

# Projet de Soins Partagés (PSP) GHT G2A



Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) sont définis dans le décret du 27 avril 2016 (issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016).

Le GHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

L'objectif recherché est la cohérence des parcours de santé pour les patients tant en terme d'accès aux soins (de proximité et de recours), de fluidité, de complémentarité et de synergie entre les structures et les filières de soins du territoire de santé.

Un autre principe est la mutualisation de plusieurs fonctions support (achats, systèmes d'information et département d'information médicale DIM). Cette nouvelle approche a un impact fort sur la politique de soins du territoire de santé tant sur les parcours patient que sur les parcours des professionnels.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, dit projet de soins partagé (PSP), est une composante de la convention constitutive du GHT G2A et représente une déclinaison du projet médical partagé. Dans une démarche intégrative, il s'agit de concevoir et de formaliser un projet médico-soignant partagé de GHT.

Le projet de soins partagé est en liens étroits avec le projet qualité-gestion des risques, le projet social et le projet des usagers (commission des usagers CDU). Il définit la politique globale de prise en charge du patient et permet de formaliser les orientations et les objectifs de soins sur le territoire de santé que représente le GHT G2A : le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE : sites d'Annecy et de St Julien en Genevois), le Centre Hospitalier de Rumilly Gabriel Deplante (CHR) et le Centre Hospitalier du Pays de Gex.

Les éléments constitutifs du PSP au sein du projet médico-soignant permettent de définir pour chaque filière médicale : les parcours et les filières de soins, la formation des personnels, les compétences partagées, le développement des compétences de coordination, la recherche paramédicale, ...

Chaque établissement partie au GHT ayant des spécificités, le projet de soins partagé décliné au niveau local devra être en cohérence avec les projets de soins précédents.

Il s'agit pour le projet de soins partagé d'apporter des réponses cohérentes, pragmatiques, réalistes et applicables. Il repose sur l'engagement concret de chaque professionnel paramédical. Il doit répondre aux attentes des usagers et être un fil conducteur pour les soignants.

Le PSP puise sa philosophie dans les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de la communauté soignante du GHT. Il adhère aux valeurs précisées dans la convention cadre du GHT G2A : le respect de l'identité et de l'autonomie de ses membres, la solidarité, la sincérité et la transparence dans le fonctionnement.

Le GHT présente une véritable opportunité pour fonder une communauté de pratiques.

Le projet médico-soignant a pour finalité l'amélioration continue des pratiques professionnelles pour une prise en charge sécurisée et de qualité des patients, usagers et résidents.

## 1- LA METHODOLOGIE D'ELABORATION :

Malgré un échéancier législatif imposé, une **démarche participative** est essentielle afin de favoriser l'appropriation du PSP par les équipes soignantes et les pôles d'activité avec une vision inter-établissements.

Il est convenu de partir des projets de soins de chaque établissement partie au GHT, des documents afférents à l'élaboration de la convention cadre du GHT (cadre législatif et réglementaire, projets de pôles, filières, coopérations, partenariats, liens avec les structures de formation, gouvernance), des recommandations du Ministère et des résultats de chacune des visites de certification HAS.

Selon le comité de suivi ministériel des GHT, le projet médical partagé permet de construire le projet de soins partagé autour **des filières et des parcours**, en détaillant **l'organisation du travail paramédicale** pour chacune des filières dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge.

L'objectif est de faire évoluer les parcours des patients en accentuant les pratiques collaboratives pour mieux agir sur **les interfaces** et éviter **les ruptures de soins** (liens entre les structures et avec la ville).

Il est préconisé de structurer le projet de soins partagé autour de **thématiques transversales**, comme la qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques liés aux soins et l'intégration des nouvelles technologies dans les pratiques quotidiennes, ainsi que le partage des compétences rares et la valorisation des expertises soignantes.

Les membres de **la CSIRMT** (commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques) **de GHT** ont été élus mi-2016 par chacune des trois CSIRMT au sein de leurs représentants. La CSIRMT de GHT s'est réunie pour la première fois le 24 novembre 2016 en présence du Dr Dorez, PCME (président de la commission médicale d'établissement) du CHANGE, de Madame Meilland-Rey, directrice déléguée sur le projet territorial, de Madame Montfort, représentante des usagers (RU) et de Mesdames Chevillard, Emonet et Goguet, représentantes des trois directions de soins (DS).

