

**CENTRE HOSPITALIER  
DE MAULÉON**



# PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2026-2030



**6 RUE DU CHEMIN VERT,  
79700 MAULÉON**

**WWW.HOPITAL-MAULEON.FR**



# Le CH de Mauléon sur son territoire

Entre Bressuire, Les Herbiers et Cholet, aux confins de la Vendée (85) et du Maine-et-Loire (49), se situe Grand Mauléon (8479 habitants en 2015) et la communauté de communes Delta Sèvre Argent avec ses 14 communes soit : 31.000 habitants pour une superficie d'environ 47.600 ha.

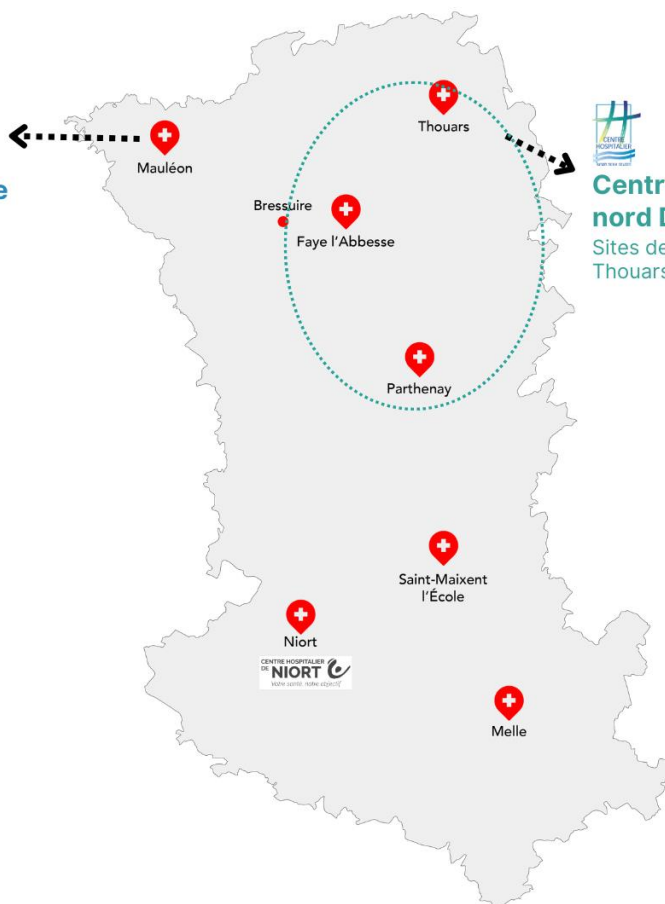
Le territoire de Mauléon appartient à l'agglomération du Bocage Bressuirais (Agglo 2 B).

Mauléon est situé à 1h40 de Poitiers, 1h10 de Nantes, 1h d'Angers, 30 min de Faye l'Abbesse et 20 min de Cholet.

Département des Deux-Sèvres (79)



**Centre hospitalier de Mauléon**  
6 Rue du Chemin Vert  
79700 Mauléon



**Centre hospitalier nord Deux-Sèvres**  
Sites de Faye l'Abbesse, Thouars et Parthenay



**CENTRE HOSPITALIER DE NIORT**  
Votre santé, notre objectif

Une direction commune avec le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres et le Centre hospitalier de Niort

Réunissant 200 professionnels, le CH de Mauléon est un établissement de proximité, à orientation gériatrique. En direction commune avec le CH de Niort et le CH NDS, il partage, avec les deux autres établissements, des orientations stratégiques communes centrées sur la réponse qualitative et sécuritaire aux besoins de soin et d'accompagnement ; l'adaptation aux nouvelles orientations des politiques de santé ; la place donnée aux partenaires (médecine de ville, autres établissements...), au dialogue social et aux représentants des usagers.

Le CH de Mauléon est un établissement dynamique, grâce à des équipes administrative, médicale, soignante, stables et impliquées. Doté d'une structure financière saine, il a pu mener des projets d'investissements d'ampleur, et notamment la reconstruction d'un EHPAD – foyer de vie- maison médicale, sans compromettre sa capacité à porter d'autres projets dans les cinq prochaines années.

Il est implanté sur un bassin de population de 170 000 habitants, marqué par une démographie médicale contrainte et des difficultés d'accès aux soins. Toutefois, les synergies entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers, institutionnels permettent d'expérimenter et d'innover.

Le projet d'établissement 2025-3030 définit une stratégie très claire pour les 5 années à venir. Il fixe **5 orientations stratégiques**, établies sur la base des besoins des patients et des professionnels, en tenant compte des orientations nationales et régionales de la politique de santé :

- ✚ **Orientation 1** : Développer la prévention et mieux répondre aux besoins de santé des habitants du Nord Deux-Sèvres
- ✚ **Orientation 2** : Poursuivre et renforcer l'ancrage, dans les priorités institutionnelles, de la prise en charge du grand âge et du handicap psychique.
- ✚ **Orientation 3** : renforcer et développer les coopérations avec les autres établissements et les institutions du territoire, la médecine de ville et l'ensemble des acteurs de santé, les usagers.
- ✚ **Orientation 4** : agir pour la qualité, la pertinence et la sécurité des soins, pour restaurer l'efficacité médico-économique.
- ✚ **Orientation 5** : recruter, former, fidéliser et associer les professionnels de l'établissement à la mise en œuvre du projet d'établissement.

Le projet d'établissement acte **4 axes transversaux**, qui irriguent l'ensemble de la stratégie et constituent des prérequis à la mise en œuvre des projets et des actions :

- ✚ **Axe n°1** : l'implication des professionnels pour définir les valeurs communes et les objectifs de prise en charge des patients
- ✚ **Axe n°2** : le soutien des collectivités locales
- ✚ **Axe n°3** : l'association étroite des représentants des usagers
- ✚ **Axe n°4** : la collaboration avec les professionnels de santé de ville

Des actions très concrètes ont été identifiées pour répondre à ces différents enjeux. Elles sont présentées sous la forme de fiche-actions, qui incrémentent les **différents projets constitutifs du projet d'établissement** :

- ✚ Le projet de gouvernance et de management participatif
- ✚ Le projet médico-soignant de territoire : répondre aux enjeux d'aujourd'hui et de demain
- ✚ Le projet d'accompagnement du grand âge et du handicap psychique
- ✚ Le projet d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins
- ✚ Le projet social : être ambitieux pour recruter, accompagner, former, associer, innover
- ✚ La politique immobilière et hôtelière au service des projets
- ✚ La politique environnementale soutenable et tournée vers l'action

Le projet d'établissement constitue une **feuille de route pragmatique et partagée** pour l'ensemble des professionnels. Construit de manière collective et dynamique, il permet également de renforcer la lisibilité de l'action en direction des patients, du grand public et des très nombreux partenaires.

**L'exigence dans la qualité des soins** apportés aux patients, la **solidarité, l'accès aux soins pour tous et l'esprit d'innovation** constituent des éléments de l'identité de notre établissement. Ce sont des atouts majeurs pour mener à bien les transformations et les projets sur notre territoire.

Ce projet d'établissement traduit l'implication des professionnels, leur engagement quotidien et soutenu auprès des patients qui leur sont confiés.

# Table des matières

I.	Présentation du CH de Mauléon sur son territoire .....	7
1.	L'offre de soins et d'hébergement .....	7
A.	L'offre sanitaire de l'établissement .....	7
B.	L'offre médico-sociale de l'établissement.....	7
C.	Le foyer de vie : un établissement relevant du secteur social.....	8
D.	Les partenaires .....	8
2.	L'activité réalisée .....	9
A.	Evolution du nombre de séjours de l'établissement .....	9
B.	Les établissements adresseurs des patients en SMR.....	10
3.	La gouvernance : l'organisation administrative et médico-soignante.....	11
A.	L'organisation administrative .....	11
B.	Les instances de l'établissement .....	11
C.	L'organisation des services .....	12
II.	La méthodologie d'élaboration du projet d'établissement .....	13
1.	L'association de l'ensemble des acteurs de santé du territoire : des élus aux acteurs de terrain.....	13
2.	Une méthode pragmatique et opérationnelle .....	13
III.	Des ambitions régionales affirmées ... à leur concrétisation au sein d'orientations, de projets et d'actions à l'échelon local .....	16
1.	L'ambition du Projet Régional de Santé (PRS).....	16
2.	Les orientations du Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 79 .....	17
3.	Les constats réalisés à l'échelle de l'établissement et de son territoire .....	18
4.	Cinq orientations stratégiques à l'échelle de l'établissement et de son territoire .....	19
5.	Quatre axes transversaux : un prérequis à la mise en œuvre des projets .....	25
6.	Les sept projets constitutifs du projet d'établissement .....	30
	Projet de gouvernance et de management participatif .....	31
	Un projet médico-soignant de territoire <i>Pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et de demain.</i> 35	
	Projet d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins.....	65
	Un projet social ambitieux .....	71
	Une politique immobilière et hôtelière au service des projets .....	76
	L'agenda 2030 : une politique environnementale soutenable et tournée vers l'action .....	80

# I. Présentation du CH de Mauléon sur son territoire

## 1. L'offre de soins et d'hébergement

Le CH de Mauléon est un établissement de 189 lits, dont 40 lits de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), 30 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), 89 lits d'EHPAD et 20 lits de Foyer de Vie.

### A. L'offre sanitaire de l'établissement

#### **Les Soins Médicaux et de Réadaptation**

L'établissement est autorisé pour 40 lits de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), avec les deux mentions :

- SMR polyvalent, hospitalisation complète et partielle, dont 3 lits identifiés Soins Palliatifs (LISP)
- SMR « personnes âgées polypathologiques », hospitalisation complète et partielle

Les autorisations de soins ont été renouvelées par l'ARS, début 2025.

Les lits sont répartis entre deux unités de 20 lits (Amandier et Roseraie), situés au rez-de-chaussée du bâtiment principal.

#### **L'Unité de Soins de Longue Durée**

L'USLD comprend 30 lits, répartis sur deux sous-unités, situées au sein de l'Unité Pré Vert, au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment principal.

L'USLD accueille des patients, dont l'état de santé requiert des Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI), et donc une présence médicale et infirmière continue.

### B. L'offre médico-sociale de l'établissement

L'offre médico-sociale est organisée sur deux sites :

- Le site principal :
  - o Au sein de l'Unité Pré Vert : 10 lits d'EHPAD (situés dans les mêmes unités que les 30 lits d'USLD). Cette organisation s'explique par la reconnaissance initiale de 40 lits d'USLD, ramenée à 30 lits dans les années 2000, avec conversion de 10 lits en EHPAD.
  - o Au sein de l'Unité Camomille : 12 lits d'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et 8 lits d'Unité Alzheimer.
  - o L'Accueil de Jour Alzheimer (AJA) : 6 places
- L'EHPAD la Châtillonnaise (établissement neuf, livré en 2 phases sur 2024 et 2025) : 57 lits d'hébergement classique, dont 1 lit d'hébergement temporaire.

### C. Le foyer de vie : un établissement relevant du secteur social

L'établissement a repris, début 2023, la gestion du foyer de vie de la Mignauderie, précédemment rattaché à l'Établissement Public Départemental (EPD) Foyer de vie Coulon-Mauléon, d'un commun accord avec le Département des Deux-Sèvres et l'EPD. Cette structure accueille 15 résidents souffrant de handicap psychique, avec l'objectif de passer à une capacité d'accueil de 20 résidents, dans les nouveaux locaux EHPAD-foyer de vie, livrés à l'automne 2025.

### D. Les partenaires

Le CH de Mauléon collabore étroitement avec le CH Nord Deux-Sèvres, en direction commune, qui est l'établissement sanitaire de référence du Nord des Deux-Sèvres.

Il collabore également avec la médecine de ville, via notamment la Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS) du Bocage Bressuirais. Des admissions directes du domicile vers le SMR, sont organisés, en lien avec les médecins traitants.

Le territoire se caractérise par un fort dynamisme des CPTS. Les CPTS ont élaboré des projets de santé, qui comprennent des objectifs convergents avec ceux du CH NDS, autour notamment du renforcement de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours, de la constitution de filières graduées de prise en charge et de la lisibilité des parcours de soins.

Le CH de Mauléon collabore également avec des partenaires clés permettant à la fois le maintien à domicile et la délivrance de soins :

- L'HAD (rattachée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025 au CH NDS)
- Le DAC-PTA
- Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
- Les Services d'Aide à Domicile (SAD)
- Les foyers logements
- Les foyers de vie
- Les EHPAD
- Les établissements et services médico-sociaux du secteur du handicap
- Les organismes tutélaires

*La dynamique à l'œuvre entre les établissements de santé, les professionnels de ville et les acteurs médico-sociaux se traduit dans les Contrats Locaux de Santé (CLS), pilotés par l'ARS et une collectivité (communauté de communes ou d'agglomération). Les CLS, qui recouvrent également un territoire de CPTS, ont pour objet de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, en mettant en œuvre des actions au plus près des populations et des besoins de chaque territoire de santé.*

## 2. L'activité réalisée

### A. Evolution du nombre de séjours de l'établissement

Le CH de Mauléon réalise une activité très satisfaisante sur l'ensemble de ses services.

Une diminution de l'activité en SMR a été constaté au moment de la crise sanitaire et de la période post-crise, en lien avec un sous-effectif médical nécessitant de fermer des lits. Depuis 2023, l'ensemble des lits sont ouverts.

L'activité de SMR pâtit de difficultés d'aval, marquées par un manque de disponibilités en structure médicale sociale ou dans les SSIAD-SAD. La durée moyenne de séjour est donc en augmentation.

Concernant l'USLD, depuis la restructuration de l'offre d'USLD du CH NDS en 2018, et la concentration de l'offre sur Parthenay, l'activité -sur Mauléon- est en progression.

Le taux d'occupation en EHPAD est aussi très satisfaisant. L'établissement ne répond pas à toutes les demandes d'admission, faute de places. L'activité de l'Accueil de Jour Alzheimer progresse avec un besoin de places complémentaires.

#### Evolution de l'activité

SMR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nombre de journées	13 549	14 016	12 543	10 660	10 900	12 837	14 045	13 971
Nombre de séjours	421	569	489	433	402	441	434	509
Durée Moyenne de Séjour	35,2	28,2	29	27,1	29	33	35,7	30
<b>USLD</b>								
Nombre de journées	7 524	9 019	9 478	9 905	10 544	10 602	11 598	10 180
Taux d'occupation	68,7%	82,4%	86,6%	90,5%	96,3%	96,8%	105,9%	93,0%
<b>EHPAD</b>								
Nombre de journées	36 071	33 440	32 921	31 059	31 107	31 159	31 217	33 127
Taux d'occupation	111,0%	102,9%	101,3%	95,6%	95,8%	95,9%	96,1%	102,0%
<b>AJA</b>								
Nombre de journées	580	708	287	129	858	1 225	1 456	1 464
Taux d'occupation	38,7%	47,2%	19,1%	8,6%	57,2%	81,7%	97,1%	97,6%
<b>Foyer de vie</b>								
Nombre de journées						4 421	4 912	5 182
Taux d'occupation						80,7%	89,7%	89,7%

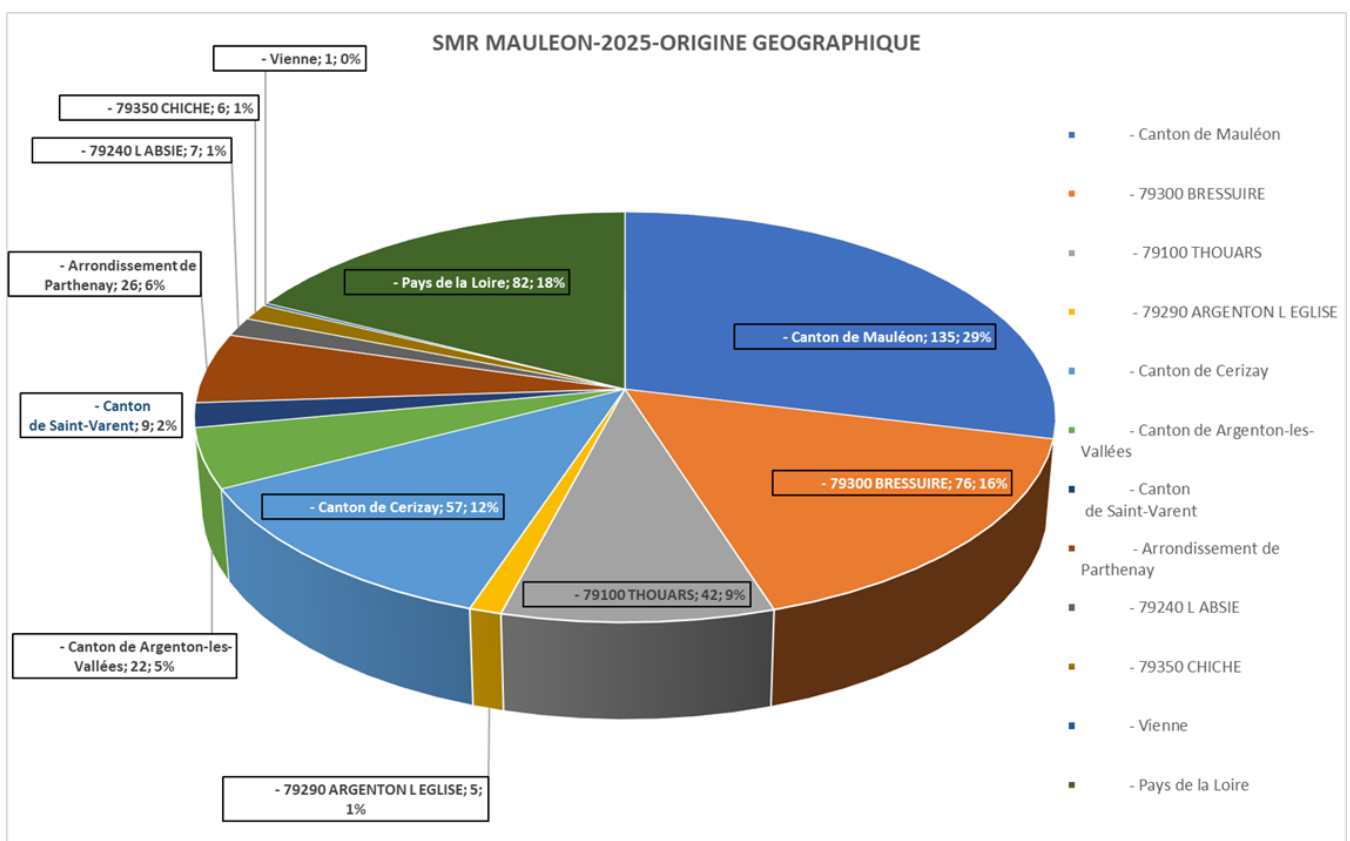
## B. Les établissements adresseurs des patients en SMR

Le CH de Mauléon priorise les admissions venant des services de médecine et de chirurgie du CH NDS, dans le cadre de la direction commune, et afin de fluidifier les parcours-patients.

Toutefois, certains habitants du territoire de Mauléon bénéficient de soins au CH de CHOLET et demandent, légitimement, à revenir sur Mauléon pour leurs soins de réadaptation.

L'établissement développe aussi les admissions du domicile, en lien avec les médecins traitants.

Le tableau ci-dessous décrit l'origine géographique des patients pris en charge en SMR sur le CH de Mauléon.



### 3. La gouvernance : l'organisation administrative et médico-soignante

#### A. L'organisation administrative

Le CH de Mauléon est un établissement partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du département des Deux-Sèvres, créé en 2016, dont l'établissement support est le CH de Niort. Le GHT 79 regroupe également le CH Nord Deux-Sèvres et le Groupement Hospitalier du Haut Val de Sèvres et du Mellois (GH HVSM), constituant ainsi l'offre d'établissements sanitaires publics du département.

Le CH de Mauléon est en direction commune avec le CH NDS (*établissement urgences – MCO – psychiatrie – SMR – EHPAD de 700 lits et places*) depuis 2009. **La direction commune regroupant le CH de Niort, le CH NDS et le CH de Mauléon a été instituée en 2020.**

Le CH de Mauléon dispose d'une Direction Déléguée, qui assure aussi la Direction des Ressources Humaines médicales et non-médicales. La Direction des Soins et la Direction des Finances sont communes avec le CH NDS. Quatre directions sont organisées à l'échelle de la direction commune : la direction qualité - gestion des risques et relation avec les usagers, la direction des achats, des services économiques et logistiques, et la direction du système d'information. Le CH dispose d'une équipe administrative sur site, et notamment d'une attachée d'administration en charge des RH et d'une attachée d'administration en charge des finances (à mi-temps avec le CH NDS).

Quatre cadres de santé assurent l'encadrement de proximité sur chaque service.

Cette organisation vise :

- Un objectif de proximité avec les usagers et les professionnels, facteur d'efficacité et d'attractivité.
- Un objectif d'efficience et de cohérence -en termes de réponse apportée- que facilite l'échelon départemental (politique d'achat, par exemple, ou encore organisation de la sécurité des systèmes d'information)

#### B. Les instances de l'établissement

L'établissement fait vivre les différentes instances réglementaires qui se réunissent environ 4 fois par an, et qui sont informées, consultées ou concertées selon leurs attributions respectives.

- Le Conseil de Surveillance, présidé par M. le Maire de Mauléon.
- Le Directoire, qui est mutualisée avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME), compte-tenu de la taille du CH. Cette instance est co-présidée par le Directeur et le Président de la CME.
- La Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSMIRT)
- Le Comité Social d'Etablissement (CSE) qui assure également les missions en matière de santé, sécurité et conditions de travail. Il n'a pas été institué de commission F3SCT.
- La Commission Des Usagers (CDU)

Il existe également des sous-commissions de la CME : Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

L'établissement a également nommé divers référents, en lien avec des thématiques importantes (bientraitance, laïcité, radicalisation, égalité hommes-femmes, ONVS...)

### C. L'organisation des services

La taille de l'établissement ne nécessite pas de structurer des pôles de soins.

Il existe 6 services : Soins Médicaux et de Réadaptation, Unité de Soins de Longue Durée, EHPAD, UHR, AJA et foyer de vie.

Le SMR et l'USLD sont chacun sous la responsabilité d'un chef de service et d'un cadre de proximité.

#### Concernant les fonctions-supports/ plateau technique :

- Il existe une convention avec le laboratoire de biologie du CH Nord Deux-Sèvres, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Précédemment, le centre hospitalier de Mauléon fonctionnait avec un laboratoire privé de Cholet.
- Concernant l'imagerie, le CH de Mauléon fonctionne avec les CH voisins, notamment le CHNDS et le CH de Cholet.
- Concernant la délivrance des produits pharmaceutiques/ dispositifs médicaux, c'est la PUI du CH NDS qui l'assure pour le CH de Mauléon, depuis 2019.

## II. La méthodologie d'élaboration du projet d'établissement

### 1. L'association de l'ensemble des acteurs de santé du territoire : des élus aux acteurs de terrain



La démarche retenue par l'établissement vise à intégrer la dimension territoriale, et donc la pluralité des acteurs du soin et de l'aide à la personne du territoire. Il s'agit de promouvoir une approche médico-soignante, moins cloisonnée et davantage en adéquation avec les orientations actuelles des politiques de santé.

