de convivialité institutionnelle doivent être organisés pour marquer, même symboliquement, l'entrée dans la communauté hospitalière.

Au-delà de l'accueil, l'accompagnement des médecins est nécessaire tout au long de leur carrière hospitalière. Outre le suivi individualisé du parcours professionnel des praticiens, ceux-ci doivent également pouvoir bénéficier des facilités offertes à l'ensemble des personnels pour une meilleure conciliation vie professionnelle/vie personnelle.

Au-delà de la valorisation pécuniaire, le développement d'une communication médicale interne et externe permet la valorisation des médecins du CHRB. Dans ce domaine, la CME participera aux différents supports de communication existants (newsletter médicale, conférences santé organisées en ville) mais participera également aux réflexions destinées au développement de nouveaux espaces d'information, notamment sur le web et les réseaux sociaux.

L'attractivité du CHRB dépend également fortement des conditions de travail offertes aux équipes médicales. Les contraintes et exigences qui pèsent sur le corps médical sont parfois lourdes et les médecins hospitaliers sont désormais reconnus comme particulièrement exposés aux risques psychosociaux, avec des retentissements sur la santé. La notion de qualité de vie au travail, au

cœur du projet d'établissement du CHRB, s'appliquera pleinement aux personnels médicaux. Ainsi, l'établissement intègre, parmi ses priorités, la détection, la prévention et le traitement des situations conflictuelles ou à risques (accompagnement au retour à l'emploi après un congé maladie prolongé, ou un burn-out, dispositif d'accompagnement dit « de la seconde victime » dans le cas des évènements indésirables graves, pouvant constituer des éléments traumatisants pour les médecins concernés, ...).

## 8.7 Indicateurs

- Score de satisfaction obtenu au baromètre social
- Évolution des effectifs médicaux et non-médicaux
- Statistiques d'absentéisme
- Nombre d'actions réalisées favorisant l'équilibre vie privée/vie professionnelle
- Nombre de managers ayant suivi le parcours managérial
- Taux d'emploi de personnel handicapé



## 9 Projet de transition écologique





Le présent volet écoresponsable du projet d'établissement 2023-2027 du centre hospitalier de Lisieux a été élaboré dans le cadre du groupe de réflexion composé de Noémie ADELEE de la direction des achats, des approvisionnements et de la logistique, Bruno BATUT responsable des services techniques, Lydie CORNIBE directrice des affaires stratégiques, Jeanne-Elise EUDIER cadre de santé en pneumologie, Constance HANZARD ingénieure biomédicale, Thierry LEBAS responsable de la qualité, gestion des risques, Dr Noémie LE CLECH représentante la CME, Pauline MASSON de la direction des ressources humaines, relations sociales et des affaires médicales, et Yves LEVY responsable des systèmes d'information.

Le groupe de réflexion s'est réuni les 29 septembre, 21 octobre et 24 novembre 2021.

Depuis fin 2022, avec la création de la Direction des Ressources Matérielles et de la Transition Ecologique réunissant les services travaux, biomédical, techniques, achats & logistiques, une nouvelle impulsion a été insufflée s'appuyant sur l'urgence de lutter contre le changement climatique et les opportunités offertes par le contexte économique, social, environnemental et institutionnel modifiant l'approche hospitalière des questions de sobriété et d'environnement.

Un comité de pilotage s'est constitué en novembre 2022 et la gouvernance de la thématique a été profondément modifiée de manière innovante et expérimentale avec un but : **inscrire durablement la transition écologique dans la décision hospitalière et faire de celle-ci une des priorités stratégiques et opérationnelles de l'établissement.**

Cette priorisation a conduit à la mise à jour du présent document en Avril 2023 après un avis de la nouvelle Commission Consultative de la Transition Ecologique qui s'est réunie pour la 1<sup>ère</sup> fois le 03 Avril 2023.

## **9.1 UN CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE QUI STRUCTURE L'ACTION DE L'HÔPITAL PUBLIC**

La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a précisé les contours du projet d'établissement dans les établissements publics de santé.

L'Article L. 6143-2 du code de la santé publique stipule que le projet d'établissement comprend un volet écoresponsable qui définit à 5 ans des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

Au niveau mondial, l'organisation des Nations Unies a fixé 17 objectifs. Ces objectifs de développement durable donnent la marche à suivre pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous.

L'accord de Paris signé en 2015 et adopté par 196 Etats lors de la COP 21, est juridiquement contraignant et vise à limiter le réchauffement climatique à un niveau inférieur à 2°C.

La 6<sup>ème</sup> évaluation du rapport du GIEC (groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat) publiée en août 2021, approuvée par 195 gouvernements membres, fournit de nouvelles estimations sur la possibilité d'un réchauffement planétaire qui excède 1,5°C au cours des prochaines décennies. Elle fait valoir qu'à moins de réductions immédiates, rapides et massives des émissions de gaz à effet de serre, la limitation du réchauffement aux alentours de 1,5°C, voire à 2°C, sera hors de portée.

La COP 26 (26<sup>ème</sup> conférence des parties des Nations Unies sur le changement climatique) qui a réuni 195 Etats à Glasgow en novembre 2022 fixe la limite du réchauffement climatique à 1,5°C.

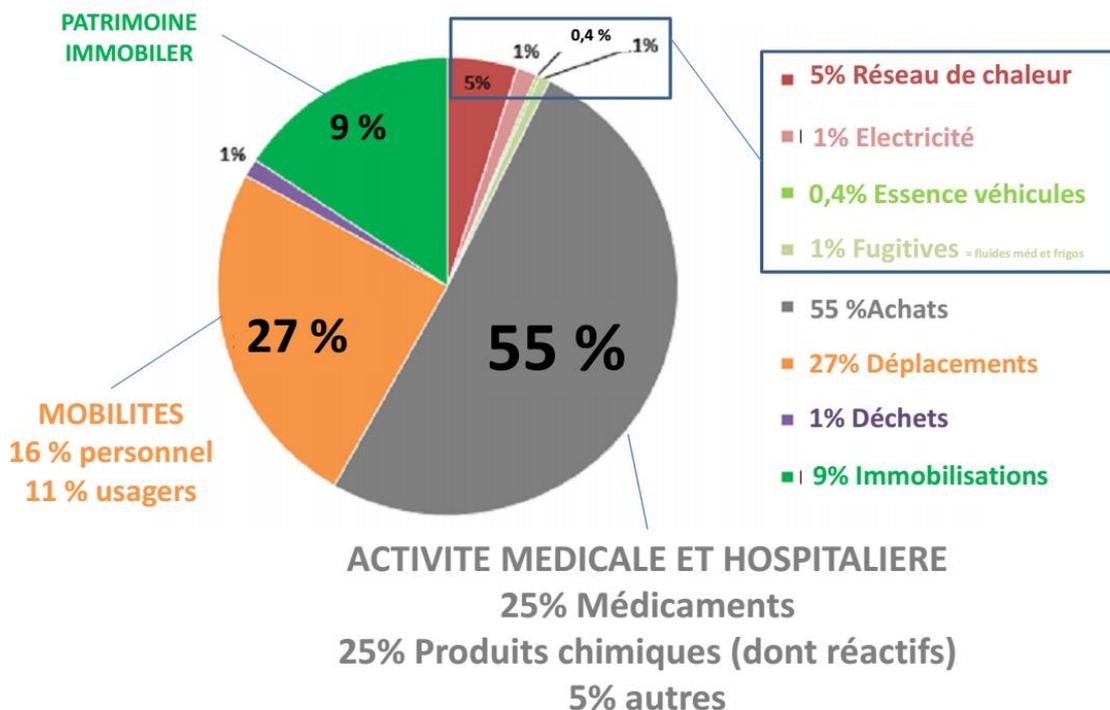
Pour l'Europe, le plan cible du Pacte vert prévoit une réduction des gaz à effet de serre d'au moins 55 % à l'horizon 2030, et affiche l'ambition d'une neutralité climatique à l'horizon 2050.

En France, la loi Climat et résilience, issue des travaux de la Convention citoyenne sur le climat, prévoit de réduire à 10 ans les émissions de gaz à effet de serre de 40%.

L'hôpital public est engagé pour un développement durable. Le décret du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans les bâtiments à usage tertiaire, dit « décret tertiaire » pris en application de l'article 175 de la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite « loi Elan », impose aux bâtiments tertiaires de plus de 1 000 m<sup>2</sup> de réduire leurs consommations énergétiques de 40% d'ici 2030, de 50% d'ici 2040 et de 60% d'ici 2050.

