

**2020 - 2025**

# Projet Institutionnel

## LE PROJET MÉDICAL

**Centre Hospitalier Inter Communal Ribérac Dronne Double**

Siège administratif : « la Meynardie » - 24410 Saint Privat en Périgord  
Siège social : Rue Jean Moulin - 24600 RIBÉRAC

# Table des matières

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2. PREAMBULE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. LA METHODE ET LES PRINCIPES RETENUS POUR L'ELABORATION DU PROJET MEDICAL .....</b>	<b>6</b>
2.1.1. UNE CONSTRUCTION PROGRESSIVE DU PROJET MEDICAL .....	6
2.1.2. UNE METHODOLOGIE D'ELABORATION INTERACTIVE .....	6
<b>3. UNE LOGIQUE DE PROJET : UN CHAINAGE DES ORIENTATIONS.....</b>	<b>8</b>
3.1. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES POLITIQUES PUBLIQUES .....	8
3.2. LE PROJET MEDICAL PARTAGE AU SEIN DU GHT ET LA FILIERE GERIATRIQUE .....	9
3.3. L'ARTICULATION DU PROJET MEDICAL AVEC LES ORIENTATIONS DU PROJET INSTITUTIONNEL.....	10
<b>4. LE CHICRDD AU SEIN DE SON TERRITOIRE DE SANTE : CONSTATS, OBJECTIFS ET PERSPECTIVES</b>	
<b>11</b>	
4.1. RAPPEL DES CARACTERISTIQUES POPULATIONNELLES ET DES ENJEUX.....	11
4.2. LE BILAN DU PROJET MEDICAL LIE A LA FUSION .....	12
4.3. DIAGNOSTIC ET ANALYSE DE L'ACTIVITE 2018/2019 .....	13
4.4. LES PROPOSITIONS AVANCEES EN CONCERTATION AVEC L'ARS.....	15
<b>5. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL 2020 – 2025.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1. AXE STRATEGIQUE 1 : S'INSCRIRE EN TANT QU'HOPITAL DE PROXIMITE DANS LA STRUCTURATION DE LA FILIERE GERIATRIQUE EN COHERENCE AVEC LE PROJET MEDICAL PARTAGE.....</b>	<b>16</b>
5.1.1. LE POSITIONNEMENT AU SEIN DU GHT DANS UNE ORGANISATION TERRITORIALE NEGOCIEE .....	16
5.1.2. LA PERENNISATION ET LA LABELLISATION EN TANT QU'HOPITAL DE PROXIMITE .....	16
5.1.3. UNE VISION « HORS LES MURS » DANS LE CADRE D'UN PARCOURS PATIENT .....	16
<b>5.2. AXE STRATEGIQUE 2 : FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION ET A L'INSTITUTIONNALISATION .....</b>	<b>16</b>
5.2.1. LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS EN MEDECINE .....	16
5.2.2. L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION AUX BESOINS ET AUX DEMANDES .....	16
5.2.3. LA TELEMEDECINE EN TANT QUE RESSOURCE EN HDJ .....	16
5.2.4. LE SSIAD EN SORTIE D'HOSPITALISATION .....	16
5.2.5. LA VALORISATION DES ACTIVITES PERENNES : HAD/SSIAD/ESA .....	16
5.2.6. LE DEPISTAGE DES FRAGILITES .....	16
<b>5.3. AXE STRATEGIQUE 3 : RESTRUCTURER ET DEVELOPPER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>17</b>
5.3.1. LE POSITIONNEMENT DES ACTIVITES SUR LES SITES .....	17
5.3.2. LES SOLUTIONS DE REPIT (HT, AJT, AJTI) .....	17
5.3.3. LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE D'HEBER .....	17
5.3.4. LA RESTRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOI .....	17
(RESTRUCTURATION CAPACITAIRE DU FAM, APPARTEMENT THERAPEUTIQUE, SAMSAH)	17

5.3.5.	LA PROPOSITION D'ALTERNATIVES NOUVELLES OU INNOVANTES (EHPAD A DOMICILE,?)	17
5.3.6.	LE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE INTRA ET « HORS LES MURS »	17
<b>5.4.</b>	<b>AXE STRATEGIQUE N°4: OPTIMISER LES RELATIONS VILLE –MEDICOSOCIALES – HOPITAL .....</b>	<b>17</b>
5.4.1.	MISE EN ŒUVRE DU DMP	17
5.4.2.	DEPLOIEMENT DE PAACO GLOBULE	17
5.4.3.	S'INSCRIRE DANS LA MISE EN PLACE DE LA CPTS DU RIBERACOIS	17
<b>5.5.</b>	<b>S'ENGAGER DANS DES PROGRAMMES DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE.....</b>	<b>17</b>
5.5.1.	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : CORRIGER LES INEGALITES DE SANTE	17
<b>5.6.</b>	<b>REPENDRE AUX EXIGENCES EN MATIERE DE QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b><u>SUIVI, EVALUATION ET COMMUNICATION.....</u></b>	<b>19</b>
<b>6.1.</b>	<b>MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET MEDICAL.....</b>	<b>19</b>
<b>6.2.</b>	<b>COMMUNICATION .....</b>	<b>20</b>
6.2.1.	COMMUNICATION INTERNE	20
6.2.2.	COMMUNICATION EXTERNE	20
<b>7.</b>	<b><u>ANNEXES.....</u></b>	<b>22</b>
<b>7.1.</b>	<b>METHODE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL .....</b>	<b>22</b>
<b>7.2.</b>	<b>PROGRAMMATION DES ACTIONS .....</b>	<b>23</b>
<b>7.3.</b>	<b>TABLEAU DE PROPOSITION DES MEDECINS DU GROUPE PROJET.....</b>	<b>24</b>
<b>7.4.</b>	<b>FICHE SYNTHESE TYPE .....</b>	<b>25</b>
<b>7.5.</b>	<b>FICHE ACTION N°1 : L'HOPITAL DE JOUR MEDECINE .....</b>	<b>26</b>
<b>7.6.</b>	<b>FICHE ACTION N°2 : L'HOPITAL DE JOUR SSR .....</b>	<b>30</b>
<b>7.7.</b>	<b>FICHE ACTION N°3 : LES CONSULTATIONS EXTERNES .....</b>	<b>35</b>
<b>7.8.</b>	<b>FICHE ACTION N°4 : CREATION D'UNE EMG.....</b>	<b>38</b>
<b>7.9.</b>	<b>FICHE ACTION N°5 : CREATION D'UN SAMSAH .....</b>	<b>41</b>
<b>7.10.</b>	<b>REPERES THEORIQUES.....</b>	<b>44</b>
<b>8.</b>	<b><u>PROPOSITION D'AVENANT AU PROJET MEDICAL JUIN 2024 .....</u></b>	<b>45</b>
<b>9.</b>	<b>ACRONYMES.....</b>	<b>47</b>

# 1. Introduction

L'élaboration du projet médical du Centre Hospitalier Ribérac Dronne Double lancé en février 2019 a été réalisée en interne, sans recours à un consultant, en effet étant quasi concomitante à celle du projet institutionnel accompagné par le cabinet MAZARS.

La structuration du projet médical quinquennal est d'une importance capitale pour notre établissement dans un contexte actuel national, régional et départemental visant à terme la restructuration de l'offre de proximité entre autres au sein de la filière gériatrique mais également à l'attention de tout public visant ainsi à compenser les inégalités d'accès aux soins.

En effet dans cette phase d'adaptation aux évolutions majeures de son environnement, aux enjeux du vieillissement de la population dans un milieu socialement isolé et défavorisé ; il doit définir à la fois les grandes orientations médicales stratégiques de l'établissement et préciser les objectifs et actions pour chacune de ses activités sanitaires ou médico-sociales.

Le projet 2018 – 2022 sera centré d'une part sur le service rendu à la population en termes de prise en charge diversifiée et d'autre part sur une restructuration attendue du CHICRDD.

Le développement de l'activité ambulatoire et des consultations externes permettront à notre établissement de jouer son rôle d'un hôpital de proximité adapté aux besoins de la population et aux enjeux de santé publique.

Le Comité de Pilotage et la Commission Médicale d'Etablissement se sont ainsi engagés dans des projets « hors les murs » permettant de répondre au virage ambulatoire tout en fidélisant des activités sanitaires et médico-sociales porteuses pour une population âgée dominante sur le territoire et un public en situation de handicap.

Le bilan du précédent projet 2005-2019 élaboré pour la création du CHICRDD reste positif malgré les difficultés liées à la fusion des trois sites relativement contemporaine (2016).

De grands objectifs structurels ont été atteints grâce à l'engagement de ses professionnels. Nous pouvons également valoriser la création de lits Identifiés Soins Palliatifs, la mise en place de consultations avancées, l'accueil de l'HAD de Périgueux, l'ouverture des EHPAD à des activités socioculturelles et de promotion de la santé.

## 2020 - 2024

Le projet 2020-2024 se veut aujourd'hui une réponse pertinente aux parcours de soins de la population de plus de 20 000 habitants du territoire Ribérac et d'une partie de la Vallée de Lisle.

**Il traduit la volonté de la communauté médicale d'optimiser les parcours de santé dans une logique d'organisation territoriale de l'offre de soins conformément au Projet Régional de Santé.**

Ils retiendront également le redimensionnement du service de médecine et son renforcement par des lits de soins palliatifs.

Au vu du vieillissement de la population, de l'isolement familial et du désert médical des professionnels libéraux, au vu également du renflouement de l'équipe médicale permettant une prise en charge plus conséquente, il nous paraît essentiel de conserver une capacité en Soins de Suite et de Réadaptation adaptée au niveau d'occupation actuel et à la relation construite avec les structures d'amont.

Enfin, nous souhaitons nous engager dans le développement d'approches complémentaires thérapeutiques ou de projets d'accompagnement visant des démarches de prévention et de promotion de la santé.



Ce projet Médical s'inscrit également dans une dynamique de réseaux, de relations étroites avec l'ensemble des acteurs de la ville et des communautés hospitalières ; ouvert sur notre environnement sanitaire social et médico-social et donc sur l'ensemble des acteurs de la santé, institutions, associations ou professionnels libéraux.

Se référant aux valeurs portées par l'ensemble des professionnels de l'établissement, le projet 2020-2024 affirme également une volonté forte de garantir une prise en charge médicale pertinente et de qualité, conforme aux bonnes pratiques, respectueuse de la volonté du patient.

## 6 GRANDES ORIENTATIONS

1. S'inscrire en tant qu'hôpital de proximité dans la structuration de la filière gériatrique en cohérence avec le projet médical partagé
2. Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation
3. Restructurer et développer l'offre médico-sociale en complémentarité avec l'offre sanitaire
4. Optimiser les relations ville –médico-sociales – hôpital
5. S'engager dans des programmes de prévention et promotion de la santé
6. Répondre aux exigences en matière de qualité et la gestion des risques

Le projet Médical porte intrinsèquement les exigences « qualité-gestion des risques » déclinées par la Haute Autorité de Santé.

La communauté médicale est étroitement associée à la politique et au plan d'actions qualité-gestion des risques de l'établissement.

Enfin, la qualité de la prise en charge des patients et le renforcement des compétences des professionnels sont, au même titre que la nécessaire recherche d'efficacité médico-économique, des enjeux forts sur lesquels nous sommes aujourd'hui engagés.

Dans un contexte de démographie médicale et para médical globalement préoccupant, il s'agit également d'être attentif sur des éléments d'attractivité essentiels et facteurs de succès du projet Médical.



Véritable feuille de route pour l'établissement, le projet médical est un document évolutif, qui devra s'adapter avec la Loi « Ma Santé 2022 » et à un environnement en constante évolution.

La Présidente de CME  
Docteur Sandra GUILLOT

Le Vice-Président de CME  
Docteur Benjamin GUY

## 2. Préambule méthodologique

### 2.1. La méthode et les principes retenus pour l'élaboration du projet médical

#### 2.1.1. Une construction progressive du projet médical

##### ► **Une première étape : le projet institutionnel**

Le projet médical, habituellement « pierre angulaire » et initiateur du projet d'établissement s'avère s'être construit en ce qui concerne celui du Centre Hospitalier Ribérac Dronne Double en interaction en 2018/2019, avec l'élaboration du projet dit institutionnel et ses grandes orientations. (cf. page 6)

##### ► **Une deuxième étape : le dialogue avec l'ARS**

En 2019, Le projet Médical du CHIC RDD évolue dans le contexte mouvant des évolutions nationales et territoriales de la politique de santé, de la construction du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire et des orientations du Programme Régional De Santé présenté en 2018.

Le dialogue instauré avec l'Agence Régionale de Santé vise le développement d'une nouvelle offre de soins et d'accompagnement sanitaire et médicosociale tant en termes de diversification des activités que de restructuration capacitaire et géographique. Le Président de la Commission Médicale d'Établissement et la Direction rencontrent régulièrement l'Agence afin de valider la démarche et les choix institutionnels, ce qui fait de ce projet médical une intention.

##### ► **Une troisième étape : la déclinaison opérationnelle des intentions**

Quelle que soit la décision finale, le CHICRDD après 3 ans d'activité devra se réadapter. Un dossier d'autorisation validera les projets en Année 1.

Au regard de la nature du changement, celui-ci devra prendre le temps de fonder progressivement ses projets et son action en année 2 et 3 du projet ; soutenu par une communication interne et externe et accompagné par une équipe médicale.

#### 2.1.2. Une méthodologie d'élaboration interactive

La démarche projet retenue pour l'élaboration du projet médical s'est voulue participative dans la mesure de la disponibilité d'une équipe médicale en tension et s'est notamment appuyée depuis 2019 sur :

**Une équipe projet**, composée du Président et du Vice-Président de la CME, de la Direction Générale, du Directeur des Affaires Médicales.

