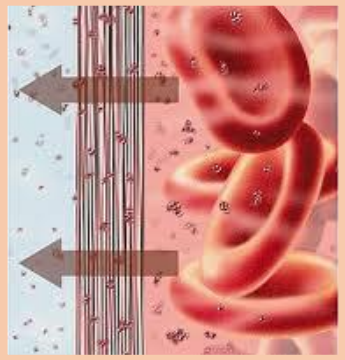
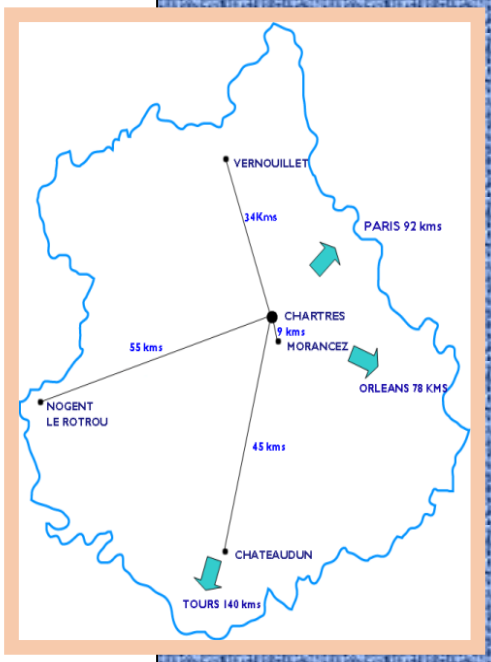
Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche





PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2021

La loi HPST 2009 doit permettre de mettre en place une offre de soins de qualité, graduée, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Il constitue la feuille de route de l'établissement et précise les orientations et les projets pour les cinq années à venir.

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement de santé. Il prend en compte les objectifs de formation, de gestion et détermine le système d'information.

Il comporte un projet global de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers et le projet social.

Dans le cadre des territoires de santé, le projet d'établissement, en lien avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération.

Il prévoit les moyens d'accueil, de personnel et d'équipement de toute nature, dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Il comprend également les programmes d'investissements et le plan global de financement pluriannuel.

L'AIRBP a souhaité réviser le projet d'établissement au regard des nombreux changements organisationnels et contextuels des deux dernières années.

SOMMAIRE

I. L'AIRBP dans son territoire de santé ……..P.5
1. Caractéristiques démographiques
2. Objectifs fixés par le SROS 2011-2016

II. Description de l'établissement……P.10
1. Conventions de coopérations
2. Contrats et prestataires externes

III. Le bilan du Projet d'établissement 2012-2017……P.14
1. Bilan
2. Données d'activité

IV. Le projet Médical……P.21
1. Orientations à court terme
1.1 Contexte et analyse 2009-2015 : mise en conformité des unités de dialyse
1.2 Démographie médicale
1.3 Activité médicale
2. Orientations à long terme
2.1 Atelier abords vasculaires
2.2 Atelier hypertension artérielle (HTA)
2.3 Diététique
2.4 Vaccination et suivi vaccinal des patients
2.5 Prise en charge psychologique des patients
2.6 Aide sociale
2.7 Patients en fin de vie
2.8 Formations d'internes de spécialité de Néphrologie

V. Le projet paramédical……..P.30
1. Organisation des soins
1.1 Ressources
1.2 Formation
2. Evaluations des pratiques et maîtrise du risque infectieux
3. Orientations à court et moyen terme
3.1 Education thérapeutique
3.2 Activité physique adaptée
3.3 Suivi des pansements
3.4 Suivi de l'accès à la transplantation
3.5 Valorisation de la bientraitance
3.6 Qualité de vie au travail

VI. Le projet qualité-gestion des risques ……P.36
1. Axes stratégiques
2. Management de la qualité
3. Objectifs

VII Le projet social……P.40
1. Gestion des ressources
2. Promotion de l'information et de la communication
3. Gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications
4. Accompagnement dans le développement professionnel
5. Amélioration des conditions de travail

VIII Le projet de gestion……P.46
1. Système d'information
1.1 Gestion des données
1.2 Communication interne
1.3 Communication externe
2. Gestion des ressources

I/ L'AIRBP dans son territoire de santé

1. Caractéristiques démographiques
2. Objectifs fixés par le SROS 2011-2016

L'AIRBP *(Association des Insuffisants Rénaux de la Région Beauce et Perche)* a été fondée en 1980 par deux médecins du service d'hémodialyse du Centre Hospitalier de Chartres pour prendre en charge les patients pouvant bénéficier de structures d'épuration extra rénale hors centre : auto dialyse, entraînement à l'auto dialyse, dialyse médicalisée, hémodialyse à domicile.