Les membres de la CSIRMT du GHT ont été amenés à échanger sur les orientations du projet médico-soignant et sur la convention constitutive du GHT G2A.

Le 13 janvier 2017, les trois représentantes des DS, se sont réunies sur le site du CH de Gex (et site de Divonne) afin de **partager les orientations des trois projets de soins**, de se projeter et d'identifier **les 4 axes majeurs** du futur projet de soins partagé.

En avril 2017, afin d'identifier **les valeurs** du PSP de GHT, un questionnaire est adressé aux membres des trois CSIRMT, ainsi qu'à des personnalités médicales qualifiées (CME et filières significatives du GHT G2A) et des représentants de l'encadrement de chaque établissement.

La démarche suivante sera de constituer un **groupe projet** afin de préciser les axes du PSP en identifiant **les objectifs** à atteindre et pour chacun **les plans d'actions communs ou spécifiques** à chaque structure, les collaborations, les indicateurs de suivi, **le dispositif d'évaluation** et **les modalités de correction** du dispositif ainsi que son échéancier.

Des **pilotes/co-pilotes** seront à déterminer afin de créer **des groupes de travail** par axe du PSP, de compléter les **Fiches actions** et de suivre leur mise en œuvre.

Il est nécessaire de préciser les attributions de **la CSIRMT de GHT** dans l'élaboration du projet de soins partagé, **la communication** à mettre en œuvre au sein des équipes dans chaque établissement et de participer aux procédures d'approbation par les **Instances** de GHT.

## 2- LE PROJET DE SOINS PARTAGE (au sein du PROJET MEDICO-SOIGNANT) :

### 2-1 Le Contexte :

Au-delà des réformes concernant les structures de soins, la société évolue, les innovations et le progrès s'accélèrent, tandis que la population vieillit et les maladies chroniques augmentent. Dans le même temps, on observe une évolution des caractéristiques sociologiques générationnelles au sein de la population (patients/entourage et professionnels de santé). Par ailleurs, la contrainte économique pèse de plus en plus et doit se conjuguer avec la performance des organisations. Toutes ces données ont des répercussions sur le monde hospitalier et les soins.

### 2-2 Les objectifs partagés des trois Directions de Soins :

Le projet de soins partagé a pour ambition de développer l'excellence de la prise en charge du patient et de fédérer l'action de l'ensemble des professionnels dans un management responsabilisant ; ceci dans une dimension de proximité et une dimension de territoire.

### 2-3 Les volets du projet de soins partagé (issus de la réflexion entre les trois représentantes DS) :

- La politique générale des soins = la politique des soins, les valeurs et l'éthique dans les soins, les principes de qualité et de sécurité des soins et les références aux bonnes pratiques
- Chaque axe du projet de soins partagé développe des objectifs :
  - ⇒ Centrés sur les parcours de soins :  
Fluidifier et coordonner les parcours patients afin d'améliorer la prise en charge (PEC) du patient par filière
  - ⇒ Centrés sur la démarche qualité :  
Optimiser la qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques liés aux soins par filière
  - ⇒ Centrés sur les compétences managériales et soignantes:  
Assurer la professionnalisation des soignants, développer les parcours professionnels et accompagner les cadres
  - ⇒ Centrés sur la recherche paramédicale et l'innovation :  
Favoriser l'utilisation et l'intégration des nouvelles technologies et contribuer au développement de la recherche par filière

## 2-4 Les valeurs du projet de soins partagé :

Les valeurs sont des références pour toute action. Les valeurs professionnelles des personnels de santé, se traduisent dans la relation qu'ils entretiennent avec le patient et leurs collaborateurs, et plus globalement dans la prestation de soins.

Bienfaisance, bienveillance et bientraitance doit constituer le trépied de l'éthique médico-soignante quel que soit le rôle de chaque professionnel de santé.

Identifier et affirmer des valeurs communes qui rappellent les missions du Service Public et dépassent le cadre des codes de déontologie professionnelles, signifie créer les conditions d'un engagement de chacun à les respecter.

C'est une base de compréhension commune afin d'impulser une dynamique de collaboration et de promouvoir un réel partenariat. Les bénéficiaires seront les patients tout au long de leur parcours de soins au sein du GHT et les professionnels satisfaits de la coordination des soins dispensés.

Partager des valeurs sur lesquelles se fondent l'action médicale et paramédicale sera la base d'un processus fédérateur d'identité et de culture.