**Un Comité de Pilotage**, composé des membres de l'équipe projet et des praticiens de l'Établissement, du médecin du Département d'Information Médicale de Périgueux sur sollicitation, des Directeurs Adjoints, de la Coordinatrice Générale des Soins et de l'ingénieur qualité chargée des projets.

**Un groupe de travail**, composé des praticiens hospitaliers et de médecins généralistes impliqués avec l'appui méthodologique et rédactionnel de la chargée de projets.

Parallèlement au vu du contexte :

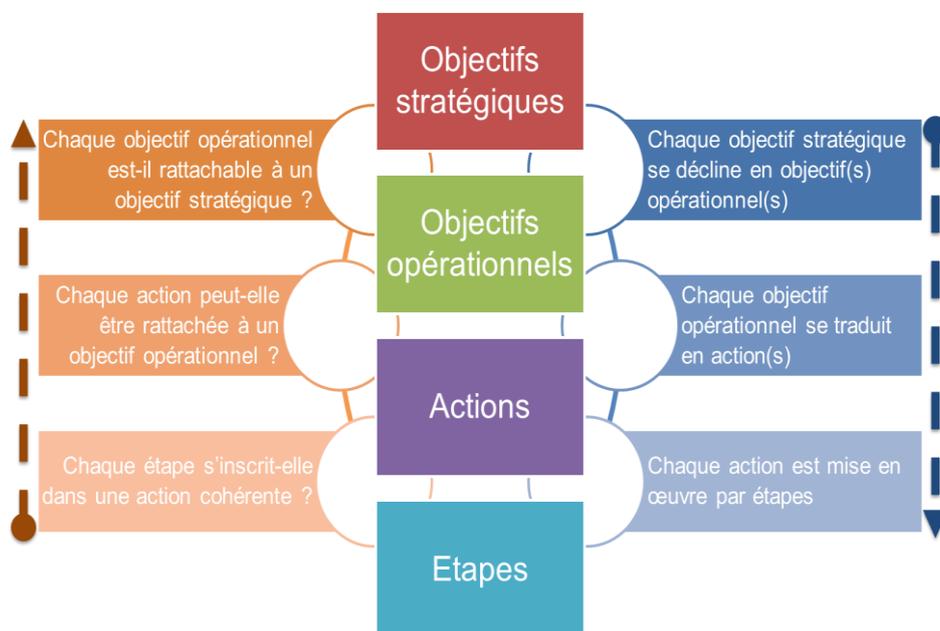
**Un groupe de professionnels**, composé des professionnels des services sanitaires informé sur le diagnostic de l'établissement et l'évolution des projets.

## L'élaboration du projet médical a suivi 7 étapes :

1. Le choix d'une méthodologie adaptée au contexte de co-construction (fiches techniques).
2. La description du contexte et de l'environnement dans lequel le CHIC évolue (Loi Santé 2022, projet régional de santé, démographie médicale...) déjà réalisé dans le projet institutionnel par le cabinet MAZARS et complétée par la chargée de projets (fiche technique)
3. Un diagnostic Etablissement par Les Directions Générale et fonctionnelles, le Médecin de l'Information Médicale (diagnostic et impacts financiers, évolutions démographiques et épidémiologiques...). (Présentation PowerPoint).
4. La définition et validation des orientations du PM CHIC RDD par le groupe projet et une première proposition de restructuration.
5. Une phase projet avec la proposition de fiches actions en lien avec les intentions par les membres du groupe pour un Projet Médical Version 1. (en annexes)
6. Une phase de dialogue avec l'ARS concomitante et déterminante pour le contenu d'un Projet Médical Opérationnel - version 2
7. La validation institutionnelle, le projet médical étant soumis à l'avis des différentes instances concernées dont la Commission Médicale d'Etablissement et le Directoire.

### Le Projet Médical sera complété

lors des renouvellements des autorisations des services de Médecine, SSR et USLD



Cf. Approche ANAP – Construction de la filière gériatrique

### 3. Une logique de projet : un chaînage des orientations

#### 3.1. Les orientations stratégiques des politiques publiques

Le projet médical du CHICRDD s'inscrit dans le chaînage des orientations nationales, régionales et départementales de la politique de santé et entre dans une démarche adaptative de ses activités en souhaitant conserver son identité territoriale. Cela impliquera la préparation des services sanitaires et médico-sociaux au « virage ambulatoire et inclusif<sup>1</sup> ».

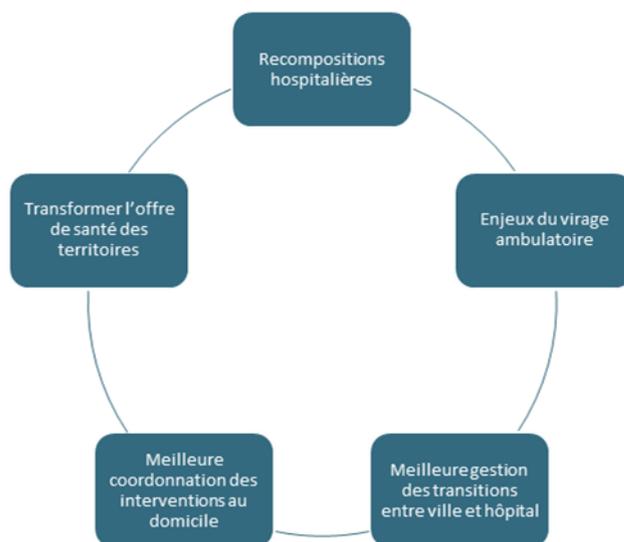
#### Une stratégie nationale de santé en 4 axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé.
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.



#### DES MOTS CLÉS

cours de Santé, Virage Ambulatoire, Echelon territorial, Ville-Hôpital, Domicile, Promotion de la Santé



Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

#### Un Programme Régional de Santé – PRS en 3 axes et 5 orientations

Axe 1: Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé

Axe 2: Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé

Axe 3: Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

#### En autres dans l'Axe 2 :

- Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif
- Poursuivre la transformation de l'offre de soins et médico-sociale en garantissant la gradation et la complémentarité des services et des structures.



#### Offre de santé au plus proche des lieux de vie

- Réduire les prises en charge en établissement, développer plus de services proches des lieux de vie (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile...)
- Renforcer le maintien à domicile en développant les offres alternatives à l'hébergement permanent pour les personnes âgées, en situation de handicap et atteintes de troubles psychiques (accueil de jour, hébergement temporaire d'urgence, centres médico-psychologiques, groupes d'entraide mutuelle...)
- Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les domaines de la scolarisation, de l'habitat, de l'emploi accompagné et de la vie sociale

<sup>1</sup> Schéma Départemental Dordogne en faveur des personnes handicapées 2017-2022 : « favoriser l'inclusion sociale et citoyenne » orientations clés pour l'accompagnement des personnes handicapées au sein du FAM. Cf. Projet Institutionnel

### 3.2. Le Projet Médical Partagé au sein du GHT et la filière gériatrique

Le Projet Médical Partagé a fédéré **les 11 établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire.**

**Il s'articule lui-même dans la déclinaison logique de la politique de santé autour des axes suivants :**

- L'amélioration des parcours patients et l'identification des filières de soins
- La création d'équipes médicales de territoire
- L'organisation en commun des activités d'imagerie médicale, de biologie et de pharmacie
- Le développement des consultations avancées en médecine et chirurgie et de la télémédecine

#### Missions d'une filière gériatrique de territoire sur lesquels la filière interne peut s'appuyer

- Une prise en charge programmée ou non
- Un avis gériatrique quel que soit le lieu d'hospitalisation
- Un accès facilité au plateau technique
- Un accompagnement à la sortie d'hospitalisation
- Des prises en charge spécifiques (soins palliatifs et psychogériatrie)
- Un bilan médical, de réadaptation des traitements et des soins adaptés
- Une évaluation gériatrique standardisée
- Un projet de vie
- Une coordination des soins extra-hospitalière
- La diffusion d'une culture gériatrique
- Un suivi ambulatoire



- Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)
- Le développement des actions de promotion de la santé publique et de l'éducation thérapeutique.

La mise en œuvre opérationnelle de la filière gériatrique du GHT de la Dordogne dans le cadre d'un accompagnement EHESP-ANAP en 2018 a permis de tracer les missions et orientations suivantes :

#### 3 AXES STRATEGIQUES

**Axe stratégique n°1:** Structurer la filière gériatrique sanitaire: elle comprend nécessairement les **hôpitaux de proximité** qui jouent un rôle dans la gradation de l'offre (SSR, EMOG, HAD, urgences gériatriques, CSG...)

**Axe stratégique n°2 :** Préciser la place des EHPAD dans la filière gériatrique (conventions avec établissement pivot, prestations nouvelles, etc...)

**Axe stratégique n°3:** Optimiser les relations ville – médicosociales – hôpital (interfaces, liens avec les généralistes, la PTA, les MAIA, les SSIAD, prestations, promotion de la santé...)

Les orientations du projet médical du CHICRDD viseront le développement d'activités complétant sa filière interne en cohérence avec la filière gériatrique Dordogne

FICHE ACTION

FICHE ACTION

Les orientations du projet médical visent à développer des actions de proximité afin de réduire les inégalités aux soins tout âge confondu

### 3.3. L'articulation du projet médical avec les orientations du projet institutionnel

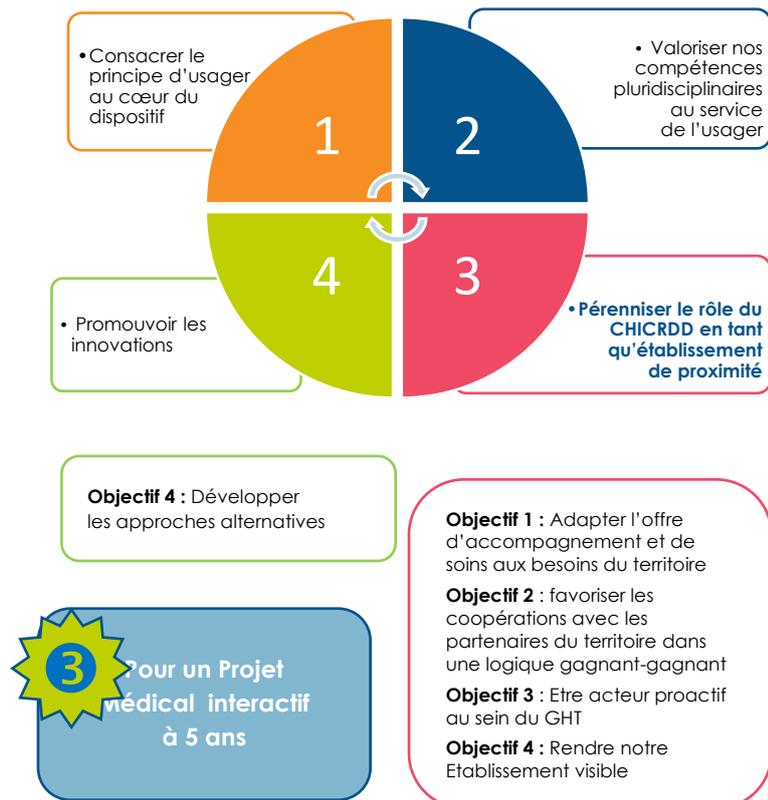
Rappelons la date de la création du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Double Dronne, né le 1<sup>er</sup> janvier 2016 de la fusion des trois Centres Hospitaliers de Ribérac, Chenard à Saint Aulaye et La Meynardie à Saint Privat en Périgord.

Trois ans après la rédaction du 1<sup>er</sup> projet médical, la rédaction en 2018 d'un projet institutionnel pour ce nouvel Etablissement a posé ses fondements prenant en compte les évolutions des organisations territoriales, prémisses de la Loi Santé 2022.

L'ensemble des professionnels, usagers et leurs proches, partenaires ont été mobilisés pour bâtir ce projet institutionnel et ont défini les valeurs qui le guident.

#### Il a posé comme ancrage...

- Les opportunités à saisir en tant qu'en tant qu'**acteur de proximité** dans l'échelle territoriale,
- Notre capacité prouvée à repenser **l'organisation de notre offre de soin**,
- Notre position incontournable sur le territoire en tant que **service et employeur public**,
- Nos **spécificités sanitaires et médico-sociales** et les ponts qui ont pu relier ces deux environnements.
- Notre posture d'acteur de **la lutte contre la désertification médicale** et promoteur de l'accès aux soins.
- **Les enjeux de notre territoire** autant comme des contraintes que des leviers.



...et son inscription dans une logique de **parcours de santé coordonné**, tenant compte des différents enjeux décrits précédemment.

**La contractualisation d'objectifs et de moyens (CPOM)** avec l'Agence Régionale de Santé, **point d'orgue des engagements** de l'Etablissement s'est négociée en toute cohérence sur :

- Le positionnement du CHIC RDD dans la filière de soins gradués en tant qu'établissement de proximité en cohérence avec le projet médical partagé du GHT.
- L'établissement comme support et/ou ressource pour le développement d'alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation en lien étroit avec le secteur médico-social et en lien ville-hôpital.
- La lutte contre la perte de chance lié à l'inégalité d'accès aux soins de premier recours et spécialisés.

## 4. Le CHICRDD au sein de son territoire de santé : constats, objectifs et perspectives

### 4.1. Rappel des caractéristiques populationnelles et des enjeux

#### ► La démographie du territoire, des indicateurs probants dans notre accompagnement

2

- La Dordogne, entre 2007 et 2040, verra sa population augmenter de 14% ; une population de plus en plus âgée. Le département fait partie des cinq comptant moins de jeunes que de personnes âgées aujourd'hui.

- le nombre de personnes seules a fortement augmenté : à partir de 75 ans, 36 % des habitants de la région vivent seuls. Les professionnels sont déjà de plus en plus confrontés à l'isolement social des personnes accueillies.