Etablissement de santé d'intérêt collectif (ESPIC) participant au service publique, l'AIRBP est un établissement à but non lucratif qui, bien que soumis aux règles de droit privé, est habilité par l'ARS au service publique et donc confronté à la nécessité de relever le défi de la modernisation du secteur hospitalier.

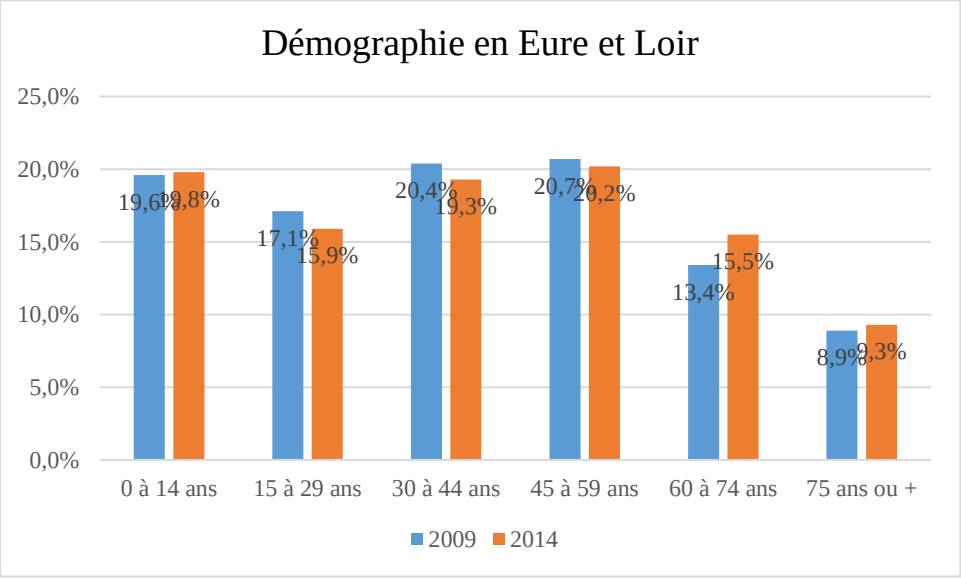
Il adhère à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) dont il épouse les valeurs « de développement désintéressé et transparent de leurs activités au service du bien public et de l'intérêt général » (Charte des valeurs FEHAP, diffusée dans le livret d'accueil).

Ces dix dernières années, l'association a su évoluer dans un contexte de modernisation du système de santé pour faire face aux besoins de santé des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC).

En effet, l'indice de vieillesse de la région Centre Val de Loir (CVL) ce qui se traduit le vieillissement des patients arrivant en dialyse.

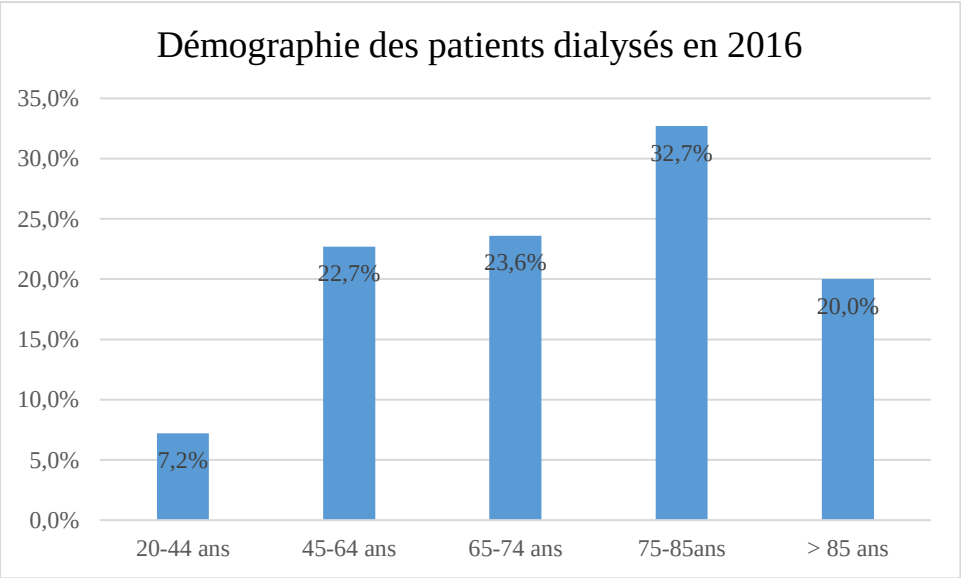
1. <u>Caractéristiques démographiques en Eure et loir</u>