Ainsi, la réglementation oblige à établir un Bilan d'Emission de Gaz à Effets de Serre (BEGES), avec des détails sur les émissions directes (scope 1), les émissions indirectes liées à l'énergie (scope 2) et les émissions indirectes non liées à l'énergie (Scope 3).





Les établissements publics de santé disposaient jusqu'au 30 septembre 2022 pour déclarer leurs consommations d'énergie 2020 sur la plateforme numérique « OPERA » (Observatoire de la performance énergétique, de la rénovation et des actions du secteur tertiaire) gérée par l'ADEME. Ce challenge a été relevé fin 2022. Un Audit énergétique complet a été réalisé le 1<sup>er</sup> trimestre 2023 afin d'identifier les gisements d'économies d'énergie potentiels (livrable en cours d'écriture). Celui-ci guidera le plan d'actiostechnique et opérationnel de baisse des consommations d'électricité et de chauffage.

Les consommations d'eau sont suivies depuis de nombreux exercices dans l'établissement. Cette ressource précieuse et indispensable à notre activité doit faire l'objet d'une surveillance détaillée avec la définition d'un plan d'actions spécifique sur la durée permettant de consommer le juste besoin sans gâchis ni pertes excessives et une attention particulière à nos effluents. Par exemple, les activités de dialyse et de stérilisation doivent être conçues selon ce nouveau paradigme et l'établissement tentera d'être à la pointe des nouvelles pratiques de soins économes en ressources mais aussi dans son rôle de prévention de la santé en promouvant auprès de ses usagers une consommation régulière d'eau potable, sans additif quelconque, issue du réseau de ville pour une bonne santé et une limitation des déchets.

La mesure 14 du Ségur de la santé et le critère obligatoire 3.6-04 du nouveau référentiel de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) : « les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés » représente un cadre structurant obligatoire pour garantir la cohérence de l'action publique au sein des établissements de santé.

Cette prise en compte dans le cadre de la certification vise à améliorer l'efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables, mesurer et réduire les émissions de gaz à effet de serre, préserver la ressource en eau, développer la mobilité durable, prévenir, trier et valoriser les déchets, et préserver la biodiversité.

Les éléments d'évaluation de la gouvernance de l'établissement de santé sont ainsi définis par la HAS :

- Connaître les consommations d'énergie et d'eau, et définir un plan d'actions pour les réduire.
- Mettre en place une filière adaptée pour chaque type de déchet. En observations, le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène.
- Agir pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable, et mettre en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable.
- Elaborer un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement.
- Réaliser un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable.
- Etablir une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'actions au regard des enjeux de développement durable.
- Définir des modalités de pilotage de sa politique en matière de développement durable.
- Désigner un référent développement durable.

L'ambition du comité de pilotage de la transition écologique est d'utiliser la politique qualité de l'établissement comme un support - utilisation des méthodologies de projet et d'amélioration continue de type Plan, Do, Check, Act et inscription du plan d'action dans le Plan d'Action Qualité de l'établissement – et à l'inverse la transition écologique et la sobriété comme leviers pour emmener l'établissement vers de bonnes pratiques et donc une meilleure qualité et gestion des risques.

## 9.2 LES GRANDS OBJECTIFS ET PLAN D' ACTIONS

Sur le principe, les objectifs et actions intègrent une dimension de faisabilité économique et d'une compatibilité de fait avec les activités hospitalières, le tout dans un objectif de développement durable de notre établissement, c'est-à-dire que sa production de soins reste constante, voir progresse, en termes de qualité et de quantité d'activité.

### 9.2.1 POSITIONNER L'ECORESponsABILITE AU SEIN DU MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

- Former - informer - communiquer en matière d'écoresponsabilité (newsletter régulière et site internet).
- Définir une politique d'accueil des nouveaux arrivants qui inclut l'écoresponsabilité, qui cible également les personnels intérimaires.
- Nommer un référent écoresponsable au niveau de l'établissement, voire des référents par service, par pôle et direction.
- Animer un comité de pilotage trimestriel des référents écoresponsables.

Une approche par service est à prévoir : par exemple les blocs opératoires, la dialyse, le pôle mère-enfant, le laboratoire ou la stérilisation.

#### A) DECARBONER LES TRANSPORTS

Un quart de nos émissions de gaz à effet de serre est généré par les transports, ce qui place en priorité les actions en faveur de l'éco-mobilité des personnes et des produits.

Les actions sont à inscrire dans une démarche globale au sein d'un plan de mobilité employeur (PDME), qui est rendu obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 conformément à la loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte (TECV), et réactualisé par la loi du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités (Loi LOM) qui s'applique sur les établissements regroupant au moins 50 salariés sur un même site.

- Rationaliser les déplacements domicile-travail des professionnels :

Il s'agit de mettre en place des alternatives à la voiture individuelle qui dépendent des distances à parcourir :

- ✓ Jusqu'à 1 km et plus : encourager la marche à pied, et communiquer sur les bénéfices santé,
- ✓ Jusqu'à 2 Km et plus : utiliser la trottinette et le vélo, avec la mise en place d'un abri vélos sécurisé, la mise à disposition d'un parc vélos de location à prix réduit avec les collectivités territoriales, et communiquer sur les bénéfices santé,
- ✓ Améliorer les transports en commun entre la gare et l'hôpital de Lisieux. Mettre en place des dessertes en travaillant avec la communauté d'agglomération,
- ✓ Faciliter le covoiturage : plateforme de covoiturage multi institutionnel, facilitation de parkings réservés aux collaborateurs engagés dans le covoiturage,
- ✓ Encourager le recours aux véhicules bas carbone et électriques en mettant en place des bornes de recharges sur les parkings des professionnels.

L'élaboration du plan de mobilité par la Direction du Personnel et des Affaires Médicales basé sur une étude par zones géographiques auprès de l'ensemble des professionnels de l'hôpital permettra de bâtir un plan d'action concret. La mise en place du Forfait Mobilités Durables (FMD) permet d'actionner des leviers de motivation chez nos collaborateurs

- Rationnaliser les déplacements des usagers et visiteurs :
  - ✓ Améliorer les transports en commun et mettre en place des dessertes, à travailler avec la communauté d'agglomération,
  - ✓ Mettre en place des bornes de recharge électrique sur les parkings visiteurs,
  - ✓ Développer la télémédecine.
  
- Rationnaliser les déplacements logistiques :
  - ✓ Electrifier la flotte des véhicules du parc interne,
  - ✓ Mettre en place des bornes de recharge électrique sur les aires logistiques,
  - ✓ Optimiser les flux logistiques entre les établissements de la Direction commune,
  - ✓ Responsabiliser les fournisseurs et livreurs au développement durable et signer une charte de bonne conduite (limitation des vitesses de circulation).

## B) REDUIRE LES DECHETS ET AMELIORER LEUR TRAITEMENT

Le secteur de la santé génère plus de 50 types de déchets différents, ce qui ouvre des perspectives intéressantes en matière de réduction de déchets au plus près de la source de production et de traitement des déchets, le plus durablement possible, tout en s'assurant de ne pas épuiser les équipes en interne par la multiplication des filières de tri des déchets.

Les pistes d'amélioration du CH de Lisieux en matière de réduction des déchets et d'optimisation du traitement sont les suivantes :

- Mettre en place le recyclage des plastiques jetables : notamment des barquettes repas pour lesquelles une réflexion est en cours avec la Société VEOLIA. Remplacer à terme les barquettes plastique par des barquettes en cellulose.
- Réduire la consommation d'eau de source en bouteille et favoriser la consommation d'eau en réseau
- Procéder au recyclage des cartonnets, telles que les boîtes de masques et boîtes de médicaments par la mise à disposition de conteneurs bleus de 50L dans les offices de soins, ce qui permettrait d'alimenter le compacteur à carton.
- Conforter la réduction de la production des DASRI et du recours à l'incinération des déchets dangereux. Voir au niveau des transporteurs et du traitement, établir un cahier des charges pour le renouvellement du marché très précis sur le volet environnemental : bilan carbone des véhicules, empreinte écologique déchet, carburant utilisé.

### C) REDUIRE LA CONSOMMATION D'ENERGIE

L'hôpital est un gros consommateur d'énergie car il fonctionne 24h/24, 365 jours par an et accueille les patients et les résidents au chaud l'hiver et au frais l'été. Il est estimé que l'énergie consommée représente environ 5% de ses émissions de gaz à effet de serre. C'est un levier d'action direct et puissant.