#### ► L'état de santé de la population

- Sur les 5 850 000 habitants de la région Nouvelle-Aquitaine, un million souffrent au moins d'une maladie chronique. Parmi ces personnes, 83 165 résident en Dordogne. La population périgourdine est par ailleurs particulièrement touchée par trois types d'Affections Longue Durée : diabète (ALD 8), tumeurs (ALD 30) et affections psychiatriques (ALD 23). L'obésité est également une préoccupation accompagnée des pathologies concomitantes telles qu'hypertension et problématiques cardio-vasculaires.

#### ► La désertification médicale et paramédicale

- Le département de la Dordogne souffre d'importants problèmes de démographie médicale.

- Les densités de médecins libéraux et mixtes et des généralistes sont très largement inférieures aux sélections régionale et nationale.

- Le territoire du CHICRDD est particulièrement impacté par le départ à la retraite des médecins généralistes travaillant entre autres avec l'établissement. La maison de santé pluridisciplinaire de Saint-Aulaye est actuellement très touchée. Les médecins peinent à s'installer en Dordogne, qui constitue pour eux un territoire apparemment peu attractif.

- Par ailleurs, au niveau paramédical, la Nouvelle Aquitaine accuse une densité en orthophonistes et psychologues inférieure à la moyenne nationale ; ceci est encore plus marqué en Dordogne.

**EN CONCLUSION :** Une population dont les caractéristiques sont celles des personnes accompagnée par les services et établissements du CHIC RDD.

- elle est vieillissante,
- les prises en charge sont de plus en plus lourdes (polypathologies, chronicité ...)
- une intrication fréquente du médical et de la dimension sociale
- des besoins en accompagnement de fin de vie
- une plus longue période de vie en état de dépendance.
- Les maladies neurodégénératives étroitement liées au vieillissement

Parallèlement à la prise en charge des personnes âgées, le CHICRDD avec le Foyer d'Accueil Médicalisé, est concerné par le parcours de soins de la personne en situation de handicap, souvent fragmenté ou inadapté et l'isolement vécu des personnes et de leurs proches. Le territoire dispose également de deux institutions en faveur du handicap, tel que le foyer des traumatisés crâniens ainsi qu'un EHPA.

---

<sup>2</sup> PRS Nouvelle Aquitaine – Diagnostic régional septembre 2017

## EN TERMES DE PROJET RAPPELONS :

- **Des actions en prévention primaire ou secondaire**
- Des besoins en soins accrus
- les enjeux des prises en charge **multidisciplinaires** et de la **prévention de la perte d'autonomie** impliquant cette coordination des acteurs ville-hôpital dans laquelle le CHICRDD souhaite se redéfinir.
- Le rôle que peut jouer l'Etablissement tant dans **une perspective de développement des activités que de diversification des modalités d'accompagnement** visant une démarche inclusive.

## 4.2. Le bilan du projet médical lié à la fusion

### EN TERMES DE PROJET :

#### ► **Ont été atteints les objectifs suivants :**

- L'individualisation de l'unité de Médecine polyvalente et à orientation gériatrique sur le site de Ribérac
- La confirmation d'une unité de Soins de Suite sur le site de Saint-Aulaye et d'une unité de Soins de Suite, d'USLD et FAM sur le site de La Meynardie
- Le projet de restructuration architecturale de Ribérac accueillant le nouvel EHPAD
- La création de Lits Identifiés Soins Palliatifs
- L'articulation avec les structures d'amont des hôpitaux de référence) et d'aval (domicile, SSIAD, EHPAD et HAD).
- La création d'une antenne HAD sur le site de Ribérac
- Le développement de consultations spécialisées avancées
- Un positionnement clarifié de l'USLD en étudiant l'offre sur l'infra-territoire.
- Le système d'information médicale commun aux trois établissements
- Un dossier médical partagé et unique entre les trois entités géographiques
- Un système documentaire qualité-gestion des risques standardisé.

#### ► **Sont à l'état de projet avancé :**

- Une PUI pour les trois entités géographiques, centralisée sur le site de Ribérac **en cours**
- Un Accueil de Jour Thérapeutique Itinérant
- Un SSIAD en sortie d'hospitalisation (« d'urgence »)

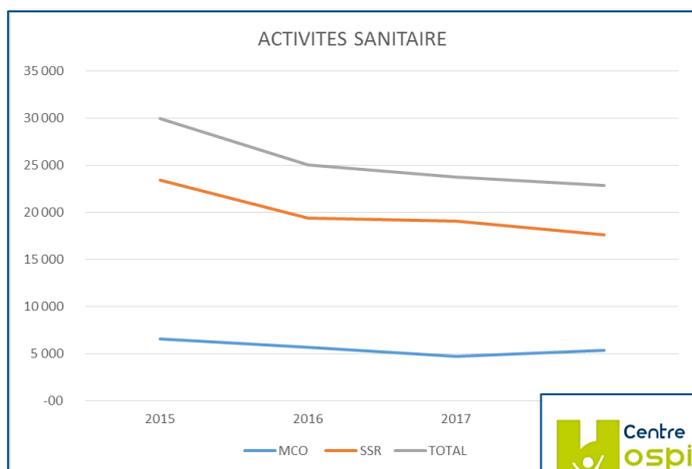
#### **...ou souhaité :**

- Une unité d'évaluation gériatrique, unité transversale intervenant sur les trois sites (non abordé de cette façon dans la future organisation – fiche hôpital de jour)
- Une équipe mobile d'évaluation gériatrique notamment pour fournir une réponse de proximité en amont et en aval (cf. fiche action)

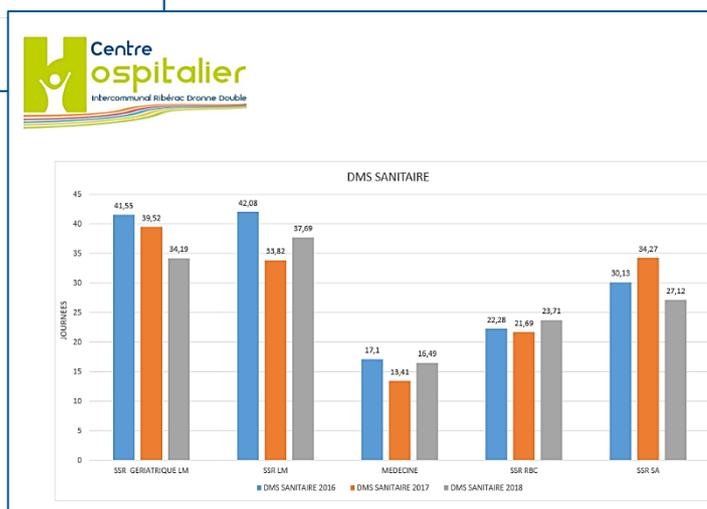
### 4.3. Diagnostic et analyse de l'activité 2018/2019<sup>3</sup>

En ce qui concerne particulièrement l'activité sanitaire impactée dans le futur projet :

- ▶ L'activité sanitaire pas assez utilisée en interne mais identifiée en externe
  - Poids de l'histoire et des cultures des sites
  - Peu de lien MCO/SSR/USLD/EHPAD en interne
  - Filière ortho, soins palliatifs, neuro, gériatrique existantes et identifiées
  
- ▶ Un manque d'attractivité médical / paramédical est confirmé
  - Milieu rural
  - Isolement de certains professionnels (médical...) du fait de 3 sites
  - Métiers en tension nationale (kiné, ergo, infirmiers, psychomotricien, ortho)
  - Concurrence forte du secteur libéral pour les infirmiers
  - Focus infirmiers : le turn-over au sein du CHICRDD
  
- ▶ Une couverture médicale et paramédicale fragile / insuffisante
  - Difficulté de recrutement médical (ex du 6ème médecin sanitaire)
  - Une équipe kiné insuffisante pour couvrir le SSR
  - Un nombre de personnel infirmier ne garantissant pas une sécurité à tout moment
  
- ▶ Une activité sanitaire insuffisante et médico-économiquement fragile, tributaire de la permanence médicale et paramédicale



Une activité sanitaire insuffisante – Données DRH :  
 Activité MCO et SSR 2016-2017-2018

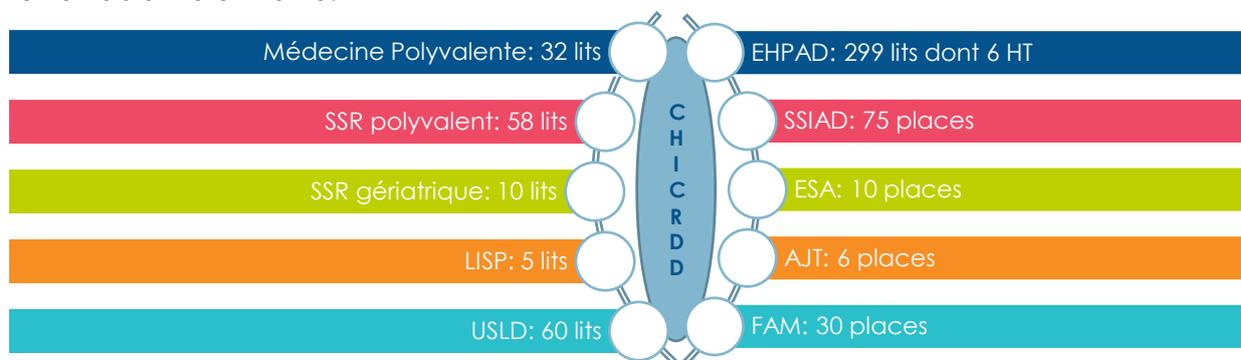


Une DMS encore trop haute malgré les efforts

<sup>3</sup> DRH - Présentation PowerPoint aux groupes de travail  
 CHICRDD Projet médical 2020-2025

## Le CHIC RDD en 2019 :

Conformément au projet autorisé à la création du CHIC RDD, l'Etablissement se compose actuellement d'activités sanitaires et médico-sociales variées et complémentaires constituant une véritable filière interne.



### Par sites une répartition comme suit :

Chenard - Saint-Aulaye	La Meynardie-St Privat en Périgord	Ribérac
- Un SSR de 32 lits dont 5 LISP	- Un SSR de 35 lits dont 10 lits spécialisés gériatriques	- Un service de médecine de 32
- Un EHPAD de 103 lits comprenant un PASA de 14 places et une unité sécurisée de 28 lits	- Une USLD de 60 lits	- Un SSR de 6 lits
	- Un EHPAD de 60 lits	- Un EHPAD de 136 lits dont 6 lits d'hébergement temporaire. Une unité sécurisée de 18 lits et un PASA de 14 places
	- Un FAM de 30 places	- Un accueil de jour de 6 places

#### Il accueille également sur le site de Ribérac:

- Des consultations spécialisées avancées
- Une antenne de 10 places d'HAD du CH Périgueux

### Les propositions de l'Agence Régionale de Santé et leur impact,

Au regard :

- des orientations des politiques publiques
- de l'évolution des prises en charge vers la dimension ambulatoire
- de l'évolution des besoins de notre infra territoire
- des résultats insuffisants en termes d'activité du secteur sanitaire

L'Agence Régionale de Santé a instauré un dialogue au niveau de la gouvernance de l'établissement et avancé des hypothèses visant une **restructuration de l'activité sanitaire** qui aura un impact à la fois **capacitaire et géographique** sur les services des 3 sites du CHICRDD et un **repositionnement éventuel** des services médico-sociaux.

Celle-ci oriente la nécessaire adaptation de nos services sanitaires : le « virage ambulatoire »

- Une diminution de la capacité du service Médecine en hospitalisation complète (hypothèse de 25 lits dont 5 LISP)
- Une diminution de la capacité du SSR hospitalisation complète (hypothèse de 60 lits) avec variation possible de la part des lits gériatriques
- La création d'un Hôpital de Jour (Médecine 4 places + SSR de 6 places)
- La création de consultations externes (médecine générale, gériatrie,....).

Parallèlement afin d'éviter une perte importante de moyens et de structuration la complémentarité de l'offre sanitaire avec des activités médico-sociales :

Des possibilités de restructuration ou de création dans le secteur médico-social :

- La création d'un SSIAD de sorties d'hospitalisation déjà évoqué précédemment (dossier déposé par le CHICRDD depuis 2 ans) de 10 places en capacité supplémentaire
- La diversification des modalités d'accueil en FAM (ex création de places d'Accueil de Jour)
- La création d'un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
- La création d'un EHPAD à domicile, projet totalement innovant

#### 4.4. Les propositions avancées en concertation avec l'ARS

Ce projet constitue pour le CHICRDD un nouveau processus de changements à piloter, 3 ans après sa création sans en sous-estimer l'impact organisationnel et humain.

**Le groupe projet médical** souhaite qu'il prenne sa source dans les choix à opérer sur les options internes à développer ou modifier tenant compte d'avis pluridisciplinaires, sans se limiter strictement aux hypothèses énoncées par l'ARS.

Un premier scénario faisant consensus auprès des médecins hospitaliers et généralistes constituant le groupe de travail est proposé au dialogue avec la Direction et l'ARS.



**Il s'engage** avec le virage ambulatoire dans la structuration d'une **filiale à dominante gériatrique et polyvalente**



**Il propose un premier scénario - V1 :<sup>4</sup>**

Un tableau reprenant la projection de la répartition de l'activité par sites est proposé en annexe.