Population totale : 432107



Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

Le suivi des données épidémiologiques est utilisé pour cartographier les besoins des patients.



Sources : données internes à l'établissement.

Les données recueillies au sein de l'établissement sont complétées avec celles du registre REIN pour permette d'identifier les besoins et de se positionner dans la région et au plan national.

Répartition du nombre de comorbidités. Comparaison 2013-2015

Nombre de comorbidités	Années	Chartres	Vernouillet	Châteaudun	Nogent le Rotrou
0	2013	9.3%	6.7%	15%	10%
	2015	2.5%	0%	0%	5.9%
1	2013	27.9%	26.7%	15%	10%
	2015	27.5%	38.5%	15.4%	11.8%
2	2013	14%	20%	10%	20%
	2015	10%	15.4%	23.1%	17.6%
>3	2013	48.8%	46.7%	60%	60%
	2015	60%	46.2%	61.5%	64.7%

Sources : données internes à l'établissement

Distribution par classes âge à l'initialisation de la dialyse dans l'année 2016

	Total	00-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	+ 75 ans
AIRBP en nombre	**14**	**0**	**2**	**2**	**3**	**7**
AIRBP en pourcentage	**14**	**0,0%**	**14,3%**	**14,3%**	**21,4%**	**50,0%**
Centre	435	1,4%	7,4%	18,9%	27,8%	44,6%
National	**9134**	**1,1%**	**7,8%**	**25,5%**	**26,3%**	**39,3%**

Sources : Registre REIN

Fonction rénale à l'initialisation des nouveaux malades

	Effectif renseigné	<5 (mL/min/1,73m²)		5 à 9 (mL/min/1,73m²)		10 à 14 (mL/min/1,73m²)		>= 15 (mL/min/1,73m²)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
AIRBP	**13**	**2**	**15,4%**	**7**	**53,8%**	**4**	**30,8%**	**0**	**0,0%**
Centre	416	28	6,7%	212	51,0%	124	29,8%	52	12,5%
National	**7728**	**753**	**9,7%**	**3744**	**48,4%**	**2224**	**28,8%**	**1007**	**13,0%**

Distribution selon l'autonomie à l'initialisation

	Effectifs renseignés	Incapacité totale		Marche autonome		Nécessité d'une tierce personne	
		n	%	n	%	n	%
AIRBP	**12**	**0**	**0,0%**	**8**	**66,7%**	**4**	**33,3%**
Centre	416	11	2,6%	358	86,1%	47	11,3%
National	**7807**	**327**	**4,2%**	**6533**	**83,7%**	**947**	**12,1%**

Sources : Registre Rein

Territoire de santé de traitement	Effectif renseigné	Durée du trajet simple (en minutes)				
		Moyenne	Ecart-Type	Minimum	Médiane	Maximum
EURE-ET-LOIR	269	25,2	15,7	5	20,0	75
AIRBP	**110**					
Total région	**269**	**25,9**	**15,8**	**5**	**20,0**	**75**
Total national	**25484**	**23,7**	**16,4**	**1**	**20,0**	**240**

Sources : Registre Rein

2. Objectifs fixés par le SROS 2012-2016

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) est un outil de mise en oeuvre et de déclinaison opérationnelle du Projet régional de santé (PRS) introduit par la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Il participe aux trois enjeux du PRS (améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient), qu'il décline en objectifs dans le cadre de la maladie chronique par :

- soutenir la personne dans son projet de vie,
- limiter les complications de la maladie,
- prévenir et dépister.