Après enquête auprès des membres des trois CSIRMT, de représentants de l'encadrement médical et soignant, les valeurs retenues pour le PSP sont définies ainsi :

« Le Projet de Soins Partagé est basé sur le professionnalisme qui s'appuie sur des valeurs de respect, de bienveillance et de bientraitance afin de dispenser des soins personnalisés de qualité. »

## 3- LES AXES DU PROJET DE SOINS PARTAGE

### 3- 1 Les parcours de soins :

Sur le plan organisationnel, les soins et les activités vont s'organiser sur le GHT avec une gestion au plus près du terrain et le besoin de coordinations intersites afin d'optimiser la PEC des patients.

Les séjours des patients sur le GHT, les activités des professionnels intervenant sur plusieurs sites et les organisations de soins doivent être optimisés.

Une approche méthodologique par processus est à privilégier pour analyser chaque filière.

Les dysfonctionnements doivent être repérés et les pratiques professionnelles évaluées.

Ceci implique une réflexion sur le dimensionnement (quantitatif et qualitatif) et l'harmonisation des unités au regard de la répartition territoriale, des contraintes architecturales, des évolutions de tâches, des technologies, des nouveaux outils et des normes réglementaires.

Les SIH (systèmes d'information hospitaliers) sont essentiels à la continuité et à la sécurité des soins, avec à terme un hébergement centralisé des données, un identifiant patient commun, des échanges sécurisés et un DPI unique (dont le dossier de soins informatisé = DoSI), tout en intégrant le développement de la Télémédecine et l'interprétation à distance en Imagerie.

A propos des SSR (soins de suite et de réadaptation), outre l'utilisation optimale du logiciel Trajectoire, l'ambition du GHT est de créer des commissions d'admission communes par bassin (SSR publics et privés).

Le projet médical partagé prévoit de développer des consultations avancées (voire des locaux relais d'hospitalisation à domicile HAD) et un exercice regroupé de professionnels de santé (Centres de santé).

Une autre action transversale qui est à dimension GHT est l'aide aux aidants : conseils (accès téléphoniques privilégiés en gériatrie, en cancérologie, ...), participation à des activités de ressourcement (groupes de parole, interventions de patients experts, ...), association aux programmes d'éducation thérapeutique (diabète, cardio, ...) ...

La Plateforme Parcours Patient (PPP) en place s/ le CHANGE pourra se déployer sur le GHT :

- D'une part, une coordination des dispositifs de relais villes/hôpitaux en articulation avec le service social et les professionnels paramédicaux du secteur ambulatoire et associatif (alternatives à l'hospitalisation, entrée directe dans la filière, repérage des patients à sortie complexe, suivi post-sortie quand retour précaire pour éviter la ré-hospitalisation, ...).
- D'autre part, une gestion des lits partagée s/le GHT : exemple de la cellule OSE (organisation des sorties et des entrées) possédant outils et équipe pluridisciplinaire permettant d'œuvrer à l'hospitalisation la plus adéquate aux besoins du patient. Cette vision partagée serait une aide particulièrement en période hivernale ou lors de canicule.

### 3-1-1 LA FILIERE MEDECINE :

- Projet territorial Diabète-plaies/vasculaire (CHANGE/CH Rumilly) et Médecine polyvalente (dont le CeGIDD centre gratuit d'information de dépistage et diagnostic) à partir des sites de Bellegarde, Gex et St Julien.
- Augmentation UNV/SI (unité neuro vasculaire/soins intensifs) s/Acy et lits d'aval Neuro s/St Ju
- Développement de la filière de PEC de l'insuffisance rénale (dialyse)
- Consultations avancées et avis spécialisés sur plusieurs sites du GHT : pneumo, gastro, dermato, rhumato, douleur, médecine interne, allergologie.

### 3-1-2 LA FILIERE CARDIO-VASCULAIRE :

Autour du RENAU et du RESURCOR :

- Plateau technique s/ Acy (angio-coro, rythmo, chir card-TAVI, cardio interventionnelle, explorations fonctionnelles, hôpital de semaine (HDS), hospitalisation complète (HC), et s/ St Ju (HC et explorations fonctionnelles).
- HC cardio-gériatrie s/ Rumilly en projet, Télésurveillance des patients suivis en rythmologie.