La consommation d'énergie et les actions pour la réduire sont très encadrées par la réglementation dans le calcul du BEGES réglementaire défini dans le décret dit « tertiaire » d'application de la loi Elan.

En outre, le prix de l'énergie est en forte progression et prend une part de plus en plus importante dans le budget de l'établissement.

Repoussée au 30 septembre 2022 du fait de la crise sanitaire, les données de consommation de l'année 2021, puis de l'année 2020, ainsi que les données de référence pour la période 2010-2019 sont à remonter à l'ADEME, qui délivre les attestations annuelles qui sont à communiquer auprès des personnels et des usagers.

Le CH de Lisieux a recours à un audit complet afin d'identifier les principaux postes de consommation, de mettre en évidence les pistes d'amélioration, et d'en quantifier les économies réalisables.

En ce qui concerne les bâtiments neufs, la réglementation thermique de 2012 impose une limite haute de consommation énergétique à 50 kWh/m<sup>2</sup>. Elle devient la réglementation environnementale en 2020 et vise les nouvelles constructions à énergie positive.

La conception et l'aménagement d'un nouveau bâtiment sont des moments clés pour faire de l'écoconstruction. L'industrie de la construction est en pleine remise en cause de ses fondamentaux. La prolongation de la durée de vie du bâti est un levier majeur de la contribution du secteur pour décarboner notre économie. La maîtrise d'ouvrage et d'usage que nous constituons doit se saisir de ces opportunités pour porter des projets immobiliers innovants et performants.

Le projet de reconstruction du CH de Lisieux, financé par le SEGUR Immobilier à hauteur de 65 Millions d'Euros, en cours de refonte, tentera d'intégrer une démarche de Haute Qualité Environnementale permettant de porter les ambitions relatives à la performance énergétique, à l'éco-conception, à la qualité visuelle et architecturale et à la limitation de l'empreinte carbone de nos investissements.

Le schéma directeur immobilier doit viser, à terme, une réduction des surfaces bâties au juste besoin de la réalisation de notre projet médical et social. La rénovation sera privilégiée à la construction neuve, notamment lorsque les gains fonctionnels sont mineurs ou incertains. C'est tout le sens du recadrage en cours de notre schéma directeur immobilier se concentrant sur une densification de l'utilisation du bâtiment Tripode et sa restructuration lourde.

Les travaux de rénovation sont encadrés par la loi de 2007 relative aux caractéristiques thermiques et à la performance énergétique. Ce référentiel aujourd'hui dépassé a vocation à être largement challengé, ne serait-ce que par une logique de réduction majeure du coût global en pensant les coûts d'exploitation à long terme puisque la vision est de prolonger la durée d'exploitation du bâtiment Tripode à l'horizon 2075.

La recherche de financements complémentaires afin d'assurer la réfection ambitieuse en matière d'isolation et de perméabilité des façades, et la réfection totale de notre renouvellement d'air, est un élément majeur et stratégique de notre performance environnementale future.

Une autre marche serait d'anticiper les besoins d'entretien et de réparations futures, outil du maintien de la performance, par une politique de gros entretien-remplacement correctement

dimensionnée, financée et outillée par une politique de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ambitieuse et prospective.

#### D) REDUIRE LA CONSOMMATION DE PAPIER

Les pistes de réduction du gaspillage et d'économie sont à poursuivre :

- Economiser le papier en poursuivant la limitation du nombre de fax mis à disposition dans les services, et son utilisation,
- Economiser le papier en réduisant le nombre de photocopies : communication et suivi des compteurs d'impression, libération de l'impression par code utilisateur,
- La dématérialisation de la gestion documentaire,
- Proscrire les impressions couleur et réduire fortement le volume des impressions,
- Déployer le DPI et la communication interservices par le DPI notamment pour les demandes d'avis ou d'examen complémentaire.

Le levier du numérique et de son bon usage est un élément clé de cet axe car c'est bien par la bonne diffusion de la bonne information à la bonne personne qui doit nous permettre de devenir sobre en terme de consommation de papier.

#### E) REDUIRE LA FACTURE NUMERIQUE

Le numérique est bien énergivore. Aussi, piloté par la Direction du système d'information, il est nécessaire de :

- Informer les professionnels sur l'empreinte carbone des outils numériques et de leur utilisation,
- Nettoyer régulièrement les messageries et les stockages réseaux,
- Supprimer les logiciels inutiles,
- Effectuer des achats raisonnés et responsables des équipements informatiques. Privilégier le matériel d'occasion,
- Augmenter la durée de vie du matériel en programmant des mises en veille, et arrêter les unités centrales et périphériques à la fin de la journée,
- Privilégier l'utilisation des outils métier et des fichiers partagés (par exemple sur Nextcloud) plutôt que les adresser en pièces jointes de mail et/ou qu'ils soient copiés à de multiples endroits de nos réseaux.

Au-delà, de ces actions de sobriété, le numérique est un de nos leviers les plus prometteurs pour appuyer la transition écologique de notre établissement si nous faisons l'effort d'en utiliser les fonctions avec mesure.

SIH, DPI, Télémedecine, autant d'outils qui, bien utilisés, doivent nous permettre d'être à la fois plus pertinents dans nos processus de soins, de médecine et de gestion, mais aussi plus efficaces et donc plus sobres car moins dépensiers en ressources. La dépense énergétique de la gestion d'une information numérisée bien dimensionnée dans un système informatique stable sera toujours largement inférieure à la somme des énergies humaines et matérielles nécessaires à cette même gestion sans numérique. Mais comme toute ressource, nous devons veiller à son utilisation raisonnée et perspicace en réinterrogeant sans cesse nos processus et en formant les utilisateurs. La DATA a un coût carbone et énergétique qu'il nous faut maîtriser.

A ce stade, il convient de construire un dialogue stratégique pour emmener notre SIH et toute l'infrastructure, et les équipements qui s'y inscrivent, dans cette démarche.

## F) ACHETER DURABLE

Les achats représentent la première source d'émissions de gaz à effet de serre.

La loi portant sur « la lutte contre le dérèglement climatique et le renforcement de la résilience face à ses effets » promulguée le 22 août 2021 impose au moins un critère environnemental dans chaque marché public.

- Participer à la construction dans le cadre du GHT d'une culture d'achat mutualisée, basée sur l'introduction des critères systématiques d'achats responsables sur les segments de marché possibles,
- Acheter en circuit court à chaque fois que cela est possible,
- Acheter des produits issus de l'économie circulaire à chaque fois que cela est possible,
- Sélectionner des équipements performants en énergie.

Il est important de penser en coût global et non pas seulement en coût direct.

En conséquence les études de prix doivent tendre vers la prise en compte de l'ensemble des coûts engendrés par la conception, la réalisation, l'investissement, l'exploitation et la maintenance, l'impact social et environnemental, le démantèlement ou le recyclage ainsi que l'élimination.

- Pour les achats médicaux : limiter les dispositifs à usage unique.
- Pour les achats hôteliers et la gestion de l'alimentation :
  - ✓ Respecter la saisonnalité des fruits et légumes.
  - ✓ Diminuer les protéines animales tout en proposant des menus alternatifs.

- ✓ Organiser au self une journée végétarienne hebdomadaire à l'instar des cantines scolaires.
- ✓ Limiter le gaspillage alimentaire et sur les achats (réparation, réutilisation, recyclage, réemploi).

## 9.3 LES AMBITIONS DE L'ETABLISSEMENT

### 9.3.1 SUR LA DECARBONATION

L'ambition bas-carbone de l'établissement à horizon 2027 en terme de bilan carbone est la suivante :

- **Réduire à (presque) ZERO nos émissions de Scope 1 (émissions directes)**

- 300 tCO<sub>2</sub>e/an

- Arrêt du protoxyde d'azote et Maitrise du MEOPA
- Remplacement des fluides frigorigènes
- Electrification du Parc de véhicules.
- Ne pas utiliser nos groupes électrogènes pour produire de l'électricité

- **Diviser par 2 nos émissions Scope 2 (émissions indirectes d'énergie)**

- 625 tCO<sub>2</sub>e/an

- Manager nos énergies : comptage et réduction des consommations
- Mettre en œuvre une installation de production d'énergie renouvelable significative sur le site avec consommation directe
- Challenger le bilan carbone du réseau de chaleur lexovien

- **Réduire de 20 % nos émissions Scope 3 (émissions indirectes activité)**

- 3800 tCO<sub>2</sub>e/an

-25%



- Schéma directeur Immobilier à faible impact
- Promouvoir les modes de déplacements doux de nos parties prenantes
- Encourager l'électrification du parc véhicule de nos parties prenantes
- Réduire de 10 % de nos volumes achetés
- Challenger le bilan carbone de nos fournisseurs via nos acheteurs

### 9.3.2 SUR LES RESSOURCES

- Limiter nos consommations d'eau potable (-10% de consommation),
- Promouvoir l'eau comme un soin à soigner,
- Limiter toutes nos consommations au strict nécessaire (-10% du volume de nos achats),
- Intégrer à notre amélioration continue des processus la sobriété de nos usages,
- Penser la DATA comme une ressource à dépenser avec sagesse mais qui permet la protection des autres ressources,
- Equilibrer chaque nouvel usage énergétique par l'installation compensatrice d'une énergie renouvelable. Les surfaces potentielles pour la pose de capteurs solaires et photovoltaïques sont immenses : façades et toitures des bâtiments, surface de parkings.