L'objectif est de mettre à disposition du patient une équipe de soins pluriprofessionnelle composée du médecin traitant et d'éventuels médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers, et le cas échéant de dispositifs d'aide et de soins à domicile. Le CH de Mauléon, en tant qu'établissement de santé, est un acteur parmi d'autres du parcours de soins du patient.

Partenaires essentiels, les élus membres du Conseil de surveillance ont été associés aux échanges et à la définition des orientations et des actions à décliner au cours des cinq prochaines années. L'association des élus est apparue essentielle au regard du soutien apporté à l'établissement dans la mise en œuvre des projets, mais également pour évoquer des sujets plus larges, comme le logement, l'attractivité du territoire, la prise en charge du « grand âge » ...

### 2. Une méthode pragmatique et opérationnelle

Cette méthode se traduit par :

- La constitution d'un **comité de pilotage stratégique**, regroupant les membres de la Direction, les responsables médicaux, l'encadrement de proximité. Ce comité de pilotage a défini les orientations stratégiques ; validé et priorisé les orientations/ projets proposés par les groupes de travail, et procédé à la rédaction du document final.
- La mise en place de **groupes de travail pluriprofessionnels par service**, compte-tenu de la spécificité de chaque service. Ces groupes de travail ont fait le bilan du fonctionnement actuel, listé les points positifs et les axes d'amélioration.
- A l'issue de ces groupes de travail par service, une **synthèse des contributions** (issues des différentes groupes) a été réalisée par la Direction, et présentée en réunion plénière à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Objectif : échanger autour des actions retenues ; susciter des échanges interservices ; conseiller le comité de pilotage stratégique dans la priorisation des projets/actions à initier.
- La rédaction du projet d'établissement par la Direction.

### 3. Les différentes étapes de l'élaboration du projet d'établissement

#### A. Réunions de travail avec les professionnels de chaque service

Une réunion a été organisée avec chaque service, permettant de faire le bilan des projets/ du fonctionnement couvrant la période 2019-2024 et de recueillir les attentes, les besoins perçus pour la prise en charge des patients, les réponses à y apporter.

Services	Dates des réunions	Participants
SMR	13/05	Direction, médecins, cadres de proximité, IDE, AS, ASH, psychologues, diététiciennes...
USLD	3/06	
EHPAD	24/06	
UHR-AJA	24/06	
Foyer de vie	24/06	

Plusieurs constats ont été faits :

- Les **objectifs du précédent projet ont été, pour la majorité d'entre eux atteints**, avec notamment la consolidation de l'organisation médicale ; la fidélisation des équipes soignantes ; le renforcement des collaborations avec les partenaires et avec le CH NDS ; la construction effective du nouvel EHPAD-foyer de vie ; le développement de l'activité en USLD et sur l'accueil de jour Alzheimer ; l'obtention d'une certification par la Haute Autorité de Santé lors de la visite de 2022 ; le rattachement du foyer de vie au centre hospitalier...
- Il est souligné une « **dynamique de projets** » au sein de chaque service.
- Il existe des **points de fragilités** :
  - o Manque de ressources médicales qui persiste, avec la nécessité de poursuivre le renforcement de l'équipe médicale, également en lien avec la pyramide des âges et les projets de développement d'activité.
  - o Insuffisance de médecins traitants sur le territoire pour assurer le suivi des résidents de l'EHPAD.
  - o Structuration de la filière « soins aigus du CH NDS vers le SMR » à poursuivre, et amélioration des liens avec le CH de CHOLET afin de sécuriser les parcours-patients.
  - o Interfaces entre logiciels à faciliter/ simplifier et améliorations du fonctionnement d'EASILY dans une logique de parcours-patient interservices.

#### B. Restitution plénière des contributions de chaque service

**Une restitution des contributions de chaque service** a été organisé, en octobre 2025, au cours d'une réunion spécifique. L'objectif ? Partager, plus globalement, les idées et projets qui ont émergés ; préciser des collaborations interservices ; prioriser les projets ; faire le lien avec les besoins architecturaux, avec le projet social, avec la démarche qualité et gestion des risques.

### C. Echanges avec les professionnels de ville et les élus

Les orientations retenues et priorisées, suite à la restitution plénière, ont été présentées aux partenaires et aux élus, lors du Conseil de surveillance d'octobre 2025. Le but était de faire le lien entre les orientations internes au CH et les projets à l'échelle du territoire, en lien avec le Contrat Local de Santé.

### III. Des ambitions régionales affirmées ... à leur concrétisation au sein d'orientations, de projets et d'actions à l'échelon local

#### 1. L'ambition du Projet Régional de Santé (PRS)

Le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a arrêté, le 30 octobre 2023, le Projet Régional de Santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 révisé.

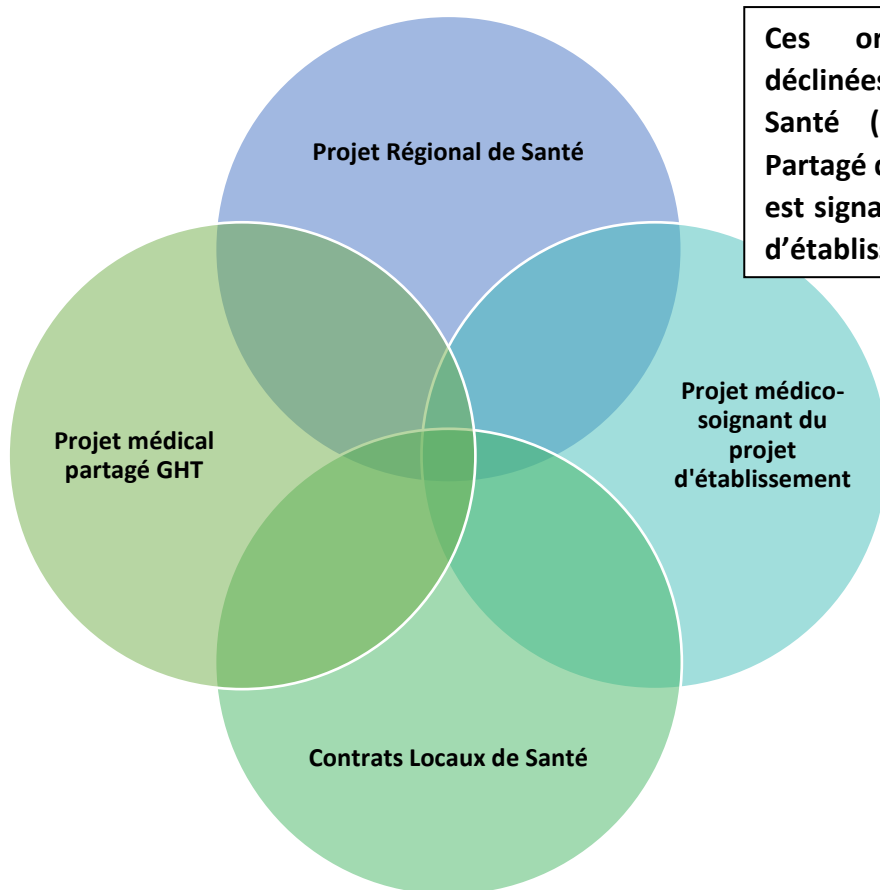
Le PRS repose sur **trois principes d'action**<sup>1</sup> :

- ✓ L'universalisme proportionné et les démarches « d'aller vers », afin de mieux prendre en compte les personnes les plus éloignées du système de santé
- ✓ La promotion de la santé dans toutes les politiques, dans le cadre d'une démarche dite « une seule santé – One Health »
- ✓ La territorialisation des politiques de santé

Le PRS se donne pour ambition d'amplifier la transformation nécessaire du système de santé afin de garantir une réponse aux besoins de chacun et une offre de santé équitable, accessible, personnalisée, coordonnée et respectueuse des choix de vie.

<b>6 défis</b>	<b>3 enjeux transversaux</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>L'évolution démographique</b> et le vieillissement de la population</li> <li>✓ Le développement des <b>maladies chroniques</b></li> <li>✓ <b>L'évolution démographique des professionnels de santé</b></li> <li>✓ Une offre de santé trop orientée vers les soins au détriment de la <b>prévention</b></li> <li>✓ La nécessité d'une prise en charge mieux coordonnée et plus personnalisée</li> <li>✓ La nécessité de prendre en compte les impacts en santé du changement climatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Agir sur les milieux de vie et promouvoir les comportements favorables pour réduire les atteintes évitables à la santé</li> <li>✓ Améliorer les <b>parcours de santé</b> sur les territoires pour mieux répondre <b>aux enjeux du vieillissement et des maladies chroniques</b>, et aux nouvelles aspirations des citoyens</li> <li>✓ Rendre notre <b>système de santé plus résilient</b> et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises</li> </ul>
<b>Les orientations stratégiques à 10 ans</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Amplifier les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé</li> <li>✚ Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires</li> <li>✚ Renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé</li> <li>✚ Renforcer la place du citoyen et de l'utilisateur au sein du système de santé</li> <li>✚ Soutenir l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité du système de santé</li> </ul>	

<sup>1</sup> Source : site ARS Nouvelle-Aquitaine



Ces orientations régionales sont déclinées au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS) et du Projet Médical Partagé du GHT, dont le CH de Mauléon est signataire et sont au cœur du projet d'établissement du CH de Mauléon.

## 2. Les orientations du Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 79

Le Projet Médical Partagé du GHT 79 a été mis à jour fin 2025. Il est articulé autour de deux priorités, en lien avec la politique qualité du GHT 79, à savoir : la promotion des droits des patients et des associations ; et l'élaboration des parcours de soin au sein du territoire et l'articulation entre les différents acteurs.

Il décrit les principales filières de soins qui existent à l'échelle du GHT et les collaborations existantes ou à initier : connaissance des besoins de santé, urgences, cardiologie, neurologie, diabétologie, néphrologie, prise en charge de la douleur chronique, HAD, soins palliatifs, personnes âgées, périnatalité, cancérologie, SMR, la dimension ville-hôpital, les maladies infectieuses, le DIM, la médecine du travail, la recherche clinique, l'hygiène hospitalière, le CLAT, la santé mentale, la gastro-entérologie, le champ médico-social...

Le CH de Mauléon s'inscrit dans l'objectif de structuration de filières, et a sa place à asseoir, notamment en aval des services MCO et s'agissant du lien ville-hôpital.

### 3. Les constats réalisés à l'échelle de l'établissement et de son territoire

Les échanges -menés en interne et avec les partenaires- ont permis d'identifier les **forces du territoire** du Nord Deux-Sèvres, à savoir :

- **Le territoire est maillé par des Communautés Professionnelles Territoriales en Santé (CPTS), qui –avec les MSP- jouent un rôle majeur** pour l'accès aux soins de médecine générale, la coordination entre professionnels de santé et l'attractivité du métier. De nouveaux médecins s'installent sur le territoire, en ville et à l'hôpital.
- Il existe des **collaborations étroites entre les CPTS et l'hôpital** (gestion de la crise sanitaire, Centre Public De Santé, actions de santé publique, admissions directes en SMR ...)
- Il existe des **collaborations avec des établissements de santé** (CH NDS, CH de CHOLET, CHU de Poitiers, le CH de Niort ...) permettant de renforcer les effectifs médicaux et de constituer des parcours-patients cohérents.
- **Les représentants des usagers** sont actifs, forces de propositions. Ils participent aux projets.
- Le **secteur médico-social** est constitué d'une **offre conséquente sur le territoire et structurée** par des Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale (GCSMS)

**Concernant les difficultés**, il est soulevé :

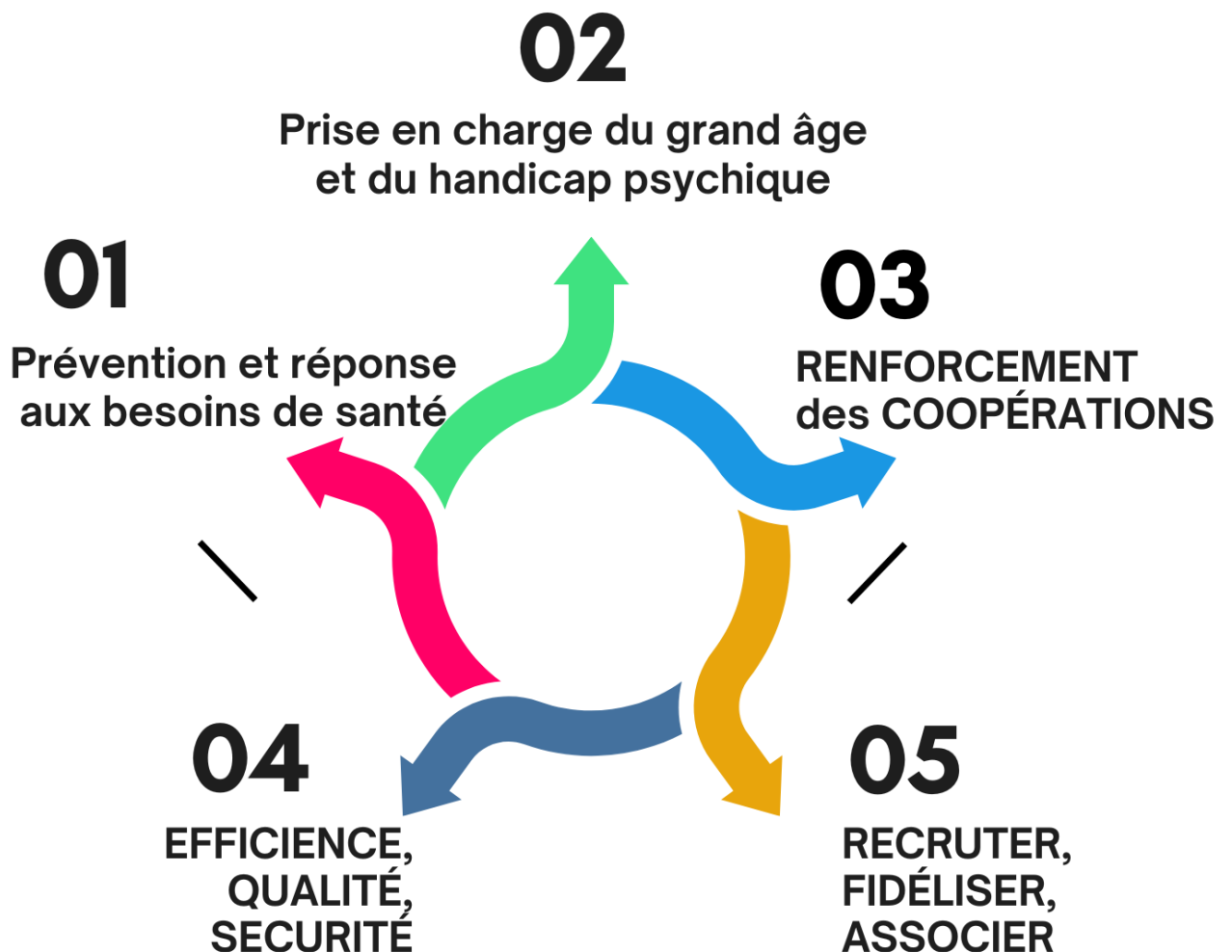
- La **démographie médicale** et l'impact sur la réponse aux besoins de soins des patients : manque de médecins généralistes sur certains territoires (*avec des départs en retraite à venir supérieurs aux perspectives d'arrivée de jeunes professionnels*), manque de médecins spécialistes (*HGE, cardiologues, pneumologie, radiologie, anesthésistes-réanimateurs*)
- Les **contraintes de recrutement paramédical** (IDE et AS notamment) en dépit d'une politique attractive mise en place en termes d'accès au statut de fonctionnaire, à un CDI, de parcours de formation, de rémunération. Sur le CH de Mauléon, il est toutefois à noter des difficultés moindres, avec un turn-over très faible.
- Le **manque de lits d'hospitalisation** en médecine polyvalente et gériatrique, mais aussi en HGE et en cardiologie, sur le territoire, en lien avec la démographie médicale contrainte.
- Les **difficultés pour accéder aux places en SSIAD et en EHPAD**, dans les délais souhaités, compte-tenu des contraintes de recrutement que connaissent aussi ces services.
- De manière plus globale, les **difficultés de prise en charge des personnes âgées**, nécessitant une prise de conscience de la société et des actions concrètes à l'échelle des territoires, des établissements de soin et médico-sociaux...

#### 4. Cinq orientations stratégiques à l'échelle de l'établissement et de son territoire

A partir des constats réalisés, en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS) et les Contrats Locaux de Santé (CLS)

Cinq grandes orientations ont été définies pour répondre aux enjeux des 5 prochaines années

## 5 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



## 1. Développer la prévention et mieux répondre aux besoins de santé des habitants du Nord Deux-Sèvres = DEVELOPPEMENT de l'OFFRE

### Prévenir les risques et connaître les besoins

La prévention en santé constitue une priorité des politiques de santé publique, qui s'exprime également dans le Projet Régional de Santé de Nouvelle Aquitaine (Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention) et dans les Contrats Locaux de Santé. Le CH NDS dispose, depuis 2020, d'un poste d'Animateur en Santé Publique (ASP), financé par l'ARS. Il se mobilise également sur le CH de Mauléon, en lien avec les besoins. C'est un poste clé qui permet d'impulser, de relayer, de fédérer les acteurs de santé autour de la prévention et de la promotion en santé. Des actions concrètes sont déjà mises en œuvre sur le territoire. Elles vont se développer dans les prochaines années (politiques de dépistage, prévention des addictions, prévention de la perte d'autonomie chez le sujet âgé...)

L'évolution de la réglementation qui régit les autorisations de soins, notamment en SMR, invite les établissements à développer la prévention, au travers de l'hospitalisation partielle en SMR et des actions d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Développer une politique de prévention en santé implique de connaître les besoins prioritaires. Les établissements de la Direction commune (CH Niort, CH NDS et CH de Mauléon) souhaitent mieux identifier les besoins en santé, en disposant d'indicateurs de la consommation de soins des habitants du territoire. Dans cet objectif, la collaboration initiée entre le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Deux-Sèvres et l'Ecole des Mines va se renforcer, afin de disposer d'indicateurs propres au territoire du Nord Deux-Sèvres.

### La consolidation et le développement d'activités

**Le CH de Mauléon**, établissement dynamique, entend **consolider ses activités existantes**, dans le champ sanitaire, à savoir : les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), avec la mention polyvalente et « prise en charge de la personne âgée polyopathologique » et l'activité de Soins de Longue Durée (USLD). L'ARS a émis un avis favorable au renouvellement de ces autorisations de soins.

**S'agissant du développement d'activité**, l'établissement souhaite mettre en œuvre plusieurs projets (qui seront développés dans le projet médico-soignant) :

- La mise en place de **4 lits d'Hospitalisation Partielle (HP) par conversion de 2 lits d'Hospitalisation Complète (HC)**, conformément aux évolutions réglementaires. L'activité d'HP porterait sur la prévention des chutes et la prévention du risque de récurrence ; la préparation à une intervention chirurgicale et la prise en charge post-chirurgicale ; les plaies complexes.
- Le développement de **l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)**, en lien notamment avec l'activité d'HP.
- La **mise à disposition de bureaux médicaux, au sein d'une maison médicale**, récemment construite (attachée à l'EHPAD-foyer de vie). Ce projet vise deux objectifs :
  - o Faciliter l'installation de médecins généralistes, en collaboration avec la CPTS du Bocage Bressuirais. Ces praticiens pourront être salariés (dans le cadre d'une antenne

du Centre Public De Santé du CH NDS) ou exercer en libéral. Ils participeront au suivi des résidents de l'EHPAD.

- Permettre à des praticiens du CH NDS de réaliser des consultations externes spécialisées sur le territoire du Mauléon, afin d'augmenter la file active et l'activité.

- Le développement d'une **activité de médecine (notamment ambulatoire) reste une perspective de moyen terme, à ne pas exclure. Elle permettrait à l'établissement de bénéficier du label d'hôpital de proximité, adossé à des financements spécifiques.** Ce projet impliquerait toutefois plusieurs conditions : l'obtention d'une autorisation par l'ARS, le renforcement des effectifs médicaux afin de porter cette activité, la réorganisation (voire l'agrandissement) des locaux.

L'ensemble de ces projets, relatifs à l'offre de soins, nécessite le renforcement de l'équipe médicale, et la consolidation des équipes et des organisations soignantes.

## **2. Poursuivre et renforcer l'ancrage, dans les priorités institutionnelles, de la prise en charge du grand âge et du handicap psychique**

### La prise en charge du grand âge

Les lits d'EHPAD représentent 57 % du capacitaire total de l'établissement, hors foyer de vie. La prise en charge des personnes âgées constitue une priorité, qui s'est traduite par la reconstruction récente de l'EHPAD la Châtillonnaise. Les conditions hôtelières d'accueil des résidents sont désormais conformes aux attendus sur la Châtillonnaise, avec des chambres seules équipées de sanitaire et des lieux de vie.

Il subsiste des chambres doubles sur le bâtiment Pré Vert, pour lesquelles des travaux seront à envisager. Idéalement, il conviendrait de parvenir à distinguer, dans des unités de vie distinctes, les lits d'EHPAD des lits d'USLD, afin de mieux prendre en compte les spécificités liées à l'accompagnement de chaque public.

Concernant la prise en soins des résidents accueillis et la qualité de l'accompagnement, les priorités portent sur : la promotion de la bientraitance, la personnalisation de la prise en charge, la prévention de la dénutrition, de la douleur, du risque infectieux ; l'accompagnement de la fin de vie ; la promotion de l'autonomie et le respect des droits ; la mise à disposition de lieux de vie accueillant et propices au développement du lien social ; l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur.

L'objectif est aussi d'améliorer la coordination de la prise en charge médico-soignante avec le recrutement d'un médecin coordonnateur, et la facilitation de l'accès à un médecin traitant pour les résidents.

## L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

Le CH de Mauléon a intégré, en janvier 2023, une **nouvelle activité de foyer de vie pour personnes en situation de handicap psychique**, suite à une opération de cession d'autorisation de fonctionnement par l'Établissement Public Départemental Foyer de Vie Coulon-Mauléon, en lien avec le Département des Deux-Sèvres.

L'acculturation à l'accompagnement de ce public a pris deux années, dans un contexte de difficultés à recruter un cadre socio-éducatif aguerri. L'équipe d'encadrement et éducative est aujourd'hui stabilisée, permettant d'accompagner sereinement le déménagement du foyer de vie sans ses nouveaux locaux, en proximité immédiate de l'EHPAD la Châtillonnaise, en octobre 2025. Il s'agit aussi de faire évoluer les pratiques, afin de mieux prendre en compte les recommandations issues des différentes lois régissant la prise en charge du handicap.

### **3. Renforcer et développer les coopérations avec les autres établissements et institutions du territoire, avec l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, et les usagers = RENFORCEMENT des COOPERATIONS**

L'enjeu du développement de l'offre implique un centre hospitalier connu et reconnu des partenaires et des usagers. Il s'agit de mettre à disposition du patient ou du résident une équipe pluriprofessionnelle, qui associe des acteurs médicaux/soignants/éducatifs, mais qui intègre aussi les professionnels de santé de ville (médecin généraliste, médecin spécialiste, SSIAD et aides à domicile (le cas échéant)).

L'hôpital et ses services sont des acteurs, parmi d'autres, du parcours de soins dans le cadre d'une démarche territoriale matérialisée par les Contrats Locaux en Santé et le Contrat Local en Santé Mentale. Pour relever ce défi, les professionnels doivent disposer d'outils efficaces pour faciliter et sécuriser la prise en charge du patient : les systèmes d'information doivent permettre le partage des données de santé entre les différents acteurs de la prise en charge du patient.