### 3-1-3 LA FILIERE GERIATRIE :

Filières gériatriques opérationnelles réparties sur les 3 établissements : consultations mémoire, hôpital de jour (HDJ), HDS, gériatrie court séjour (GCS), unité psycho-gériatrique (UPG), SSR, unité cognitivo-comportementale (UCC), unité de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), équipes mobiles de gériatrie (EMG).

Déploiement de la Plateforme de prévention des chutes (CHANGE, CHR, Gex et Bellegarde associés).

Lits d'aval en projet : cardio-gériatrie, géronto-psychiatrie

Parcours de soins ciblés : onco-gériatrie, sujets âgés handicapés, patients Alzheimer ou troubles apparentés. Télémédecine en EHPAD / travail de recherche avec le centre 15.

Optimisation de la prescription médicale de la personne âgée au sein des CH et des EHPAD.

### 3-1-4 LA FILIERE SSR :

Collaboration étroite via Trajectoire entre services d'HC et SSR cardio / SSR neuro entre sites du GHT.

Les SSR polyvalents (145 lits et places) : gériatrie (Seynod), cardio (St Ju, Rumilly), pneumo (St Ju), neuro (Rumilly), polyvalent (Rumilly).

Le pôle SSR/USLD de Seynod reconstruit en collaboration CHANGE/Marteraye-Santé Bien-être.

Le projet de 20 lits SSR à Gex et lits SSR ORL s/Rumilly.

Le projet de commissions d'admissions communes par bassin de santé.

### 3-1-5 LA FILIERE URGENCES :

Organisation du premier recours sur chaque bassin : équipe commune des services d'accueil et d'urgence (SAU) sur CHANGE et CHR, convention avec SAMU 01 (PEC priorisées sur le territoire français), Héli-SMUR, formation des médecins correspondants SAMU sur le territoire de santé.

PEC graduée SAU / unité de soins continus (USC) / réanimation polyvalente sur le GHT

Maison médicale de garde (MMG) au centre de santé de Bellegarde et projet de MMG à St Julien.

Besoin de travailler sur l'urgence en Gériatrie (particulièrement s/ EHPAD)

### 3-1-6 LA FILIERE CANCEROLOGIE :

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) d'Annecy intervient sur le CHR et l'EMSP de St Julien collabore avec le CH de Gex.

Développement d'un partenariat avec l'HAD de St Julien pour les EHPAD de Gex : sites de Divonne et Gex (convention en cours).

Projet d'unité HC de Soins palliatifs sur un des sites du GHT

Projet de construction d'un Centre de cancérologie (dont soins de support) s/ le CHANGE.

### 3-1-7 LA FILIERE MEDICO-TECHNIQUE :

Réflexion sur une plateforme territoriale pour faire converger les pratiques dans les secteurs suivants et les optimiser :

Imagerie : interprétation à distance (permanence des soins) : logiciel PACS

Pharmacie : livret thérapeutique harmonisé, groupement d'achats (médicaments et dispositifs médicaux), pharmacie clinique (binôme pharmacien/préparateur en pharmacie (PPH) de référence par service), dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN), conciliation médicamenteuse, pratiques de relecture en Gériatrie, ...

Laboratoire : accréditation COFRAC s/CHANGE en cours, à l'étude sous-traitance pour le CH de Gex

Plateaux techniques de rééducation et expertise en Médecine physique

### 3-1-8 LA FILIERE CHIRURGIE :

Consultations de spécialistes sur le GHT en pré et post-opératoire avec hospitalisation s/ Acy ou St Ju (OPH, ORL, ...).

Parcours patient : chirurgie ambulatoire s/ St Ju et Acy et chirurgie plus lourde s/ Acy (présence d'un bloc opératoire avec spécialités et d'une Réa polyvalente). .....

### 3-1-9 LA FILIERE FME :

Parcours parturiente et pédiatrique sur les 2 sites du CHANGE avec pratiques et PEC adaptées et graduées (Acy : maternité niveau 2B et St Ju : maternité niveau 1).

Consultations avancées : pédiatrie, préparation à l'accouchement, cs SF au centre de santé de Bellegarde/gex, gynécologie, ...

Développement de le Télé-expertise (échographie de suivi de grossesse)

### 3-1-10 LA FILIERE SANTE MENTALE :

Travailler la logique de filières (pathologies, âges, ...) et non plus de secteurs géographiques.