Les objectifs du SROS 2012-2016 prévoient donc :

- une prise en charge de proximité,
- l'amélioration de la coordination des acteurs de santé,
- la reconnaissance de la place des usagers,
- l'amélioration de la transversalité de la prise en charge.

SROS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE ET NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

TERRITOIRES	**Graduation**	**Nombre d'implantations**		**Ecart**
		2012	**A l'issue du SROS 2016**	
Eure et Loir	Centre adulte	2	2	
	Centre enfant	-	-	-
	UDM	1	4	+3
	Autodialyse assistée	3	4	+1
	Dialyse à domicile	2	2	-

Sources : ARRETE N° 2014-DG-0026Portant révision du Projet Régional de Santé de la région Centre

Dans ce cadre l'AIRBP décline son projet d'établissement 2016-2020.

II / Description de l’établissement

1. Conventions de coopérations
2. Contrats et prestataires externes

Statut	Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)
Type de l'établissement **Siège social**	Établissement associatif sans but lucratif, adhérent de la FEHAP 56, rue des artisans 28630 Morancez
Nombre de postes	36
Nombre de sites	**4 unités d'autodialyse assistée,** - Morancez - Châteaudun - Vernouillet - Nogent Le Rotrou - **3 unités de dialyse médicalisées,** - Morancez - Châteaudun - Nogent Le Rotrou **Consultations dans toutes les unités.**
Activité principale	Traitement de la maladie rénale chronique par technique de l'hémodialyse
Activités spécifiques	**Entraînement dialyse à domicile,** **Entraînement à l'autodialyse,** **Consultations de néphrologie, dialyse et transplantation rénale.**

Dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire *(SROS)*, l'AIRBP a obtenu les autorisations d'activité suivantes :

	UDM/DOMICILE	UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE		
	MORANCEZ	**NOGENT LE ROTROU**	**CHATEAUDUN**	**VERNOUILLET**
Autorisations d'activité ARS du Centre	21/10/2014	12/10/2015	01/12/2015	-
Nombre de poste	12/2	8	8	-

Sources : données internes à l'établissement

	AUTODIALYSE ASSISTEE			
	MORANCEZ	**NOGENT LE ROTROU**	**CHATEAUDUN**	**VERNOUILLET**
Autorisations d'activité ARS du Centre	21/10/2014	10/10/2017	10/10/2017	21/04/2014
Nombre de postes	12	6	6	6

Sources : données internes à l'établissement

1. Convention de coopérations

Dans le cadre du parcours de soins :

Thème	**Date de signature**
- Pour la prise en charge des patients en attente de greffe et des transplantés rénaux avec le Centre Hospitalier Bretonneau Tours	19 mai 2016
- Pour la mise à disposition des néphrologues de l'AIRBP pour avis médical à la demande des médecins du Centre Hospitalier de Châteaudun	9 avril 2015
- Pour la prise en charge en cas de replis et urgences avec le Centre Hospitalier de Rambouillet	15 septembre 2015
- Pour la prise en charge des urgences médicales avec les Urgences du Centre Hospitalier de Châteaudun - Pour l'intégration de l'AIRBP au plan blanc du Centre Hospitalier de Châteaudun - Pour la prise en charge par l'assistante sociale et la diététicienne du Centre Hospitalier de Châteaudun	10 juillet 2014
- Pour la prise en charge de l'urgence vitale avec le SAMU d'Eure et Loir et les services d'Urgences du Centre hospitalier de Châteaudun	2 avril 2013
- Pour la réalisation des examens sanguins avec le laboratoire C PLUS BIO Nogent Le Rotrou	10 décembre 2012
- Pour la réalisation des examens sanguins avec le Centre Hospitalier de Châteaudun	30 janvier 2007
- Pour la réalisation des examens sanguins avec le laboratoire Bio alliance Chartres	20 décembre 2006
- Pour la prise en charge en cas de replis et urgences avec le Centre Hospitalier de Chartres	6 juin 2005
- Pour la prise en charge en cas de replis avec la Clinique Néphrologique Maison Blanche de Vernouillet	26 mai 2005