Concernant l'activité sanitaire et sa capacité :

- Proposition de la diminution des lits de médecine de 32 à 25 lits
- Demande d'autorisation d'un hôpital de jour médecine et SSR (4 et 6 places)
- Augmentation des LISP à 7 lits
- Maintien d'une activité de SSR à 60 lits dont 10 gériatriques
- Création d'une EMG
- Création d'un SSIAD « d'urgence » de 10 places

<sup>4</sup> Tableau de proposition 1 en Annexe  
CHICRDD Projet médical 2020-2025

Concernant l'activité médico-sociale et sa capacité

- Augmentation des lits d'hébergement temporaire à 10 lits
- Augmentation des lits de FAM de 3 places
- Création possible d'un SAMSAH

Dans le contexte et vu le nombre de projets à conduire parallèlement, la réflexion sur un EHPAD à domicile est programmée vers 2022/2023

Le groupe projet a réalisé :

- une projection des nouvelles activités sous un format de fiches-action (en Annexes). Ces dernières sont encore à compléter pour une phase opérationnelle.
- une fiche synthèse par axe sera également formalisée.

## **5. Les orientations stratégiques du projet médical 2020 – 2025**

5.1. Axe stratégique 1 : S'inscrire en tant qu'hôpital de proximité dans la structuration de la filière gériatrique en cohérence avec le projet médical partagé

- 5.1.1. Le positionnement au sein du GHT dans une organisation territoriale négociée
- 5.1.2. La pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité
- 5.1.3. Une vision « hors les murs » dans le cadre d'un parcours patient

5.2. Axe stratégique 2 : Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation

- 5.2.1. La diversification de l'offre de soins en médecine
- 5.2.2. L'adaptation de l'offre de Soins de Suite et de Réadaptation aux besoins et aux demandes
- 5.2.3. La télémédecine en tant que ressource en HDJ
- 5.2.4. Le SSIAD en sortie d'hospitalisation
- 5.2.5. La valorisation des activités pérennes : HAD/SSIAD/ESA
- 5.2.6. Le dépistage des fragilités

### 5.3. Axe stratégique 3 : Restructurer et développer l'offre médico-sociale

- 5.3.1. Le positionnement des activités sur les sites
- 5.3.2. Les solutions de répit (HT, AJT, AJTI)
- 5.3.3. Le développement de l'offre d'hébergement temporaire en EHPAD
- 5.3.4. La restructuration de l'offre de soins pour le public en situation de handicap (restructuration capacitaire du FAM, appartement thérapeutique, SAMSAH)
- 5.3.5. La proposition d'alternatives nouvelles ou innovantes (EHPAD à domicile,?)
- 5.3.6. Le développement de la télémédecine intra et « hors les murs »

### 5.4. Axe stratégique n°4: optimiser les relations ville –médicosociales – hôpital

- 5.4.1. Mise en œuvre du DMP
- 5.4.2. Déploiement de PAACO Globule
- 5.4.3. S'inscrire dans la mise en place de la CPTS du Ribéracois

### 5.5. S'engager dans des programmes de prévention et promotion de la santé

- 5.5.1. L'éducation thérapeutique : corriger les inégalités de santé
- 5.5.2. Les actions de santé publique : être moteur de la promotion de la santé

## 5.6. Répondre aux exigences en matière de qualité et la gestion des risques

La qualité et la sécurité des soins est une démarche transversale qui accompagne globalement toutes les thématiques spécifiques priorisées dans les orientations du projet médical. Elle est portée par différentes instances et comités depuis la création du CHIC RDD.

**La CME s'est engagée en 2016 auprès de la Direction lors de la rédaction de la politique « qualité, sécurité des soins, gestion des risques » à :**

- accompagner une démarche d'optimisation du fonctionnement hospitalier sur le territoire de santé, par le développement des approches « parcours/patients/filières » et de l'implication dans le GHT,
- instaurer une organisation partagée et décloisonnée entre les sites du CHICRDD, au service de la qualité et de la sécurité du soin,
- recomposer un système de management de la qualité et de la sécurité des soins adapté à un établissement multi-sites,
- renforcer la maîtrise des risques associés aux soins, par l'implication des professionnels et une approche préventive,
- garantir le strict respect des mesures d'hygiène et renforcer la prévention des infections associées aux soins,
- structurer la prise en charge médicamenteuse dans le projet d'une PUI unique centralisée et le renforcement du management de sa qualité,
- garantir la sécurité du nouveau système d'information dans son évolution et son déploiement,
- engager une nouvelle dynamique dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles soutenue par le projet médical de territoire, et les projets médical, de soins et qualité partagés,
- permettre aux professionnels d'exprimer au mieux leurs compétences et les soutenir en termes de développement professionnel continu,
- développer une culture de la bientraitance et de l'Humanitude centrée sur le patient, en lui assurant le respect de ses droits et en dispensant des soins personnalisés au plus près de ses attentes, et dans un parcours coordonné,
- renforcer la participation des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Développer une démarche qualité, sécurité des soins et environnementale et sociétale intégrative.

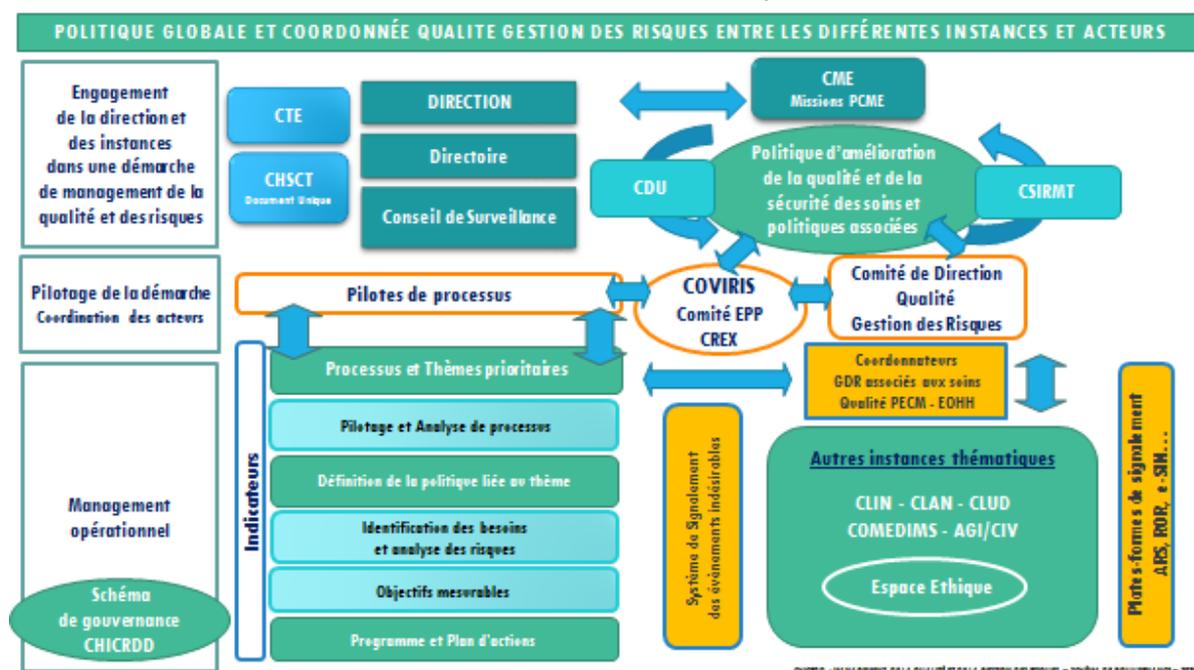
**Politique « qualité Sécurité des Soins – Gestion des Risques 2016/2020 - Page 03**

**L'établissement est aujourd'hui certifié par La Haute Autorité de Santé  
au niveau A depuis 2019.**

En vue de poursuivre cette démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, travaillant en lien avec la CME, le COVIRIS, qui s'est fixé comme objectifs :

- d'effectuer une veille sur les plans d'actions des différents thèmes de la certification HAS,
- de mettre en œuvre régulièrement l'évaluation des pratiques professionnelles,
- d'effectuer un suivi du signalement des événements indésirables et leur évaluation (CREX) grâce au logiciel ENNOV permettant la gestion informatisée de toute la **documentation** institutionnelle et du système et circuit de **signalement des événements indésirables**,
- de poursuivre l'expérience vécue par le patient et son implication dans la démarche « patient traceur »

**3 niveaux de management en interaction grâce à la coordination centrale réalisée par le COVIRIS, et le Comité de Direction Qualité Gestion des Risques.**



**Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)**, regroupant les IPAQSS et les IAS sont autant de mesures factuelles qui permettront de poursuivre la mesure de la qualité et de la sécurité des soins lors de la restructuration des services sanitaires.

## 6. Suivi, évaluation et communication

### 6.1. Modalités de suivi et d'évaluation du projet médical

Le Projet Médical est établi pour cinq ans. Les conditions de sa mise en œuvre sont liées d'abord au dynamisme des acteurs mais aussi à l'obtention des moyens indispensables à la réalisation des projets. Il est révisable à tout moment dans la limite du maintien de sa cohérence avec le P.R.S. et la Loi de santé ; et en fonction de l'évolution des besoins ainsi que du résultat des évaluations des projets mis en place.

Un calendrier indique la planification dans le temps des projets après la phase de présentation.

La mise en œuvre du projet médical du CHICRDD 2020-2025 fera l'objet d'un suivi régulier en Directoire ainsi qu'en CME et d'une information en Conseil de surveillance au regard de la

nature et de l'importance des changements opérés à seulement 4 ans de la fusion des 3 sites. Le Copil restera l'organe opérationnel.

Une évaluation annuelle des projets au regard des indicateurs mentionnés dans les fiches projets sera conduite. Il s'agit d'avoir un bilan régulier sur les modalités de mise en œuvre et de résultat du projet médical.

Cette évaluation pourra associer plusieurs acteurs dont les cadres de santé ou responsables de structures internes impliqués dans les projets.

L'évaluation annuelle doit permettre de conduire à des arbitrages en matière d'ajustements, et de réorientations stratégiques médicales, et éventuellement une modification du projet médical par voie d'avenant.

Elle implique également un lien nécessaire à opérer avec d'autres documents structurants pour le CHICRDD: projet de soins, projet social, schéma directeur du système d'information, plans pluriannuels d'investissement travaux, biomédical, plan global de financement pluriannuel, CPOM sanitaire et médico-social.

## 6.2. Communication

La réalisation du projet médical du CHICRDD représente un enjeu majeur pour l'établissement. A cet effet, une communication du projet médical et de sa réalisation doit être menée en interne, comme en externe.

### 6.2.1. Communication interne

Les instances de l'établissement seront consultées sur l'adoption du projet médical; elles seront aussi régulièrement informées de l'état d'avancement du projet. La périodicité retenue est une information a minima annuelle aux instances suivantes: directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, conseil de surveillance et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il importe que l'ensemble des acteurs du centre hospitalier connaisse les enjeux liés à l'actualité hospitalière et de la mise en œuvre des projets médicaux. Aussi le document sera mis à disposition dans la GED ENNOV.

De plus, une information régulière, d'abord sur l'adoption du projet médical, puis sur la mise en œuvre des projets médicaux sera effectuée par le biais du flash CHIC

### 6.2.2. Communication externe

Il importe, en outre, d'informer les usagers sur l'évolution de l'offre de soins et les orientations stratégiques du CHICRDD. A cet effet la communication externe se fera principalement par voie de presse locale, ainsi que par le biais de communiqués sur le site internet de l'établissement.

Dans le cadre de l'amélioration des relations ville-hôpital, le CHICRDD assurera une mise à disposition du document à l'attention des professionnels de santé libéraux, afin que ces derniers prennent connaissance des orientations médicales de l'établissement.

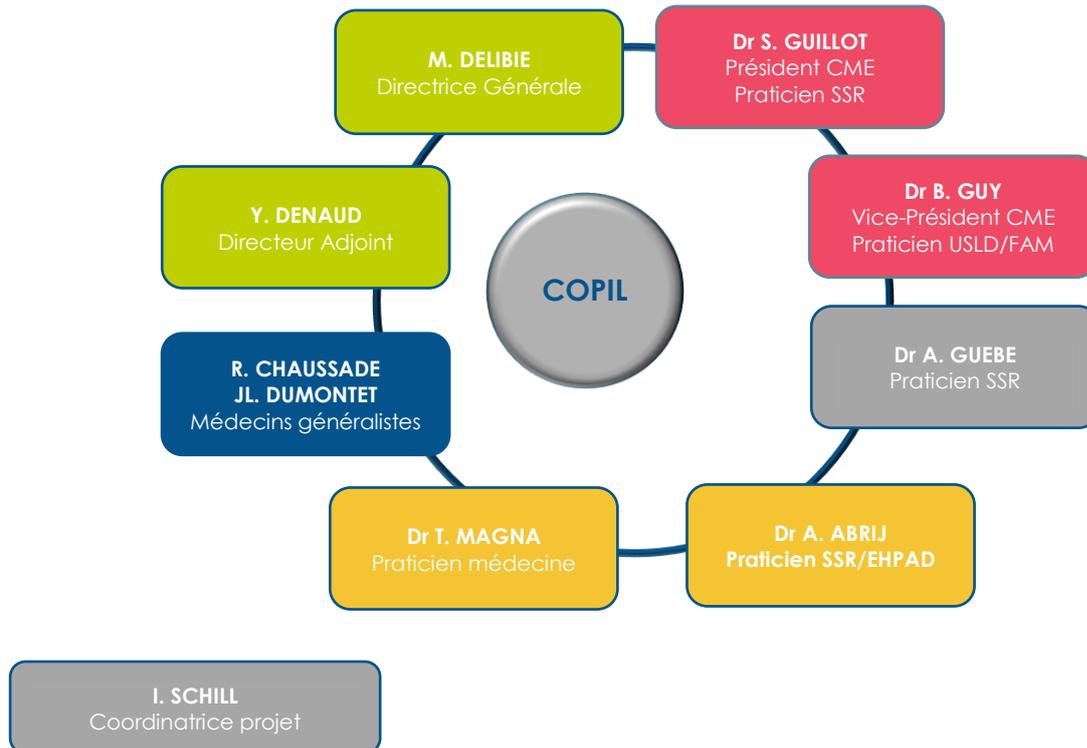
# ANNEXES

## 7. Annexes

### 7.1. Méthode d'élaboration du projet médical

(Travaux 2018/2019)