HC adultes s/ Acy, centres médico-psychologiques (CMP) s/territoire du CHANGE (dont un CMP situé au CHR),

Rattachements à étudier sur le GHT : patients hospitalisés sur St Julien (suivis par l'EPSM de la Roche sur Foron ou Bourg), ainsi que la convention qui rattache Gex au CH de Bourg en Bresse.

Coopérations avec l'EPSM et les cliniques du territoire.

### 3-1-11 FILIERE SANTE PUBLIQUE :

Addictologie : niveau 1 (équipe de liaison et de soins en addictologie ELSA s/Acy et CHR) et niveau 2 (5 lits d'HC s/CHR et projet s/ St Ju)

Déploiement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : s/ CHANGE et renforcer le 01 et s/ Bellegarde pour les populations précaires. Consultations PASS au CHR tous les 15 j. par un PH du CHANGE.

Prise en charge des personnes atteintes de handicap (Handiconsult, consultations en langue des signes)

CDOT (coordination des dons d'organes et de tissus) : pratiques à développer sur le GHT.

Actions à mener avec l'unité de lutte contre les infections nosocomiales (ULIN) et l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEPT).

## 3-2 La démarche qualité gestion des risques :

En lien avec la démarche de GHT en matière de Qualité/Gestion des risques (Q/GDR) liés aux soins, la sécurité des soins au niveau des soins de base, des techniques invasives, du circuit du médicament et des vigilances doit être totalement maîtrisée pour chaque parcours patient.



L'harmonisation des pratiques est une priorité et signifie de respecter :

- les obligations COFRAC de l'accréditation des Laboratoires,
- le CBUM (contrat de bon usage des médicaments) : règle des 5 B / traçabilité de l'administration médicamenteuse (correcte et en temps réel) / optimisation thérapeutique de la prescription du sujet âgé / déploiement de la DJIN automatisée, avec réalisation d'audits de fonctionnement de la pharmacie de chaque site du GHT par la pharmacie à usage interne (PUI) du CHANGE.

Audits déjà réalisés à l'EHPAD les Coquelicots de Rumilly et à la PUI de Gex.

- les protocoles : avec l'ULIN (hygiène-risque infectieux), le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), le comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CHST), le comité de lutte contre la douleur et les soins palliatifs (CLUDES), ...
- les référentiels métiers : IDE, AS, M-Kiné, ...
- les procédures : transports de patients, identitovigilance, PEC escarres, prévention des chutes, contention physique, risque suicidaire, risque de disparition inquiétante, ...
- l'harmonisation Plan Blanc et Plan bleu (été / EHPAD) sur le GHT
- la tenue du dossier de soins et la traçabilité des interventions des paramédicaux : entretien d'accueil (personne de confiance, personne à contacter), indicateurs IPAQSS, comorbidités, conditions de sortie, alerte sociale, ...
- L'harmonisation des procédures Hygiène (ex : interventions de l'ULIN au CH Gex et CH Rumilly). Le dispositif pour la campagne de vaccination antigrippale a été déployé sur le GHT de façon identique.

Une culture Q/GDR commune de GHT impose de travailler par processus, d'utiliser la méthode du Patient traceur, les chemins cliniques, les évaluations de pratiques professionnelles (EPP), les comités de retour d'expérience (CREX) suite aux événements indésirables, les revues de mortalité et de morbidité (RMM), les audits cliniques, les évaluations des parcours patient et un logiciel de gestion documentaire unique.

En terme de management de la qualité avec une approche territoriale, il s'agit de développer la gestion des risques liés aux soins à priori (méthode d'analyse préliminaire des risques APR) et à postériori (analyse "inter-hospitalière").

En terme de partage, il est possible d'évoquer : la semaine Qualité des soins (ex : la chambre des erreurs) / la gestion documentaire ENNOV (version 2) / le partage de procédures et protocoles avec pour objectifs l'amélioration et l'harmonisation des pratiques professionnelles. Les résultats de la Certification V 2014 dans chaque établissement parti au GHT (CHANGE en juin 2016, CHR en sept. 2017, CH Gex en avril 2018) permettront d'identifier les objectifs et les actions prioritaires de la démarche Qualité du projet de soins partagé de GHT.