Pour la lutte contre les infections nosocomiales :

- Pour la lutte contre les infections nosocomiales avec le Centre Hospitalier de Dreux	24 avril 2001

Dans le cadre des supports logistiques :

- Pour le traitement du linge avec le Centre Hospitalier de Châteaudun	30 juin 2008
- Pour la prise en charge logistique du bâtiment avec le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	23 février 2010
- Pour la mise à disposition d'un terrain pour la construction d'une unité d'autodialyse avec le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	23 février 2010
- Pour le recours à des prestations relatives à la restauration avec le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou	8 octobre 2012

2. <u>Contrats et prestataires externes</u>

Pour le recours à des prestations relatives à la gestion des DASRI	Propolis
Pour le recours à des prestations relatives à la gestion des déchets de l'unité de Morancez	Paprec
Sécurité et gestion des alarmes anti-intrusion	Nexecur
Gestion du linge des unités de Morancez et Vernouillet	Anet
Pour le recours à l'hébergement de données de santé à caractère personnel par le logiciel MEDIAL :	ECHO Nantes
Pour assurer la pérennité et le développement de la suite logicielle et une répartition des coûts entre les associations utilisatrices :	GIE MEDIAL (*Groupement d'Intérêt Economique*)

III/ Le bilan du Projet d'établissement 2012-2017

1. Bilan
2. Données d'activité

1. Bilan

Au regard des objectifs du SROS 2012-2016 l'AIRBP a décliné des orientations générales dans son projet 2012-2017 :

- Améliorer l'accès aux soins

L'orientation principale était de diversifier et de renforcer l'offre de soins de proximité en tenant compte de l'évolution des besoins de la population (vieillissement, perte d'autonomie, comorbidités), des contraintes de la démographie médicale et de l'évolution des technologies.

- Améliorer la qualité des soins

Assurer la sécurité sanitaire des usagers et la qualité des soins en ce qui concerne la surveillance et le suivi des patients pris en charge, la gestion des risques associés aux soins, la lutte contre la douleur et l'éducation thérapeutique.

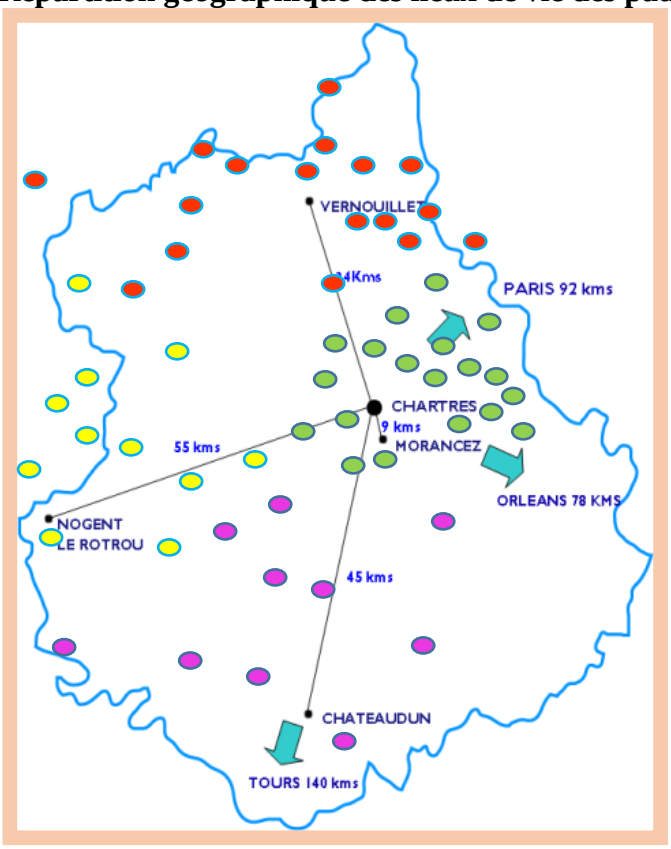
- Améliorer l'efficience

Contribuer à réduire les dépenses tout en maintenant la qualité par la mise en place d'une politique d'achat ou bien de favoriser des soins de qualité et efficients en développant les coopérations entre professionnels.

a. Rééquilibrer l'offre sur le territoire

L'AIRBP maintient des structures de proximité le plus proche possible du domicile du patient. C'est en fonction de son degré d'autonomie que le mode de traitement le mieux adapté à son état lui sera proposé : dialyse à domicile (hémodialyse, hémodialyse quotidienne, dialyse péritonéale – partenariat avec le centre hospitalier de Chartres), auto dialyse et dialyse médicalisée.