Le CH de Mauléon est un établissement partie au GHT 79, dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Niort. La Direction commune entre le CH NDS et le CH de Mauléon, établie en 2009, a permis de développer des collaborations fortes entre les deux établissements, qui se sont renforcées ces dernières années. Il s'agit de les poursuivre et de les développer, notamment s'agissant de temps médicaux et non-médicaux partagés entre les deux CH, des fonctions supports et du plateau technique, de la construction de parcours de soins gradués (post-chirurgie, personne âgée polypathologique, soins palliatifs, oncologie...)

Le CH de Mauléon, de par sa localisation, accueille également des patients venant du CH de CHOLET, établissement avec lequel il conviendra de formaliser les collaborations, dans la continuité des contacts pris au 1<sup>er</sup> semestre 2025.

L'objectif est aussi de travailler avec les professionnels de ville, en lien avec la CPTS : développement des admissions directes du domicile en SMR ; exercice partagé ville-hôpital...

La place des usagers est désormais au cœur de la gouvernance hospitalière. Cette évolution se matérialise par la formalisation d'un projet des usagers qui définit 10 engagements, et un fil rouge : mieux prendre en compte l'avis des patients dans les décisions et à tous les niveaux pour améliorer les pratiques de soin.

#### 4. Agir pour la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des modes d'accompagnement = EFFICIENCE, QUALITE, SECURITE

Suite à la dernière visite de certification, en 2022, l'établissement s'est vu certifier avec la mention « qualité des soins confirmée ». Ce résultat reflète la démarche en cours sur l'établissement, s'agissant de l'analyse des événements indésirables, de la réalisation de parcours-patients, de patients-traceurs et de la mise en place de plans d'actions associés. L'établissement s'est depuis engagé dans la préparation de la visite de certification, qui doit se tenir en mars 2025, en tenant compte des recommandations précisées dans le dernier manuel et dans les fiches pédagogiques associées.

Dans le cadre du projet d'établissement 2025-2030, et plus spécifiquement du **projet d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence de soins**, il a été pris en compte :

- Les axes et objectifs figurant dans la **politique qualité 2023-2026** (mise à jour en 2025), qui restent pertinents pour l'établissement.
- Les orientations de la **politique qualité/ gestion des risques du GHT 79**, qui a fait l'objet d'une mise à jour en 2025.

Plus globalement, il s'agit de :

- Evaluer la culture qualité et sécurité des soins
- Evaluer les résultats de cette culture qualité sur les prises en charge des patients
- Valoriser une culture positive de l'erreur
- Organiser et tracer les étapes clés du parcours du patient
- Réévaluer les prescriptions et adapter les prises en charge
- Sécuriser l'environnement numérique et les échanges de données
- S'inscrire dans une démarche d'analyse des pratiques

#### Il en découle 4 grandes orientations

- ✚ **Orientation n°1 : Impliquer les équipes médicales et paramédicales, et les usagers, dans les démarches d'analyses des pratiques professionnelles.**
- ✚ **Orientation n°2 : Structurer des filières de soins et des parcours-patients qui tiennent compte des besoins des patients et des enjeux médico-économiques.**
- ✚ **Orientation n°3 : Mieux définir les indicateurs et les modalités de réponse en cas de tension hospitalière ou de crise majeure.**
- ✚ **Orientation n°4 : Disposer d'un système d'information permettant la continuité de la prise en charge du patient au cours de son parcours de soin.**

**La qualité et la pertinence des soins, d'une part, et l'efficience médico-économique, d'autre part, sont étroitement liées. Il s'agit de proposer au patient le « juste soin, au bon moment, et avec une durée et des modalités adaptées à ses besoins ».**

## **5. Recruter, former, fidéliser et associer les professionnels (médicaux, paramédicaux, médicotechniques, administratifs, techniques) de l'établissement à la mise en œuvre du projet d'établissement = RECRUTER, FIDELISER, ASSOCIER**

La mise en œuvre du projet médico-soignant de territoire repose sur les professionnels de santé chargés de l'animer. L'établissement a impulsé, ces dernières années, une politique sociale renouvelée, qui lui a permis de rester attractif par rapport aux établissements environnants. Les mesures de revalorisation salariales -issues du SEGUR de la Santé- et celles actées dans le cadre des Lignes Directrices de Gestion (LDG) ont constitué des avancées, tout comme l'accès facilité au statut de fonctionnaire ou au CDI. La mobilité inter-services a également été facilitée. Il convient désormais de poursuivre cette dynamique en travaillant plus précisément sur : la cohésion d'équipes autour de valeurs communes ; les règles de fonctionnement en cas d'absentéisme non-programmé ; la politique de formation afin de prendre en compte les orientations institutionnelles et les projets individuels.

L'enjeu du recrutement médical est réel : il est impératif, en lien avec la pyramide des âges, de recruter de nouveaux praticiens, afin de pérenniser les activités « socles » et d'envisager le développement de nouvelles activités. Il s'agit de mobiliser plusieurs leviers :

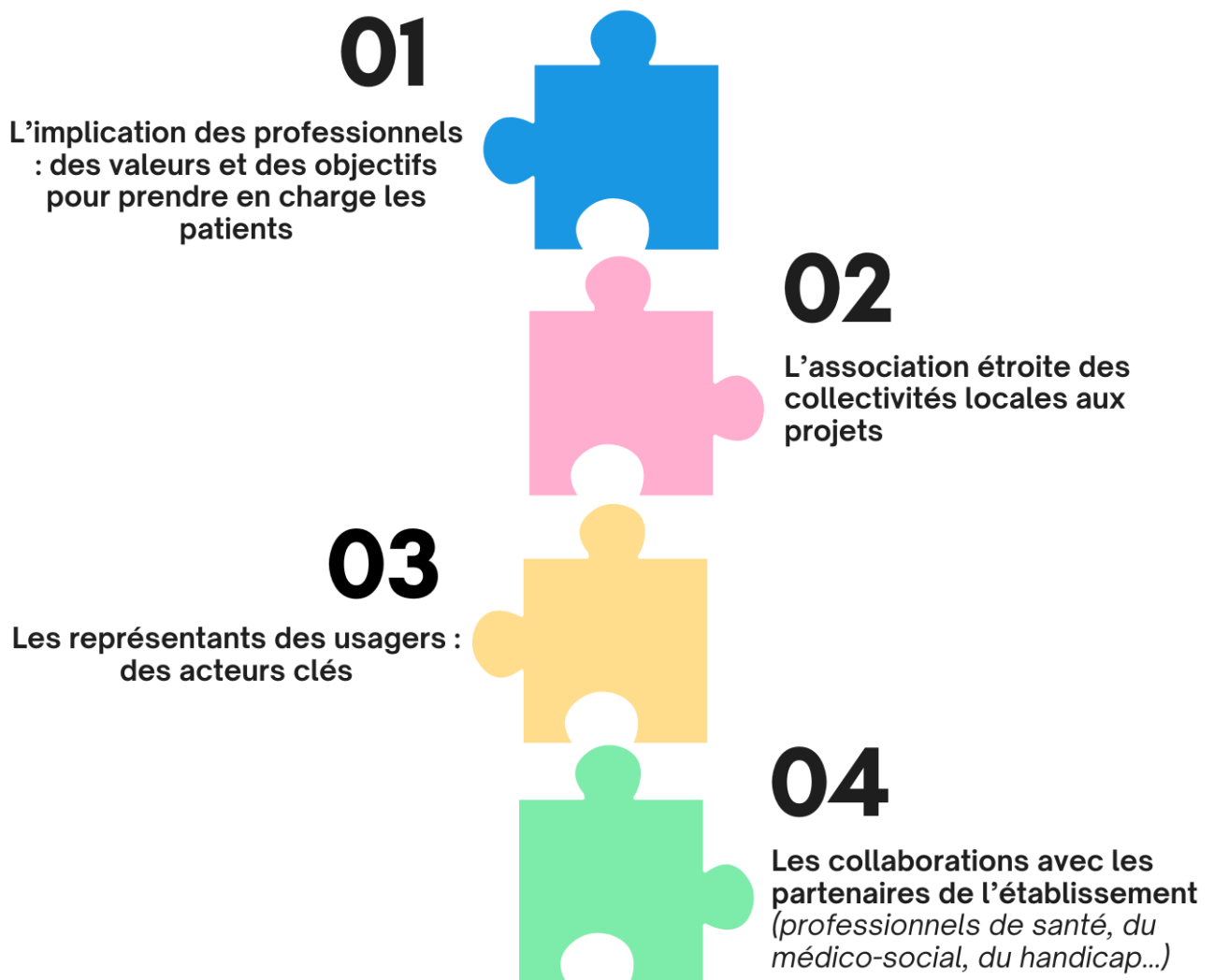
- Le recrutement de praticiens de plein exercice par le CH de Mauléon
- La mise à disposition de praticiens, salariés par le CH NDS, dans le cadre d'une activité partagée entre le CH NDS et le CH de Mauléon. Ce même montage pourrait s'envisager avec le CH de CHOLET, au gré des opportunités.
- Le recrutement de Praticiens à Diplôme Etranger (PADHUE), dans un double-objectif de formation et de renforcement des ressources médicales.

Le projet social de l'établissement entend poursuivre et renforcer la politique d'attractivité, en mettant l'accent sur : la structuration de la politique de formation associant médecins et soignants ; le développement des nouveaux métiers (gestionnaire de parcours, assistant médical, IPA...), la délégation de compétences entre personnels médicaux et non-médicaux, l'amélioration de la qualité de vie au travail par l'association des professionnels de terrain à un groupe de travail pluriprofessionnel ; la poursuite de la démarche active de recrutement (communication, job dating) ; l'accompagnement à l'installation des nouveaux médecins sur le territoire, en lien avec la Ville et la CPTS ...

## 5. Quatre axes transversaux : un prérequis à la mise en œuvre des projets

Au fil des échanges avec les professionnels et les partenaires, quatre axes sont ressortis comme étant des prérequis indispensables à la mise en œuvre des orientations, des projets et des actions du projet d'établissement.

# 4 AXES TRANSVERSAUX



## Axe n°1 : l'implication des professionnels : des valeurs et des objectifs pour prendre en charge les patients

Face à la crise de l'engagement que connaît l'hôpital public, le CH de Mauléon souhaite renforcer le sentiment d'appartenance à l'Institution et engager une réflexion sur ce qui réunit les professionnels au sein de l'établissement. Comment appréhender la prise en charge du patient dans sa globalité, en dépassant la notion de service ou de pathologie ? Quelle place donner au « séjour hospitalier » dans le parcours de soins global du patient ?

### Des valeurs ont été définies et doivent être réaffirmées auprès des professionnels :

- Une écoute et un respect au quotidien
- Un hôpital de proximité avec une équipe dynamique et accueillante
- Prendre soin et accompagner individuellement chaque personne et ses proches.

### En parallèle, il s'agit en 2026-2027 de :

- **Organiser des journées « Vis ma vie » entre professionnels de différents services** afin de faciliter la prise de conscience des contraintes inhérentes au fonctionnement de chaque service, et prioriser le « parcours de soin du patient » et son confort/ qualité de prise en charge.
- **Poursuivre les journées annuelles Qualité** : réalisation de posters et de capsules vidéo valorisant l'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, l'accompagnement des patients et de leurs familles.

**1ère EDITION**

**2024**

**JOURNÉE QUALITÉ**  
DU CENTRE HOSPITALIER NORD DEUX-SÈVRES  
ET DU CENTRE HOSPITALIER DE MAULÉON

**LA CHÂTILLONNAISE RENAIT**  
*Des locaux modernes*

Mme BOUILLARD Valérie (Cadre de santé), Mme BONNEAU Marina (Qualité)

**CONTEXTE** 57 résidents EHPAD et 20 résidents Foyer de vie

Constat : L'ancienne maison de retraite, construite en 1967, ne répond plus aux besoins des résidents. Les locaux pour le foyer de vie vieillissent et ne sont plus adaptés aux normes et aux besoins.

**MÉTHODE**

2018 : Initiation du projet  
2022 : Début des travaux au printemps  
1ER SEMESTRE 2024 : 23 mars : Portes ouvertes / 10-11 avril : Fin de la phase 1 Déménagement des résidents EHPAD  
2° SEMESTRE 2024 : Déconstruction de l'ancien bâtiment  
2025 : Déménagement du Foyer de vie

Coût total : 11,4 M d'€

**RÉSULTATS**

Implication des résidents (CVS) et des professionnels dans le projet

Une maison médicale

Jardin

Une signalétique réalisée par les résidents

Des services identifiés par des noms de rue de Mauléon : Rue St Pierre, Rue du Château, Rue du Lavoisier, Rue de la Passerelle

Des locaux lumineux

Des chambres individuelles dont 4 communicantes pour les couples

Rails aux plafonds (EHPAD)

## Axe n°2 : l'association étroite des collectivités locales aux projets

**Les élus des collectivités territoriales, représentés au Conseil de Surveillance, sont en soutien permanent de l'établissement. Cette collaboration étroite s'exprime par plusieurs engagements :**

- **Information systématique des élus quant aux projets, aux difficultés rencontrées, aux évolutions de l'offre de soins...**
- **Association des élus aux projets à enjeux ou nécessitant un appui (ingénierie, financier) afin d'optimiser les chances de faire aboutir les projets. Des exemples :**
  - *Le projet de nouvel EHPAD – foyer de vie*
  - *La mise à disposition d'un logement pour l'accueil de médecins remplaçants ou à diplôme étranger (dans le cadre de leur parcours de formation)*
- **Soutien apporté par l'hôpital aux projets menés par les collectivités locales, visant à améliorer l'offre de soins. Des exemples :**
  - *Faciliter l'installation de médecins généralistes dans la commune avec la mise à disposition de bureaux médicaux, au sein d'une « maison médicale », attenante au nouvel EHPAD – foyer de vie.*
- **Mise en œuvre par les collectivités territoriales d'une politique d'attractivité facilitant l'installation de professionnels de santé sur le territoire. Des exemples :**
  - *Financement de logements pour les internes en médecine générale par l'Agglo2B, et aide à la recherche de logements pour les professionnels de santé*
  - *Aide à la recherche d'emploi pour les conjoints de professionnels de santé*
  - *Mise en œuvre d'un réseau de transport permettant de desservir les sites hospitaliers et information à la population sur l'offre existante.*
- **Cohérence des projets visant à améliorer la prévention en santé, l'offre de soins et l'accès aux soins sur les territoires, matérialisée par la **signature du Contrat Local de Santé (CLS) sur chaque territoire**, dont est aussi signataire l'hôpital.**



### Axe n°3 : les représentants des usagers : des acteurs clés

**L'établissement collabore de manière étroite et permanente avec la Commission Des Usagers, représentant l'ensemble des usagers de l'établissement. Cette collaboration étroite s'exprime pas plusieurs engagements :**

- **Information / association / concertation de la Commission Des Usagers quant aux projets menés par l'établissement**, à l'occasion des réunions restreintes ou plénières de la Commission Des Usagers.
- **Organisation d'une permanence à l'issue de chaque Commission des Usagers**  
**Objectif** : permettre aux représentants des usagers d'aller à la rencontre des patients hospitalisés en SMR, afin de recueillir leurs avis, suggestions, et ainsi de mieux investir leur rôle de représentant des usagers.
- **Formalisation d'un projet des usagers : octobre 2025**
  - **Autour d'un objectif** : « mieux prendre en compte l'avis des patients et des résidents dans les décisions, à tous les niveaux, en favorisant leur représentation dans la gouvernance de l'hôpital et en identifiant davantage de patients/ résidents partenaires pour améliorer les pratiques de soin et d'accompagnement, en prenant mieux en compte leur point de vue et le savoir tiré de leur expérience ».
  - **Un fil rouge** : Sensibiliser les équipes médico-soignantes et éducatives à veiller en continu à la qualité, clarté et accessibilité de la communication pour les patients/résidents et leurs proches.
  - **De 10 engagements autour des priorités suivantes** : faire valoir la CDU et son rôle ; promouvoir les droits et obligations des patients/résidents ; impliquer les usagers dans la réalisation des patients-traceurs et l'analyse des événements indésirables ; développer le recueil de l'expérience du patient ; construire avec les usagers un hôpital plus accueillant et accessible (prise de rdv, repas, Wifi...) ; rendre les parcours intra-hospitaliers plus fluides et sécurisants (information, dialogue...) ; renforcer la préparation à la sortie (prise en charge extrahospitalière) ; mieux accompagner les proches, les aidants (initiatives des services) ; améliorer l'accès aux soins des plus vulnérables (réfèrent handicap, maltraitance, service social...) ; poursuivre la réflexion « usagers » à l'échelle du GHT.

## Axe n°4 : la collaboration avec les professionnels de santé de ville

**L'établissement a noué des liens étroits avec la Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS) du Bocage Bressuirais, qui correspond à la zone d'implantation du CH de Mauléon et à son rayonnement principal.**

**L'hôpital et la CPTS souhaitent poursuivre et renforcer les collaborations, afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé sur nos territoires.**

**Une convention de collaboration a été élaborée, qui matérialise les réflexions et objectifs communs.**

### Quels principes ?

**Subsidiarité, collaboration, soutien** : la médecine de ville et l'hôpital travaillent en collaboration, dans le respect de leurs compétences respectives et pour un même objectif : **améliorer l'accès aux soins, l'offre de soins, la prévention en santé sur le territoire.**

### Des exemples ?

- La proposition de salarier des médecins généralistes, dans le cadre d'une antenne du CPDS sur Mauléon, si le besoin est objectivé et partagé par l'ensemble des acteurs.
- Des admissions directes de patients en SMR, à la demande du médecin généraliste



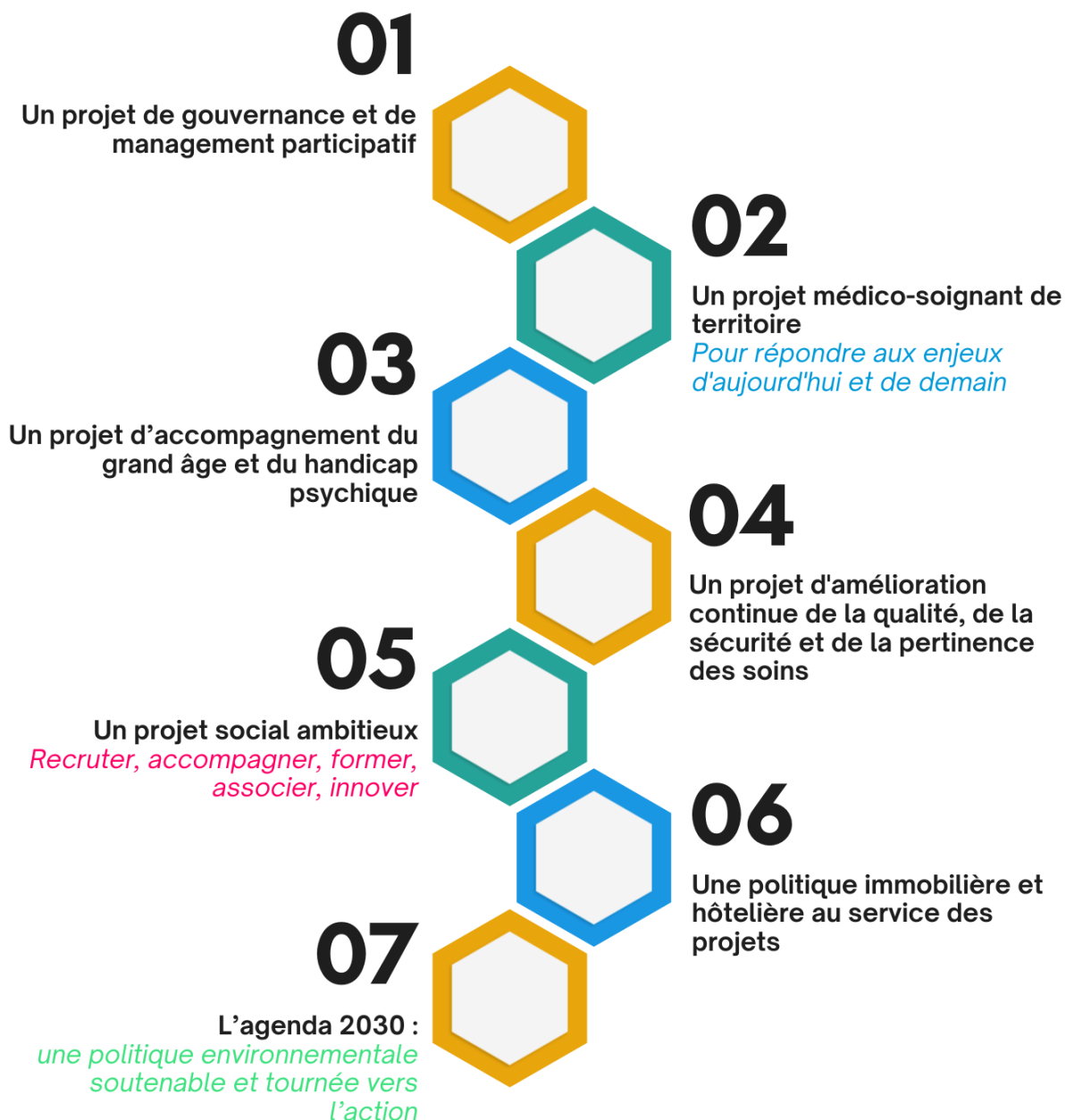
### Quelles modalités de collaboration ?

- ✓ L'hôpital est adhérent de la CPTS et participe activement aux travaux qu'elle initie (accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours, à un médecin généraliste)
- ✓ L'hôpital informe la CPTS des arrivées de nouveaux médecins, du déploiement de nouvelles activités de soins, de périodes de « tensions hospitalières »
- ✓ Des rencontres régulières entre équipes hospitalières et médecine de ville :
  - Lors des soirées de Formation Médicale Continue (FMC)
  - Déjeuners d'échanges/ de travail
- ✓ Les CPTS et l'hôpital se sont fixés des priorités communes : prévention et promotion de la santé, avec l'appui de l'animateur en santé publique ; pertinence de l'accès aux soins avec le déploiement du SAS ; prise en charge de la personne âgée (de la prévention de la dépendance à la mise en œuvre de solutions pragmatiques)
  - *Exemple* : organisation d'un colloque public, en 2026, sur le thème de « l'avancée en âge », réunissant l'ensemble des acteurs, avec différents ateliers sur des thématiques précises.

## 6. Les sept projets constitutifs du projet d'établissement

Les cinq orientations stratégiques sont déclinées dans 7 projets sur le volet médico-soignant et accompagnement, managérial et de gouvernance, social, architectural, qualité-gestion des risques et développement durable.

# UNE DÉCLINAISON EN 7 PROJETS



# PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF



## ***Regards croisés pour une gestion pragmatique et efficiente***

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), promulguée en 2009, a acté la médicalisation de la gouvernance hospitalière, avec **3 principes** :

- La constitution d'un tandem décisionnel (directeur/ président de CME) et l'accroissement du rôle de la CME.
- L'instauration du directoire, présidé par le directeur, et constitué principalement de médecins.
- La délégation de compétences à l'échelle des pôles cliniques, puis des services.

La démarche de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) investigue également désormais les questions de management, d'engagement, de leadership des acteurs de la gouvernance.