### 9.3.3 SUR LA BIODIVERSITE

Ne pas oublier que toute cette démarche a un but ultime : protéger notre environnement, c'est-à-dire la nature et le vivant et permettre à l'humanité de s'y épanouir.

**C'est l'essence même de notre métier d'hospitalier prendre soin des humains et donc de l'environnement qui nous entoure.**

- Surveiller et limiter l'impact de nos effluents : eaux usées, gaz de combustion des groupes électrogènes, échappement de nos fluides frigorigènes et fluides médicaux, utilisation des produits chimiques, corrosifs ou détergents,
- Promouvoir la présence animale, vecteur de soins et de bien-être, tout en gérant les nuisibles,
- Maintenir une qualité des espaces verts et arboricoles comme une identité forte de notre établissement, un héritage à transmettre.



## 10 **Projet de gouvernance et de management participatif**





Ce projet a été élaboré en concertation de la direction, la présidence de CME, le Directoire ouvert aux chefs de pôle, et ont été associés à la réflexion et à l'élaboration l'ensemble des responsables de l'établissement (médicaux, paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques).

Il résulte de réflexions engagées en instances dans l'établissement mais également auprès de différents responsables hospitaliers et lors d'un séminaire d'échanges sur la gouvernance et le management participatif (janvier 2023).

Il reprend des travaux réalisés par des cadres de l'établissement lors des deux séminaires annuels d'accueil et d'intégration des cadres (2021 et 2022).

Il s'appuie sur le guide « Mieux soigner, mieux manager », du Ministère des Solidarités et de la Santé (août 2021).

« Le projet de gouvernance et de management participatif définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et de coordination des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. »

Le séminaire d'échanges sur ce projet de gouvernance et de management participatif a mis en évidence les enjeux pour l'établissement autour des valeurs communes et de la reconnaissance des personnels. Les besoins de développer la culture de la gestion de projets et de la méthodologie, de bénéficier de temps et d'espaces de dialogue pour le travail en équipe, ainsi que le besoin de connaissance et d'appropriation des organisations ont été remontés.

## 10.1 Les principes généraux

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement constituent un binôme incontournable de la gouvernance du Centre hospitalier de Lisieux. L'association de la Coordination Générale de Soins joue un rôle particulier en appui de ce binôme. Une charte de gouvernance Directeur / Président de CME est signée.

Ils visent à mettre en place un dialogue interne avec les responsables hospitaliers, les représentants du personnel et les personnels.

Les instances sont sollicitées autant que nécessaire au regard de leurs compétences.

Le **Directoire** est élargi à l'ensemble des chefs de pôle afin de disposer d'une représentation la plus complète de l'établissement. Un représentant non médical (soignant) en est membre sur proposition de la Coordination générale des soins.

Le management dans l'établissement s'appuie sur une préoccupation de la concertation, l'information et le partage dans le respect de valeurs communes managériales. L'établissement promeut une démarche de Qualité de Vie au Travail. Il est recherché une participation des agents ainsi que des usagers :

- Travailler collectivement dans un climat de confiance facilite le partage des décisions et des responsabilités
- Les usagers sont intégrés dans ces démarches. Le questionnaire de satisfaction participe au retour d'expérience des patients.

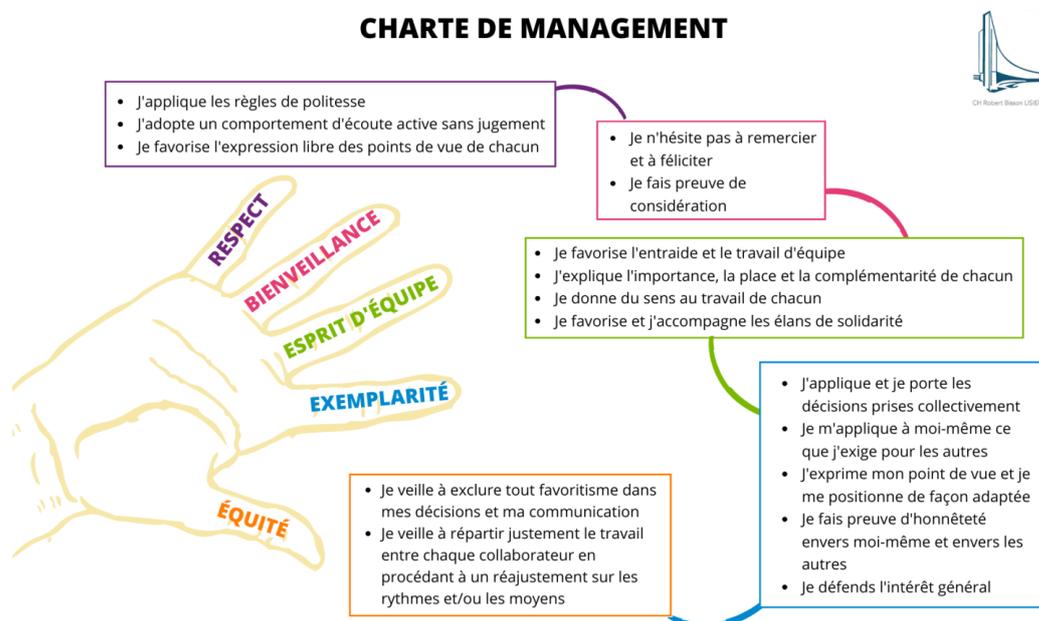
La **communication** est une composante essentielle dans la gouvernance et le management. Elle participe positivement aux enjeux de décloisonnement, de culture commune, de sentiment d'appartenance à l'établissement ou à un service. Les informations institutionnelles sont alors partagées pour tous, ce qui participe au climat de confiance. La communication participe à la valorisation interne et externe de l'hôpital et donc à l'attractivité de l'établissement.

Au sein d'un projet, la communication est également indispensable à chaque étape.

Il convient donc de déterminer les canaux de communication les mieux adaptés, ainsi que les destinataires ciblés pour chaque communication.

En termes de valeurs, une **charte de management** a été élaborée.

Ces valeurs ont également été partagées lors du séminaire de gouvernance et de management participatif, dans un souci de développer le sentiment d'appartenance, fidéliser le personnel et améliorer les pratiques pour assurer la qualité des soins et de prise en charge pour l'ensemble de la population.



*Ensemble, transformons nos pratiques en visant l'excellence pour le bien-être des usagers et des équipes.*

Cette charte de management s'accompagne de valeurs socles identifiées et partagées par l'encadrement :

- confiance, transparence
- exemplarité, intégrité
- considération, valorisation, reconnaissance
- donner du sens à son travail
- écoute, bienveillance, soutien
- autonomie, partager les décisions et les responsabilités
- adaptabilité
- communiquer
- permettre à chacun de s'investir et de développer ses compétences

Cette charte est diffusée à l'ensemble du personnel, par exemple à travers l'aide-mémoire « qualité gestion des risques », ainsi que dans les livrets d'accueil des cadres. Chaque nouveau cadre médical, administratif, logistique, technique et soignant s'engage donc à respecter ces valeurs communes de l'institution.

## 10.2 Organisation

L'établissement est organisé en pôles constitués de services ou d'unités.

Le chef de pôle détermine, en lien avec le cadre de pôle, la gouvernance et la concertation interne adaptée à son pôle. Il la présente en Directoire (rencontre chef de pôle- cadre de pôle, type de réunions, participations, fréquence minimale annuelle...). Cet enjeu est intégré au contrat de pôle.

### **L'articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières**

Les chefs de pôle sont invités permanents du Directoire. Ils sont membres de la CME.