Répartition géographique des lieux de vie des patients



- Unité Vernouillet
- Unité Morancez
- Unité Nogent le Rotrou
- Unité Châteaudun

L'ouverture des consultations de néphrologie sur tous les sites permet un dépistage et un suivi plus précoce de la maladie rénale chronique (MRC).

Elle contribue à retarder et à mieux préparer la prise en charge par le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale terminale et elle contribue également à la réduction des coûts de transport.

Elle participe au dépistage, à la prévention et à l'éducation des patients atteints de maladie rénale chronique.

b. Parc immobilier

La rénovation du parc immobilier a permis la mise en conformité des locaux au regard de la circulaire **DHOS /01/2005/205 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux du 25 avril 2005** renforçant ainsi la sécurité des patients.

Ainsi trois unités ont été construites :

- Nogent le Rotrou en 2012,
- Châteaudun en 2013,
- Morancez en 2014,

Les nouvelles unités se trouvent à une distance raisonnée des centres hospitaliers afin de maintenir un délai de prise en charge rapide en cas d'urgence.

c. Le système d'information

Depuis 2008, l'AIRBP s'engage dans la mise en place d'un système d'information performant en se rapprochant d'ECHO Nantes qui propose une solution globale : dossier médical et facturation (MEDIAL), pharmacie (CRITERIA)

L'AIRBP a modernisé son système d'information dès 2008 en se dotant adhérant au GIE Médial qui propose une solution globale : dossier patient, facturation et pharmacie. Ces logiciels sont en constante évolution pour suivre les règlementations et recommandations et ils permettent d'atteindre 100% des pré-requis Hôpital numérique.

L'informatisation des dossiers patients permet la sécurisation de la prise en charge et intervient dans la démarche de développement durable. L'AIRBP s'est doté d'un matériel informatique performant et à mis en place des procédures dégradées afin d'avoir une activité entièrement informatisée et à distance à partir des postes portables.

Par ailleurs, la gestion des stocks s'est informatisée ainsi que l'ensemble des fonctions administratives, paie et ressource humaine. Des logiciels sont également utilisés pour la sécurisation des produits de santé, surveillance à distance des réfrigérateurs de pharmacie et du traitement d'eau.

d. Projet médical

L'ouverture des unités d'UDM a été réalisée et elles sont implantées dans tout le département.

Les liens étroits avec les Centres Hospitaliers (Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent le Rotrou) et avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours pour la transplantation rénale offrent des possibilités complémentaires de traitement hors centre, en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie des patients.

Morancez le 1er Mars 2015

Nogent le Rotrou le 1er Octobre 2015

Châteaudun 1er Décembre 2015

L'objectif de recrutement médical à 0.20 ETP a été réévalué pour permettre la mise en place rapide des consultations et des séances d'UDM.

Les outils de télémédecine ont été mis en place. Ils permettent la prise en charge des patients hors centre et favorisent la sécurisation des soins en permettant l'intervention médicale sans délais.
Ils participent également à la réduction des coûts de transport.

Le développement de protocoles de coopérations favorise la prise en charge efficiente du patient. Deux protocoles de coopération sont pérennes à l'AIRBP :

- le programme d'éducation thérapeutique autorisé en 2012,
- l'adaptation des doses d'agent stimulant l'érythropoïétine autorisée en 2015.