La loi RIST -portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé-, promulguée en 2023, et issue du SEGUR de la Santé, entérine et renforce la modernisation de la gouvernance hospitalière. Elle donne aux établissements de santé davantage de souplesse dans leur fonctionnement et leur organisation, assortie d'une démarche managériale formalisée.

**Le dimensionnement du CH de Mauléon, et notamment de ses activités sanitaires, implique de rationaliser l'organisation en pôles et en services, ainsi que le fonctionnement des instances. Le projet de gouvernance acte les principales orientations.**

### L'organisation et le fonctionnement des instances

Le **Conseil de surveillance** est composé de représentants élus des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de personnalités qualifiés (dont les représentants des usagers). Il est présidé par le Maire de Mauléon. Il se prononce sur la stratégie et exercent le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère notamment sur : le projet d'établissement, les projets de convention, le compte financier et l'affectation des résultats, tout projet de fusion, le rapport annuel d'activité. Il donne son avis sur : la politique d'amélioration continue de la qualité des soins, les acquisitions/cessions de biens, la participation à un Groupement Hospitalier de Territoire, la charte de gouvernance, l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)...

Le **Directoire** est une instance de concertation, qui a pour but de conseiller le directeur dans la conduite de l'établissement. C'est un lieu d'échange de points de vue (direction, médecins, soignants...). Le Directeur en est le Président ; le Président de la CME, le Vice-Président et le Directeur des soins en est membre de droit. Les autres membres sont nommés par le directeur. Le Directoire veille à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement.

La **Commission Médicale d'Etablissement** (CME) est l'instance où siègent les représentants élus du corps médical. C'est une instance consultative sur la stratégie médicale. Elle élabore le projet médical ; définit les priorités en termes de formation continue médicale ; élabore la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

**Au CH de Mauléon, le choix a été fait de regrouper la CME, la CSIRMT (Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique ainsi que le Directoire, au regard de la taille de l'établissement. Cette instance médico-soignante de gouvernance se réunit donc, 4 fois par an, constituée des principaux décisionnaires de l'établissement : la direction, les médecins, l'encadrement de proximité, la technicienne qualité, des professionnels soignants élus par leurs pairs.**

- **Le Comité Social d'Établissement (CSE) est une instance de représentation du personnel**

Le CSE comprend, outre son président, des représentants de l'administration ainsi que des représentants des personnels de l'établissement.

Il donne un avis sur : l'accessibilité des services ; les orientations stratégiques en matière de ressources humaines et notamment les lignes directrices de gestion ; l'organisation et le fonctionnement des services ; les politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ; la protection de la santé physique et mentale / la sécurité des agents dans leur travail, le télétravail ; les projets d'aménagement de locaux importants ; le plan global de financement pluriannuel et les plans de redressement.

- **Au regard de la taille de l'établissement, il est fait le choix de ne pas constituer de Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT). Ces sujets sont évoqués au sein du CSE.**

- **La Commission des Usagers (CDU) et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) sont des instances de représentation des usagers**

La CDU une instance de dialogue et d'échange, propre au secteur sanitaire. Elle a pour objectif l'amélioration de la prise en charge des usagers au sein de l'établissement en prenant en compte le regard de l'utilisateur. Elle veille au respect des droits des usagers ; facilite leurs démarches et formule des avis/ suggestions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins, ainsi qu'à la politique qualité et sécurité des soins. Elle est informée des plaintes et réclamations, ainsi que des événements indésirables graves.

Elle est composée, a minima, du directeur, de médiateurs médecins et non-médecins, de représentants des usagers.

Le CVS est le pendant de la CDU pour les établissements médico-sociaux, en l'occurrence ici pour l'EHPAD et le foyer de vie.

L'objectif de l'établissement est de faire fonctionner ces instances, conformément à la réglementation, en renforçant la place accordée aux représentants des usagers, qui seront plus étroitement associés aux projets initiés par l'établissement.

**La qualité du dialogue social** est également une priorité. Il est fait le choix de réunir, en plus du CSE, des temps de « dialogue social » tous les deux mois, autour de la Direction et des représentants du personnel. Il s'agit d'évoquer les problématiques du quotidien et d'informer les représentants du personnel des actualités.

Il existe une **charte managériale** qui décrit regroupe les fondamentaux et les valeurs communes à l'ensemble des encadrants de l'établissement.

## La gouvernance déclinée au sein du service et l'efficacité organisationnelle

Il n'est pas constitué de pôle au sein de l'établissement. **La gouvernance repose sur le service**, plus approprié à la taille de la structure.

- ✓ Il existe 4 services : le SMR, l'USLD, l'EHPAD (comprenant l'UHR et l'AJA), et le foyer de vie.
- ✓ **Le service est l'instance de discussion, d'arbitrage, d'élaboration des projets, en lien avec le projet d'établissement.**
- ✓ Il constitue l'échelon de proximité de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales/paramédicales/éducatives, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.
- ✓ Le pilotage du service est assuré par le **binôme constitué du chef de service et du cadre de santé de proximité.**
  
- ✓ Ce qui guide le binôme :
  - ✚ La prise en compte des besoins des patients/ résidents.
  - ✚ Le partage des contraintes institutionnelles qui sont « l'affaire de tous » (la pédagogie de la décision)

## La déclinaison des orientations et des projets au sein du service, et les enjeux d'efficacité

**Le projet d'établissement décrit les principales orientations et actions (en découlant) en lien avec chaque service.** La structuration, par service, des orientations du projet médico-soignant et d'accompagnement des résidents, constitue -de fait- le projet de chaque service.

Chaque projet/action, au moment de son élaboration, pourra donner lieu, si nécessaire, à la formalisation d'une fiche-action détaillant les objectifs, enjeux, modalités concrètes de mise en œuvre ; moyens, échéances.

Il s'agit de s'assurer, d'une part, de la réponse aux besoins/ sécurité des prises en charge (le « juste soin au bon moment et au bon endroit »), et d'autre part, de l'équilibre médico-économique. A cette fin, un **tableau de bord d'activité** est produit, chaque mois, par la Direction des Finances, et adressé aux médecins, cadres de proximité et à la gestionnaire de parcours.

**La délégation de gestion est un levier pour faire vivre la dynamique à l'échelle des services tout en respectant les prérogatives des directions fonctionnelles.**

### Constituent des prérequis :

- L'association des responsables médicaux aux processus de recrutement -sur des projets à enjeux et notamment pour définir les profils de postes et les compétences spécifiques attendues - ou au choix d'achat d'équipements et dispositifs médicaux.
- Le recueil de l'avis des responsables médicaux, dans le cadre des évaluations annuelles des personnels paramédicaux, considérant que le chef de service est garant de la qualité de prise en charge médico-soignante du patient.

**Le projet de gouvernance acte l'importance des services, mais aussi des collaborations interservices et de l'articulation avec les professionnels de ville.** Cette organisation doit de toute évidence se concilier avec l'existence d'une solidarité/ coordination/ communication institutionnelle avec l'ensemble des pôles de l'établissement, et une ouverture vers l'extérieur.

# UN PROJET MÉDICO-SOIGNANT DE TERRITOIRE

POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX  
D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN



La démarche de l'établissement vise à intégrer la **dimension territoriale**, et donc la pluralité des acteurs du soin et de l'aide à la personne du territoire.

Ce projet est celui de **l'hôpital**, mais en articulation étroite avec ses partenaires : les **professionnels de santé de ville, les professionnels de l'accompagnement, les associations d'usagers, les élus...**

**Les orientations seront déclinées par service, afin de prendre en compte la spécificité de chaque service.**

## **La poursuite du développement de l'activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et le virage ambulatoire**

---

### Les principaux constats

L'activité de SMR fonctionne bien, avec un taux d'occupation des lits autour de 98 %. L'activité est excédentaire, au plan financier.

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) reste contenue (autour de 30 jours) par rapport à la moyenne départementale. Elle est toutefois supérieure à celle constatée il y a 5 ans, en lien avec des difficultés d'aval (EHPAD, aides à domicile, réticences des familles/ patients à financer une structure médico-sociale ...). Elle se situe toutefois dans la moyenne nationale (à activité similaire).

La présence d'une gestionnaire de parcours est un atout considérable. Elle a pour missions de réceptionner les demandes d'admission ; de faire une 1<sup>ère</sup> sélection et de les préparer afin de les présenter aux médecins ; elle effectue le lien avec les structures d'amont et d'aval, notamment pour préparer le retour à domicile ; elle accompagne les patients/ familles dans les démarches administratives ; elle veille à la bonne occupation des lits, en lien avec l'encadrement soignant.

Les adressages viennent principalement du CH NDS, suivi par le CH de CHOLET. Il existe des leviers d'amélioration concernant la structuration des parcours-patients.

L'équipe médicale est constituée de 3 médecins de plein exercice (soit 1.8 ETP) qui assurent également la prise en charge des résidents d'USLD, et d'un médecin praticien associé. Depuis 2023, un médecin effectue un temps partagé avec le service de médecine du CH NDS, ce qui est très positif (facilite les collaborations). L'effectif médical global reste toutefois insuffisant, se traduisant par une charge de travail importante pour les praticiens en poste, notamment sur les périodes de congés. Il est fait appel à l'intérim, quand cela est possible.

L'équipe paramédicale est stable, avec une connaissance fine des prises en charge en SMR. L'équipe est investie et souhaite développer des nouveaux projets, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Les patients bénéficient d'une équipe de rééducation complète avec des kinésithérapeutes libéraux ou salariés, des ergothérapeutes, une éducatrice en activité physique adaptée. Le service dispose également d'une psychologue à temps partiel et d'une diététicienne à 40 %.

Depuis août 2019, la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CH NDS délivre les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux pour les services du CH de Mauléon. La collaboration fonctionne et répond aux besoins, avec le souhait de développer la pharmacie clinique.

La collaboration avec le laboratoire du CH NDS fonctionne bien et répond aux besoins.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), constituée d'un praticien hygiéniste, d'une cadre de santé et d'une infirmière, est commune entre le CH NDS et le CH de Mauléon. Elle intervient régulièrement et contribue au respect des bonnes pratiques en termes d'hygiène et de gestion du risque infectieux.

### Suivi des orientations du précédent projet médical (2018-2025)

Orientations	Mise en œuvre
<p>Développer la <b>télé expertise et la télé médecine</b> pour que les patients de l'hôpital de Mauléon puissent bénéficier d'avis de spécialistes sans avoir à se déplacer et dans le contexte d'une démographie médicale contrainte. Un premier projet concerne le suivi des plaies et cicatrisations.</p>	<p>Cette orientation n'a pas été mise en œuvre. Le logiciel PARSYS a été acquis et déployé, mais il n'est pas utilisé car jugé peu fonctionnel. L'objectif, en lien avec la DSI, est de retenir un autre logiciel (OMNIDOC) permettant aussi de travailler avec les spécialistes libéraux.</p>
<p>Développer les <b>consultations avancées en diabétologie et en orthopédie</b>, au regard des indications d'entrée en SSR, et afin d'offrir un service de proximité aux habitants du secteur de Mauléon.</p>	<p>Cette orientation n'a pas été mise en œuvre. Il est projeté la mise en œuvre de consultations avancées (en chirurgie orthopédique, viscérale, sage-femme, hématologie) dans la nouvelle maison médicale, qui sera livrée en octobre 2025. Le besoin en consultation de diabétologie n'est plus objectivé en raison de l'installation de deux endocrinologues libérales sur la commune en 2019, et des avis accessibles au CH NDS.</p>
<p>Recruter des <b>médecins-partagés</b>, qui partageront leur temps entre l'hôpital et les territoires (médecine libérale, dans le cadre de l'implantation d'une maison médicale) dans l'objectif de lutter contre les difficultés liées à la démographie médicale.</p>	<p>Il a été mis en place, en 2023, un temps médical partagé entre le CH NDS (service de médecine gériatrique) et le CH de Mauléon. Une collaboration à développer, y compris avec d'autres CH, le cas échéant.  La mise en œuvre de temps partagés avec des médecins généralistes libéraux ou salariés reste un objectif, qui pourra être facilité par la mise à disposition de bureaux au sein de la nouvelle maison médicale livrée en octobre 2025.</p>
<p>Positionner l'offre de SSR polyvalent spécialisé dans les affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance en hospitalisation complète dans la filière de soins gériatriques du Nord Deux-Sèvres et du territoire des Deux-Sèvres. Le CH entend poursuivre et développer les admissions directes en SSR, via la médecine de ville, afin d'éviter les hospitalisations non justifiées et fluidifier le parcours de soins.</p>	<p>Cette orientation a été mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien des deux mentions (polyvalent et affections de la personne âgée polypathologique) lors du renouvellement des autorisations en 2025.</li> <li>- Développement des admissions directes du domicile (déjeuner de travail sur le sujet, organisé en 2024)</li> <li>- Collaborations avec le CH NDS pour les admissions, et le CH de CHOLET voire la Polyclinique de CHOLET, avec l'opportunité de mieux structurer les parcours-patients.</li> </ul> <p>Au sein du GHT 79, un travail de formalisation des parcours a également été initié.</p>
<p>Solliciter l'<b>augmentation du nombre de lits dédiés en soins palliatifs</b> pour atteindre 6 lits au regard des besoins</p>	<p>Cette orientation s'avère caduque. Au regard du taux d'occupation, 3 lits suffisent. Le CH ne dispose pas de compétence médicale spécifique en soins palliatifs,</p>

<p>constatés/ développer collaboration avec EMSP/ relancer le comité éthique en lien avec le CH NDS</p>	<p>complexifiant la prise en charge de ces patients. La collaboration avec le CH NDS nécessite un renforcement du temps médical au CH NDS. Et le développement d'une collaboration avec l'EMSP rattachée au CH de CHOLET pour les patients de leur territoire.</p> <p>Il est toutefois constaté une augmentation du taux d'occupation, depuis juin 2024.</p>
<p>Développer les <b>soins de rééducation</b> (kinésithérapie, éducateur en activité physique adaptée) qui sont indispensables à une prise en charge de qualité.</p>	<p>Orientation mise en œuvre avec la mise en place d'une collaboration avec les kinés de ville et la pérennisation du poste d'EAPA. Cette dynamique nécessite d'être confortée, car elle constitue un atout de la prise en charge en SMR sur Mauléon.</p>
<p>Pérenniser le poste de <b>gestionnaire de parcours</b></p>	<p>Orientation mise en œuvre.</p>
<p>Sécuriser <b>l'effectif médical</b>, dans la perspective de départs en retraite à venir des médecins actuels.</p>	<p>Orientation partiellement mise en œuvre. L'équipe médicale a été renouvelée, avec également la création d'un temps médical partagé avec le CH NDS et le recrutement d'un praticien associé. Mais, en lien avec la pyramide des âges et le nécessaire renforcement des effectifs pour mieux répondre aux besoins en SMR et en USLD : il faut poursuivre cette orientation.</p>
<p>Trouver des relais pour assurer la <b>permanence des soins</b> en SSR et USLD.</p>	<p>Il n'y a pas d'astreinte médicale mise en œuvre en SMR et en USLD. Un protocole a été mis en œuvre avec le SAMU – centre 15, consistant à solliciter les médecins de ville (dans le cadre de la PDSA) sur la tranche horaire 20h-minuit. Au-delà : le médecin régulateur est sollicité pour avis/ conseils. Et, le SMUR est déclenché, si la situation le nécessite.</p>

## Les orientations du projet médico-soignant 2026-2030

### Orientation n°1

Poursuivre la mise en œuvre des deux mentions « polyvalent » et « personnes âgées polypathologique », avec l'objectif continu d'améliorer la prise en charge des patients.

#### Modalités opérationnelles :

- Renouvellement obtenu des **autorisations de soins**, sans rattacher un nombre de lits à chaque mention, afin de conserver de la souplesse dans l'organisation des admissions.
- Disposer des **compétences médicales et paramédicales** nécessaires à la continuité du fonctionnement (*cf. projet social*)
  - o **Augmentation du temps de diététicienne** afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle, en lien avec le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition)
  - o **Disposer de vacances d'orthophoniste**, dans le cadre d'une collaboration avec la CPTS, et afin d'améliorer les prises en charge post-AVC et les troubles de la déglutition
- **Poursuivre la prise en charge de la douleur**, en maintenant la dynamique au sein du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) et le suivi des bonnes pratiques, en facilitant également l'accès au D.U pour les professionnels intéressés.
- **Poursuivre la mise en œuvre des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires**, réunissant médecins, cadre, gestionnaire de parcours, équipe paramédicale, afin de coordonner la prise en charge du patient, d'acter les modalités d'aval de sa prise en charge.
- **Maintenir une dynamique d'admission** permettant d'optimiser l'activité et la réponse aux besoins.

Echéance : 2026-2030

---

### Orientation n°2

Poursuivre la prise en charge des personnes avec des troubles cognitifs/ maladies neurodégénératives, en élaborant un projet de prise en charge spécifique avec des activités adaptées

#### Modalités opérationnelles :

- Elaborer un **projet d'accompagnement spécifique de ces patients**, dont la sécurisation pourra être assurée par la pose d'un bracelet anti-fugue, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.
- Proposer des **activités thérapeutiques adaptées en intérieur et en extérieur**, avec l'aménagement d'un **patio** offrant aux patients un espace contenant. Les modalités concrètes de mise en œuvre et d'organisation seront définies dans le cadre du groupe de travail spécifique, initié en 2025.
- Identification d'un **temps soignant** permettant d'animer des activités.
- **Formation NAOMI FEIL** à développer avec retours sur les formations/ mise en place d'actions concrètes (projet de soins).
- Identifier plus précisément des temps médicaux ciblés sur ces activités d'UHR et d'AJA.

Echéance : travaux du groupe de travail mis en place en 2022/ échéance jusqu'en juin 2026/ mise en œuvre en septembre 2026.

### Orientation n°3

Réaliser une activité de SMR à temps partiel par transformation de 2 lits d'hospitalisation complète en 4 places d'hospitalisation partielle, en lien avec les nouvelles autorisations de soins.

#### Modalités opérationnelles

- **Identification des profils-patients pris en charge : novembre 2025**
    - Rééducation post-opératoire orthopédique (PTH, PTG, membre supérieur complet : épaule, coude, poignet) avec intervention kinésithérapeute et EAPA, IDE, médecin, ergothérapeute & diététicienne si nécessaire.
    - Rééducation post-chute (syndrome de désadaptation psychomotrice), bilan minimal de chute (équilibre par kinésithérapeute et ergothérapeute, RHO/ECG, Tinetti, bilan nutritionnel par diététicienne, coordination d'examens sur le CH NDS). Kinésithérapeute, EAPA, IDE, médecin, diététicienne (si présente), ergothérapeute si nécessaire.
    - Réévaluation post-hospitalisation SMR : plaies, contrôle d'insuffisance cardiaque, troubles cognitifs évalués sur site.
  
  - **Etude médico-économique** à réaliser, en lien avec le Département d'Information Médicale (DIM) en appui à l'élaboration de l'organisation médicale et paramédicale (moyens alloués à cette activité) ET parangonnage avec des établissements ayant déjà mis en œuvre cette modalité de soins et partage d'expérience avec le CH NDS qui cible le même objectif : *1<sup>er</sup> semestre 2026*
  
  - **Elaboration des parcours-patients/ journée-type de soins**, selon les profils-patients accueillis : *1<sup>er</sup> semestre 2026*
  
  - **Démarrage du projet** : *septembre 2026*
- 

### Orientation n°4

Mettre en œuvre un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), sur le thème de la prévention du risque de chute, en lien avec les nouvelles autorisations de soin.

#### Modalités opérationnelles

- Bâtir le programme d'ETP en **prenant appui sur l'expérience menée au sein d'un autre établissement du GHT** (GH HVSM)
- **Bénéficiaire de l'accompagnement de l'UTTEP** (Unité Transversale et Territoriale d'Education Thérapeutique) pour l'élaboration/ écriture du programme.
- **Adosser le programme d'ETP au déploiement de l'hospitalisation à temps partiel** (post-chute)

Echéance : 2027 - 2028

### Orientation n°5

Améliorer la prise en charge en soins palliatifs, en lien avec les 3 Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) existants sur l'établissement

#### **Modalités opérationnelles**

- S'assurer du **repérage/ codage des patients relevant des soins palliatifs**, afin de valoriser l'activité, en lien avec l'autorisation de soins existante.
- Poursuivre et renforcer les **collaborations avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CH NDS et du CH de CHOLET**, afin de bénéficier d'avis spécialisés/ concertations autour de situations complexes ; et avec le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) du CH NDS et du CH de CHOLET, pour faciliter l'aval de la prise en charge au sein du CH/ permettre un retour à domicile.
- **Disposer d'un médecin formé aux soins palliatifs ou en « pratique éthique » (Diplôme Universitaire) et former également un binôme IDE/AS supplémentaire** : *cf. projet social*.

Echéance : 2026-2029

---

### Orientation n°6

Développer les coopérations entre les services de SMR du Nord Deux-Sèvres, afin de fluidifier la prise en charge des patients et sécuriser le fonctionnement sur chaque site.

#### **Modalités opérationnelles**

- Il s'agit de **mieux cibler les profils-patients à orienter sur les différents sites**, en tenant compte des spécificités de chaque site (effectifs et compétences médicales, plateau technique disponible sur site, complémentarité entre les sites ...) et notamment du profil « soins palliatifs » des patients.
- Favoriser la **mise en œuvre de temps médicaux partagés** ; d'entraide/ collaboration, avec l'objectif de sécuriser chaque site (organisation, tendre vers l'ouverture de l'ensemble des lits autorisés ; variété de l'offre et des modalités (HC et HTP)
- Enjeu du **recrutement médical** à l'échelle du Nord Deux-Sèvres (praticiens séniors, PADHUE...) : *cf. projet social*.

Echéance : 2026-2020

## Orientation n°7

Mieux définir, renforcer et formaliser les collaborations avec les partenaires hospitaliers, médico-sociaux, de ville. S'ouvrir sur l'extérieur est un enjeu majeur pour l'attractivité de l'établissement et la réponse aux besoins du territoire.