Le présent projet médical a été élaboré avec la participation de :



Il s'est réuni en début de démarche en tout ou partie, pour lancer le projet, puis en fin de chacune des phases et des réunions intermédiaires, afin de valider les éléments clés

## 7.2. Programmation des actions

<b>Avant fusion</b> <b>3 Hôpitaux de Proximité</b>	<b>FUSION des 3 Centres</b> <b>Hospitaliers au 1<sup>er</sup> janvier</b> <b>2016</b> <b>2016 à 2019</b>	<b>Restructuration des services</b> <b>au</b> <b>1<sup>er</sup> octobre 2019</b>
<b>CH de Ribérac</b> ➤ 16 lits de Médecine ➤ 18 lits de SSR poly pathologie ➤ 140 lits d'EHPAD ➤ 6 lits d'Hébergement temporaire ➤ 6 places d'AJT ➤ 50 places de SSIAD ➤ 10 places D'ESA (mutualisé avec CH de Saint Aulaye)	<b>Site de Ribérac :</b> ➤ 32 lits de médecine ➤ 130 lits d'EHPAD ➤ 6 lits d'HT ➤ 6 places d'AJT	<b>Site de Ribérac :</b> ➤ 20 lits de médecine ➤ 5 lits de LISP ➤ 60 lits d'USLD ➤ 91 lits d'EHPAD ➤ 6 places d'AJT
<b>CH de Saint Aulaye</b> ➤ 16 lits de médecine ➤ 20 lits de SSR poly pathologie ➤ 103 lits d'EHPAD ➤ 25 places de SSIAD	<b>Site de Saint Aulaye :</b> ➤ 27 lits SSR à visé orthopédique ➤ 5 LISP ➤ 103 lits d'EHPAD	<b>Site de Saint Aulaye :</b> ➤ 60 lits de SSR polyvalent ➤ 75 lits d'EHPAD
<b>CH La Meynardie</b> ➤ 60 lits d'USLD ➤ 35 lits de SSR poly pathologie et gériatrie ➤ 60 lits d'EHPAD ➤ 30 places en FAM	<b>Site La Meynardie :</b> ➤ 60 lits d'USLD ➤ 25 lits de SSR polyvalent à visée neurologique ➤ 10 lits SSR gériatrique ➤ 60 lits d'EHPAD ➤ 30 lits de FAM	<b>Site La Meynardie :</b> ➤ 127 lits d'EHPAD ➤ 30 places de FAM ➤ 6 lits d'HT
	➤ 75 places de SSIAD ➤ 10 places d'ESA ➤ 10 places HAD (antenne de Périgueux)	

### 7.3. Tableau de proposition des médecins du groupe projet

SITUATION ACTUELLE - 3 SITES					SCENARIO 1 - 3 SITES					DECISION groupe projet médical
	0 SITES CHICRDD lits et places				1 SITES CHICRDD - lits et places					COMMENTAIRES
	RIB	LM	SA	CHICRDD	RIB	LM	SA	CHICRDD	ARS	
Service de Médecine	32	0	0	32	15	0	0	15	15	Acceptation baisse du fait de l'activité actuelle Maintien à 60 lits dont 15 LITS de SSR Gériatriques SA Service médecine-Augmentation/besoins identifiés en intra Maintien à LM site PA/handicap hébergement Création 4 à 5 places partagées médecine SSR Réaliste/besoins et exemple autre ES Positionnées à SA/Maison méd. et partenariat MG Proposition création EMG par le groupe projet médical
Soins de Suite et de Réadaptation - SSR	6	35	27	68	25	0	35	60	50	
Lits Identifiés Soins Palliatifs - LISP	0	0	5	5	7	0	0	7	5	
Unité de Soins de Longue Durée - USLD	0	60	0	60	0	60	0	60	60	
Hôpital de Jour Médecine	0	0	0	0	2	0	0	2	10	
Hôpital de Jour SSR	0	0	0	0	0	0	2	2	5	
Consultations externes							X			
Equipe Mobile de Gériatrie					X					
Accueil de Jour Thérapeutique - AJT	6	0	0	6	6	0	0	6		
Accueil de Jour Thérapeutique itinérant - AJTI	0	0	0	0	6	0	0	0	En attente autorisation ARS	
Services de Soins Infirmiers SSIAD	50	0	25	75	50	0	25	75		
SSIAD sortie d'hospitalisation					6					Projet en cours voir nbre de place
Equipe Spécialisée Alzheimer - ESA	10	0	0	10	10	0	0	10		
EHPAD	130	60	103	293	130	60	103	293		
EHPAD Hébergement temporaire	6	0	0	6	0	10	0	10	Augmentation de places 10 à 15 - site LM	
EHPAD à domicile									Ne parait pas réaliste du fait des moyens RH	
Foyer d'Accueil Médicalisé	0	30	0	30	0	50	0	50	Augmentation de places justifiées /besoins	
SAMSAH									Création/décision nombre de places	
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>185</b>	<b>160</b>	<b>585</b>				<b>590</b>		
Consultations avancées de méd. spécialistes										
Hospitalisation A Domicile	10									

**Suite à la réunion du 05/02/2018 : Proposition 1 des médecins présents au groupe de travail « Projet Médical ».**  
**1 premier scénario à intégrer dans le dialogue avec L'ARS : capacité et répartition par site**  
**Document en attente de validation**

CHICRDD – Projet Médical – 07/02/2019

#### 7.4. Fiche synthèse type

OBJECTIFS GENERAUX

APPRECIATION DE L'ENVIRONNEMENT

POINTS FORTS

POINTS FAIBLES

OPPORTUNITES

MENACES

*Fiche-type  
pour chaque axe  
En cours de rédaction*



PLAN D' ACTIONS 2020-2025

## 7.5. FICHE ACTION N°1 : L'hôpital de Jour Médecine

<b>1. Orientation stratégique et objectif général</b>	
<b>AXE STRATEGIQUE 2 :</b> Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation	
<b>Objectif 2.1.</b> La diversification de l'offre de soins en médecine	
<b>Action N°1</b>	<b>Création d'un hôpital de jour Médecine</b>
<b>2. Description générale du projet</b>	
<b>Gouvernance projet /Référénts</b>	Direction/Directoire/Commission Médicale d'Etablissement Docteurs Ahmed ABRIJ
<b>Contexte/Constat</b>	Sortie d'une logique de parcours linéaire, organisation graduée, virage ambulatoire. Verticalisation du GHT par filière (gériatrique) Repositionnement de l'hôpital de proximité (Projet médical partagé, PRS, loi santé 2022) et du CHICRDD Décision de l'ARS NA : fermeture de lits d'hospitalisation Médecine/SSR pour un repositionnement du CHICRDD dans un parcours. Complémentarité ville-hôpital et hôpital « hors les murs » sur le territoire.
<b>Référentiels et/ou textes réglementaires</b>	Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques PRS 2018-2023
<b>Situation et périmètre géographique</b>	Décision à prendre quant à la localisation de l'hôpital de jour Médecine/SSR/ Critères : - Attractivité - Accessibilité - Parcours patient - .....
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle à travers un parcours de soins structuré</li> <li>• Assurer une coordination du parcours au long cours en amont et en aval et ainsi éviter les ruptures</li> <li>• contribuer au maintien à domicile et préserver l'autonomie de la personne âgée</li> </ul>
<b>Objectifs médicaux</b>	<p><b>Développer la médecine de bilan, ici bilan en gériatrie :</b> de chutes, de dénutrition, de démence, d'une hypertension sévère avec comorbidités, de diabète décompensé, bilan d'obésité,...</p> <p><b>Apporter des soins, un diagnostic complet et rapide</b> pour débiter une prise en charge efficiente, réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, surveiller et ajuster les thérapeutiques ;</p> <p><b>Pratiquer des soins lourds</b> (transfusions, plaies complexes... ) ;</p> <p><b>S'assurer de la coordination des soins autour du patient</b> et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et les accueils de jour ;</p> <p>Participer à l'organisation du soutien au domicile ;</p> <p><b>Proposer des thérapies complémentaires :</b> acuponcture, phytothérapie</p>
<b>Nombre de lits/places identifiés</b>	Le nombre de places est à envisager dans une montée en charge progressive de l'activité pour un objectif à <b>4 places</b> .

<b>3. Modalités de réalisation</b>	
<b>Parcours patient</b>	<p>⇒ <b>Adressage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande du médecin de la consultation mémoire</li> <li>• Demande du médecin traitant</li> <li>• Demande d'un autre médecin du réseau (hôpital, équipe mobile, urgences)</li> <li>• Demande du médecin coordonnateur d'EHPAD</li> <li>• Demande d'un médecin hors réseau</li> </ul> <p>⇒ <b>Modalités d'entrée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du domicile en lien avec le médecin traitant (réseau Hôpital-Ville)</li> <li>• Institutions médicosociales (EHPAD, FAM...)</li> <li>• A la suite d'une hospitalisation MCO</li> </ul> <p>⇒ <b>Préadmission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact avec le secrétariat médical pour demande initiale (téléphonique, messagerie sécurisée ou PAACO)</li> <li>• Validation de l'admission par le médecin du service suite à l'analyse de la demande initiale</li> <li>• Programmation de l'admission</li> <li>• Confirmation auprès du patient par appel téléphonique à J-1 de l'IDE et vérification des données (checklist) ; voire demande d'examen préliminaires.</li> <li>• Constitution du dossier administratif par le bureau des entrées à J0 ou au cours de l'hospitalisation si besoin (état de santé du patient, arrivée matinale)</li> <li>• Proposition systématique de créer ou d'abonder le DMP.</li> </ul> <p>⇒ <b>Accueil jour « J »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est pris en charge à l'accueil et par une Infirmière Diplômée d'Etat affectée à la structure.</li> <li>• Celle-ci assure l'accueil, vérifie que les éléments du dossier, vérifie l'ouverture du dossier de soins et applique la politique d'identitévigilance</li> <li>• Elle met en œuvre tous les gestes et bilans prescrits.</li> </ul> <p>⇒ <b>Programme thérapeutique personnalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par demi-journée ou journée complète, 1 à 2 journées pour bilan diagnostique en fonction de l'état de santé du patient. Circuit long ou court suivant le projet thérapeutique.</li> <li>• information et adhésion du patient au projet thérapeutique (et/ou la famille ou la personne de confiance)/consentement éclairé</li> <li>• Lien établi dans le parcours patient avec les professionnels libéraux et médico-sociaux</li> <li>• Synthèse du dossier et rédaction du compte-rendu d'hospitalisation par le médecin adressé au médecin traitant et au patient (ou à la personne de confiance).</li> <li>• Consultation de suivi à distance semaines après la fin de l'HDJ en fonction de la décision médicale</li> </ul> <p>⇒ <b>Les médicaments :</b> apportés par le patient. En cas d'oubli et selon le degré d'urgence, une demande de médicaments, validée par un médecin sur une ordonnance standard, pourra être adressée à la pharmacie du CHIC.</p>
<b>Patients cibles</b>	<p><b>Patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivant à domicile ou dans des structures d'hébergement, à leur initiative ou sur demande de leur médecin traitant ;</li> <li>• Orientés par une consultation mémoire</li> <li>• Orientés par un service d'Urgences ;</li> <li>• Après une hospitalisation en service de médecine pour lesquels une évaluation complémentaire est nécessaire, à distance de l'hospitalisation.</li> </ul>

<b>Modalités de réalisation (suite)</b>		
<b>Ressources humaines</b>	<b>La pluridisciplinarité :</b> Praticien hospitalier Cadre de santé IDE coordinatrice des soins Kinésithérapeute Ergothérapeute Orthophoniste	Neuropsychologue Diététicienne Assistante sociale Secrétaire médicale
<b>Organisation des soins</b>	<p><b>Multidisciplinarité:</b> au moins trois disciplines parmi gériatre, neurologue, psychiatre, médecin d'une autre spécialité, infirmière, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, autre paramédical, psychologue, neuro-psychologue</p> <p><b>Du lundi au vendredi inclus, sauf les jours fériés, de 7h00 à 18h00</b></p> <p>⇒ <b>Bilans gériatriques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan diagnostic et d'évaluation des fonctions cognitives ;</li> <li>• Bilan de chutes ;</li> <li>• Bilans nutritionnels ;</li> <li>• Bilan et suivi des plaies chroniques ;</li> <li>• Evaluation et prise en charge de la fragilité</li> <li>• Examens complémentaires</li> </ul> <p>⇒ <b>Autres bilans :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hypertension sévère avec comorbidités, diabète décompensé, obésité,...en lien avec les consultations avancées</li> </ul> <p>⇒ <b>Diagnostic complet</b> pour débiter une prise en charge, réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, surveiller et ajuster les thérapeutiques ;</p> <p>⇒ <b>Soins lourds :</b> transfusions, plaies complexes, ponctions évacuatrices, injections...</p> <p>⇒ <b>Thérapies complémentaires :</b> acuponcture, phytothérapie, sophrologie</p> <p>⇒ <b>information/conseils thérapeutiques intégrés à la PEC.</b></p>	

<b>4. Mise en œuvre du projet</b>	
<b>Prérequis au démarrage du projet</b>	Ressources matérielles et humaines propres à l'unité et différenciées du service de médecine.
<b>Evolution des organisations de travail</b>	<i>Réorganisations et adaptation de l'existant nécessaires pour réaliser cette nouvelle activité</i>
<b>Coopération Coordination</b>	Tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux ville-hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres services hospitalisation/hébergement/domicile CHICRDD</li> <li>• Continuité HDJ médecine et consultations externes/avancées</li> <li>• Coopération médecine de ville et spécialistes</li> <li>• Paramédicaux de ville</li> <li>• Expertise médecin DIM</li> </ul>
<b>Moyens techniques nécessaires au projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureau d'accueil</li> <li>• Salle de soins</li> <li>• Salle d'examen</li> <li>• 3 chambres avec fauteuil/lit</li> </ul> <p><b>Surface utile prévue : 163.06 m<sup>2</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logiciel/dossier patient établissement : OSIRIS</li> </ul>
<b>Investissement à réaliser</b>	Cf. dossier d'autorisation