Au cas par cas, les cadres de pôle sont conviés au directoire (séminaire projet d'établissement).

Il est expérimenté une réunion des directoires de la direction commune (CH Lisieux, CH Vimoutiers, CH Pont l'Évêque).

Concernant les instances CSE et CSIRMT, les chefs de pôle sont destinataires de l'ordre du jour et des notes associées. Le cadre de pôle ou le cadre du service participe à l'instance durant laquelle le sujet abordé concerne son secteur. Le représentant de la CME à ces instances bénéficie d'un temps d'information par la Direction sur les modalités de fonctionnement de ces deux instances. Les cadres de pôles sont destinataires de l'ordre du jour de la CME et des documents associés.

Concernant le Conseil de Surveillance, le Président de la CME y assiste systématiquement.

Dans un souci de communication et de transparence, les missions, l'articulation et la composition des différentes instances de gouvernance est communiquée à l'ensemble du personnel.

## 10.3 Le pôle – le service

Le principe fondamental est d'assurer des conditions d'exercice managérial favorables et un **fonctionnement médico-soignant** cohérent et fluide, dans le respect des compétences respectives. Ainsi, la structuration des échanges réguliers entre le binôme de pôle (chef de pôle / cadre de pôle) et par ailleurs entre le binôme de service (chef de service / cadre de santé) est essentiel. Les modalités d'échanges et de rencontres sont déterminées et formalisées pôle par pôle et service par service. En termes de méthode, il est attendu de mettre en place des démarches participatives, favorisant le travail en équipe garant à la fois, d'une amélioration des prises en charge des patients, de la qualité de vie des professionnels, de leur reconnaissance et d'une dynamique de projets. Ainsi, l'ambition est de permettre l'engagement des professionnels dans des projets communs en créant des temps communs. C'est pourquoi, les responsables de pôle et

de service s'assurent de l'association des équipes (réunions de service, de pôle, RMM, CREX, groupes de travail, staffs pluridisciplinaire,...). Le travail en équipe est encouragé, tout comme la démarche participative dans la gestion quotidienne du service (analyse et actions suite à une FEI, revue de procédure, etc.). Il pourra être imaginé une boîte à outils pour l'encadrement faisant état d'exemples ou de modèles possibles en matière de management.

Le **service** est la structure de référence de prise en charge du patient. Ainsi, des réunions dans le service associent les personnels selon les modalités définies par le binôme chef de service / cadre de santé. Il peut être envisagé de fixer un temps récurrent à l'échelle d'un ou de plusieurs services. Il est nécessaire de développer les systèmes de communication (visio, téléphone ... pour les personnels ne pouvant être présents physiquement). Des modalités d'association à l'ordre du jour et à la transmission d'informations, tant ascendantes que descendantes, sont définies par le service. Le chef de pôle et le cadre de pôle en sont destinataires. Le service définit les modalités de concertation et les formalise. Un nombre minimum de réunions de service annuel est établi.

Différentes animations de réunion sont envisageables selon l'objectif à atteindre (brainstorming, groupe de travail, quick staff). Un cadrage de ces temps de réunions est nécessaire (ordre du jour clair, temps prédéfini et respecté, disponibilité des effectifs, ...), pour assurer l'efficacité de ces temps de réunions.

Un circuit d'information est défini au sein de chaque pôle afin de s'assurer de la transmission des informations ascendantes et descendantes du service, au pôle jusqu'au Directoire, le cas échéant. Cette communication, gage de cohérence sur l'ensemble de la ligne managériale, facilite la pertinence et la mise en œuvre des décisions prises ainsi que leur compréhension par les différents acteurs.

La logique managériale se fonde sur le principe d'une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs. Cela est permis par l'association des équipes et le rôle renforcé des responsables hospitaliers (de service et de pôle).

### **10.3.1 Le travail en équipe**

Le travail en équipe est un élément clé de gestion et de sécurité des prises en charge. Autour de la notion de travail en équipe, le partage d'objectifs communs en terme de qualité – sécurité des soins est essentiel tout en valorisant l'entraide et la reconnaissance de la cohésion d'équipe.

Aussi, afin de sécuriser cet objectif plusieurs enjeux sont mis en exergue :

- Soutenir la synchronisation des temps médicaux et non médicaux.

Il s'agit de s'assurer dans les organisations de l'uniformisation des horaires des services pour faciliter l'entraide intra et inter-pôles, de mettre en adéquation les présences et les congés des personnels médicaux et paramédicaux. Ce sujet est traité systématiquement lors des réorganisations ou nouveaux projets.

- Soutenir les démarches collectives d'amélioration

Ces démarches s'inscrivent dans les réflexions sur l'organisation de service, le fait de laisser de l'autonomie aux équipes dans la planification et la programmation des tâches, missions, et sur le partage des tâches.

- Mettre en place des espaces collectifs et démarches pour l'amélioration du travail en équipe

Des dispositifs de débriefing sont un exemple de démarche pouvant être mise en place au-delà des réunions de service. Les moments de convivialité dans la vie d'un service sont soutenus (pauses café, anniversaire, repas à thèmes, etc.) tant qu'ils ne sont pas péjoratifs pour l'activité du service.

- Soutenir et affirmer la confiance faites aux équipes, pouvoir d'agir des professionnels à travers l'autonomisation et la délégation dès que cela est possible.

Ce management participe à la valorisation collective des équipes et individuelle des agents, et à la responsabilisation de chacun dans ses pratiques professionnelles.

- Faire de la communication entre professionnels un sujet clé.

Plusieurs actions sont mises en place. Le rôle des transmissions ciblées est affirmé.

Chaque service met en place un dispositif défini pour la suggestion de sujets de réunions (à travers un tableau par exemple). L'utilisation d'outils numériques, de réseaux de communication modernes et efficaces permettent à chacun de participer aux temps du service (visio, téléphone, groupes de discussion numériques, ...). Pour la résolution de problèmes, il est favorisé le partage d'informations, d'avis et d'expérience pour cerner le problème dans sa globalité, avec l'ensemble des intervenants, et trouver ensemble la solution (brainstorming par exemple).

- Assurer un dispositif de soutien dans la recherche de solutions visant à l'organisation du travail.

L'encadrement est attentif à faciliter ces dispositifs auprès des équipes dans une logique de démarche de Qualité de Vie au Travail, que soutient l'établissement.

- Soutenir l'acquisition et le développement des compétences en équipe.

Une démarche de reconnaissance et de valorisation des personnels référents en termes de compétences est élaborée (référencement institutionnel, reconnaissance par le service, le pôle) avec une fiche de tâches ou de fonction du référent. Un mode d'identification de ces référents à harmoniser au sein de l'établissement (badge / pin's ?) sera imaginée.

Un dispositif en lien avec les arrivées / départs est étudié sur des périodes d'adaptation à l'emploi avec la check-list des compétences à maîtriser (Anticiper leur départ, automatiser les doublages de ces compétences). Cela s'inscrit également dans des démarches de gestion prévisionnelle des moyens et compétences à utiliser dans tous les services (techniques, administratifs, logistiques et médicaux).

### **10.3.2 Les modalités de fonctionnement entre les services/pôles et les directions fonctionnelles**

#### Directions fonctionnelles

Les directions fonctionnelles s'engagent à assurer auprès du pôle un rôle d'expertise, d'assistance, d'appui aux projets, de conseil et de transfert de savoir. Elles exercent la gestion des activités propres à leur domaine de compétences. Elles sont responsables en particulier de la production, de la qualité et de la mise à disposition des données et tableaux de bord. Au regard des engagements d'activité, le Centre Hospitalier met à disposition du pôle chaque année des moyens humains et matériels en adéquation avec son niveau d'activité.

Les directions fonctionnelles participent à la définition de la politique institutionnelle de l'établissement dans leurs champs d'intervention respectifs et assurent un rôle de contrôle et de régulation de sa bonne mise en œuvre au sein des pôles.

Les professionnels ont besoin de connaître les missions et compétences de l'ensemble des acteurs de l'établissement, ainsi que les processus fonctionnels. Ils sont présentés et mis à disposition dans la boîte à outils du cadre (organigramme, logigramme, etc...).

Le principe de fonctionnement normal est : une demande implique une réponse dans un délai raisonnable, quelle que soit la réponse. Elle nécessite un échange, une explication en cas de refus.

Elle peut prendre le temps de l'expertise, de la définition précise du besoin, etc... Dans le cadre de la contractualisation interne, les engagements réciproques pourront être définis.