### Modalités opérationnelles

- **Poursuivre les collaborations existantes avec le CH NDS et les développer au gré des opportunités, dans l'intérêt des deux établissements.**
  - Répondre, dans la mesure du possible, aux demandes d'admission venant du CH NDS (des services de médecine, médecine post-urgence, chirurgie), et prioriser les admissions venant du CH NDS, en période de tensions hospitalières.
  - Poursuivre les échanges/ collaborations entre les deux gestionnaires de parcours, afin de fluidifier les parcours-patients entre les deux établissements.
  - Poursuivre la mise en place de temps médicaux partagés (fonctions médicales et médico-techniques) et la collaboration existante, s'agissant du parcours de consolidation des compétences des praticiens associés : *cf. projet social.*
  - **Déployer, au sein de la maison médicale** adossée au nouvel EHPAD – foyer de vie, **des consultations avancées de praticiens spécialistes du CH NDS** (*en chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, hématologie, sage-femme*). Il s'agit, à la fois de développer la « zone d'attractivité » du CH NDS et de contribuer aussi à l'attractivité du CH de Mauléon.
- Elaborer une **convention de partenariat avec le CH de CHOLET** afin de définir les modalités de collaboration, autour de quelques priorités identifiées :
  - Modalités d'accès aux urgences et dans des services de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie...), non disponibles au CH NDS
  - Modalités de ré-hospitalisation, suite à une admission venant du CH de CHOLET.
  - Modalités de collaboration avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)
  - Mise en place de temps médicaux partagés, le cas échéant.
  - Modalités d'accès au SMR de Mauléon pour les patients venant du CH de CHOLET (critère géographique)
  - Modalités de collaboration avec l'HAD du secteur du CHOLETAIS.
- Poursuivre le développement **des admissions directes en SMR**, à partir du domicile, et en collaboration avec les médecins traitants (*existence d'une procédure présentée aux professionnels de ville*)
- Faire vivre la **convention de partenariat avec la CPTS** (Communauté Professionnelle Territoriale en Santé) du Bocage Bressuirais, précisant les engagements respectifs entre CH et professionnels de ville.
  - *Sur Mauléon, il s'agit aussi de travailler ensemble à faciliter l'installation de médecins généralistes. La mise à disposition de locaux (maison médicale) par le CH de Mauléon pour salarier des médecins généralistes ou les héberger en tant que praticien libéral, contribue à cet objectif, tout comme le projet concrétisé par la CPTS et l'Agglo2B de création d'un bâtiment accueillant la MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle)*
- Finaliser la **convention de collaboration avec les EHPADs du territoire.**

- **Développer des outils de télémédecine opérants**, afin de faciliter les collaborations. Il conviendra de confirmer et renforcer l'utilisation de l'outil OMNIDOC (permet le lien avec des praticiens spécialistes et garantit une traçabilité des avis délivrés).
- 

## Orientation n°8

### Décliner la politique qualité et gestion des risques institutionnelle au sein du service de SMR

- Développer la **pharmacie clinique** et mettre en œuvre la **conciliation médicamenteuse**, avec la présence hebdomadaire de la pharmacienne responsable de la Pharmacie à Usage Intérieur.
- Promouvoir les **bonnes pratiques autour de la prise en charge médicamenteuse** (de la prescription à la traçabilité de l'administration) : réalisation d'audits de dossiers, bonnes pratiques sur l'antibiothérapie...
- Poursuivre la **démarche sur la pertinence des séjours en SMR**, en lien avec les acteurs d'amont et d'aval et la gestionnaire de parcours (la pertinence des admissions, la mise en œuvre des staff pluriprofessionnels, l'optimisation des durées moyennes de séjour, l'analyse des EI inter-établissements ...)
- Poursuivre la **dynamique de projets** initiés par le CLAN (comité de liaison alimentation nutrition), le CLUD (comité de lutte contre la douleur), les référents hygiène (infections nosocomiales...), en lien avec la prévention et prise en charge de la dénutrition, de la douleur, du risque infectieux ; groupe de travail sur la prise en charge des personnes désorientées.
- Inciter au développement des **événements indésirables** ; associer les professionnels et les représentants des usagers, à leur analyse et à l'élaboration du plan d'actions et à son suivi ; déploiement des référents qualité (soignants) dans chaque service

## Maintenir l'offre en Soins de Longue Durée, en réponse aux besoins sur le territoire de santé

---

### Les principaux constats

**L'activité d'USLD a connu une évolution favorable sur la période récente**, avec une augmentation du taux d'occupation (cf. ci-après). Il s'agit d'une offre de soins qui permet de répondre à des besoins d'aval, notamment en sortie de SMR ou en sortie de médecine (à partir du site de Faye l'Abbesse). Le service est bien repéré des hôpitaux partenaires. Il y a très peu d'admissions venant des EHPAD du territoire (quand l'état de santé du résident se dégrade pouvant nécessiter une présence médicale et infirmière renforcée), ce qui constitue une perspective d'évolution.

**L'admission en USLD répond à des critères médicaux précis** (*soins médico-techniques requérant notamment*) difficiles à appréhender, sans formation spécifique. Un seul médecin dispose de ces compétences. L'élargissement de cette formation à l'ensemble de l'équipe médicale et à des professionnels IDE sera à envisager. Il s'agit d'être en capacité de distinguer les profils relevant de l'EHPAD de ceux répondant aux critères de l'USLD.

Il est évoqué certaines difficultés dans **l'organisation des transferts de patients entre SMR et USLD** avec des attentes fortes de concertation quant à l'opportunité de certains transferts et les modalités.

**Au plan architectural/ organisation des locaux**, les 30 lits d'USLD sont mélangés avec 10 lits d'EHPAD, sans identification précise des lits dédiés EHPAD et des lits dédiés USLD. Cette organisation a été mise en place pour des raisons architecturales et de fluidité en termes de gestion des entrées/sorties, mais pose aussi des difficultés en termes de réponse aux besoins spécifiques des deux publics.

Par ailleurs, le service comprend un **nombre important de chambres doubles** (*8 chambres doubles soit 16 résidents concernés*) avec un nombre croissant de plaintes/ constats d'incompatibilité, formalisées ou pas. Les patients accueillis en USLD présentent fréquemment des problématiques médicales complexes et/ou lourdes (et une charge en soins associée) et des situations de fin de vie, pour lesquelles l'attribution d'une chambre seule serait appropriée.

Concernant le profil-patient, le service accueille un nombre croissant de **patients en situation d'obésité**, pour lesquels l'acquisition d'équipements bariatriques apparaît nécessaire (lits adaptés, chaises de douche).

Le service a été le premier à être **doté de rails au plafond (et moteurs associés)** afin de faciliter les transferts/mobilisations, source de confort pour les professionnels et de conditions de travail améliorées pour les professionnels (facteur d'attractivité). A ce jour, l'ensemble des chambres sont équipées.

**S'agissant de la présence/ organisation médicale** : le nombre de lits installés implique un mi-temps de praticien dédié à l'activité. Le temps médical a été renforcé ces deux dernières années, mais reste insuffisant par rapport aux besoins : plusieurs médecins interviennent sur le service, avec une mutualisation entre les activités de SMR et d'USLD, sans référent clairement désigné. Il conviendra de mieux définir l'organisation médicale, avec la désignation d'un référent/ chef de service et la mise en place de temps de concertation renforcés entre équipe médicale et équipe IDE.

**La prise en charge de la douleur** répond aux recommandations de bonne pratique avec une priorité donnée aux prises en charge non-médicamenteuse, autant que possible. Les prescriptions médicales sont réalisées.

**La dénutrition est prise en charge** avec l'intervention de la diététicienne de l'établissement, sur indication médicale. Un contrôle mensuel du poids est réalisé ainsi que des dépistages annuels, selon les critères en vigueur. Il est souhaité un élargissement des menus végétariens avec davantage de choix proposés. Il est évoqué le besoin d'un temps plus important de diététicienne. Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) est dynamique avec une participation pluriprofessionnelle et des échanges constructifs permettant de formaliser des protocoles et de porter des projets.

**Concernant la rééducation** : une prise en charge en kinésithérapie (ou relai par l'éducatrice en activité physique adaptée, selon les besoins) est possible sur prescription médicale. L'établissement salarie une kiné à 50 % et des kinés libéraux effectuent des vacations, en complément, permettant de répondre aux besoins. Le recours à l'ergothérapeute est également possible, afin d'optimiser le recours à domicile par des visites à domicile programmées. Il est souligné le besoin en orthophonie pour les prises en charge post-AVC ou les troubles de la déglutition.

**L'accompagnement de la fin de vie** est réalisée par l'équipe médico-soignante, avec l'appui de la psychologue, en cas de besoin. Il est constaté le besoin de former un médecin/ un nouveau binôme IDE/AS au DU Soins Palliatifs, tout comme des attentes fortes quant à une collaboration renforcée avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CH NDS. Le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) fonctionne bien, permettant de convenir, en équipe, de pratiques institutionnelles. Les directions anticipées sont assez peu formalisées, en dépit de l'incitation réalisée par l'équipe.

**Une animatrice** est dédiée aux services d'USLD/ UHR. Les patients sont très demandeurs. Elle propose des activités variées (cuisine, intergénérationnel, nouvelles technologies, médiation animale ...) avec une ouverture sur l'extérieur (sorties à la demi-journée ou à la journée). Les Projets d'Accompagnements Personnalisés (PAP) sont pris en compte. Le service bénéficie d'une TOVERTAFEL : un jeu interactif qui améliore le quotidien des personnes présentant des troubles cognitifs ou des besoins spécifiques (simulation). Il est évoqué le besoin d'aménager les extérieurs, afin de créer un parcours sécurisé de promenade entre le SMR et l'USLD, et de disposer de bancs entretenus.

Les patients bénéficient de **Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP)** avec l'objectif d'améliorer la fréquence des mises à jour, afin de s'adapter, autant que possible, à leurs besoins. A titre d'exemple, le service a initié un projet de cuisine thérapeutique, dans une dynamique pluriprofessionnelle : une démarche valorisée lors de la journée qualité du CH NDS/ CH Mauléon.

Une attention particulière est portée au respect des droits des patients (aller et venir...) dans la limite de leur état de santé et des contraintes institutionnelles.

Les retours des questionnaires de satisfaction, et axes d'amélioration en découlant, sont présentés en CDU.

### *Suivi des orientations du précédent projet médical (2018-2025)*

Orientations	Mise en œuvre
<p><b>Améliorer le taux d'occupation</b>, dans le contexte de la restructuration de l'offre de lits d'USLD sur le CH NDS (centralisation sur Parthenay)</p>	<p><b>Objectif atteint.</b> En effet, le taux d'occupation a évolué très favorablement depuis 5 ans. Il s'établissait autour de 60 % en 2017-2018 et atteint désormais les 97 %. Les 30 lits permettent de répondre aux besoins des patients habitant sur le territoire de l'Agglo2B.</p> <p>A noter que, depuis 2018 (et le regroupement de l'offre d'USLD du CH Nord Deux-Sèvres sur Parthenay), il s'agit du seul service d'USLD sur ce territoire (il n'y a pas d'USLD à Faye l'Abbesse)</p>

## Les orientations du projet médico-soignant 2026-2030

### Orientation n°1

Maintenir un taux d'occupation supérieur à 90 % afin de répondre aux besoins

#### **Modalités opérationnelles :**

- **Poursuivre, en lien avec la gestionnaire de parcours et les médecins, l'organisation des transferts internes entre SMR et USLD**, en organisant une concertation entre services en amont et en transmettant l'ensemble des données permettant d'assurer la continuité de la prise en charge.
- **Communiquer envers les EHPADs et les professionnels de santé de ville sur l'existence de l'USLD** et les critères d'admission.
- Former les médecins /IDE aux critères permettant d'établir qu'un patient relève de l'USLD (SMTI requérant)

Echéance : période 2026-2030

---

### Orientation n°2

Disposer d'un médecin à 50 % dédié à l'USLD et qui en assure la chefferie de service / coordination interservices

#### **Modalités opérationnelles :**

- Démarche de recrutement médical/ fiche de poste spécifique : *cf. projet social*.
- Organisation médicale / répartition du temps médical entre services à définir, afin d'assurer une continuité.

Echéance : période 2026-2030

---

### Orientation n°3

Consolider le projet de soins des patients en veillant à la qualité des prises en charge et à la gestion des risques

- **Sécuriser les prises en soins**
  - Renforcer le partenariat avec l'HAD Nord Deux-Sèvres.
  - Poursuivre la limitation et l'encadrement du recours à la contention (sur prescription médicale)
  - Renforcer les démarches des transmissions ciblées et l'organisation de staffs/synthèses autour de situations individuelles.
- **Prévenir et gérer le risque infectieux**
  - Poursuivre la collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du centre hospitalier (formation, conseils, appui dans la gestion des situations)

- **Sécuriser la prise en charge médicamenteuse**
  - Poursuivre la sensibilisation des médecins aux prescriptions informatisées et au respect du livret du médicament
  - Poursuivre la mise en place des EPP sur la prise en charge médicamenteuse
- **Maintenir les modalités de prévention et de prise en charge de la douleur** (fonctionnement du CLUD, respect des bonnes pratiques...)
- **Améliorer la prévention et la prise en charge de la dénutrition** : renforcement du temps de diététicienne sur l'établissement (cf. projet social)
- **Améliorer l'accompagnement de la fin de vie** en renforçant la formation du personnel médical et paramédical (cf. projet social) et en réduisant/ supprimant les chambres doubles (cf. projet architectural) / solliciter l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CH NDS pour venir en appui/ respecter les droits de la personne en fin de vie (recherche systématique du consentement)
- **Proposer une prise en charge en orthophonie** en lien avec certains besoins (post-AVC et troubles de la déglutition) : cf. projet social
- **Renforcer et conforter la présence de compétences spécifiques permettant le maintien de l'autonomie** (ergothérapeutes, EAPA, psychologues...)
- **Développer la culture qualité et la gestion des risques**
  - Poursuivre le fonctionnement du « COPIL » Qualité à l'échelle du CH NDS et du CH de MAULEON.
  - Réaliser des audits internes ciblés (ex : prise en charge médicamenteuse, audit « observation », « prise en charge de la douleur ») et des évaluations des pratiques professionnelles.
  - Mener des enquêtes ponctuelles auprès des patients (enquête de satisfaction sur différents types de prestations, recueil des souhaits)

## Orientation n°4

### Faire vivre le projet de vie et d'accompagnement au regard des besoins personnalisés

#### Modalités opérationnelles

- **Poursuivre l'amélioration de l'admission et de l'accueil en USLD, en lien avec le respect des droits**
  - Travailler autour de supports et d'outils de communication pour faciliter l'intégration des nouveaux patients.
  - Garantir la désignation d'une personne de confiance et proposer au résident de recueillir ses directives anticipées.
  - Systématiser le recueil des habitudes de vie du patient dès son admission.
  - Accompagner le parcours de santé et de vie du patient en fonction de son état de santé et de ses besoins (ex : évolution vers un accueil en EHPAD...)

- **Faire vivre le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) du patient et encourager le patient à être acteur de sa prise en charge**
  - Poursuivre la formalisation d'un PAP pour chaque patient et le mettre à jour, chaque fois que nécessaire (évolution des habitudes de vie, des souhaits, des goûts, des attentes)
  - Organiser, une fois par an et autant que nécessaire, un temps d'échanges avec le patient et/ou sa famille autour du projet personnalisé
  - Poursuivre la mise en œuvre d'animations/ activités personnalisées, en lien avec le PAP.
  
- **Favoriser l'expression et la participation des patients et de leurs familles à la vie de la structure**
  - Poursuivre le recueil de la satisfaction patient en Commission des Usagers (enquêtes, associer les membres de la CDU aux projets)
  - Poursuivre la dynamique impulsée concernant la participation des patients d'USLD au Conseil de la Vie Sociale (CVS), en facilitant la participation des patients et en leur donnant la possibilité de préparer la réunion en amont et de prendre la parole, autant que de besoin, en séance.
  
- **Défendre l'intimité du patient et respecter son rythme**
  - Evaluer la satisfaction des patients concernant le respect de l'intimité et de la singularité des prises en charge.
  - Prendre en compte les retours formulés en CVS et faire un retour régulier quant aux améliorations apportées.
  
- **Promouvoir la bientraitance**
  - Poursuivre le positionnement des référents « Bientraitance », clarifier leurs missions et favoriser le travail en réseau des référents.
  - Poursuivre la formation sur la maltraitance ordinaire.
  
- **Maintenir le temps dédié à l'animation et la pluralité des animations proposées.** Les animations à prioriser sont : l'accompagnement à l'utilisation de la TOVERTAFEL ; la médiation animale ; les petits-déjeuners d'antan ; les repas festifs ; les sorties.
  
- **Proposer la prise des repas en salle à manger, quand l'état de santé le permet.**

## Orientation n°5

### Améliorer le cadre de vie et promouvoir l'ouverture vers l'extérieur

#### Modalités opérationnelles

- **Permettre aux patients d'aller et venir librement**
  - Poursuivre le déploiement des aménagements, équipements, signalétiques, en faveur de la liberté d'aller et venir.
  
- **Contribuer au maintien du lien social et ouvrir l'USLD vers l'extérieur**
  - Promouvoir un travail en binôme des deux animatrices présentes sur l'établissement ainsi qu'un travail en réseau des animatrices du CH et des EHPAD environnants.
  - Poursuivre la collaboration avec l'Association Bien vivre Ensemble à Mauléon pour la mise à disposition de jeunes en services civiques et soutenir la dynamique d'animation.

- Permettre aux patients d'USLD qui le souhaitent de participer aux animations/ temps-forts organisés dans l'espace « tiers lieu » créé dans le nouvel EHPAD, avec diverses activités ouvertes aux habitants de la commune.

## Orientation n°6

### Mettre en œuvre un projet social permettant de fidéliser les professionnels et d'améliorer les pratiques professionnelles

Les **lignes directrices de gestion définies à l'échelle du CH de MAULEON** et qui déterminent la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines s'appliquent à l'ensemble des agents et des services de l'établissement.

Le CH de Mauléon n'a pas de poste vacant, en dehors de postes ponctuellement non-pourvus en raison d'absentéisme.

- **Poursuivre les démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail**
  - Engager des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail (retravailler les trames de planning afin de permettre une meilleure conciliation vie privée/ vie professionnelle)
- **Poursuivre la démarche initiée de mobilité professionnelle entre services au sein de l'établissement.**
  - Une procédure a été travaillée, en lien avec les partenaires sociaux, qui définit les modalités d'organisation de la mobilité professionnelle. Elle sera actualisée au regard des constats réalisés suite aux premières mobilités.
- **Poursuivre la mise en œuvre de la politique de formation**
  - Permettre des départs en formation « promotion professionnelle » AS et IDE
  - Prioriser les actions de formation en lien avec les orientations du projet d'établissement, et particulièrement : la bientraitance, l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, la prise en charge des troubles cognitifs, le projet d'accompagnement personnalisé, la prévention et la gestion des risques infectieux, la prise en charge médicamenteuse, les droits et libertés de la personne accueillie.
- **Développer l'attractivité des métiers, fidéliser le personnel**
  - Améliorer l'accueil des nouveaux professionnels
  - Poursuivre l'accueil de stagiaires
  - Poursuivre l'accès aux formations qualifiantes et aux formations continue des professionnels
  - Participer aux événements de type « forum des emplois », « journées d'orientation », « salon des métiers » ...
  - Expérimenter le recrutement d'un IPA en gériatrie.

UN PROJET  
D'ACCOMPAGNEMENT DU  
GRAND ÂGE ET DU  
HANDICAP PSYCHIQUE



## **Il convient de prendre en compte les axes du schéma départemental de l'autonomie 2022-2026, élaboré par le Département des Deux-Sèvres.**

### **AXE 1 : Faciliter l'accès à l'information, encourager la participation des personnes et soutenir les proches aidants**

- + Valorisation de la pair-aidance, du soutien aux aidants, création d'un portail usagers, mise en place d'un lieu d'accueil, information et orientation de proximité.

### **AXE 2 : Faire en sorte que chacun puisse vivre chez soi dans les meilleures conditions**

- + Adaptation des logements et sécurisation de l'habitat, développement des services à domicile, accès aux soins, amélioration de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'aide à domicile.

### **AXE 3 : Adapter le panel de réponses proposées aux besoins des PA et PH**

- + Accompagnement transformation de l'offre handicap, développement des habitats intergénérationnels, mise en œuvre de la réforme de l'évaluation des ESSMS.

### **AXE 4 : Soutenir les territoires dans l'accompagnement des PA et PH**

- + Développement des coopérations entre acteurs de droit commun et les ESMS pour favoriser l'inclusion, partenariat autour de la mobilité, projets en faveur du Bien Vieillir.

## **Le projet tient aussi compte de la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale**

Cette loi place l'utilisateur au centre de l'action et reconnaît ses droits et libertés en tant que sujet, acteur et auteur de son projet de vie. Elle met en avant 7 principes et 7 outils.

### **+ Les 7 principes pour l'utilisateur :**

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit d'aller et venir librement.
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes.
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité respectant son consentement éclairé.
- La confidentialité des informations le concernant.
- L'accès à toute information relative à son accompagnement.
- Une information sur ses droits fondamentaux.
- La participation directe -ou avec aide- à la conception et mise en place de son projet d'accompagnement.

### **+ Leur mise en œuvre à travers 7 outils**

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés
- Le contrat de séjour
- La personne qualifiée
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement
- Le projet d'établissement ou de service
- Le conseil de la vie sociale

## « L'EHPAD de demain » : offrir des lieux de vie de qualité et un accompagnement sécurisé et personnalisé

---

### Les principaux constats

**La reconstruction de l'EHPAD La Châtillonnaise donne pleinement satisfaction aux résidents, à leurs proches, aux professionnels** : les locaux sont spacieux, agréables ; les chambres sont individuelles avec salle de bain ; il existe une salle d'animation distincte des salles à manger. La livraison de la phase 2 du chantier, en octobre 2025, a permis de réunir l'ensemble des résidents au même niveau et de disposer d'une salle d'animation de belle taille. La cohabitation avec les résidents du foyer de vie (au RDC) se passe bien. Chacun trouve ses marques.

Les résidents d'EHPAD qui occupent les chambres de l'unité Pré Vert « envient » les nouveaux locaux. La « mixité » avec les résidents d'USLD pose souci, tout comme les chambres doubles (*souci de mésentente ; de cohabitation difficile selon l'état de santé ; respect de l'intimité ; situations de fin de vie*)

**Concernant la prise en soins**, il est pointé le manque de médecins traitants et l'absence de médecin coordinateur. Plus d'1/3 des résidents n'ont pas de médecin traitant désigné. L'établissement s'adresse à un ancien médecin du SMR (gériatre) afin d'assurer le suivi des résidents d'EHPAD sans médecin traitant, et a créé des locaux (maison médicale) adossés au nouvel EHPAD/ foyer de vie, afin de faciliter l'installation de médecins généralistes.

**La diversité des animations donne satisfaction.** Le temps d'animation a été augmentée sur la CHATILLONNAISE, dans le cadre de l'arrivée sur les nouveaux locaux : passage de 50 à 80 % du temps d'animatrice. Les animations sont plus nombreuses et répondent mieux aux besoins. Une borne MELO (autour de la musique) a été récemment installée.

Les résidents disposent d'un **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)** élaboré en lien avec la psychologue, un soignant référent, le résident (et ses proches, s'il le souhaite). Il cible quelques objectifs concrets à mettre en œuvre afin de répondre aux attentes/ besoins.

Le logiciel NETSOINS a été déployé et il donne satisfaction.

**La prestation d'entretien du linge des résidents**, externalisée depuis 2 ans, ne donne pas satisfaction, avec des pertes/ dégradations de linge, évoquées à plusieurs reprises en Conseil de la Vie Sociale.

**Concernant l'Accueil de Jour Alzheimer**, il est mis en exergue :

- Une satisfaction globale (usagers, proches, professionnels), en lien avec une augmentation de l'activité avec le projet d'ajouter deux places à l'AJA (passer de 6 à 8 places). Les locaux devront être agrandis car ils sont déjà trop petits, notamment pour permettre la réalisation d'activités en petits groupes et à ceux qui le souhaitent de s'isoler : *cf. projet architectural.*
- L'arrêt de la prestation transport a permis à l'équipe de développer les activités/ prise en charge des résidents, ce qui constitue leur mission première.
- Les AMP proposent des activités spécifiques : occupationnelles, thérapeutiques, autour de la vie quotidienne, atelier mémoire, développement du lien social. Il est souhaité de développer l'accompagnement avec la méthode Snoezelen.
- **Concernant l'organisation paramédicale** : elle s'articule autour d'une référente AMP avec des AS/ASG volontaires, ce qui garantit une certaine stabilité, nécessaire au bon fonctionnement. Le renouvellement récent d'une partie de l'équipe a été bénéfique.