Mise en œuvre du projet (suite)	
Calendrier envisagé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après autorisation et conformité : 3 à 6 mois pour la mise en œuvre du projet : à partir de 2021 – 2023 (référence CPOM)</li> <li>Evaluation à 6 mois d'activité</li> </ul>
Tarification	Cf. dossier d'autorisation
Transport	<p>Le mode de transport entre le domicile et l'hôpital de jour est laissé au libre choix du patient ou de sa famille.</p> <p>Le CHICRDD n'assure pas ces transports.</p> <p>Si un transport médicalisé est nécessaire, celui-ci est prescrit par le médecin qui adresse le patient</p>

## 5. Evaluation du projet

Bénéfices	Complémentarité ville-hôpital sur le territoire Parcours de soins coordonnés (type à décrire en bilan activité)			
Indicateurs	<p>Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.</td> <td>           Hospitalisation de jour gériatrique  <b>Date échéance</b> : 2023             Développement ambulatoire  <b>Date échéance</b> : 2023         </td> <td>           Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour             Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical         </td> </tr> </tbody> </table> <p>Mesure de la part de la médecine ambulatoire globale par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de médecine.</p> <p><b>Autres indicateurs établissement :</b></p> <p>➡ <b>Indicateurs (référence ANAP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tableau de bord d'activité (taux d'occupation par jour/semaine de l'unité, taux de rotation des places,)</li> <li>Taux d'échec à l'ambulatoire (patient récusé ou ne venant pas le jour même)</li> <li>Taux de repli (patient basculé en HC à l'issue de la PEC en ambulatoire)</li> <li>Profils patients</li> </ul> <p>➡ <b>Indicateurs de suivi (référentiel) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'évaluations médico-psycho-sociales réalisées.</li> <li>Nombre de bilans gériatologiques réalisés pour les résidents des EHPAD et ou domicile.</li> <li>Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.</li> </ul> <p>➡ Evaluation de la satisfaction des patients : à partir d'un questionnaire patient (adaptation du questionnaire actuel à la prise en charge ambulatoire) retour de l'analyse en CDU</p> <p>➡ <b>Evaluation du projet :</b> Evaluation à 6 mois de mise en œuvre de la nouvelle organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>analyse des indicateurs ci-dessus,</li> <li>revue de l'activité en CME,</li> <li>revue des difficultés pour adapter l'organisation,</li> <li>gestion et évaluation des EI/EIG déclarés via ENNOV - Indicateurs qualité (IQSS).</li> </ul> <p>Le recueil des informations sera réalisé à partir du dossier patient OSIRIS par les services administratifs et qualité : rapport d'activité de la structure</p>	<b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.	Hospitalisation de jour gériatrique <b>Date échéance</b> : 2023  Développement ambulatoire <b>Date échéance</b> : 2023	Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour  Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical
<b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.	Hospitalisation de jour gériatrique <b>Date échéance</b> : 2023  Développement ambulatoire <b>Date échéance</b> : 2023	Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour  Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical		

## 6. Éléments budgétaires et financiers

	Cf. dossier d'autorisation
--	----------------------------

## 7.6. FICHE ACTION N°2 : L'hôpital de Jour SSR

<b>1. Orientation stratégique et objectif général</b>	
<b>AXE STRATEGIQUE 2 :</b> Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation	
<b>Objectif 2.2.</b> Adapter l'offre de Soins de Suite et de Réadaptation aux besoins et demandes.	
<b>Action N°2</b>	<b>Création d'un hôpital de jour SSR et Réadaptation Fonctionnelle</b>
<b>2. Description générale du projet</b>	
<b>Gouvernance projet /Référénts</b>	Direction/Directoire/Commission Médicale d'Etablissement Docteur Sandra Guillot
<b>Contexte/Constat</b>	Sortie d'une logique de parcours linéaire, organisation graduée, virage ambulatoire. Verticalisation du GHT par filière (gériatrique) Repositionnement de l'hôpital de proximité (Projet médical partagé, PRS, loi santé 2022) et du CHICRDD Décision de l'ARS NA : fermeture de lits d'hospitalisation Médecine/SSR pour un repositionnement du CHICRDD dans un parcours. Complémentarité ville-hôpital et hôpital « hors les murs » sur le territoire.
<b>Référentiels et/ou textes réglementaires</b>	<b>L'article L.711-2 de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991</b> définit les missions de soins de courte durée, de soins de longue durée et identifie «des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.» <b>Cadre juridique et spécificités organisationnelles de l'HDJ en SSR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux et matériel dédiés au sein d'unités individualisées</li> <li>• Optimisation des horaires d'ouverture : durée des prises en charge fixée à 12h maximum, mais possibilité d'ouverture sur une durée plus longue (D.6124-301-1 CSP)</li> <li>• Possibilité de coordination des équipes médicales et paramédicales exerçant en HC et en HTP sur un même site (D.6124-301-1 al. 4 à 6 et D.6124-303 CSP)</li> <li>• Souplesse dans la gestion du personnel : (D.6124-303 CSP)</li> <li>• Présence minimale requise pendant la durée des prises en charge (et non plus obligatoirement durant toutes les heures d'ouverture)</li> <li>• Présence permanente minimale d'un médecin et d'un infirmier ou d'un masseur-kinésithérapeute pour les SSR</li> <li>• Suppression de l'obligation de disposer systématiquement d'une réanimation pour les établissements de santé assurant la continuité des soins par convention (D.6124-304 al. 2 CSP)</li> <li>• Amélioration de la continuité de soins : le bulletin de sortie devra mentionner les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.</li> <li>• Renforcement de la lutte contre la douleur : doit expressément figurer au protocole de soins (D. 6124-302 CSP) et au bulletin de sortie (D. 6124-304 CSP).</li> </ul>
<b>Situation et périmètre géographique</b>	Décision à prendre quant à la localisation de l'hôpital de jour Médecine/SSR/ Critères : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attractivité</li> <li>- Accessibilité</li> <li>- Parcours patient</li> <li>- .....</li> </ul>

<b>Description générale du projet (suite)</b>	
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle à travers un parcours de soins structuré</li> <li>• Assurer une coordination du parcours au long cours en amont et en aval et ainsi éviter les ruptures</li> <li>• Développer des actions d'éducation thérapeutique</li> <li>• Déterminer des parcours patient avec indicateurs spécifiques</li> </ul>
<b>Objectifs médicaux</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Pluridisciplinaire</b> de rééducation fonctionnelle / réadaptation / réautonomisation à une population gériatrique ne justifiant pas une hospitalisation complète</li> <li>2. <b>Prévenir les défaillances fonctionnelles</b> physiques, cognitives, psychologiques, sensorielles, sociales et des déficiences et handicap : anticipation à un projet de vie adéquat.</li> <li>3. <b>Encourager une réadaptation</b> visant au maintien le plus long possible au domicile du patient âgé.</li> </ol>
<b>Nombre de lits/places identifiés</b>	Le nombre de places est à envisager dans une montée en charge progressive de l'activité pour un objectif à <b>6 places</b> .

<b>3. Modalités de réalisation</b>	
<b>Parcours patient</b>	<p><b>Description du processus de mise en œuvre du bilan initial et du projet thérapeutique élaboré avec le patient et politique générale et procédures de gestion du dossier patient OSIRIS/FACDIS</b></p> <p>⇒ <b>Adressage</b> A la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du médecin traitant</li> <li>- d'un autre médecin du réseau ou hors réseau</li> <li>- du médecin coordonnateur d'EHPAD</li> </ul> <p>⇒ <b>Modalités d'entrée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du domicile en lien avec le médecin traitant (réseau Hôpital-Ville)</li> <li>• Institutions médicosociales (EHPAD, FAM...)</li> <li>• A la suite d'une hospitalisation MCO</li> <li>• Après un 1<sup>er</sup> bilan gériatrique en HDJ médecine</li> </ul> <p>⇒ <b>Préadmission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact avec le secrétariat médical pour demande initiale (téléphonique, messagerie sécurisée ou PAACO)</li> <li>• Validation de l'admission par le médecin du service suite à l'analyse de la demande initiale</li> <li>• Programmation de l'admission</li> <li>• Confirmation auprès du patient par appel téléphonique à J-1 de l'IDE et vérification des données (checklist) ; voire demande d'examens préliminaires.</li> <li>• Constitution du dossier administratif par le bureau des entrées à J0 ou au cours de l'hospitalisation si besoin (état de santé du patient, arrivée matinale)</li> <li>• Proposition systématique de créer ou d'abonder le DMP.</li> </ul> <p>⇒ <b>Accueil jour « J »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est pris en charge à l'accueil et par une Infirmière Diplômée d'Etat affectée à la structure.</li> <li>• Celle-ci assure l'accueil, vérifie que les éléments du dossier, effectue l'ouverture du dossier de soins et applique la politique d'identitovigilance</li> <li>• Elle met en œuvre le bilan diagnostique. (OSIRIS)</li> </ul> <p>⇒ <b>Programme personnalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par demi-journée ou journée complète, 1 à 2 journées pour bilan diagnostique en fonction de l'état de santé du patient. Circuit long ou court suivant le projet thérapeutique.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une réunion de synthèse pluridisciplinaire pour un diagnostic, définition des thérapeutiques et des moyens à mettre en œuvre pour l'aide au maintien à domicile si besoin.</li> <li>• information et adhésion du patient au projet thérapeutique (et/ou la famille ou la personne de confiance)/consentement éclairé</li> <li>• Lien établi dans le parcours patient avec les professionnels libéraux et médico-sociaux</li> <li>• Synthèse du dossier et rédaction du compte-rendu d'hospitalisation par le médecin du service adressé au médecin traitant et au patient (ou au représentant légal).</li> <li>• Consultation de suivi environ 4 à 6 semaines après la fin de l'HDJ.</li> </ul> <p>⇒ <b>Les médicaments</b> : apportés par le patient. En cas d'oubli et selon le degré d'urgence, une demande de médicaments, validée par un médecin sur une ordonnance standard, pourra être adressée à la pharmacie du CHIC.</p> <p>⇒ <b>La visite du domicile</b> :</p> <p>Une visite du domicile est possible au décours de l'hospitalisation de jour en lien avec le SSR. Réalisée par l'ergothérapeute qui peut être assisté(e), par un autre intervenant de l'hôpital de jour. Les indications sont posées à la suite du bilan réalisé.</p>
<p><b>Patients cibles</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Sous conditions d'1 plateau technique</b></p> <p><b>Pathologies orthopédiques et rhumatologiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lombalgies chroniques, pathologie inflammatoire (SPA, PR),</li> <li>- Pathologies orthopédiques complexes invalidantes (genou, épaule, hanche...),</li> <li>- Troubles statiques du rachis,</li> <li>- Affections traumatologiques et post chirurgicales (ostéosynthèse...),</li> <li>- Affections médicales autres en particulier syndrome douloureux chronique (SDLCR, douleurs neuropathiques...)</li> </ul> <p><b>Maladies neurologiques justifiant d'une rééducation, réadaptation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lésions cérébrales (AVC, TC, Tumeurs cancéreuses)</li> <li>- Lésions médullaires post-traumatiques, post-chirurgicales ou médicales</li> <li>- Pathologies neuromusculaires et neurologiques périphériques</li> <li>- Parkinson</li> </ul> <p><b>Patient chuteurs ou à risque de chutes</b> et/ou avec troubles de la marche et de l'équilibre</p> <p><b>Personnes âgées polypathologiques</b> avec un risque de perte d'autonomie qui vivent au domicile ou en EHPAD et éligibles au programme.</p>

<b>Modalités de réalisation (suite)</b>		
<b>Ressources humaines</b>	<b>La pluridisciplinarité :</b> Médecin IDE coordinatrice des soins Kinésithérapeute Ergothérapeute AS Orthophoniste	Neuropsychologue Diététicienne Assistante sociale APA (éducateur en activité physique adaptée) Secrétaire médicale
<b>Organisation des soins</b>	Du lundi au vendredi inclus, sauf les jours fériés, <b>de 9h00 à 17h00</b>  1. Evaluation individuelle en début et fin de prise en charge  2. Diversité des soins/diversité des rythmes/Mode combiné avec une autre PEC (HAD, libérale par ex.)  3. Ateliers individuels et en groupe : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mémoire : stimuler les fonctions cognitives</li> <li>• Langage</li> <li>• Activités physiques adaptées : gymnastique, motricité, marche et équilibre</li> <li>• Graphisme : travail du geste chez les parkinsoniens</li> <li>• Activités de la vie quotidienne : réautonomisation aux AVQ, mise en situation</li> </ul>	

<b>4. Mise en œuvre du projet</b>	
<b>Prérequis au démarrage du projet</b>	
<b>Evolution des organisations de travail</b>	<i>Réorganisations et adaptation de l'existant nécessaires pour réaliser cette nouvelle activité</i>
<b>Coopération Coordination</b>	Tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux ville-hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres services hospitalisation/hébergement/domicile CHICRDD</li> <li>• Continuité HDJ médecine et consultations externes/avancées</li> <li>• Coopération médecine de ville et spécialistes</li> <li>• Paramédicaux de ville</li> <li>• Expertise médecin DIM</li> </ul>
<b>Moyens techniques nécessaires au projet</b>	<b>Dépendent de l'activité développée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bureau d'accueil</li> <li>- Salle de soins</li> <li>- Bureaux médicaux, salle d'examen</li> <li>- Plateau technique de kinésithérapie</li> <li>- Plateau d'ergothérapie</li> <li>- Plateau d'orthophonie et neuropsychologie...</li> <li>- Plateau technique biomédical...</li> </ul> Logiciel/dossier patient établissement : OSIRIS
<b>Investissement à réaliser</b>	Cf. dossier d'autorisation