Les directions fonctionnelles participent à la sécurisation des emplois.

Par exemple, la simplification des directives de gestion est envisagée (contrat de travail, évolution des carrières, formation) pour que les professionnels se sentent en sécurité. La sécurisation des moyens et des outils de travail dans le quotidien est également nécessaire pour permettre à chacun de travailler en toute sécurité.

Le directeur de l'établissement se rend chaque été dans l'ensemble des services de soin pour rencontrer et discuter avec les équipes. Cette action pourrait être développée avec davantage de présence des membres de la direction dans les services.

Un tableau travaillé en 2020 guide l'interaction entre les pôles, les directions fonctionnelles, le binôme directeur – présidence de CME et service.

Un dispositif de dialogue de gestion est défini dans l'établissement. Il prévoit des rencontres entre l'encadrement du pôle, associant l'encadrement du service, et les directions fonctionnelles (en particulier finances, RH, qualité-gestion des risques) et le DIM favorisant la pertinence et la cohérence des projets et décisions prises. Ce dialogue s'appuie sur des outils (tableau de bord, CREA). Une fois par an, une rencontre direction générale / présidence de CME avec chaque service ou regroupement de service (chef de service, praticien, cadre de service) en fonction de la configuration du pôle est proposée en présence du chef de pôle et cadre de pôle. Cette rencontre permet de faire un bilan de l'année écoulée et de partager les perspectives et projets.

### Pôle gériatrie

Concernant le pôle de gériatrie, un directeur délégué est désigné.

#### **10.3.3 La politique de délégation de gestion de l'établissement aux pôles et services de soins**

Elle n'existe pas aujourd'hui. Elle doit être travaillée et préparée. Les délégations en matière de mensualités de remplacement de personnel non médical, de formation ou en matière d'approvisionnement pourraient être expérimentées. Elle peut se décliner auprès du service en cohérence avec la gestion du pôle favorisant ainsi la responsabilisation des différents acteurs et l'adaptation des besoins au plus près du terrain.

#### **10.3.4 Les modalités d'accueil, d'accompagnement et de suivi des étudiants en santé en collaboration avec les doyens et responsables de formation en santé**

L'établissement ambitionne d'accroître son accueil en termes de nombre et de qualité d'accompagnement (en définissant le nombre étudiants à accueillir par pôles, par services).

Ainsi, l'établissement vise à promouvoir notre hôpital auprès de nos futurs professionnels (café étudiants...). Il privilégie le développement des stages pré-professionnels pour les étudiants IDE.

Des démarches de retours d'expérience sur les conditions d'accueil (y compris hébergement, gardes, etc.) sont impulsées, afin de permettre à ces étudiants de faire des propositions pour l'amélioration des pratiques de l'établissement.

Au même titre que les nouveaux professionnels (cf. point ci-dessous) chaque nouvel étudiant doit se sentir attendu dans une équipe.

Il pourra être proposé aux étudiants d'intégrer des démarches projet, en lien avec la direction des projets.

##### Internes en médecine :

Une journée d'accueil est organisée chaque semestre par l'établissement.

Le chef de service s'engage dans le cadre de l'accueil de l'interne à organiser son encadrement, sa formation en étant attentif à prévoir des temps d'échange tout au long du semestre.

Un représentant des internes est désigné chaque semestre. Il est l'interlocuteur privilégié de la présidence de la CME et de la direction.

##### Étudiants paramédicaux :

De même concernant les étudiants paramédicaux, l'établissement s'engage dans l'accueil des étudiants paramédicaux notamment IDE et AS.

Un représentant des étudiants infirmiers de 3<sup>ème</sup> année et un représentant des étudiants aides-soignants sont invités systématiquement à la CSIRMT.

#### **10.3.5 Modalités d'accueil des nouveaux arrivants salariés**

Dans une démarche de fidélisation, chaque nouvel arrivant doit se sentir attendu dans une équipe.

La procédure d'accueil doit être anticipée et respectée à travers la check-list mise à disposition (tenues, codes, livret d'accueil, accueil physique du cadre et du service, ...).

Le tutorat est mis en place par la direction des soins pour les cadres de santé.

Une journée d'accueil du nouvel arrivant sera proposée dans ce cadre à tout nouveau salarié.

## **10.4 Les responsables hospitaliers – désignation, accompagnement**

### **10.4.1 Les modalités de désignation des responsables hospitaliers**

Concernant les chefs de service, ils sont désignés par le Directeur et le Président de CME après avis du chef de pôle. Un avis préalable de la CME est requis. Le candidat présente un projet devant la CME après un appel à candidature. A l'issue de sa désignation, il engage avec le cadre de santé l'élaboration du projet de service en cohérence avec le projet du pôle et le Projet d'établissement. Tant dans son élaboration que dans sa mise en œuvre, une association des équipes médicales et paramédicales est réalisée.

Concernant les chefs de pôle, le président de la Commission Médicale d'Établissement propose trois noms au Directeur. Cela fait suite à un appel à candidature. Avant toute décision, le directeur et le président de la CME ont un échange concernant chacune des personnes identifiées.

Concernant les cadres de santé, ils sont proposés par la coordination générale des soins. Concernant l'affectation, un avis est recueilli auprès du chef de service. Un diagnostic de service est demandé au cadre après sa prise de poste.

Concernant les cadres administratifs, logistiques et techniques, ils sont désignés et affectés par la direction.

La démarche de promotion professionnelle est encouragée.

L'ensemble des chefs de service, de pôle ou cadres disposent d'une fiche de poste ou de mission définissant leur rôle.

### **10.4.2 Les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux**

L'objectif est de développer une culture partagée du management et de la gestion de projets tout en favorisant les pratiques collaboratives.

Concernant les cadres (direction commune), un séminaire d'accueil et d'intégration des cadres est mis en place depuis 2021, en complément de leur formation diplômante. Il se tient chaque année. Les cadres de santé bénéficieront également d'un accompagnement sous forme de tutorat (cf. projet de soins), lors de leur prise de poste. Ce soutien est mis en place pour apporter un accueil

adapté, pour accompagner dans les difficultés, pour faciliter la prise de connaissance de l'ensemble des processus, fonctionnements, valeurs et règles de l'institution, dans le respect des valeurs managériales.

Un séminaire pour l'encadrement avec une dimension managériale est proposé annuellement.

Les modules de formation sont élargis à tous les cadres, médicaux, paramédicaux, administratifs, techniques et logistiques. Il intègre une dimension managériale, une dimension gestion de projets. Un dispositif de formation managériale est proposé systématiquement pour les responsables médicaux (président de CME, chefs de pôle, chefs de service).

#### **10.4.3 Un dispositif permettant aux managers de partager de façon régulière et structurée leur expérience**

L'établissement expérimentera des dispositifs de partage d'expérience.

Un temps banalisé sera mis en place pour l'ensemble des cadres (médicaux, paramédicaux, administratifs, techniques et logistiques) pour favoriser les échanges et le partage. Ce temps institutionnalisé sera anticipé, obligatoire ou facultatif selon la thématique, et pourra se tenir sous différentes formes. Par exemple, il sera possible d'organiser :

- café-cadres ou café-débat sur l'analyse des pratiques professionnelles,
- réunions en marchant,
- rencontres sur une thématique définie
- rencontres totalement libre (pas de sujets définis), offrant simplement un moment convivial de rencontre entre les cadres de l'établissement.

En outre, différentes réunions institutionnelles participent à ce partage d'expérience et au dispositif de soutien (Comité de direction hebdomadaire, réunion des cadres de santé animé par la CGS, réunions d'encadrement des directions fonctionnelles, réunion cadres de pôle / cadre de santé, réunions des cadres de la direction commune, réunion directeur / cadres de pôle). Les rencontres individuelles sont aussi prévues entre le cadre et son supérieur hiérarchique.

### **10.5 Les projets**

La participation et l'implication des personnels en tant qu'acteurs de l'hôpital implique de permettre à chacun de s'investir et de faire bénéficier de ses compétences et de ses expériences dans la conduite des projets de l'établissement.

Il est donc nécessaire d'assurer la méthodologie de projet et le management de projet au sein de l'établissement : la direction des projets assure ces missions pour fluidifier la conduite de projets. La direction des projets met à disposition des personnels la procédure à suivre dans la gestion d'un projet ainsi que les outils méthodologiques nécessaires. L'accompagnement vise la montée en compétences des acteurs, à faire aboutir les projets, à valoriser les personnes investies, à communiquer sur les avancées et les aboutissements.