- Un rdv d'admission est organisé avec le médecin salarié sur l'EHPAD et la psychologue référente de l'accueil de jour.
- Le fait de disposer, sur site, d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) est un atout, car facilite le parcours de soins/ d'accompagnement du résident.
- Il existe des partenariats/ échanges avec le « réseau » (Plate-forme Territoriale d'Appui, Département, EHPAD, médecins traitants ...). Des portes-ouvertes sont organisées, deux fois par an.
- Les aidants bénéficient d'un accompagnement (entretien avec l'équipe, la psychologue).
- Il est organisé 3 réunions cliniques par an, ce qui donne satisfaction.
- Les PAP existent, mais il conviendrait d'en améliorer le fonctionnement en conviant le psychologue et en disposant de deux journées sanctuarisées par an pour faire le point sur les PAP et projeter les animations du semestre à venir.
- Des collaborations renforcées avec le foyer-logement et le CCAS gagneraient à être mises en place (cf. participation au projet « un temps pour soi »).

**Concernant l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)**, les constats sont les suivants :

- Le critère principal d'admission en UHR est la déambulation avec mise en danger/ risque de sortie inopinée. La sortie de l'unité doit intervenir quand il n'y a plus de déambulation, avec un transfert en EHPAD « classique » ou en USLD, selon l'état de santé. Les transferts se sont développés ces dernières années, en lien avec la désignation d'un médecin référent pour cette unité, mais ils demeurent encore insuffisants. Certains résidents restent en UHR, sans motif, faute de place dans une structure d'aval.
- Les pathologies prises en charge sont nombreuses (tous type de démences). Le capacitaire à 20 lits est trop important (il est recommandé 12 à 15 résidents, en moyenne), favorisant les « tensions » entre résidents et la majoration des troubles (agressivité, angoisses...)
- Par ailleurs, l'UHR comprend officiellement 12 lits ; les 8 lits complémentaires sont de l'Unité Protégée.
- Des temps de synthèses sont prévus, tous les mois, en équipe pluriprofessionnelle : la formalisation des décisions gagnerait à être instaurée.
- La psychologue intervient 3 jours par semaine. L'animatrice est présente deux jours par semaine, en sus de l'équipe paramédicale.
- Il est sollicité la mise en place de temps d'analyse de la pratique professionnelle pour l'équipe. En termes de formation, il convient de poursuivre la formation NAOMI FEIL et d'organiser des « retours » suite aux formations, avec mise en place d'un projet de soin/ d'accompagnement associé. Cf. projet social.
- Des activités variées sont proposées aux résidents : jardinage, cuisine, maquillage, gym douce, jeux de société, jeux de mémoire, sorties...
- Concernant la prise en soins, l'objectif est de limiter le recours à la contention. L'IDE est présente sur l'UHR en continu les mardi et vendredi, et intervient les autres jours selon les besoins. Les professionnels souhaitent une présence plus importante de l'IDE. Il est pointé aussi le manque de médecin traitant, obligeant le médecin référent de l'unité à assurer parfois le suivi somatique.
- Des repas thérapeutiques sont proposés tous les jours et un repas à thème une fois par mois.
- Le rythme de vie des résidents est respecté : ils peuvent se lever plus tard et prendre leur petit-déjeuner plus tard. Le soir, une collation nocturne est proposée aux résidents déambulant et se couchant plus tard.

- Il est évoqué le fait de porter une tenue civile, notamment l'après-midi, plutôt qu'une tenue de soins, afin de favoriser le lien avec les résidents.
- Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est élaboré, en lien avec la psychologue et fait l'objet d'une réévaluation une fois par an, minimum.
- L'unité doit faire l'objet de travaux de réfection du sol car ce dernier est très abîmé (fortes odeurs, sale...). Il est souhaité aussi que les portes soient repeintes avec des couleurs plus douces.
- Le patio n'est pas assez sécurisé : *cf. projet architectural*.

### Suivi des orientations du précédent projet médical (2018-2025)

Orientations	Mise en œuvre
<p><b>La diversification des modes de prise en charge et le développement de la filière Alzheimer dont :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en fonctionnement d'un accueil de jour conforme aux attendus : ouverture 5j/7, taux d'occupation.</li> <li>- L'amélioration du taux d'occupation de la place d'hébergement temporaire.</li> <li>- L'amélioration de la rotation des places au sein de l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).</li> </ul>	<p><b>Objectif partiellement atteint.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du taux d'occupation de l'Accueil de Jour Alzheimer (passage de 60 % à 92 %) avec ouverture 5 j par semaine.</li> <li>- Davantage de rotations en UHR, mais dynamique à poursuivre.</li> <li>- La place d'hébergement temporaire est insuffisamment utilisée.</li> </ul>
<p><b>L'organisation du lieu de vie, notamment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le développement des animations à visée thérapeutique et occupationnelle</b>, en favorisant notamment les échanges avec l'USLD. L'accueil de jeunes en service civique gagnera à être poursuivi.</li> <li>- <b>L'amélioration des conditions d'accueil et de séjour des résidents</b>, qui passe notamment par la reconstruction du bâtiment « la Châtillonaise ». Le projet consiste en la reconstruction d'une structure neuve incluant 57 lits d'EHPAD et 20 lits de foyer de vie pour adultes en situation de handicap mental.</li> </ul>	<p><b>Objectif atteint.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil de jeunes en service civique, en lien avec l'association.</li> <li>- Animations variées et appréciées des résidents (remontées en ce sens en Conseil de la Vie Sociale)</li> <li>- Aboutissement de la construction du nouvel EHPAD/foyer de vie : déménagement des résidents en avril 2024/ livraison de la phase 2 en octobre 2025.</li> </ul>
<p><b>Le respect des droits des usagers, notamment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La promotion de la bientraitance</b>, avec la mise en place de soignants « référents » et la réalisation d'une charte.</li> <li>- <b>L'installation du Conseil de la Vie Sociale</b>, instance obligatoire de représentation des usagers, issue de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.</li> <li>- <b>L'installation d'une Commission d'admission</b> afin d'établir des critères objectifs d'admission des résidents, source d'équité et de respect des indications d'admission en EHPAD et en USLD.</li> </ul>	<p><b>Objectif partiellement atteint :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation à la prévention de la maltraitance ordinaire mise en place, avec la présence de référents bientraitance au sein de chaque service. Une formation au droit des usagers a également été initiée. Et une cartographie des risques est en cours d'élaboration.</li> <li>- Mise en place effective du CVS qui fonctionne bien : réunions régulières, bonne participation, même s'il est difficile de convaincre les résidents de se porter candidat.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'accompagnement de la fin de vie</b>, avec l'amélioration du recueil des directives anticipées et le renforcement du partenariat avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHNDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'a pas été mis en place de commission d'admission car les admissions sont actées en fonction des places disponibles, de manière pluriprofessionnelle.</li> <li>- L'objectif relatif à l'accompagnement de la fin de vie est à poursuivre.</li> </ul>
<p><b>Le développement d'une prise en charge personnalisée</b> du résident, promouvant le maintien de l'autonomie, le respect de ses choix et de son histoire de vie.</p>	<p><b>Objectif atteint.</b></p> <p>Mise en place des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de manière pluriprofessionnelle.</p>
<p><b>La promotion de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques</b> en mettant notamment l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La sécurisation du circuit du médicament</b> avec la mise à jour des procédures pour l'ensemble des sites ; la sensibilisation des médecins à la prescription informatisée ; la réalisation d'EPP sur la prise en charge médicamenteuse ; la participation des professionnels de l'EHPAD aux groupes de travail portant sur le « management de la prise en charge médicamenteuse » dans le cadre de la certification V 2014.</li> <li>- <b>La prévention des risques infectieux</b> (risques épidémiques, risques d'infection nosocomiale) par la poursuite des formations notamment en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du CHNDS, l'appropriation des protocoles par les professionnels soignants.</li> <li>- <b>La prévention des risques liés à la grande dépendance (dénutrition, escarre, chutes...) et à la santé mentale (risque suicidaire) :</b> EPP, CREX, protocoles...</li> <li>- L'évolution des organisations soignantes afin de permettre une <b>présence infirmière jusqu'à 20h le soir</b> sur les deux bâtiments d'EHPAD, source de sécurité des soins.</li> <li>- <b>La mise en place d'une commission de coordination gériatrique.</b></li> </ul>	<p><b>Objectif partiellement atteint.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CH NDS assure la délivrance des médicaments pour le CH de Mauléon. La prescription informatisée est de rigueur, à l'exception de certains médecins traitants. La mise en place d'un groupe de travail sur le management de la prise en charge médicamenteuse reste un objectif, mais les bonnes pratiques sont respectées.</li> <li>- L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du CH HNDS intervient régulièrement et veille au respect des bonnes pratiques. En cas de CLUSTER ou d'épidémie, elle coordonne des actions spécifiques.</li> <li>- La formalisation de protocoles concernant les prises en charge spécifiques est en cours (notamment risque suicidaire).</li> <li>- La présence infirmière est désormais effective jusqu'à 20h.</li> <li>- Il n'a pas été mis en place de coordination gériatrique, en raison de l'absence de médecin coordonnateur et du manque de médecins traitants sur le territoire. Toutefois, il existe des échanges réguliers avec les professionnels de ville, via la Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS).</li> </ul>
<p>Mise en fonctionnement de la <b>consultation mémoire avancée</b> en lien avec la consultation mémoire labellisée du CHNDS.</p>	<p>Projet abandonné, faute de médecin référent.</p>
<p>Solliciter auprès de l'ARS la <b>transformation de l'UHR médico-sociale en une UHR sanitaire</b>, afin de prendre en compte le profil des résidents accueillis. Une augmentation de la capacité d'accueil pourra également être demandée, au regard du taux d'occupation dépassant les 100 % et de la demande importante à laquelle le CH ne peut répondre favorablement.</p>	<p>Demande faite auprès de l'ARS et retour défavorable.</p>

## Les orientations du projet médico-soignant 2026-2030

Les valeurs fondamentales qui guident le projet des EHPAD et les pratiques professionnelles au quotidien définies comme suit :

- Le pouvoir d’agir du résident et son expression,
- Le respect des droits fondamentaux du résident et l’exercice de sa citoyenneté,
- L’approche inclusive et singulière des accompagnements,
- La réflexion éthique des professionnels,
- La qualité des accompagnements et la bienveillance.



### Orientation n°1

#### Faire vivre le projet de vie, d’accompagnement et de soins

##### **Modalités opérationnelles**

- **Conforter des modes de prises en charge alternatives à l’accueil permanent pour maintenir le résident à son domicile**
  - Conforter le dispositif d’accueil de jour Alzheimer, en augmentant le capacitaire (+ 2 places) et en réalisant les travaux nécessaires (*cf. projet architectural*)
  - Communiquer et gagner en lisibilité sur l’offre d’hébergements temporaire, notamment en relai des interventions orthopédiques nécessitant un « sans appui » dans l’attente du démarrage de la rééducation.
- **Poursuivre l’amélioration de l’admission et de l’accueil en EHPAD**
  - Travailler autour de supports et d’outils de communication pour faciliter l’intégration des nouveaux résidents
  - Garantir la désignation d’une personne de confiance et proposer au résident de recueillir ses directives anticipées
  - Systématiser le recueil des habitudes de vie du résident dès son admission
  - Accompagner le parcours de santé et de vie du résident en fonction de son état de santé et de ses besoins (ex : prise en charge en unité sécurisée, évolution d’un accueil en USLD...)
- **Faire vivre le projet d’accompagnement personnalisé (PAP) du résident et encourager le résident à être acteur de son accompagnement**
  - Poursuivre la formalisation d’un PAP pour chaque résident et le mettre à jour, chaque fois que nécessaire (évolution des habitudes de vie, des souhaits, des goûts, des attentes)
  - Organiser, une fois par an et autant que nécessaire, un temps d’échanges avec le résident et/ou sa famille autour du projet personnalisé
  - Poursuivre la mise en œuvre d’animations/ activités personnalisées, en lien avec le PAP.
- **Favoriser l’accueil et la prise en charge des résidents présentant de troubles Alzheimer et neurocognitifs**
  - Formaliser les critères d’admission et de sortie en UHR et en UPAD, en lien avec le médecin référent et la gestionnaire de parcours, afin de favoriser la rotation des lits et la réponse aux besoins.

- Renforcer les liens avec les partenaires et les autres services hospitaliers : UCC, Equipe de psychogériatrie, CMP de secteur
- Développer la télémédecine en lien avec l'équipe mobile de psychogériatrie
- Poursuivre la dynamique de formation d'Assistant de Soins en Gériatrie et la formation Naomi FEIL et décliner des actions concrètes de nature à permettre une harmonisation des accompagnements.
- Poursuivre les prises en charge non-médicamenteuses, autant que possible, et limiter le recours à la contention.
  
- **Défendre l'intimité du résident et respecter son rythme**
  - Evaluer la satisfaction des résidents concernant le respect de l'intimité et de la singularité des prises en charge.
  - Prendre en compte les retours formulés en CVS et faire un retour régulier quant aux améliorations apportées.
  
- **Promouvoir la bientraitance**
  - Poursuivre la dynamique autour des référents « Bientraitance » au sein de chaque EHPAD, et favoriser le travail en réseau des référents.
  - Faire vivre la charte « Bientraitance » en associant les CVS.
  - Poursuivre la formation sur la maltraitance ordinaire et les droits des usagers.
  
- **Favoriser l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure**
  - Poursuivre la dynamique impulsée concernant le fonctionnement du CVS, en facilitant la participation des résidents et en leur donnant la possibilité de préparer la réunion en amont et de prendre la parole, autant que de besoin, en séance.
  - Informer le CVS de tous les projets institutionnels, la situation financière et recueillir l'avis des membres.

## Orientation n°2

### Améliorer le cadre de vie et promouvoir l'ouverture vers l'extérieur

#### **Modalités opérationnelles**

- **Permettre aux résidents d'aller et venir librement**
  - Poursuivre le déploiement des aménagements, équipements, signalétiques, en faveur de la liberté d'aller et venir.
  
- **Maintenir et développer des prestations de qualité**
  - Réévaluer la qualité de la prestation de bionettoyage sur la CHATILLONAISE, dans le contexte de la nouvelle organisation déployée avec la livraison du nouveau bâtiment.
  - Revoir les modalités de réalisation de la prestation d'entretien du linge des résidents qui ne donne pas satisfaction : envisager de réinternaliser cette prestation ou de la déléguer à un autre opérateur.
  - Poursuivre l'animation des commissions « menus » et les actions autour du « plaisir d'être à table ».
  
- **Inscrire les EHPAD dans des démarches de développement durable**
  - Cf. Agenda 2030.

- **Contribuer au maintien du lien social et ouvrir les EHPAD vers l'extérieur**
  - Promouvoir un travail en binôme des deux animatrices présentes sur l'établissement ainsi qu'un travail en réseau des animatrices du CH et des EHPAD environnants.
  - Poursuivre la collaboration avec l'Association Bien vivre Ensemble à Mauléon pour la mise à disposition de jeunes en services civiques et soutenir la dynamique d'animation en EHPAD.
  - Ouvrir les portes de l'EHPAD vers l'extérieur en faisant vivre l'espace « tiers lieu » créé dans le nouvel EHPAD, avec diverses activités ouvertes aux habitants de la commune. Cette mise en œuvre sera facilitée par l'augmentation du temps de travail de l'animatrice (passage de 50 à 80 %)
  
- **Mettre en œuvre une démarche d'inclusion à l'égard des résidents du foyer de vie La Mignauderie, situé au rez-de-chaussée**
  - Proposer des projets d'animation communs ; partager des temps-forts au sein de la salle tiers-lieu ; susciter les rencontres entre professionnels des deux structures, afin d'accompagner cette dynamique.
  - Favoriser l'admission en EHPAD de résidents du foyer de vie, dans le cadre de leur parcours d'accompagnement et en lien avec leur avancée en âge.

### Orientation n°3

#### Consolider le projet de soins en veillant à la qualité des prises en charge et à la gestion des risques

- **Sécuriser les prises en soins**
  - Disposer d'un médecin coordonnateur à 50 % minimum (poursuivre les démarches de recrutement)
  - Organiser la coordination de professionnels de santé salarié et libéraux qui interviennent dans les EHPADs (relancer la commission de coordination gériatrique)
  - Renforcer le partenariat avec l'HAD Nord Deux-Sèvres.
  - Poursuivre la limitation et l'encadrement du recours à la contention (sur prescription médicale)
  - Renforcer les démarches des transmissions ciblées et l'organisation de staffs/synthèses autour de situations individuelles.
  
- **Prévenir et gérer le risque infectieux**
  - Poursuivre la collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du centre hospitalier (formation, conseils, appui dans la gestion des situations)
  
- **Sécuriser le circuit du médicament**
  - Poursuivre la sensibilisation des médecins aux prescriptions informatisées et au respect du livret du médicament
  - Poursuivre la mise en place des EPP sur la prise en charge médicamenteuse
  - Sensibiliser les IDE aux « Never Events » et approfondir l'analyse des événements indésirables.
  - Organiser un temps de travail spécifique visant à limiter les interruptions de tâches.

- **Repérer les fragilités et favoriser dans des prises en charge « préventives »**
  - Poursuivre les actions engagées en termes de repérage des fragilités et de prévention autour des thématiques suivantes : prévention des chutes, prévention de la dénutrition, prévention des escarres, hygiène bucco-dentaire, prévention du risque iatrogène, risque suicidaire.
  - Envisager des actions visant à faciliter l'accès aux soins dentaires et d'ophtalmologie, en lien avec les professionnels de ville du territoire et le CH NDS.
  
- **Renforcer et conforter la présence de compétences spécifiques permettant le maintien de l'autonomie**
  - Conforter au sein des équipes la présence de compétences spécifiques et nécessaires à l'accompagnement des résidents : ergothérapeutes, EAPA, psychologues...
  
- **Accompagner la fin de vie**
  - Respecter les droits de la personne en fin de vie, rechercher son consentement et en prenant en compte la singularité des besoins.
  
- **Développer la culture qualité et la gestion des risques**
  - Poursuivre le fonctionnement du « COPIL » Qualité à l'échelle du CH NDS et du CH de MAULEON.
  - S'inscrire dans les démarches d'évaluations externes sur la base du nouveau référentiel d'évaluation de la HAS.
  - Réaliser des audits internes ciblés (ex : prise en charge médicamenteuse, audit « observation », « prise en charge de la douleur ») et des évaluations des pratiques professionnelles.
  - Poursuivre les enquêtes annuelles auprès des résidents (enquête de satisfaction sur différents types de prestations, recueil des souhaits.)

#### Orientation n°4

#### Mettre en œuvre un projet social permettant de fidéliser les professionnels et d'améliorer les pratiques professionnelles

Les **lignes directrices de gestion définies à l'échelle du CH de MAULEON** et qui déterminent la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines s'appliquent à l'ensemble des agents et des services de l'établissement, **y compris l'EHPAD.**

Le CH de Mauléon n'a pas de poste vacant, en dehors de postes ponctuellement non-pourvus en raison d'absentéisme.

- **Poursuivre les démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail**
  - Engager des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail (retravailler les trames de planning afin de permettre une meilleure conciliation vie privée/ vie professionnelle)
  - Relancer, en 2026, l'enquête sur la Qualité de Vie au Travail.
  
- **Poursuivre la démarche initiée de mobilité professionnelle entre services au sein de l'établissement.**

- Une procédure a été travaillée, en lien avec les partenaires sociaux, qui définit les modalités d'organisation de la mobilité professionnelle. Elle sera actualisée au regard des constats réalisés suite aux premières mobilités.
- **Poursuivre la mise en œuvre de la politique de formation**
  - Permettre des départs en formation « promotion professionnelle » AS et IDE
  - Prioriser les actions de formation en lien avec les orientations du projet d'établissement, et particulièrement : la bientraitance, l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, la prise en charge des troubles cognitifs, le projet d'accompagnement personnalisé, la prévention et la gestion des risques infectieux, la prise en charge médicamenteuse, les droits et libertés de la personne accueillie.
- **Développer l'attractivité des métiers, fidéliser le personnel**
  - Améliorer l'accueil des nouveaux professionnels
  - Poursuivre l'accueil de stagiaires
  - Poursuivre l'accès aux formations qualifiantes et aux formations continue des professionnels des EHPAD
  - Participer aux évènements de type « forum des emplois », « journées d'orientation », « salon des métiers » ...
  - Expérimenter le recrutement d'un IPA

# Le foyer de vie pour adultes en situation de handicap psychique : favoriser l'inclusion et la dynamique de parcours

---

## Les principaux constats

*En préambule, il convient de préciser que le CH de Mauléon a repris l'activité de foyer de vie, en janvier 2023, dans le cadre d'une cession d'autorisation par l'Etablissement Public Départemental (EPD) Foyer de vie Coulon–Mauléon. Jusqu'alors, l'établissement était constitué de deux sites, éloignés géographiquement : un à Mauléon et l'autre à Coulon (Sud Deux-Sèvres). La reprise de l'activité par le CH, à la demande du Département des Deux-Sèvres et en lien avec un projet immobilier de reconstruction d'un EHPAD – foyer de vie porté par l'hôpital de Mauléon, a constitué une évolution importante et relativement récente. L'établissement a souhaité initier des évolutions progressives, afin de susciter l'adhésion de l'équipe éducative et de donner du sens au projet de service, qui sera à formaliser.*

*La capacité d'accueil du foyer de vie passe de 15 à 20 résidents, dans le cadre du projet de reconstruction de l'EHPAD – foyer de vie.*

*Pour le centre hospitalier, il s'agit aussi d'acculturer la gouvernance et l'ensemble des professionnels, aux spécificités liées au public en situation de handicap psychique.*

## **Constats réalisés à la reprise de l'activité par le centre hospitalier**

### **Constats au niveau du territoire**

- La commune de Mauléon est limitrophe de la Région des Pays de la Loire, ce qui ne facilite pas le maillage territorial de proximité.
- La MDPH des Deux-Sèvres intègre peu dans ses missions la question du parcours de vie du résident, de son autodétermination et de l'inclusion.
- Il n'existe pas de partenariat avec le CMP de Bressuire, hormis pour les consultations des résidents suivis. Il n'y a pas de possibilité d'hospitalisation de type « séjour de rupture » en psychiatrie intra.
- Il est noté une absence de partenaires ESMS clairement identifiés.

### **Constats au niveau de l'établissement et du foyer de vie**

- Le foyer de vie était situé, jusqu'en octobre 2025, dans des locaux distants du CH et inadaptés aux besoins des résidents (vieille bâtisse, salles de bain communes, espaces non optimisés et peu contenant).
- Un « grand » collectif qui ne répond pas aux besoins individualisés du résident. Certains ne trouvent pas leur place, sont trop stimulés, trop d'interactions et/ou outils inappropriés à sa problématique et sont donc psychiquement instables et en souffrance.
- Le foyer de vie fonctionne comme un lieu « fermé », questionnant la liberté d'aller et venir des résidents.
- Un service assez isolé (partenariat pauvre et/ou qui n'est pas actif), avec un fonctionnement en « vase clôt ».
- Des outils de la loi 2002-2 existants mais insuffisamment actualisés au regard des évolutions réglementaires. Nécessité de les remettre à jour et de les « faire vivre » auprès des professionnels, des résidents, mandataires.