Mise en œuvre du projet (suite)	
<b>Calendrier envisagé</b>	Dépôt du dossier d'autorisation (CSOS) : septembre - octobre 2019 <ul style="list-style-type: none"> <li>Après autorisation et conformité : 3 à 6 mois pour la mise en œuvre du projet : 2021 – 2023 (référence CPOM)</li> <li>Evaluation à 6 mois d'activité</li> </ul>
<b>Tarification</b>	Cf. dossier d'autorisation
<b>Transport</b>	Le mode de transport entre le domicile et l'hôpital de jour est laissé au libre choix du patient ou de sa famille. Le CHICRDD n'assure pas ces transports. Si un transport médicalisé est nécessaire, celui-ci est prescrit par le médecin qui adresse le patient

5. Evaluation du projet				
<b>Bénéfices</b>	Complémentarité ville-hôpital sur le territoire Parcours de soins coordonnés (type à décrire en bilan activité)			
<b>Indicateurs</b>	<p>⇒ <b>Indicateur spécifique CPOM :</b> Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé :</p> <table border="1"> <tr> <td><b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.</td> <td>Hospitalisation de jour gériatrique <b>Date échéance</b> : 2023  Développement ambulatoire <b>Date échéance</b> : 2023</td> <td>Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour  Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical</td> </tr> </table> <p>⇒ <b>Autres indicateurs établissement :</b></p> <p>⊕ <b>Indicateurs (référence ANAP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tableau de bord d'activité (taux d'occupation par jour/semaine de l'unité, taux de rotation des places,)</li> <li>Taux d'échec à l'ambulatoire (patient récusé le jour même)</li> <li>Taux de repli (patient basculé en HC à l'issue de la PEC en ambulatoire)</li> <li>Profils patients</li> </ul> <p>⊕ <b>Indicateurs de suivi (référentiel) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'évaluations médico-psycho-sociales réalisées.</li> <li>Nombre de bilans gériatriques réalisés pour les résidents des EHPAD et ou domicile.</li> <li>Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.</li> </ul> <p>⊕ Evaluation de la satisfaction des patients : à partir d'un questionnaire patient (adaptation du questionnaire actuel à l'ambulatoire) retour de l'analyse en CDU</p> <p>⊕ <b>Evaluation du projet :</b> Evaluation à 6 mois de mise en œuvre de la nouvelle organisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>analyse des indicateurs ci-dessus,</li> <li>Revue de l'activité en CME</li> <li>revue des difficultés pour adapter l'organisation,</li> <li>gestion et évaluation des EI/EIG déclarés via ENNOV - Indicateurs qualité (IQSS).</li> </ul> Le recueil des informations sera réalisé à partir du dossier patient OSIRIS par les services administratifs et qualité : rapport d'activité de la structure</p>	<b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.	Hospitalisation de jour gériatrique <b>Date échéance</b> : 2023  Développement ambulatoire <b>Date échéance</b> : 2023	Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour  Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical
<b>VIRAG.2</b> - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement.	Hospitalisation de jour gériatrique <b>Date échéance</b> : 2023  Développement ambulatoire <b>Date échéance</b> : 2023	Analyser la pertinence du développement de l'hospitalisation de jour et développer des places d'hospitalisation de jour  Poser les principes du développement ambulatoire dans le projet médical		

6. Eléments budgétaires et financiers	
	Cf. dossier d'autorisation

## 7.7. FICHE ACTION N°3 : Les consultations externes

<b>1. Orientation stratégique et objectif général</b>	
<b>AXE STRATEGIQUE 2 :</b> Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation	
<b>Objectif 2.1.</b> La diversification de l'offre de soins en médecine	
<b>Action N°3</b>	<b>Création d'un service de consultations externes</b>
<b>2. Description générale du projet</b>	
<b>Gouvernance projet /Référénts</b>	Direction/Directoire/Commission Médicale d'Etablissement Docteur Sandra GUILLOT - PCME
<b>Contexte/Constat</b>	Désertification médicale avérée (cf. démographie médicale et non remplacement des généralistes) Relation avec la maison médicale antérieure au projet Besoins de la population et demande des médecins généralistes
<b>Référentiels et/ou textes réglementaires</b>	Le dossier de consultation externe, ou d'examen externe, n'est visé à ce jour par aucune disposition légale ou réglementaire spécifique.
<b>Situation et périmètre géographique</b>	Suite à l'analyse du contexte, le comité de pilotage propose de situer ce service sur la ville de Saint-Aulaye Puymangou en intra hospitalier. Cette décision est conditionnée à l'utilisation d'un logiciel commun (Hellodoc).
<b>Objectifs médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des critères</li> <li>• Renouvellement</li> <li>• Limiter les décompensations et hospitalisation aux urgences</li> </ul>
<b>Temps dédié/ Nombre de Consultations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux journées et demie par semaine au début de la mise en place de l'activité : le mardi et jeudi</li> <li>• Augmentation du nombre de journée en fonction de la demande et des ressources en personnel médical et non médical affectés</li> <li>• Objectif : temps plein médical</li> <li>• 20 consultations/jour</li> </ul>

<b>3. Modalités de réalisation</b>		
<b>Parcours patient</b>	Adressage par l'hôpital de jour ou par tous confrères Consultations programmées Suivi de sortie d'hospitalisation (éviter les ré hospitalisation)	
<b>Patients cibles</b>	Patients adultes avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie cardiaque chronique</li> <li>- Pathologie rénale chronique</li> <li>- Diabète</li> <li>- Problématique gériatrique</li> </ul> Suivi de médecine générale <i>Envisager des consultations non programmées en ressource pour la médecine de ville</i>	
<b>Ressources humaines</b>	1 ETP Médecin Praticien Hospitalier CHICRDD selon disponibilité, assuré par l'ensemble des médecins du CHICRDD	1 temps de secrétariat à estimer 1 IDE associée à la présence du médecin permettant l'optimisation du temps médical
<b>Organisation des soins</b>	Prise de rendez-vous auprès du secrétariat Arrivée à l'accueil avec documents administratifs et médicaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carte vitale/mutuelle/CNI</li> <li>- Courriers, dernière biologie</li> <li>- +/- radios</li> </ul> L'IDE réalise le recueil des données : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constantes</li> <li>• Mode de vie</li> </ul> Par tranche de 20 ou 30 mn	

<b>4. Mise en œuvre du projet</b>	
<b>Prérequis au démarrage du projet</b>	Campagne de communication interne et externe (public, professionnels, autres établissements sanitaires et médicosociaux)
<b>Evolution des organisations de travail</b>	<i>Réorganisations du temps médical intra hospitalier</i>
<b>Coopération Coordination</b>	Autres services intra, ville hôpital : - Maison médicale de Saint-Aulaye - Médecins généralistes de la Roche Chalais et alentours
<b>Moyens techniques nécessaires au projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Table d'examen</li> <li>• Tensiomètre</li> <li>• Saturomètre</li> <li>• Lecteur de glycémie et consommables</li> <li>• Balance/toise/lampe</li> <li>• Monofilament</li> </ul>
<b>Investissement à réaliser</b>	Bureaux médicaux et salle d'attente
<b>Calendrier envisagé</b>	- - Début de l'activité selon recrutement médical
<b>Tarification</b>	conventionnelle
<b>Transport</b>	Pas de problématique transport, Usager seul concerné

<b>5. Evaluation du projet</b>	
<b>Bénéfices</b>	Réponse directe aux besoins de l'usager sur le territoire Attractivité pour des médecins généralistes en recherche d'une implantation Ressource pour la maison médicale
<b>Indicateurs</b>	Quantitatifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de journées</li> <li>• Nombres de consultations jours</li> <li>• typologie patients :</li> <li>- Age/sexes...</li> <li>- Pathologies identifiées...</li> </ul> Qualitatifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

<b>6. Eléments budgétaires et financiers</b>	

## 7.8. FICHE ACTION N°4 : Création d'une EMG

<b>1. Orientation stratégique et objectif général</b>	
<b>AXE STRATEGIQUE 2 :</b> Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation	
<b>Objectif 2.1.</b> La diversification de l'offre de soins en médecine	
<b>Action N° 4</b>	<b>Création d'une Equipe Mobile de Gériatrie</b>
<b>2. Description générale du projet</b>	
<b>Référents Gouvernance projet</b>	Direction/Directoire/Commission Médicale d'Établissement Docteur Sandra GUILLOT
<b>Contexte/Constat</b>	Verticalisation du GHT par filière (gériatrique) Repositionnement du CHICRDD en tant qu'hôpital de proximité (Projet médical partagé, PRS, loi santé 2022) Complémentarité ville-hôpital et hôpital « hors les murs » sur le territoire.
<b>Référentiels et/ou textes réglementaires</b>	Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques Annexe 3
<b>Situation et périmètre géographique</b>	Le CHICRDD du fait de ses différentes activités sanitaires et médico-sociales représente une « filière gériatrique locale » au sein de la filière gériatrique territoriale EMG intra hospitalière installée sur 1 des sites en relation de proximité avec les structures de coordination et de répit. (Ribérac ou Saint-Aulaye Puymangou)
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer un maillon supplémentaire dans la « filière gériatrique locale CHICRDD »</li> <li>• Jouer son rôle d'interface entre les villes et villages de l'infra territoire et l'hôpital</li> <li>• S'inscrire dans une coordination du parcours de la personne âgée</li> <li>• Apporter un soutien aux professionnels médicaux, médicosociaux et du domicile</li> </ul>
<b>Objectifs médicaux et médicosociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques</li> <li>• Permettre à chaque patient de bénéficier d'un avis gériatrique et d'une orientation adaptée au sein de la filière</li> <li>• Conseiller les personnels et intervenants du domicile dans le cadre du projet de soins de la personne âgée et dans la gestion des situations de crise</li> <li>• Dispenser une évaluation gériatrique médico psycho sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique ou thérapeutique</li> <li>• Détecter en amont les risques de fragilité</li> <li>• Réduire l'incidence des réhospitalisations précoces</li> </ul>
<b>Nombre d'évaluations et file active</b>	<b>A évaluer</b>

<b>3. Modalités de réalisation</b>		
<b>Parcours patient</b>	<p>Interface entre la filière de soins gériatrique et les établissements médicosociaux et les coordinations du domicile</p> <p>Intervention à la demande des médecins généralistes et/ou des professionnels sociaux et médico-sociaux</p> <p>Orientation amont aval suivant les besoins (programmation hospitalisation, projet d'accompagnement de la sortie,...)</p> <p>Maintien au domicile</p> <p>Soutien à la prise en charge en ESMS</p>	
<b>Patients cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de plus de 75 ans vivant au domicile, ou en institutions médico-sociales</li> <li>• Personnes âgées dans le cadre d'un suivi SSIAD/ESA/HAD</li> <li>• Vieillesse usuel Risque de perte d'autonomie : Comorbidités <math>\geq 2</math> (ALD)</li> </ul> <p>Incapacités <math>\geq 1</math> (ADL) Hospitalisations (urgences)- Polymédication - Situation sociale: seul à domicile</p>	
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• un médecin gériatre ;</li> <li>• un infirmier ;</li> <li>• assistante sociale ;</li> <li>• psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.</li> </ul>	<b>Voir la modulation</b>
<b>Organisation des soins</b>	<p>Délai d'intervention à évaluer suivant la demande et la situation de la PA (dans les 24/48h00 à 7/10 jours)</p> <p>Utilisation des outils d'évaluation gériatrique</p> <p>Recommandations et participation au projet d'orientation de la PA</p> <p>Possibilité de formation « soignant-soignant »</p>	

<b>4. Mise en œuvre du projet</b>	
<b>Prérequis au démarrage du projet</b>	Formation spécifique aux techniques d'évaluation gériatrique
<b>Evolution des organisations de travail</b>	NC
<b>Coopération Coordination</b>	Tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux et intervenants ville-hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres services hospitalisation/hébergement/domicile CHICRDD</li> <li>• HDJ médecine/SSR et consultations externes/avancées</li> <li>• Coopération médecine de ville et spécialistes</li> <li>• Paramédicaux de ville</li> <li>• MAIA</li> </ul>
<b>Moyens techniques nécessaires au projet</b>	Actions de communication interne/externe Structuration de documents spécifiques EMG (fiche de demande par ex) Outil d'évaluation et de suivi (cf outil NA) Programmation d'un numéro unique à destination des partenaires externes.
<b>Investissement à réaliser</b>	
<b>Calendrier envisagé</b>	<b>A définir/délaï dossier/Autorisation</b>
<b>Tarification</b>	Dotation frais de personnels et déplacement+ frais de structure
<b>Transport</b>	Frais de déplacement de l'équipe ou véhicule de fonction

<b>5. Evaluation du projet</b>	
<b>Indicateurs</b>	<i>Indicateurs circulaire</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'évaluations réalisées (en intra par service hospitalier et en extra hospitalier).</li> <li>• Pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'équipe mobile en intra-hospitalier.</li> <li>• Composition de l'équipe médicale en équivalent plein temps.</li> <li>• Composition de l'équipe non médicale en équivalent plein temps.</li> </ul> <i>Indicateurs outil de suivi d'activité (fichier ARS NA)</i>

<b>6. Eléments budgétaires et financiers</b>	
	Financement sur dotation/capacité établissement/nombre d'évaluations estimées