### 3-3 La professionnalisation :

Développer une culture professionnelle commune sur le GHT sur les thèmes suivants :

#### 3-3-1 Le recrutement (attractivité et fidélisation) :

Partage des profils de poste et des viviers, diffusion des vacances de poste, penser la mobilité intra-pôles et inter-pôles, harmoniser les promotions professionnelles (commissions métiers uniques), penser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), partager les expériences et les expertises, gérer les moyens de remplacement paramédicaux, négocier les contrats d'intérim, ... à l'échelle du GHT.

A propos des compétences rares, il sera utile de procéder à un examen en opportunité de création ou de renforcement d'équipes communes, d'équipes mobiles, de postes partagés.

### 3-3-2 Les parcours professionnels :

Les soignants se voient confrontés au défi d'être à la fois experts en technologies (qui ne manquent pas d'évoluer rapidement) et experts en relation, négociation et communication. Prévoir l'élaboration et le partage de grilles de compétences (acquisition, maintien, actualisation et évaluation), la possibilité de groupes d'échanges de pratiques réflexives (entre professionnels non cadres et cadres), de groupes d'analyse de pratiques managériales, de rencontres entre membres de plusieurs équipes sur des situations complexes / des parcours patient.

### 3-3-3 Le management :

Déterminer une politique de qualification des cadres de santé (CS) et de montée en compétences.

L'objectif est de réaliser un management favorisant la responsabilisation, l'autonomie et l'implication de tous les acteurs, sachant que le mode de management contribue à favoriser le présentisme et la motivation.

Les principes généraux d'organisation de l'encadrement paramédical doivent être repensés dans une vision GHT : l'unité de soins (HC, HDS, HDJ) et son CS de proximité, le pôle et son encadrement supérieur ainsi que l'encadrement des équipes mobiles, des secteurs d'explorations fonctionnelles, de consultations et de rééducation.

D'autres CS sont garants de la cohérence de la politique de soins menée au sein du GHT, permettant une vision transversale au-delà des pôles et le suivi d'indicateurs institutionnels liés à la mise en œuvre et au suivi du projet de soins partagé. Ce sont les cadres supérieurs de santé (CSS) et les CS experts et chargés de missions : GRH, dossier de soins informatisé (DoSI), qualité /GDR, vigilances, liens avec les instituts de formation, recherche, ETP, circuit du médicament, organisation logistique soignante (équipements, matériel, biomédical).

L'organisation de l'encadrement pourrait être étudiée à l'échelon GHT.

Une politique commune est à déterminer en termes de parcours professionnel CS : les modalités d'accès, l'accompagnement, la durée et l'évaluation de la période de Faisant-fonction CS.

De nombreux domaines peuvent être travaillés au sein d'un groupe cadres élargi à l'échelle du GHT : évolution du métier, éthique et bientraitance, qualité de vie au travail, innovation, ...

Le rôle des cadres de santé est essentiel pour la mise en œuvre du projet de soins partagé et l'évaluation des actions entreprises en proximité au bénéfice des patients dans une vision commune de GHT.

### 3-3-4 La contribution à la mise en œuvre du projet social de GHT :

- Cela implique d'accompagner l'acquisition et l'évolution des compétences en adéquation aux postes, d'accueillir et d'accompagner les nouveaux personnels.
- La réflexion engagée sur les conditions de travail afin de prévenir les risques professionnels tels que les RPS (risque psycho-sociaux) et les TMS (troubles musculo-squelettiques) doit se poursuivre sur le GHT. Il y a nécessité de maintenir un équilibre entre les prestations offertes et dues aux usagers et leur impact sur les conditions de travail des professionnels.
- L'organisation performante de la continuité des soins et de l'encadrement est garante de la qualité et de la sécurité des soins. Au regard de la politique nationale de maîtrise budgétaire,

les organisations de soins et les organisations du travail qui en découlent, devront être efficaces et optimisées en intégrant la reconfiguration de l'offre de soins au niveau GHT.

### 3-3-5 La formation :

- Développer les expertises soignantes en lien avec des profils de patients ou des problématiques de santé particuliers et en faire bénéficier les établissements parties au GHT.
- Poursuivre la formation au tutorat et au compagnonnage, améliorer l'efficacité de la formation continue (le catalogue DPC développement professionnel continu, le centre de simulation) et promotionnelle (dont la validation des acquis et de l'expérience VAE, les gestes exclusifs IBODE), engager une réflexion sur le retour sur investissement des personnes formées.
- Formation initiale : généraliser les procédures d'accueil, d'accompagnement et d'évaluation des étudiants. Encourager les interventions des professionnels en institut de formation. Formaliser des parcours de stage intra-pôle ou inter-pôles de GHT afin de promouvoir les enseignements théoriques et techniques, de contribuer à l'attractivité et à la fidélisation des personnels dans les différents pôles et de découvrir le fonctionnement institutionnel.
- Œuvrer au renforcement de la collaboration entre les différents centres de formation et à l'harmonisation d'une politique de stage et sa déclinaison dans les établissements parties du GHT (parcours de stages, charte d'encadrement, partage d'outils de formation, ...)