- Les règles de facturation des absences (départ en familles, vacances) par le Département des Deux-Sèvres sont plus défavorables que les autres départements, avec une perte de recettes non-négligeable.
- Il n'y a pas de mensualité de remplacement lorsque le professionnel est en congé (hormis sur la période estivale), avec un recours à l'auto-remplacement par l'équipe en poste, ce qui génère des plannings changeants et un roulement de base peu respecté.
- Iniquité entre professionnels en termes de planning.
- Existence historique d'un poste d'IDE dans un service non-médicalisé, servant principalement à l'accompagnement du résident lors des RDV.
- Une attention forte portée aux difficultés du résident et à ses incapacités à faire, nécessitant d'interroger aussi son potentiel, ses aspirations.
- Absence d'analyse de la pratique et de réunions d'équipe, avec un ordre du jour défini.
- Il n'y pas d'informatisation du dossier du résident (traçabilité papier, non-exhaustive)

### **Constats au niveau du résident**

- Nécessité d'expliquer les droits et les devoirs, avec une formalisation adaptée (signalétique, vocabulaire utilisé, etc.) / reconnaître le statut d'adulte (repositionner la place des parents) / reconnaître le statut de citoyen (exercice du droit de vote)
- Prise en compte partielle des habitudes de vie du résident (pour les repas, la toilette)
- Un planning d'activités qui change toutes les 2 semaines et construit principalement en tenant compte des appétences des professionnels (l'engagement n'est pas travaillé avec le résident) ce qui entraîne discontinuité, sentiment de vide, insécurité/angoisse.

### **Les orientations du projet éducatif 2026 – 2030**

Suite aux constats réalisés et à la prise de fonction d'une cadre socio-éducative, disposant d'une expérience antérieure au sein d'un foyer de vie, trois orientations prioritaires ont été définies.

#### **Orientation n°1**

#### **Réorganiser le service pour remettre du sens aux pratiques professionnelles et à nos missions à l'égard du public accueilli**

- Impulser le changement en s'appuyant sur la co-construction (mise en place de groupes de travail, échéance de l'évaluation externe à venir nécessitant de confronter les pratiques actuelles au référentiel)
- Profiter du déménagement dans les nouveaux locaux (octobre 2025) pour susciter une nouvelle dynamique et mieux répondre aux besoins des résidents. Concrètement, il s'agit de structurer, dans le nouvel établissement, deux unités de vie, en lien avec les besoins des résidents. L'une des unités (Azur) a vocation à accueillir des résidents avec des troubles à dominante psychiatrique et pour lesquels les stimulations seront plus limitées en réponse à leurs besoins. L'infirmière sera positionnée sur cette unité ; et l'autre unité (Emeraude) accueillant des résidents qui présentent une certaine autonomie dans leurs activités sociales (stages externes, partenariats...). L'éducatrice spécialisée sera positionnée au sein de cette unité.

- Expliciter la mission de chaque professionnel au regard de son métier et ses compétences, en formalisant des fiches de poste.
- Organiser les activités/animations/ateliers en partant des besoins de la personne accueillie.
- Structurer le quotidien des unités de vie pour apporter des repères et soutenir l'autonomie des résidents.

## Orientation n°2

### Accompagner la montée en compétences des professionnels, avec un objectif d'amélioration de la qualité de l'accompagnement

- Nécessité de requestionner les pratiques en déployant l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP)
- Proposer des formations à l'accompagnement des troubles psychiatriques.
- Réinstaurer un partenariat avec le CMP et l'unité « Les Coquelicots » de Thouars (accueil de patients en réhabilitation psycho-sociale). Il s'agit notamment de pouvoir bénéficier d'avis et de prise en charge psychiatrique, avec un souci de prévention et afin d'éviter les décompensations. Le déplacement sur site de professionnels de la psychiatrie est à envisager. L'objectif est aussi de pouvoir réaliser des séjours de « rupture » en hospitalisation conventionnelle et des prises en charge renforcées en hôpital de jour. A cet effet, une mission d'expertise/ conseil va être confiée à un médecin psychiatre, afin de faciliter les collaborations avec le service de psychiatrie et formaliser des conventions, en conséquence.
- Favoriser l'interconnaissance et le partage d'expériences, y compris avec des partenaires externes.
- Sensibiliser à l'évolution de la politique publique du secteur du handicap (réunion institutionnelle, séminaire, journée régionale, contact autre ESMS...)
- Soutenir l'équipe éducative en recrutant des bénévoles.
- Développer, chez les professionnels, la pratique des écrits professionnels.
- Du fait d'un passage de 15 à 20 places, en octobre 2025, l'effectif de professionnels a été étoffé et l'établissement prévoit le recrutement de professionnels diplômés et possédant une expérience significative dans l'accompagnement du public en situation de handicap mental.

### Orientation n°3

#### Axer l'accompagnement du résident sur ses capacités/besoins et encourager l'autodétermination, l'inclusion

- Formaliser un projet individualisé pour chaque résident et le considérer comme un fil conducteur, dans une dynamique de parcours.
- Déployer le Dossier Unique Informatisé, avec l'outil NETVIE, qui est un module dédié au handicap du logiciel NETSOINS, utilisé sur le CH en EHPAD et en USLD.
- Favoriser l'expérimentation, l'accès au droit commun, la pair-aidance.
- Faciliter l'accès à l'information via le FALC, former les résidents pour leur redonner du pouvoir d'agir.
- Inclure le résident dans l'organisation de la vie de l'unité (mise en place de commissions)
- Permettre une ouverture sur la cité (participations à des événements, en tant que bénévole)
- Créer des temps de convivialité (famille, partenaires)
- Favoriser les rencontres intergénérationnelles au sein de l'institution avec les résidents de l'EHPAD la Châtillonnaise, située au R+1 du bâtiment :
  - *Proposer des projets d'animation communs ; partager des temps-forts au sein de la salle tiers-lieu ; susciter les rencontres entre professionnels des deux structures, afin d'accompagner cette dynamique.*
  - *Favoriser l'admission en EHPAD de résidents du foyer de vie, dans le cadre de leur parcours de vie et en lien avec leur avancée en âge.*

### Orientation n°4

#### Développer la culture qualité et la gestion des risques

- Intégrer le foyer de vie dans la participation au COPIL Qualité médico-social, à l'échelle du GHT 79, notamment en lien avec la préparation de l'évaluation externe.
- S'inscrire dans les démarches d'évaluations externes sur la base du nouveau référentiel d'évaluation de la HAS.
- Réaliser des audits internes ciblés et des évaluations des pratiques professionnelles.
- Initier des enquêtes annuelles auprès des résidents (enquête de satisfaction sur différents types de prestations, recueil des souhaits.)

***De manière plus globale, il s'agit de créer les conditions permettant à la personne accompagnée de vivre son statut d'adulte ; d'être citoyenne dans la cité et d'être actrice de son parcours de vie, en lien avec l'évolution de la politique publique du handicap.***

# UN PROJET D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ ET DE LA PERTINENCE DES SOINS



*La qualité des soins,  
notre engagement  
au quotidien !*



La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence des soins et de l'accompagnement du CH de Mauléon s'inscrit dans les orientations de :

- **La politique qualité du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 79, version mise à jour fin 2025, dénommée « une politique globale, collective et structurée »**

**Elle définit 5 priorités :**

- Préparation des visites de certification des établissements sanitaires et d'évaluation externe des services médico-sociaux et sociaux, qui mettent davantage l'accent sur la prévention du risque numérique et des risques environnementaux.
- Poursuivre la démarche sur les Situations Sanitaires Exceptionnelles
- Enrichir les réflexions sur les filières du projet médical partagé du GHT, en développant notamment l'analyse des événements indésirables inter-établissements
- Poursuivre la promotion des droits des patients et la promotion des associations au sein des établissements.

- **La politique qualité, gestion des risques 2023 – 2026 du CH de Mauléon**

**Elle est articulée autour de 3 axes qui restent pertinents pour l'établissement :**

- **Axe 1 : Poursuivre le développement d'une culture qualité, sécurité et pertinence des soins**
  - Renforcer le management institutionnel de la qualité et de la gestion des risques
  - Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et le repérage précoce des risques d'événement indésirable
  - Décliner le management de la qualité, gestion des risques dans les services en proximité des professionnels
- **Axe 2 : Promouvoir l'engagement des patients et améliorer leur prise en charge tout au long de leur parcours de soins**
  - Garantir les droits individuels et collectifs des patients
  - Rendre le patient acteur de sa prise en charge
  - S'assurer d'une démarche de prise en charge de la douleur au sein des services
- **Axe 3 : Accompagner les équipes dans la maîtrise des risques liées à leur pratique**
  - Gérer le risque infectieux et renforcer la prévention des infections nosocomiales
  - Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles
  - Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
  - Conforter la prise en charge nutritionnelle
  - Garantir la sécurité et la sûreté des biens et des personnes
  - Maîtriser les risques environnementaux

**Le présent projet intègre encore davantage les enjeux issus de l'évolution des recommandations de la Haute Autorité de Santé, et notamment :**

- L'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins
- L'évaluation des résultats de cette culture qualité sur les prises en charge des patients
- La valorisation d'une culture positive de l'erreur
- L'organisation et la traçabilité des étapes clés du parcours du patient
- La réévaluation des prescriptions et l'adaptation des prises en charge à l'évolution des besoins
- La sécurisation de l'environnement numérique et des échanges de données
- L'inscription dans une démarche d'analyse des pratiques

## Il en découle 4 orientations -ci-après- qui viennent compléter la politique qualité de l'établissement sur la période 2026 - 2030 :

### Orientation n°1 :

Impliquer les équipes médicales, paramédicales et les usagers dans les démarches d'analyses des pratiques professionnelles

*La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins nécessite une participation active des équipes médicales et paramédicales. Prévenir les risques (protocolisation, respect des bonnes pratiques, ...); déclarer et analyser les événements indésirables (RMM, CREX...), élaborer des plans d'actions : une dynamique nécessaire pour garantir la sécurité et la qualité des soins.*

- Inciter les professionnels à déclarer les événements indésirables, notamment ceux associés aux soins (Charte d'incitation à la déclaration, incitation par l'encadrement en réunions de services suite à connaissance d'un EI...)
- Poursuivre la dynamique impulsée avec le bureau qualité, qui analyse les événements indésirables et décide des modalités de déclaration et de traitement. L'association des professionnels médicaux et soignants doit être systématique.
- Encourager les professionnels dans les analyses de pratiques (revues morbi-mortalités, audit-systèmes, patients-traceurs, traceurs ciblés...) et l'élaboration des plans d'actions.
- Poursuivre les réunions trimestrielles du comité de pilotage qualité, qui permettent de faire le point sur le PAQSS ; les productions des groupes de travail en lien avec les objectifs définis ; la réalisation des patients-traceurs, traceurs-ciblés, etc.
- Poursuivre la démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, autour du Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQ-PECM), en renforçant les audits de dossiers patients et en rencontrant les équipes.
- Développer les médiations en cas de plainte ou réclamation.
- Associer les patients et les usagers au fonctionnement de l'établissement (analyse des événements indésirables, élaboration d'un projet des usagers, réalisation de permanences sur site à destination des patients, disposer de patients partenaires...)

### Orientation n°2 :

Structurer des filières de soins et des parcours-patients qui tiennent compte des besoins des patients et des enjeux médico-économiques

*« Le bon patient, au bon moment, au bon endroit » : c'est l'objectif qui sous-tend la structuration de filières de prises en charge et de parcours-patient efficaces, qui intègrent la notion de pertinence des soins.*

*Dans un contexte de contraintes fortes, notamment s'agissant des lits disponibles, il est essentiel de définir des filières et des parcours, garants de la sécurité des prises en charge. Cette démarche nécessite une réflexion à l'échelle territoriale et régionale, tenant compte de l'offre disponible dans les différents établissements.*

Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs actions ont été définies :

- **Poursuivre la collaboration entre la gestionnaire de parcours du CH de Mauléon et celle des CH partenaires, et particulièrement le CH NDS.** Le gestionnaire de parcours a pour missions, à partir du recueil des disponibilités en lits et places, de faciliter la recherche d'un lit adapté aux besoins de chaque patient. Il fait également le lien avec les partenaires externes (DAC, EHPAD, SSIAD...) afin de fluidifier les parcours. En lien avec l'encadrement et les médecins, il identifie les « situations complexes » et actionne les leviers à sa disposition pour éviter les séjours longs non-justifiés.
- **Structurer des parcours-patients, identifiés comme prioritaires, à l'échelle de l'établissement.** Ces filières ont été priorisées au regard de l'occurrence des situations, du risque pour le patient en cas de prise en charge inadaptée, et de l'impact sur la gestion des lits. Au regard de ces critères, les filières suivantes ont été identifiées : *prise en charge des patients et des résidents dits « chuteurs » ; prise en charge des patients sans-appui en SMR et dans l'attente de leur éligibilité à de la rééducation ; prise en charge des personnes ayant des troubles cognitifs aigus et à risque de « sortie inopinée » ; prise en charge des patients et des résidents ayant des troubles psychiatriques.*
- **Structurer des filières, identifiées comme prioritaires, à l'échelle départementale,** en lien également avec le Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier Territoriale (GHT) 79. Ces filières représentent en enjeu majeur en termes de sécurité des prises en charge, et nécessitent pour le CH NDS de suivantes
- **Produire des tableaux de bord d'activité mensuels** permettant de suivre l'occupation des lits, la durée de séjour et d'identifier, en conséquence, des actions d'amélioration.

### Orientation n°3 :

**Mieux définir les indicateurs et les modalités de réponse en cas de tension hospitalière ou de crise majeure**

*L'adaptation des capacités hospitalières aux tensions en lits (en lien avec une épidémie, une évolution plus structurelle des besoins) ou à une crise majeure est une nécessité pour les établissements de santé. Il s'agit de pouvoir « faire face » en ayant identifié, en amont, les mesures à prendre.*

L'établissement est classé au niveau 3, dans le cadre du plan AMAVI, et à ce titre, il doit être en capacité de libérer des lits pour accueillir les patients « non-aigus » des établissements classés en niveau 2, comme le CH Nord Deux-Sèvres, notamment.

En ce sens, il est prévu :

- **En lien avec le CH NDS, de définir les indicateurs permettant de déclencher un niveau de tension** (*plan de mobilisation interne, plan blanc niveau 1, plan blanc niveau 2*).
- **De mettre à jour, régulièrement, le PGTH SSE (Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles),** à périodicité régulière, et faciliter son appropriation par les professionnels de l'établissement.
- **D'élaborer le PCRA (Plan de Continuité et de Reprise d'Activité).** Le CH bénéficiera d'un accompagnement par un cabinet spécialisé, en mars 2026.
- **De mettre à jour régulièrement le PSE (Plan de Sécurité Etablissement) et mettre en œuvre les travaux et achats afférents, dans une dynamique pluriannuelle.**

#### Orientation n°4 :

Disposer d'un système d'information permettant la continuité de la prise en charge du patient au cours de son parcours de soin

*Disposer d'un système d'information fiable, fonctionnel et interfaçable avec les outils utilisés par les partenaires, constitue un prérequis s'agissant de la continuité de la prise en charge des patients et de la structuration des parcours de soins et filières de prise en charge.*

*Le Dossier Patient Informatisé (DPI) EASILY a été déployé en 2019 au CH de Mauléon. Il est utilisé sur le service de SMR. Il s'agit du même DPI qu'au CH NDS, permettant de faciliter la continuité entre les prises en charge aiguës (en médecine ou chirurgie, au CH NDS par exemple) et l'aval en SMR sur Mauléon. Le DPI NETSOINS a été déployé, dans la continuité, en USLD et EHPAD, car il s'agit d'un logiciel plus adapté aux prises en charges au long court (intégration de modules sur le projet personnalisé, la vie sociale). Il est également utilisé sur les EHPADs du CH NDS.*

*Le module NETVIE sera déployé sur le foyer de vie en octobre 2025.*

*La pharmacie utilise le logiciel PHARMA ; le laboratoire dispose du logiciel HEXALIS.*

*HEXALIS est le logiciel de gestion administrative du patient et AGPHA le logiciel de gestion financière. Ces derniers sont différents des logiciels utilisés par le CH NDS, rendant une éventuelle entraide/collaboration plus complexe.*

Afin de mieux structurer le système d'information, plusieurs priorités ont été définies :

- **Mise à jour régulière du Schéma Directeur du Système d'Information (SDI) à l'échelle du GHT 79.**
- **Convergence des infrastructures** : unification de la messagerie et de l'Active Directory (AD) et passage sur des solutions Microsoft communes.
- **Fiabilisation des interfaces** entre logiciels métiers, afin d'optimiser le temps, de sécuriser la prise en charge du patient et l'exhaustivité des recettes.
- **Mise à jour régulière des versions des différents logiciels**, afin de sécuriser et d'optimiser leur utilisation.
- **Déploiement de campagnes de sensibilisation à la protection des données (SSI) auprès des professionnels de santé** (campagne d'affichage : 12 thèmes sur 12 mois)
- **Mise en conformité au RGPD** (règlementation générale sur la protection des données)
- Utilisation d'outils (dont télémédecine) facilitant le lien avec les professionnels de ville et l'accès à des soins spécialisés : implémentation de **Mon Espace Santé**, à partir des logiciels hospitaliers, utilisation d'OMNIDOC, accompagnement des professionnels à l'utilisation de la télémédecine.
- **Identité numérique GHT** : projet de fédération des identités et refonte des solutions d'annuaire pour aboutir à un annuaire commun.

**S'agissant du pilotage de la démarche qualité, sécurité et pertinence des soins, il s'organise comme suit :**

- **Comité de pilotage (COFIL) GHT, qui se réunit environ 1 fois par semestre et d'un bureau qualité GHT, planifié une fois par mois**



***Il réunit les directions qualité des 4 établissements du GHT, les directions des soins et les Présidents de CME.***

- **Missions du COFIL**

- Structurer la politique qualité, sécurité des soins et usagers du GHT pour formaliser et suivre un plan d'actions en lien avec le COSTRAT, la commission des soins et le comité des usagers.
- Agir sur les points de rupture, les interfaces et la pertinence pour garantir le bon soin, au bon moment/ lien avec le projet médical partagé du GHT et le travail sur les filières.
- S'assurer du suivi des visites de certification des établissements et recenser des points de vigilance par « établissement » pour signalement au comité stratégique le cas échéant/ retours d'expériences inter-établissements/ partage de bonnes pratiques.

- **Missions du bureau qualité**

- Suivre l'avancement des actions de la politique « qualité – sécurité des soins, relations usagers et des accompagnants du GHT 79 » ; soumettre des arbitrages au COFIL ; préparation des ordres du jour du COFIL.

- **Comité de pilotage opérationnel du CH de Mauléon, qui se réunit chaque trimestre, et associe des professionnels (médecins, soignants)**



***Il réunit principalement la direction déléguée du CH de Mauléon, direction qualité, direction des soins, cadres de proximité, technicienne qualité, Président de CME, praticiens, des professionnels IDE et AS.***

- **Missions du COFIL**

- Synthèse des derniers EI/EIS/EIGS
- Suivi des indicateurs : ICSHA, IQSS...
- Retour sur les enquêtes culture-sécurité, questionnaires de satisfaction, E-SATIS, méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles
- Suivi du PAQSS et retour sur les groupes de travail en découlant
- Préparation visites de certification et évaluations externes ESMS

**La technicienne qualité participe également au COFIL du CH NDS, dans un souci d'harmonisation des démarches, de partage de documents.**

# UN PROJET SOCIAL AMBITIEUX

RECRUTER, ACCOMPAGNER,  
FORMER, ASSOCIER, INNOVER



**Le projet social représente le principal levier pour mettre en œuvre le projet médico-soignant et le projet de prise en charge du grand âge et du handicap.** En effet, les ressources humaines médicales et non-médicales sont au cœur de notre fonctionnement et conditionnent la capacité à mettre en œuvre les projets. Recruter, accompagner, former, associer les professionnels aux décisions, innover dans les organisations : des priorités indispensables pour déployer un projet social ambitieux et tourné vers l'avenir.

Des actions ont déjà été entreprises depuis 4 ans pour améliorer la gestion du personnel médical et non-médical, valoriser les carrières, les rémunérations, structurer la gestion du personnel.

Les mesures issues du SEGUR de la Santé ont également constitué une avancée, nécessaire, mais pas suffisante.

Le projet social, en cohérence avec le projet médico-soignant, vise à renforcer la dynamique médico-soignante.

#### **Des axes communs ont ainsi été définis :**

- ✓ Travailler au montage de formations communes entre le personnel médical et non-médical, dans le but de renforcer les dynamiques d'équipe centrées autour du patient
- ✓ Accompagner les carrières/ offrir des perspectives d'évolution de poste et de rémunération
- ✓ Structurer et recourir à des outils de gestion des conflits (ex : charte interne de gestion des conflits et des violences, médiateurs extérieurs)
- ✓ Maintenir un dialogue social transparent et constructif, dans le respect des prérogatives de chacun
- ✓ Associer les professionnels à la définition de priorités en termes de Qualité de Vie au Travail
- ✓ Favoriser le développement des nouveaux métiers (IPA, assistante médicale, ainsi que la délégation de compétences entre personnel médical et non-médical (protocoles de coopérations...))
- ✓ Limiter le recours à l'intérim et déployer des stratégies de recrutement alternatives.

#### **Orientation n°1 :**

##### **Poursuivre la mise en œuvre des lignes directrices de gestion et les mettre à jour**

- **Accès facilité au statut de fonctionnaire hospitalier** (augmentation des mises en stage par une campagne annuelle basée sur 3 critères : poste vacant/avis favorable à la manière de servir/ancienneté fixée en fonction du grade).
- **Raccourcissement des délais permettant d'accéder à un CDI.**
- **Traitement équitable des situations** par une mise en œuvre égale des critères de recrutement, rémunération, déroulé de carrière, politique de mobilité interservices.

#### **Orientation n°2**

##### **Renforcer la politique Qualité de Vie au Travail (QVT)**

- **Relancer le questionnaire** (élaboré en 2021) à destination de tous les services.
- Instaurer un **COFIL pluridisciplinaire et ouvert aux agents volontaires** pour définir les priorités et échanger autour des modalités de mise en œuvre, en lien avec la DRH et l'encadrement.
- Travailler en réseau (associations locales, MNH...)

- **Développer l'analyse de la pratique** auprès des équipes soignantes.
- **Disposer de trames de planning réglementaires, équitables**, et facilitant la conciliation vie privée/ vie professionnelle.
- Mettre en place une **procédure adaptée permettant de gérer l'absentéisme de courte durée**, et en limitant -autant que possible- les rappels des professionnels en repos.
- Soutenir les cadres soignants et administratifs de proximité (actions de formation, fiches de poste, journée dédiée aux managers de proximité et organisée au niveau du GHT ...)

### Orientation n°3

#### Favoriser le développement des nouveaux métiers, en soutien à la pratique médicale

- Recruter un **Infirmier en Pratique Avancée en gériatrie**, afin d'intervenir sur l'EHPAD, en relais/ complémentarité des médecins traitants.
- Le **développement des protocoles de coopération** (prescriptions des compléments alimentaires, sous conditions, par les diététiciennes, par exemple)
- Les **Educateurs en Activité Physique Adapté (EAPA)** en complément des kinésithérapeutes
- L'importance du poste de **gestionnaire de parcours**, qui constitue une pierre angulaire, permettant de fluidifier les parcours-patients et de contribuer à la « prise en charge d'un patient au bon moment, au bon endroit, le juste temps ».