## 7.9. FICHE ACTION N°5 : Création d'un SAMSAH

<b>1. Orientation stratégique et objectif général</b>	
<b>AXE STRATEGIQUE 3 :</b> Restructurer et développer l'offre médico-sociale	
<b>Objectif 3.4 :</b> La restructuration de l'offre de soins pour le public en situation de handicap	
<b>Action N° 5</b>	<b>Création d'un SAMSAH</b>
<b>2. Description générale du projet</b>	
<b>Référents Gouvernance projet</b>	Direction/Directoire/Commission Médicale d'Etablissement Docteur Benjamin GUY
<b>Contexte/Constat</b>	En Dordogne : - 3 SAMSAH dont 2 à Périgueux (pour un public cible (handicap psychique handicap moteur). 1 (tout handicap) excentré en milieu rural limite de la Corrèze adossé à un établissement médico-social de grande taille (200 places) - 3 SAVS en proximité (Périgueux Saint Astier et Montpon) <i>Choix d'un SAMSAH non spécialisé pour accueillir des situations de handicap diverses en territoire rural.</i>
<b>Référentiels et/ou textes réglementaires</b>	Loi du 11 février 2005 sur le handicap Les SAMSAH sont définis par le Code de l'action sociale et des familles et notamment dans les articles L312-1 (7° du I) ; R314-140 et suivants, D312-163 à D312-176. Recommandations HAS/ANESM Référence SROSMS/PRIAC/PRS/Schéma Départemental
<b>Situation et périmètre géographique</b>	Structure adossée au FAM La Meynardie mais en raison de l'accessibilité l'ancrage géographique sur un autre site du CHICRDD est à envisager (en proximité des structures du domicile) Définir un zonage en fonction des structures existantes
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap à partir de la création du, de l'extension du FAM en tant que structure d'appui.</li> <li>• Orienter les personnes vers le « rétablissement » et l'accompagnement vers le logement autonome.</li> <li>• Fluidifier les parcours des personnes handicapées psychiques en articulant le SAMSAH avec le dispositif régional sanitaire de réhabilitation psychosociale et les structures sociales et médicosociales qui interviennent déjà dans ce domaine.</li> <li>• Accroître l'impact et la continuité des effets des prises en charge spécifiques d'amont</li> <li>• S'intégrer dans une évaluation transdisciplinaire, partagée et écologique</li> </ul>
<b>Nombre de lits/places identifiés</b>	10 à 20 places (à déterminer – référence taille autres SAMSAH <sup>o</sup> du département 15/30 places) Raisonnement par file active

<b>3. Modalités de réalisation</b>		
<b>Parcours</b>	<p>A partir des notions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétablissement par rapport à la maladie (personnel, clinique et fonctionnel) en lien avec :</li> <li>- La réhabilitation psychosociale</li> <li>- L'inclusion sociale</li> </ul> <p>A partir du domicile, usager co-auteur – Projet personnalisé et de soins Rencontres au domicile ou dans les locaux du SAMSAH ou autres lieux/aux actions Coopération sociales, médico-sociales, sanitaires</p>	
<b>Public cible</b>	<p>En fonction du projet d'établissement à définir la situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulte entre 20 et 60 ans en situation de handicap bénéficiant d'une décision d'orientation CDAPH – MDPH</li> <li>• Inscrits dans une dynamique de parcours de vie et de projet</li> <li>• Rencontrant des difficultés dans l'accès puis le maintien dans le logement</li> <li>• Nécessitant un soutien spécifique pour mettre en œuvre leurs projets :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'issue d'une prise en charge dans un centre de réhabilitation psychosociale pour renforcer et prolonger les acquis obtenus ;</li> <li>- Suite au souhait de la personne de quitter un établissement ou un service social ou médicosocial assurant jusqu'à lors sa prise en charge, pour aller vers plus d'autonomie ;</li> <li>- Permettant de sortir d'une situation de retrait social et/ou d'inactivité pour des personnes vivant seules ou en famille.</li> </ul>	
<b>Ressources humaines</b>	<p>Une équipe pluridisciplinaire qui inclut des professionnels de l'accompagnement ainsi que du personnel médical et paramédical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin</li> <li>- des auxiliaires médicaux</li> <li>- des aides-soignants.</li> </ul> <p>L'équipe devra également inclure les profils professionnels nécessaires au fonctionnement d'un SAVS (</p>	<p>Nombre et qualité à définir en fonction du futur projet, de la capacité et du public accueilli</p>
<b>Organisation de l'accompagnement et des soins</b>	<p>Le projet d'accompagnement individualisé comprend <b>un volet social</b>, prestations d'un SAVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence</li> <li>• Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.</li> </ul> <p>Et en sus, tout ou partie des prestations suivantes <b>dans le cadre d'un volet soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des soins réguliers et coordonnés, somatiques et psychiques ;</li> <li>• Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.</li> <li>• La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre</li> <li>• L'ensemble des prestations est formalisé dans le cadre du document individuel de prise en charge conclu avec l'usager.</li> </ul> <p>Prévoir une montée en charge de l'activité</p>	

<b>4. Mise en œuvre du projet</b>	
<b>Prérequis au démarrage du projet</b>	Analyse des besoins à réaliser (MDPH, établissements SMS) Rédaction d'un pré-projet décrivant les modalités d'organisation et de fonctionnement opérationnelles.
<b>Evolution des organisations de travail</b>	NC
<b>Coopération Coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lien avec les ressources du dispositif régional sanitaire de réhabilitation psychosociale.</li> <li>• Les acteurs du logement</li> <li>• Les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et de droit commun</li> <li>• Les dispositifs existants favorisant l'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux</li> <li>• La MDPH</li> </ul>
<b>Moyens techniques nécessaires au projet</b>	Locaux Véhicules Matériel informatique ...
<b>Investissement à réaliser</b>	
<b>Calendrier envisagé</b>	
<b>Tarifcation</b>	
<b>Transport</b>	

<b>5. Evaluation du projet</b>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau de bord d'activité</li> <li>• Profils personnes accueillies</li> <li>• Composition de l'équipe</li> <li>• Indicateurs qualité en lien avec les objectifs d'accompagnement et de coordination</li> </ul>

<b>6. Eléments budgétaires et financiers</b>	

## 7.10. Repères théoriques

- Une filière de soins : c'est la trajectoire de soins empruntée par le patient
- Un réseau de soins : c'est une offre multidisciplinaire coordonnée et organisée des soins
- Une filière gériatrique de territoire : c'est une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques (le noyau dur de la filière gériatrique étant le CSG) permettant un continuum dans la trajectoire de soins sur un territoire donné ayant pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles en tenant compte du caractère évolutif des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique.
- Le parcours de santé, articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.
- Le parcours de soins, permet l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Le parcours de vie, envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...
- Le virage ambulatoire : « Le virage ambulatoire, aussi appelé « déshospitalisation », consiste principalement à écourter et même à éviter les séjours en milieu hospitalier en donnant davantage de services au plus près des milieux de vie, ...ou à domicile ».

Mais aussi :

« Revirement de politique dans le domaine de la santé publique qui consiste à favoriser la prestation de soins et de services de santé à des personnes qui sont capables de se déplacer pour les recevoir ». - Jean Rochon, Québec 1990-2000

« Le terme ambulatoire implique la prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation, ou d'une durée de quelques heures ».

« Se dit d'un traitement durant lequel les activités normales du malade ne sont pas interrompues ».

Pour d'autres définitions, une référence :

« Lexique des Parcours de A à Z » - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers » - ARS Janvier 2016



Direction des Ressources Humaines/  
Affaires Médicales/Affaires Juridiques/  
Secteur Handicap/Communication/  
Santé Publique

## 8. Proposition d'avenant au Projet Médical Juin 2024

- Vu le Projet Médical du CHICRDD 2020 -2025 validé en 2020 ;
- Vu la labellisation Hôpital de Proximité de l'établissement le 10 aout 2022 ;
- vu l'avant-projet du Projet Médico-soignant de territoire du GHT Dordogne en date du 08 mars 2024 ;

Les modifications suivantes sont apportées au Projet Médical 2020-2025 du CHICRDD :

- Au point 5.1.2. « la pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité », ajouter en objectif la participation active à la future CPTS de territoire.
- Au point 5.1.2. « la pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité », ajouter en objectif le développement de l'accès à des spécialistes dans le cadre de l'activité hospitalière (pédiatrie, ophtalmologie, neurologie et gynécologie).
- Au point 5.1.2. « la pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité », ajouter en objectif le développement en télésanté du SMR.
- Au point 5.1.2. « la pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité », ajouter en objectif l'obtention de l'agrément pour l'accueil d'internes.
- Au point 5.1.2. « la pérennisation et la labellisation en tant qu'hôpital de proximité », ajouter en objectif le développement de l'éducation thérapeutique du patient.
- Au point 5.1.3. « Une vision « hors les murs » dans le cadre d'un parcours patient, ajouter en objectif la création d'un service de transport sanitaire, afin de répondre aux nombreuses difficultés rencontrées notamment pour les petits trajets.
- Au point 5.2.1. « La diversification de l'offre de soins en médecine », ajouter en objectif « la Consolidation de l'Hôpital de Jour Médecine (avec transfusion sanguine et bilans gériatriques) ».

- Au point 5.2.1. « La diversification de l'offre de soins en médecine », ajouter en objectif la mise en place de consultations pour les maladies chroniques (en complément de la fiche annexe n°3).

**Siège Administratif : "La Meynardie" – 24410 SAINT PRIVAT EN PERIGORD – Tél :  
[05 53 92 48 00](tel:0553924800) Siège Social : Rue Jean Moulin – 24600  
RIBERAC**

- Au point 5.3.4. « Le développement de l'offre de soins pour le public en situation de handicap », ajouter en objectif « la Création d'une Unité pour Personnes en situation de Handicap Vieillissantes en EHPAD » sur le site de LA MEYNARDIE, pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes et ainsi répondre à un besoin du territoire.
- Au point 5.2.2. « L'adaptation de l'offre de soins de suite et de réadaptation aux besoins et aux demandes », ajouter en objectif « le développement d'une Orientation SMR en addictologie, en complément de l'orthopédie et de la neurologie ».
- Insérer un point 5.7 « Développer une veille éthique sur les nouvelles questions soulevées par la société (aide à mourir...) ».

## 9. Acronymes

ALD : Affection Longue Durée

CHIC RDD : Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Double Dronne

COFIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PMP : Projet Médical Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

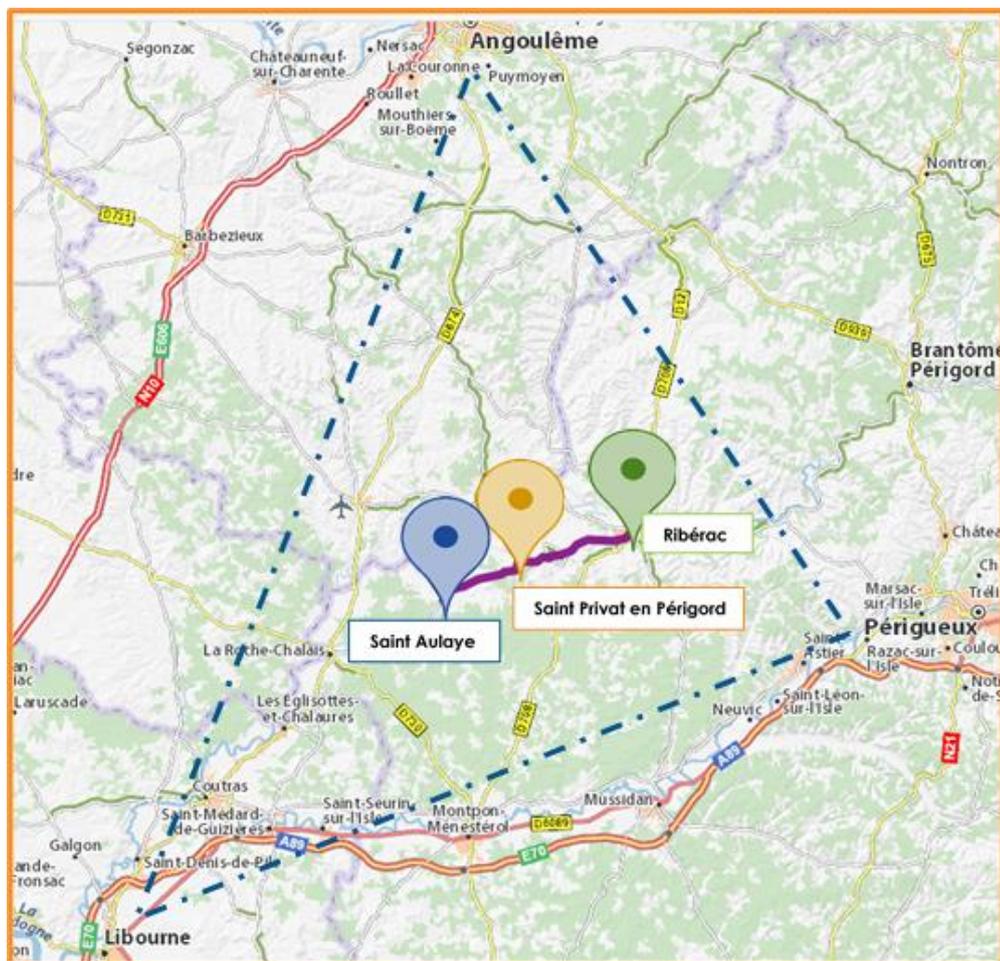
SRS : Schéma Régional de Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

USLD : Unité de Soins de Longue Durée



### **Le CHIC RDD - Site de RIBÉRAC**

Rue Jean Moulin  
24600 RIBÉRAC

### **Le CHIC RDD - Site de LA MEYNARDIE**

La Meynardie  
24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD

### **Le CHIC RDD - Site de CHENARD**

Rue du Docteur Broquaire  
24410 SAINT AULAYE