Permettre aux personnels d'avoir connaissance des dynamiques de l'établissement à travers la mise en œuvre des projets est important pour l'adhésion des équipes, leur l'implication et le sentiment d'appartenance. Il faut veiller à informer sur l'intérêt du projet pour les personnels et les usagers, les objectifs, les étapes, les attendus, etc.

La participation des usagers aux projets de l'établissement doit être favorisée autant que possible, en intégrant des représentants des usagers et/ou des associations dans les différentes étapes du projet.

#### **10.5.1 Les processus d'instruction des projets au sein de l'établissement, et notamment ceux relevant d'un avis de la CME et de la CSIRMT**

La vie d'un projet se scinde en trois phases : Le cadrage / la conduite / la clôture.

##### **Phase 1. Le cadrage.**

1- Un service souhaite proposer un projet. Le binôme cadre de santé / chef de service y réfléchit en renseignant la « fiche projet de première intention » de l'établissement. Le cas échéant, ils associent les équipes. Afin de formaliser la première étape, un échange se tient avec le chef de pôle et le cadre de pôle (ils disposent d'une vision plus globale et institutionnelle permettant d'aider à la priorisation des projets au sein du pôle).

Les directions concernées peuvent être sollicitées pour disposer de premiers éléments d'expertise.

2- Une fiche « cahier des charges projet » est élaborée. Le projet médical et soignant y est clairement exposé.

Elle est transmise au Directeur, au Président de CME, à la Coordination générale des soins.

Ils en ont une première appréciation et renvoient au pôle et au service pour davantage de précisions ou bien l'inscrivent à l'ordre du jour d'une prochaine Cellule projet.

Périmètre de la Cellule projet :

- Les projets créant de nouvelles activités (nouveau praticien, nouvelle activité dans une spécialité,...)
- Les projets impliquant un investissement supérieur à 50 000 €,
- Un projet transversal (différents services de soin impliqués ou différents services supports impliqués)

La cellule projet est pluridisciplinaire. Elle a en charge d'analyser et d'instruire les projets.

Elle rencontre le chef de pôle, cadre de pôle, chef de service et cadre de service qui y exposent le projet.

Elle se compose d'un représentant de la CME, un représentant de la CGS, un représentant de la direction générale, de la DAF, de la DRH, de la DSI, du biomédical, des services techniques, de la DAAL, de la coordinatrice des secrétariats, des affaires générales.

Cet échange permet d'étoffer le projet, apporter une expertise, mesurer sa portée et ses enjeux. Une check-list des points à questionner systématiquement est élaborée (effectif, investissement, autorisation, SI, recettes, charges d'exploitation, locaux, communication...).

La commission travaille en lien avec les commissions existantes : COSTRAT SI, commission biomédicale, commission hôtelière, commission d'attribution des locaux.

Le projet est étayé des éléments organisationnels, d'étude médico-économique, des besoins d'investissements, de locaux ou matériel. Il met en avant les liens avec le projet médical et de soin. La faisabilité est ainsi évaluée.

3- Parmi les projets, la Cellule propose une priorisation sur la base de critères permettant la mise en œuvre des différents projets selon les capacités humaines et financières de l'établissement. (Exemples de critères : présence dans le projet médical, réponse à un besoin imposé par l'environnement, réponse à un besoin de santé en lien avec le recrutement de médecins avec nouvelles compétences, évolution réglementaire ou de financement, facilité de mise en œuvre, retour sur investissement...)

4- Les projets ainsi étudiés et priorisés sont présentés en directoire pour validation. Les projets sont présentés en CME et en CSIRMT en fonction de leurs compétences.

Ils peuvent ensuite être mis en œuvre en fonction d'un calendrier lié aux possibilités de l'établissement.

## **Phase 2. La conduite du projet.**

Un chef de projet est désigné pour chaque projet. Il dispose d'une formation et/ou d'un accompagnement par la direction des projets de l'établissement. Il est chargé de coordonner les intervenants, s'assure de la mise en œuvre de chaque étape, et communique selon le plan de communication pré-établi.

Il dispose d'outils présentés dans un guide de la gestion de projet (direction des projets), comme par exemple un tableau de suivi des actions/fiche de tâches, rétro-planning du projet, organigramme de tâches, rapport d'avancement, préparation de réunions clés, grille d'évaluation, ...

Une gouvernance du projet est définie. Cela peut impliquer des COPIL / GT avec les compositions, ainsi que les étapes clés d'un projet avec la réunion de lancement, les réunions de suivi, la communication, la réunion de clôture.

La Cellule effectue un suivi des projets lors de ses réunions.

### **Phase 3. La clôture du projet.**

La Cellule et le Directoire sont informés de la fin du projet. Une réunion de clôture et une communication spécifique sont mises en œuvre.

#### **10.5.2 Des commissions permanentes se réunissent**

Une commission de l'investissement hôtelier, une commission de l'investissement biomédical et une commission du système d'information déterminent annuellement les priorités d'investissement dans le cadre d'une enveloppe courante dédiée. Elle réunit la présidence de CME, les chefs de pôle et les cadres de pôle et les directions fonctionnelles concernées. Elles travaillent sur la base de critères de priorisation partagés.

Un comité stratégique du système d'information est mis en place en matière de déploiement du DPI. Il associe la présidence de CME et le DIM.

Une Cellule de gestion de parcours patient et d'adaptation de l'offre est mise en place. L'enjeu de cette cellule pluridisciplinaire est d'assurer une veille régulière de la situation de l'établissement en vue d'adapter les dispositifs au plus près des besoins des patients en disposant d'une approche transversale et institutionnelle.

Il existe également le Comité Stratégique Qualité Gestion des Risques et la Commission Consultative de Transition Ecologique.

## **10.6 Sensibilisation et prévention**

### **10.6.1 Des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes**

Les lignes directrices de gestion définissent les orientations en termes d'égalité femmes-hommes. En particulier, un accompagnement pourra être mis en place pour favoriser l'accès des femmes aux responsabilités (cheffe de service, cheffe de pôle, cadres,...).

Dans le cadre du directoire, un principe de parité des membres sera respecté.

Un référent « égalité femmes-hommes » sera désigné et formé.

### **10.6.2 Des actions de prévention des risques professionnels**

Le projet social décline une dimension relative à la prévention des risques professionnels.

Les cadres hospitaliers sont associés à l'élaboration et la mise à jour du Document Unique (DUERP).

Ce travail se fait en associant les professionnels des services notamment en termes de mise en place d'actions de prévention et d'actions correctives. Le cadre est sensibilisé à l'identification des risques professionnels et oriente le cas échéant vers le service de santé au travail ou la psychologue du travail.

Les responsables de pôle et de service accompagnent les outils de prévention des risques professionnels. A titre d'exemple, la pratique du « débriefing » peut être mise en place dans les services (et en priorité les services de soin).

Le CSE est associé à ces réflexions et actions.

### **10.6.3 La gestion de conflits - médiation**

La médiation est un processus amiable de résolution des conflits, qui prévoit l'intervention d'un tiers neutre, impartial et indépendant, dont le rôle est de faciliter la recherche d'une solution en permettant notamment aux parties de renouer le dialogue et de surmonter leurs différends.

La médiation s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie, soit des personnels entre eux dans la cadre de leurs relations professionnelles, dès lors que ce différend porte atteinte soit au fonctionnement normal du service, soit à la qualité de vie au travail.

La médiation intervient lorsque les tentatives de résolution du conflit n'ont pu aboutir.

Sont exclus du champ de la médiation (les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel, les différends faisant l'objet d'une procédure disciplinaire ou d'insuffisance professionnelle, les conflits entre professionnels ou institution et les usagers ou leurs représentants.)

La demande de médiation est adressée au Directeur ou au Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME).

Peuvent faire une demande de médiation, les parties directement concernées par le conflit, le chef de service ou le chef de pôle, La coordination générale des soins, le DRH.

Le Directeur et le PCME peuvent s'autosaisir.

Cette demande est tracée dans une lettre ou un message électronique. Elle précise s'il y a eu auparavant des tentatives préalables de résolution de conflit et quelle a été leur issue. Elle indique les parties en conflit et l'impact de ce différend sur le fonctionnement du service ou la qualité de vie au travail.

Le Directeur en lien avec le PCME si un médecin est impliqué, accuse réception de la saisine et désigne le médiateur.

Le médiateur est soit un membre du personnel, soit une personnalité qualifiée extérieure.

Dans la mesure du possible, le médiateur aura suivi une formation à la médiation ou à la résolution de conflit.