## 3-4 La recherche et l'innovation

- Réalisation de PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) communs avec pour objectif : 1 PHRIP déposé par pôle inter-établissements sur la période du projet de soins partagé intégré au projet médico-soignant de GHT
- Création de publications et de posters présentés dans les congrès professionnels
- Rédaction pour approbation par les Tutelles de protocoles de coopération entre professionnels de santé et l'exercice IDE en pratique avancée (délégation de tâches, transfert de compétences : télésurveillance IDE, CeGIDD, ...)
- Conduite d'Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) pilotées ou co-pilotées par des paramédicaux par PEC, par parcours patient, par filière sur le GHT
- Elaboration et mise en œuvre de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) avec l'UTEP
- Valorisation des travaux menés par les professionnels (mémoire de fin d'études en institut de formation en soins infirmiers IFSI, en institut de formation des cadres de santé IFCS, pour un DU diplôme universitaire, un Master, ...)
- Développement d'une réflexion éthique au sein du GHT qui s'appuierait sur un Comité d'Éthique pluri professionnel de GHT (ex : fiche LATA limitation et arrêt de thérapeutique active créée en 2016 s/ le CHANGE, ...).
- Participation aux travaux réalisés dans le Living-Lab créé dans les nouveaux locaux de Gériatrie sur Seynod. Un Living Lab est un laboratoire d'innovation ouverte, plaçant l'utilisateur au cœur du dispositif afin de concevoir et de développer des produits et/ou des services innovants

répondant aux attentes et besoins de société. Il regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations dont l'objectif est de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Il s'agit de favoriser l'innovation ouverte, partager les réseaux et impliquer les utilisateurs dont l'usager dès le début de la conception.

Il est souhaitable de constituer une cellule de la recherche paramédicale au niveau du GHT affiliée au centre de recherche clinique (CRC) du CHANGE.

## POUR LES TRAVAUX DE GROUPE :

1) Nécessité de rester attentif dans chaque axe du projet de soins partagé aux éléments suivants :

- les liens entre les professionnels médicaux et paramédicaux,
- la cohésion des équipes paramédicales (environ 15 métiers),
- la recherche d'objectivation de la charge en soins (cf. indicateurs du nouveau dossier patient informatisé DPI)
- la clarification du rôle de l'encadrement et son positionnement vis-à-vis des professionnels soignants
- la relation avec les patients et leurs proches

2) Anticiper et ne pas négliger les freins potentiels et déjà identifiés :

- Patients : prévoir des supports d'information et de communication sur la notion de parcours patient multi-sites par filière (affiches, site internet, intitulé d'ordonnances, ...), la graduation de la PEC, les équipes médicales et paramédicales identiques et partagées, les modalités de transfert entre les établissements, ...
- Professionnels : le temps (déplacements, coordination, concertation, ...), la résistance au changement par manque de compréhension et/ou d'adhésion, le budget (RH : postes de coordination, remboursement de frais / SIH : DPI, visioconférence, chariot DoSI / parc de véhicules, locaux partagés, ...)

## CONCLUSION :

Le projet médico-soignant du GHT G2A est composé du projet médical partagé (PMP) et du projet de soins partagé (PSP) élaboré pour 4 ans.

Le projet de soins partagé est axé autour des parcours de soins coordonnés et des parcours professionnels coordonnés sur le GHT.

Les facteurs clefs de sa réussite sont les collaborations médicales, soignantes et administratives déjà préexistantes, notre obligation de tenir compte du contexte difficile de démographie médicale et paramédicale dans certaines filières, et notre devoir de professionnel et de citoyen d'être performant afin de répondre aux besoins de la population tout en utilisant au mieux les financements attribués à l'Hôpital.

Le développement d'une culture de GHT G2A (avant la mise en œuvre d'un GHT départemental) sera un marqueur fort de réussite auprès des professionnels de santé et des usagers.