Des conventions avec les laboratoires et les Centres Hospitaliers sont en place dans l'objectif de maintenir la continuité et la sécurité des soins.

e. Projet paramédical

L'éducation thérapeutique a été largement déployée dans les différentes unités. L'infirmière coordinatrice a formé plusieurs infirmières et a mis en place un grand nombre de supports pédagogiques pour permettre des séances éducatives de qualité :

- Recommandations sur la vie au quotidien :
  - observance du traitement médicamenteux : utilité des antihypertenseurs, du calcium, des chélateurs du phosphore, de l'érythropoiétine et du fer
  - observance du régime alimentaire : restriction hydrique, limiter les excès en sel, en potassium

- Evaluations des acquis qui peuvent déboucher sur un :
  - renforcement des actions d'éducation
  - reprise éducative
  - actions d'éducation permanentes
  - évaluation par le patient de l'information para médicale délivrée

Une séance est systématiquement proposée à chaque patient. Les séances collectives sont développées dans un souci d'efficience et de limite de déplacement des patients en dehors de leur séance d'hémodialyse. Les aides-soignantes sont investies dans le programme.

La prise en charge de la douleur a été améliorée par la création du CLUD qui a :

- organisé la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur,
- formé le personnel à la prise en charge de la douleur par le biais d'outils de mesure et et de méthodes adaptés aux patients,
- élaboré des protocoles et procédures sur la base des recommandations de bonnes pratiques, validées par la CME

L'arrivée d'un médecin a permis de proposer des projets plus audacieux.

La démarche de lutte contre la dénutrition s'est organisée :

- enquêtes alimentaires réalisées par une aide-soignante,
- conseils personnalisés proposés dont la prescription médicale de suppléments protidiques,
- accès aux consultations auprès d'une diététicienne du Centre Hospitalier de Chartres formée au régime du dialysé.

f. La qualité gestion des risques

Depuis 2008 l'AIRBP s'est inscrite dans les démarches d'accréditation puis de certification. Au fil des années, la culture qualité au sein de l'association a beaucoup progressé. La maturité du système qualité s'est développée autour de 4 dimensions :

- **La dimension stratégique**

Les projets qualités étaient portés par la direction et par la responsable qualité gestion des risques, coordonnateur des risques (par délégation de la CME).

Ainsi, la mise en place d'outils transversaux informatisés et partagés par les différents acteurs de la qualité a permis de mettre en place un pilotage pérenne de la qualité. L'organisation d'une gestion documentaire performante permet à chaque professionnel de s'appuyer sur une information fiable pour sa pratique. Cette performance a nécessité l'utilisation d'une plateforme intranet et d'une fonction gestion documentaire pérenne avec une organisation définie de relecture, de validation et de mises à jour des documents.

- **La dimension culturelle**

La culture qualité découle essentiellement de sa communication.
La cellule qualité ainsi que les différents acteurs des instances ont favorisé l'échange et le soutien méthodologique aux différents projets. Le développement d'une communication importante a permis d'atteindre une maturité suffisante pour inscrire la culture qualité dans la pratique quotidienne de chaque professionnel qu'il soit agent hospitalier, secrétaire ou médecin.

La culture non punitive de la déclaration d'événements indésirables est clairement affichée par la direction afin d'optimiser ces déclarations en constante progression.