### Orientation n°4

#### Poursuivre la structuration de la politique de formation (promotion professionnelle, apprentissage, contrat d'allocation d'études...)

- Définir les **objectifs de la politique de formation**, en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement et la réponse aux besoins individuels, et communiquer aux professionnels en ce sens.
- Développement **d'outils institutionnels** type guides (guide de la formation, guide des formations dispensées en interne) pour favoriser le repérage des agents dans leurs possibilités de formation
- Définir le rôle/les objectifs de la commission de formation et les modalités de son fonctionnement.
- **Déployer l'outil GESFORM de l'ANFH**, permettant de faciliter le repérage des besoins et la réalisation d'une synthèse, en amont de la commission de formation.
- **Augmentation du nombre de départs en promotions professionnelles**, avec augmentation du pourcentage de promo pro prises sur le plan de formation.
- **Développer la politique de formation au niveau du GHT** pour renforcer la cohérence des compétences présentes sur le territoire et créer de nouvelles opportunités par un effet-masse/ organiser des formations conjointes avec le CH NDS.

### Orientation n°5

#### Se projeter vers l'extérieur pour aller chercher les futurs recrutés

- Participer aux **job dating** du territoire (COFEM, liens Pôle Emploi à renforcer) et aux innovations proposées (type job dating inversé)
- **Diversifier les modes d'accueils des futurs professionnels** : CAE, PEC, apprentissages, contrats d'été pour mineurs, stages de 3ème et de seconde, immersions pour demandeurs d'emploi ou salariés en reconversion.

- Adjoindre -à la fonction RH- des soignants lors des projections vers l'extérieur pour favoriser le contact direct terrain/futurs candidats.
- **Installer et utiliser l'outil MSTAFF** pour une gestion intégrée des recrutements facilitant le processus tant pour les cadres que les RH et les candidats.
- **Accueillir en stage** dans les services hospitaliers et médico-sociaux, les étudiants en formation IDE et AS à l'IFSI-IFAS de Thouars ou de CHOLET, et les accompagner le mieux possible avec l'objectif de les recruter par la suite, en fonction des besoins. Leur proposer également des contrats estivaux, afin de faciliter la réalisation des plannings d'été.

## Orientation n°6

### Poursuivre la stratégie de recrutement médical en mobilisant différents leviers

- Proposer des **parcours de carrière territoriaux des personnels médicaux**, en lien avec la construction de filières de soins au sein du Groupement Hospitalier de Territoire des Deux-Sèvres, et particulièrement avec le CH Nord Deux-Sèvres (proposer des temps partagés...)
- **Poursuivre le plan d'attractivité**, en communiquant sur les besoins de l'établissement et ses atouts, via différents canaux (presse spécialisée, site internet, agences de recrutement, radio, format vidéo...)
- Poursuivre les **collaborations avec la Communauté Professionnelle Territoriale en Santé**, afin d'envisager également des temps médicaux partagés entre la Ville et l'hôpital. La mise à disposition d'une maison médicale (cabinets médicaux) sur site, permettant l'exercice de la médecine générale, est à valoriser.
- **Limiter, autant que possible le recours à l'intérim médical**. Le circonscrire au remplacement de médecins absents, afin d'assurer une continuité de fonctionnement.

## Orientation 7

### Accueillir et former le personnel médical

- **Favoriser l'accès à la formation médicale**, en lien avec les orientations du projet d'établissement et des projets de service, et en lien avec l'évolution des métiers et des pratiques (DU soins palliatifs, gériatrie, troubles cognitifs...)
- Accompagner la **politique de management médical** par des formations externes et internes en direction des personnels médicaux qui assurent une responsabilité managériale (de service ou de pôle)
- **Envisager l'accueil d'internes en gériatrie**, en lien avec le CH NDS (agrément couplé).
- **Maintenir et renforcer la politique d'accueil et d'accompagnement des praticiens associés** (en gériatrie, de préférence), en lien avec les services de médecine et de SMR du CH NDS.
- **Garantir les conditions d'accueil des nouveaux praticiens** (livrets d'accueil, parcours d'intégration en lien avec les différents services supports (ex : Informatique et SI, blouse, clé), accueil par le Chef de service et communication interne et externe sur l'arrivée).
- **Accompagner l'installation des praticiens** (*mise en lien avec les collectivités pour les démarches d'ordre personnel (crèche/mode de garde, logement, emploi du conjoint, scolarité...)*) et l'appui à la stratégie de mise à disposition de logements. En ce sens, poursuivre la collaboration avec la Ville de Mauléon et la CPTS concernant la possibilité de louer un studio pour les praticiens associés et les médecins remplaçants.
- Veiller à la qualité de l'environnement matériel et d'hébergement (parking, outils informatiques et SI, prestation repas)

## Orientation n°8

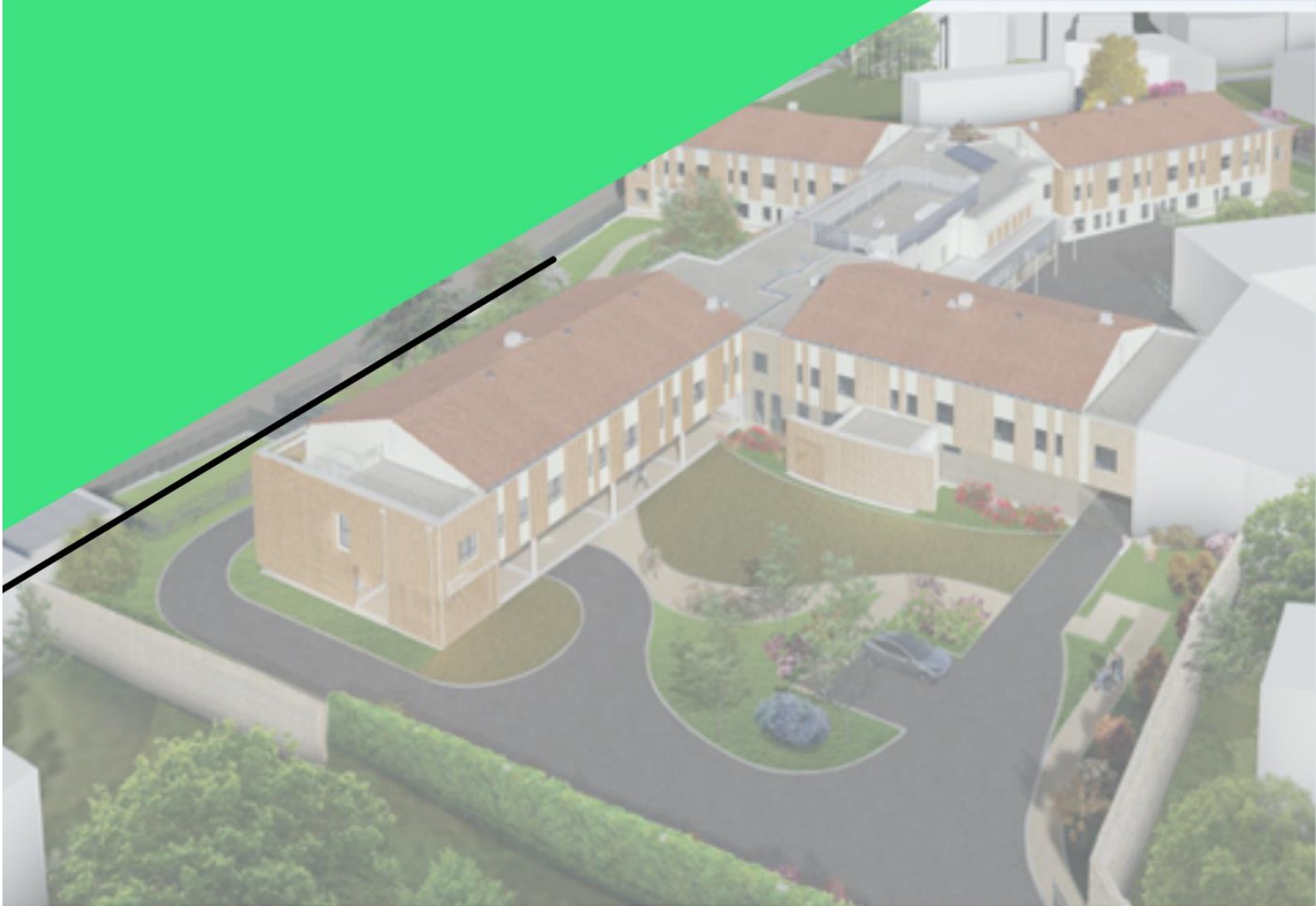
### Accompagner les parcours des médecins

- **Systematiser les entretiens (direction/ PCME) avec les nouveaux praticiens** à un mois de la prise de poste, et ensuite à périodicité régulière (a minima : une fois par an)
- Tendre vers une **généralisation des entretiens annuels par les praticiens dans un double objectif** : échanger sur l'année écoulée et l'environnement de travail, évoquer les projets tant sur les plans individuels que collectifs
- **Être à l'écoute des praticiens dans leurs projets d'évolutions de parcours** (exercice mixte, exercice multi sites, formation, recherche, diversification des activités ...) et propositions visant à optimiser/libérer du temps médical (ex : IPA, outils SI, Télémédecine...)

Plus globalement, il s'agit aussi de prendre en compte la particularité du CH de Mauléon qui, en raison de sa taille (179 lits) doit à la fois :

- **S'appuyer sur le CH Nord Deux-Sèvres** : partage de temps médical, directions et services partagés (restauration, pharmacie, biologie, direction des services techniques et biomédicaux, direction des finances, fonction achat, équipe d'hygiène hospitalière, direction des soins)
- **Conserver des ressources en interne**, afin de maintenir une gestion en proximité, et notamment sur les fonctions « direction déléguée », « ressources humaines », financières, hôtelières & logistique, admission, secrétariat, agent technique, encadrement soignant.

# UNE POLITIQUE IMMOBILIÈRE ET HÔTELIÈRE AU SERVICE DES PROJETS



## La stratégie bâimentaire

La stratégie immobilière du CH de Mauléon a vu l'aboutissement, fin 2025, d'un projet d'ampleur, à savoir la **Construction d'un nouvel EHPAD La Châtillonnaise – Foyer de Vie La Mignauderie, et d'une maison médicale (bureaux médicaux)**. Ce projet, d'un coût global de 11.4 M d'€, était attendu de longue date, au regard de la vétusté et de l'inadaptation aux besoins des précédents locaux.

Le nouveau bâtiment comprend :

- Au rez-de-chaussée :
  - ✓ 20 chambres individuelles (avec salles de bain) qui accueillent les résidents du foyer de vie, des salles dédiées à leurs activités (atelier, etc.) et une grande salle d'animation « tiers-lieu » accessible aux résidents du foyer de vie, de l'EHPAD et au « grand public » (dans le cadre d'animations spécifiques).
  - ✓ Sont aussi positionnés les locaux logistiques.
  - ✓ La maison médicale comprenant 3 bureaux médicaux et un secrétariat afin d'accueillir des praticiens spécialistes du CH NDS (consultations avancées) et des médecins généralistes libéraux ou salariés.
  
- Au R+1 : 59 chambres individuelles (avec salles de bain) où vivent les résidents d'EHPAD. L'étage est structuré en 4 ailes avec deux « restaurants » (A vos Papilles et La Fine Bouche) et des salons pour recevoir les familles.

Ce projet d'investissement d'ampleur a été, en partie, auto-financé par l'établissement, à hauteur de 4 millions d'euros, contraignant -de fait- la capacité d'investissement dans les 10 prochaines années.

Concernant le bâtiment principal du CH, qui comprend l'administration/ bureaux médicaux/ accueil général, et les activités de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée), il date du début des années 2000 et des aménagements vont être à prévoir, en lien avec différents constats effectués.

## Les orientations pour le service de SMR

Le service comprend 32 chambres simples et 4 chambres doubles.

- Réfection, dans une dynamique pluriannuelle, de la peinture et des sols, des chambres de SMR (cible de 8 chambres par an)
- Renouvellement des dispositifs de chasse d'eau, lesquels sont de + en + souvent défectueux.
- Aménagement d'un patio extérieur pour améliorer la prise en charge des patients accueillis en SMR et souffrant de troubles cognitifs.
- En lien avec l'objectif de proposer une nouvelle activité de SMR à temps partiel : réaménagement de deux chambres, afin d'y installer deux box dans chaque chambre, soit 4 box au total ou réaménagement d'un autre espace à cet effet.

## Les orientations pour le service d'USLD

Le service comprend 40 lits, répartis sur 2 unités de 20 lits, dénommées Bleuet et Verveine. Il accueille 30 résidents d'USLD et 10 résidents d'EHPAD.

**Deux contraintes fortes ont été mis en exergue**, à savoir :

- **L'existence de chambres doubles**, en nombre important (8 chambres doubles, soit 16 résidents concernés) dans un service qui accueille des personnes en fin de vie et/ou souffrant de pathologies lourdes, rendant la cohabitation difficilement supportable. Se posent également des questions éthiques, en lien avec le respect de l'intimité/ dignité. Le bâtiment ne comprend pas d'espace inoccupé. Il y a donc peu d'opportunités de conversion des chambres doubles en chambres simples, tout en maintenant le capacitaire de 30 lits (répartis sur 2 unités).
- En parallèle, **le service accueille 10 résidents d'EHPAD** : la cohabitation entre résidents d'EHPAD et d'USLD questionne également, au regard de la cohérence des projets de services respectifs, et des besoins -pour certains différents- entre ces deux publics.

Il est donc souhaité le regroupement des résidents d'EHPAD sur la Châtillonnaise. Afin d'étudier les opportunités, il est projeté de confier, à un programmiste, la réalisation d'une étude de faisabilité, à horizon 2030, consistant à agrandir l'EHPAD la Châtillonnaise. Ce projet est bien entendu soumis à la soutenabilité financière et à la validation du plan de financement (et de l'opportunité du projet) par l'ARS et le Département.

A court terme (2026-2027), il est programmé des travaux de rénovation des unités (réfection des salles à manger : peintures, sols) et des chambres (dynamique pluriannuelle : réfection de 4 à 5 chambres par an).

## Les orientations pour le service d'UHR

L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) comprend 12 lits autorisés au titre de l'UHR, et 8 lits relevant d'une unité Alzheimer « classique ». Le capacitaire global, 20 lits, est donc important pour ce type d'unité fermée, accueillant des résidents présentant des troubles cognitifs, avec régulièrement des troubles du comportement (agressivité...). Il est, en général, préconisé des unités de 12 à 14 lits maximum.

Le projet consiste donc à ramener le capacitaire à 12 à 14 lits avec l'accueil de résidents relevant de l'UHR, et d'en profiter pour réaménager l'espace de vie, en créant un salon d'apaisement et une salle d'activité.

Les 6 à 8 chambres libérées seraient transférées sur l'EHPAD la Châtillonnaise, dans le cadre du projet d'agrandissement, qui concernerait au total 16 à 18 lits.

A court terme (2026), il est programmé la réfection du sol des espaces communs, lequel est très abîmé et la rénovation de quelques chambres, au gré des départs (2 chambres par an)

## Les orientations pour l'Accueil de Jour Alzheimer (AJA)

L'activité de l'Accueil de Jour Alzheimer (AJA) évolue à la hausse depuis 5 ans, d'où le projet de faire évoluer la capacité d'accueil de 6 à 8 places 5 jours sur 7. Le taux d'occupation important, et la politique du grand âge promouvant le maintien à domicile et les aides au répit des aidants, constituent des facteurs favorisant. Le CH en fera la demande officielle à l'ARS et au Département, en 2026.

Ce projet d'augmentation capacitaire va nécessiter des travaux d'agrandissement car les locaux de l'AJA sont déjà jugés comme étant trop petits avec le capacitaire actuel.

Ce projet, soumis à l'obtention d'une autorisation pour 8 places, pourrait être réalisé en 2027. Il ne nécessitera pas de missionner un architecte et pourra être coordonné par la Direction des Services Techniques. Le chiffrage des travaux sera réalisé en 2026.

## La création d'une blanchisserie / étude d'opportunité

L'établissement sous-traite actuellement sa prestation « entretien du linge plat et résidents » à deux prestataires externes.

- La sous-traitance du linge plat reste une orientation à maintenir pour les 4 prochaines années.
- En revanche, l'externalisation de l'entretien du linge des résidents (EHPAD et USLD) ne donne pas satisfaction (constats de linge abîmé, retards dans le retour du linge, prestataire très éloigné du département). Le marché public actuel court jusqu'en 2027.

L'établissement a donc identifié 3 options, entre lesquelles les arbitrages devront se faire en 2026 :

- ✓ Réinternaliser l'entretien du linge, ce qui implique de réinstaller une blanchisserie sur site. Une étude architecturale et financière a été initiée en ce sens, avec l'objectif d'intégrer également l'entretien du linge des résidents des EHPAD du CH NDS.
- ✓ Initier une collaboration avec un EHPAD proche, ayant refait à neuf sa blanchisserie, afin de bénéficier de la prestation par leur intermédiaire.
- ✓ Initier une collaboration avec le CH Niort, établissement support du GHT, qui dispose d'une blanchisserie permettant d'absorber le flux de linge des structures médico-sociales du CH NDS et du CH de Mauléon. Une étude est également en cours.

## La poursuite de la mise en œuvre de la politique d'investissements courants

- Poursuivre le renouvellement et la modernisation des équipements biomédicaux, en tenant compte des projets médicaux et des besoins des usagers.
- Assurer un renouvellement régulier des équipements non-médicaux, en priorisant les besoins et en privilégiant le réemploi et la réparation, plutôt que l'achat neuf.
- Garantir un plan de réparation annuel des équipements (lits médicalisés, fauteuils, adaptables...), afin d'éviter la dégradation des équipements.

# L'AGENDA 2030 : UNE POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE SOUTENABLE ET TOURNÉE VERS L'ACTION



## AGENDA 2030



**PACTEs :**  
Plan d'Action pour  
la Transformation Écologique en Santé

2024-2027



## PACTES : Plan d'Action pour la Transformation Ecologique en Santé

Axes	Défis	Actions	N° Action
 AXE 1 : UN CENTRE HOSPITALIER QUI PLACE LE DEVELOPPEMENT DURABLE AU CŒUR DE SON PROJET D'ÉTABLISSEMENT	Défi 1 : Mettre en place une gouvernance partagée sur la transformation écologique	Créer un groupe de travail avec des référents DD dans l'établissement	1
		Créer des groupes thématiques pour lancer les actions	2
	Défi 2 : Développer la sensibilisation et les formations au développement durable	Former deux professionnels aux thématiques du développement durable	3
		Sensibiliser les référents à la transformation écologique	4
	Défi 3 : Communiquer sur les démarches DD de l'établissement	Améliorer la lisibilité du site intranet et internet pour mieux faire connaître le projet	5
		Ajouter une page sur l'Agenda 2030 dans le livret d'accueil et la plaquette de présentation de l'établissement	6
		Encourager les projets ou idées des agents avec un concours écologique à mettre en place, challenger les autres établissements,	7
		Mettre en place une communication pour faire connaître et diffuser le projet	8
		Participer à des journées nationales ou européennes sur le développement durable	9
	Défi 4 : Faire connaître la démarche de transformation écologique aux acteurs du territoire	Développer les collaborations avec l'Agglo 2B pour la réalisation d'actions	10
		Informier la commission des usagers et le conseil de la vie sociale sur l'Agenda 2030	11
AXE 2 : UN CENTRE HOSPITALIER QUI S'ADAPTE AU CHANGEMENT CLIMATIQUE	Défi 5 : Economiser et protéger la ressource en eau	Limiter l'utilisation de l'eau potable au sein de l'établissement	12
		Augmenter l'utilisation de l'eau de pluie à d'autres usages dont l'arrosage du jardin thérapeutique	13
		Mettre en place une communication sur les usages de l'eau	14
	Défi 6 : Développer la biodiversité	Développer des espaces verts	15
		Améliorer la plantation d'arbres	16
	Défi 7 : Accompagner l'adaptation des bâtiments aux changements climatiques	Aménager les patios et les végétaliser	17
		Etudier la mise en place de protections solaire pour les bâtiments	18
	AXE 3 : UN CENTRE HOSPITALIER QUI PROMeut UN CADRE SAIN ET INCLUSIF AU SERVICE DU BIEN-ÊTRE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS	Défi 8 : Favoriser la sérénité des soignants et des professionnels du Centre Hospitalier	Mettre en œuvre des actions du réveil musculaire pour les professionnels
Améliorer la qualité de vie au travail			20
Proposer des sièges de bureau ergonomiques			21
Mettre en place des produits de nettoyage "sains" et le nettoyage vapeur			22
Formaliser la politique sur le télétravail			23
Défi 9 : Continuer l'optimisation de l'accueil des patients		Impliquer les résidents et les patients dans la démarche et les sensibiliser au DD	24
		Rafraîchir les petits salons pour un mieux être	25
		Réaliser des fresques décoratives dans les patios	26
		Développer les lieux et des animations pour les patients/ résidents	27
AXE 4 : UN CENTRE HOSPITALIER QUI CONSOMME DE FACON RESPONSABLE ET S'ENGAGE VERS LA SOBRIETE DES PRATIQUES	Défi 10 : Optimiser les achats	Intégrer plus de critères DD dans les achats	28
	Défi 11 : Améliorer le tri et le recyclage	Lancer le tri sélectif dont les fermentescibles avec de nouveaux moyens de tri	29
	Défi 12 : Réduire la production des déchets à la source	Lancer une étude sur les produits les plastiques à usages unique	30
		Mettre en place une unité durable	31
		Travailler sur les DASRI pour réduire les quantités	32
		Limiter les lingettes à usages uniques	33
	Défi 13 : Favoriser une alimentation saine et durable	Travailler l'offre alimentaire avec quantités adaptées	34
		Intégrer plus de produits bio ou locaux dans les plats	35
	Défi 14 : Limiter la consommation de papier	Numériser les fiches de paie pour moins d'impressions	36
	Défi 15 : Améliorer la qualité des produits utilisés	Travailler sur la composition des produits et les perturbateurs endocriniens	37

AXE 5 : UN CENTRE HOSPITALIER QUI LANCE SA DÉCARBONATION	Défi 16: Maîtriser la demande énergétique	Communiquer les consommations énergétiques de l'établissement	38
		Lancer un plan d'économie d'énergie des éclairages et du chauffage	39
		Accélérer le changement des luminaires pour passer en led	40
		Changer les thermostats des radiateurs pour mieux gérer la chaleur dans les locaux	41
	Défi 17 : Augmenter la part des ENR	Développer les ENR sur l'établissement	42
	Défi 18 : Développer les mobilités alternatives	Prévoir des bornes de recharge pour les véhicules électriques	43
		Améliorer les contacts avec les acteurs des transports pour les bus	44
		Mise en place d'abris à vélos	45
		Verdir le parc automobile	46
	Défi 19 : Réduire les émissions carbone de l'établissement	Faire le Bilan Carbone de l'établissement	47
		Afficher les résultats du Bilan Carbone et mettre en place des indicateurs de suivi pour progression/diminution	48

## CONSULTEZ L'AGENDA 2030





# CENTRE HOSPITALIER DE MAULÉON



Téléphone

05 49 81 40 47



Site internet

[www.hopital-mauleon.fr](http://www.hopital-mauleon.fr)



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2025-2030