Le médiateur peut être récusé par une partie au différend. Le directeur ou le PCME en désigne alors un autre. Cette faculté est ouverte une fois.

Dès sa désignation, le médiateur convoque les parties conjointement ou séparément afin de définir les limites de sa mission pour laquelle il a été désigné. Le médiateur fixe le lieu où les rencontres se dérouleront. Le médiateur doit faciliter la recherche par les parties d'une solution mettant un terme à leur différend. Il explique aux parties le sens de la médiation et leur rappelle qu'elles sont tenues d'une obligation de confidentialité couvrant tous les propos et actes de l'ensemble de la procédure de médiation.

Cette obligation de confidentialité se poursuit même en cas d'échec de la médiation et les parties s'interdisent alors de faire état, de quelque manière que ce soit, des propos, opinions, suggestions, déclarations ou propositions quelconques formulées au cours de la médiation ou à l'occasion de celle-ci.

Le médiateur, comme toute personne concourant à la médiation, est également tenu à une obligation de confidentialité.

Le médiateur a le devoir de préserver l'indépendance inhérente à sa fonction. Il n'a pas vocation à imposer une solution. Son rôle n'est pas de juger, ni d'arbitrer.

Le médiateur a toujours le droit de refuser une mission qui risquerait de heurter sa conscience ou ses opinions.

Le médiateur peut interrompre une médiation si son propre jugement, son éthique, sa déontologie, l'amènent à penser que celle-ci ne se déroule pas de manière équitable.

Les parties peuvent se présenter seules ou assistées du conseil de leur choix.

La médiation prend fin par :

- l'établissement par les parties d'un protocole de médiation mettant un terme à leur différend ;
- la rédaction par le médiateur d'un document constatant l'échec de la médiation transmis au commanditaire.

La charte de gouvernance Directeur / Présidence de CME fixe les modalités particulières de médiation.

Par ailleurs, le CH de Lisieux propose un dispositif d'écoute pour un soutien psychologique pour chaque professionnel de l'établissement. Une psychologue du travail assure cette mission.

## **10.7 Suivi du projet de gouvernance et de management participatif**

Le directoire est chargé de suivre la mise en œuvre du Projet de management et de gouvernance. Il s'appuie le cas échéant sur les avis des responsables hospitaliers ou sur les instances de l'établissement.

---

## Liste des annexes

---



# Politique de la Qualité et de la Sécurité des Soins

## QUALITE, SECURITE DES SOINS ET EXPERIENCE PATIENTS



La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins repose sur l'engagement de l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier de Lisieux. Elle repose sur ses valeurs. Elle est établie en fonction des besoins et du niveau de qualité attendu par les patients, les résidents, leurs familles, et plus généralement par l'ensemble des usagers et partenaires en prenant en compte les contraintes internes et externes spécifiques à l'établissement.

Le CH de Lisieux a la volonté de renforcer sa démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la maîtrise de l'ensemble des risques liés au fonctionnement de l'établissement.

### Un engagement de tous les acteurs de l'établissement

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. L'application de la politique qualité/gestion des risques responsabilise l'ensemble des professionnels du CH Lisieux.

### Un programme d'actions institutionnel

La politique qualité et sécurité des soins constitue un des axes fondamentaux du projet d'établissement. Elle s'inscrit dans le respect de la personne, les règles déontologiques, les principes d'éthique, d'égalité et de laïcité. Elle est porteuse des valeurs d'établissement validées (**Respect, Bienveillance, Solidarité, Adaptabilité, Rigueur**).

Elle doit identifier de façon précise les priorités sur lesquelles il nous faut porter nos efforts, définir les niveaux de responsabilité et l'organisation du pilotage nécessaire à sa bonne mise en œuvre. Le programme d'actions formalise ces objectifs. Ce programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) se décline en plan d'actions (PAQ) soit de niveau institutionnel, soit au niveau des services et des pôles.

### Un management participatif

Un management participatif, basé sur une intelligence collective de l'organisation, tend à optimiser la collaboration du personnel, en impliquant un dialogue entre managers et managés autour d'une problématique, pour en faire sortir tous les bénéfices et les apports collectifs. Le travail d'équipe sera renforcé en ce sens.

Cette politique, soumise à l'avis des instances de l'établissement, vise à développer le management par la qualité, lequel repose sur 4 exigences :

- 1) Le patient ou le résident au centre du dispositif,
- 2) Une réflexion managériale impliquant l'ensemble de l'encadrement (médical, soignant, administratif, logistique et technique),
- 3) Une démarche participative intégrant tous les professionnels de l'établissement,
- 4) Une démarche structurée continue reposant sur des méthodologies rigoureuses.

Le management de la qualité est transversal à toutes les activités, et s'applique à toutes les structures de l'établissement.

## Les grandes missions

La politique de l'établissement repose sur les missions suivantes :

### Développer, pérenniser et améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Utiliser des outils rigoureux (Gestion documentaire, circuit des signalements, indicateurs...)
- Améliorer la maîtrise des processus de fonctionnement
- Former aux méthodes
- Coordonner les modifications dans le cadre d'une démarche projet

### Impliquer tous les acteurs, en plaçant le patient, le résident et l'utilisateur au centre des priorités

- Améliorer les parcours et la prise en compte de l'expérience patient (ou résident)
- Améliorer les fonctions accueil, organisation de la sortie, transport...
- Faciliter l'accès aux usagers

### Promouvoir la connaissance et le respect des droits et devoirs des patients, des résidents et usagers

- Promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance
- Consolider et évaluer les pratiques professionnelles en matière de droit des patients

### Fédérer les équipes autour d'une culture sécurité intégrant la gestion des risques dans tous les domaines (soins, environnemental, logistiques & techniques, risques professionnels...)

- Renforcer les thématiques transversales (hygiène, prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, circuit du médicament, nutrition, gestion de la détresse vitale, maîtrise des actes « à risque », prévention l'escarre, gestion des contentions, dépistage et prise en charge les addictions, accréditation des médecins, pertinence du résultat...)
- Assurer le bon fonctionnement des vigilances
- S'organiser en vue des situations sanitaires exceptionnelles
- Renforcer le système d'information et sa sécurité en coordonnant les différentes sources de données liées aux usagers

### Promouvoir la réflexion éthique au sein des services, ainsi que la bientraitance entre individus, notamment les personnes en situation de fragilité (personnes âgées, personnes vulnérables, enfants...)

- Développer les réflexions pluri-professionnelles
- Porter attention aux situations de vulnérabilité (handicap, précarité sociale)

### Améliorer la qualité de vie au travail pour le bien-être des professionnels

- Promouvoir le travail en équipe et la recherche de solutions par les équipes
- Prévenir les risques professionnels
- Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, développement personnel continu

### Favoriser l'objectif de transition écologique.

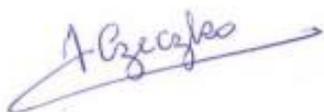
- Développer une gouvernance et un plan d'actions

Avec l'ensemble des professionnels de l'établissement, la gouvernance s'engage dans cette démarche permanente d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients et des autres usagers de l'établissement (familles, visiteurs, professionnels...).

La Direction du Centre Hospitalier de Lisieux s'engage à donner les moyens (techniques, humains, financiers et organisationnels) nécessaires à la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques.

**Le Président de la CDU,**

**Annick CZECKO**



**Le Directeur,**

**Nicolas BOUGAUT**



**Le Président de CME,**

**Antoine LEGROS**



**La Directrice des soins,**

**Stéphanie FIAULT**



Politique Qualité CH Lisieux 2022 – 2023 – Version du 13/04/2023

Rédaction initiale : R. Passard-Coudert, responsable qualité GdR CH Lisieux,  
Vérification : T. Lebas, coordonnateur qualité GdR Direction commune  
Vérification : N. Bougaut, Directeur  
Description imagée : T. Fassina Directeur Affaires générales, Communication, Qualité  
Vérification COSTRAQUA 06/02/2023  
Partage CDU : 28/02/2023 – Validation CDU : 28/03/2023  
Présentation Directoire : 6/03/2023  
Validation Conseil de surveillance : 7/04/2023  
Validation CSIRMT : 28/03/2023  
Validation en CTE (Transition écologique) : 3/04/23  
Présentation CSE : 11/04/2023  
Validation CME : 13/04/2023  
Présentation comité de pilotage Qualité : Planifié 23/05/2023



CH Robert Bisson LISIEUX

## La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins.