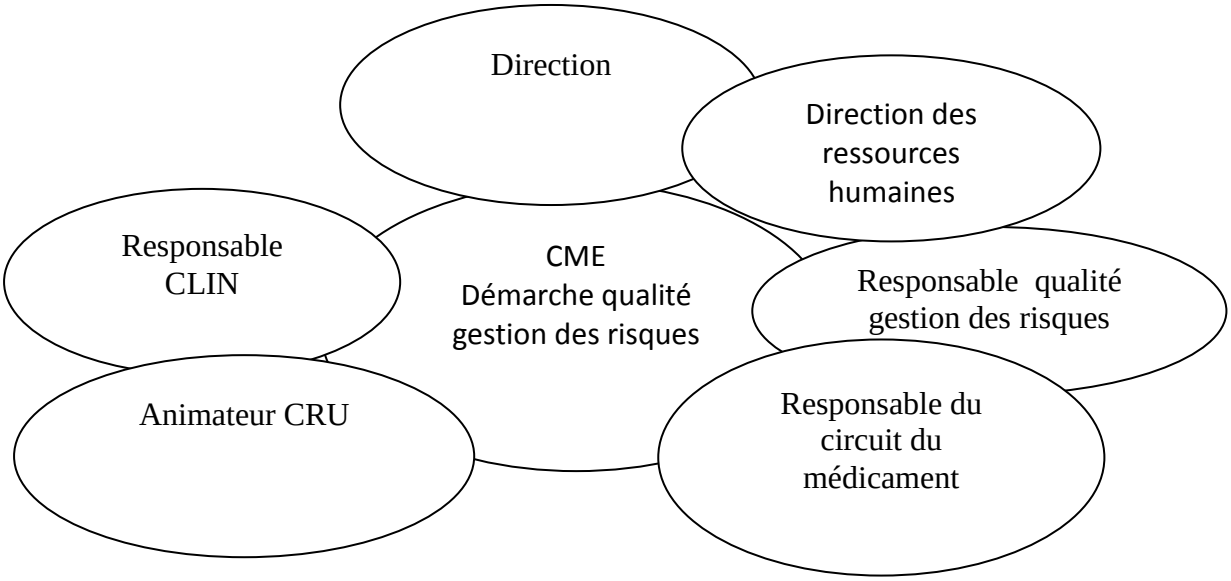
- **La dimension structurelle**

Le comité de pilotage coordonne le déploiement des ressources et moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan d'action défini par la CME.

Les instances sont pérennes pour permettre une meilleure coordination et suivi des projets.

L'architecture de l'intranet permet une diffusion claire et facilite l'accès aux différents documents liés aux instances (Comptes-rendus, résultats d'évaluation, rapports d'activité etc…)
Il est devenu le Manuel Qualité de l'établissement.

Les responsabilités de chaque instance sont clairement définies dans la politique qualité gestion des risques :



- **La dimension technique**

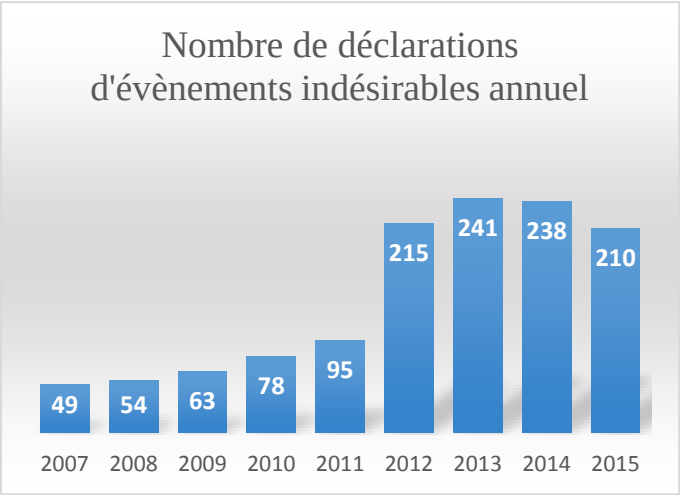
L'AIRBP a souhaité développer le partenariat avec la région ainsi la responsable qualité participe aux travaux des instances du réseau qualité crée par l'ARS depuis quelques années.

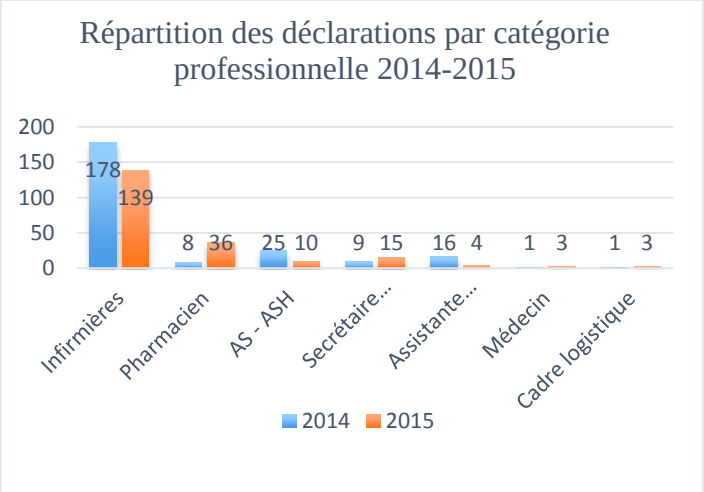
Ce réseau favorise l'échange entre les établissements et propose des outils à disposition des professionnels. Cette activité a permis un travail d'échange inter-établissement de la région.

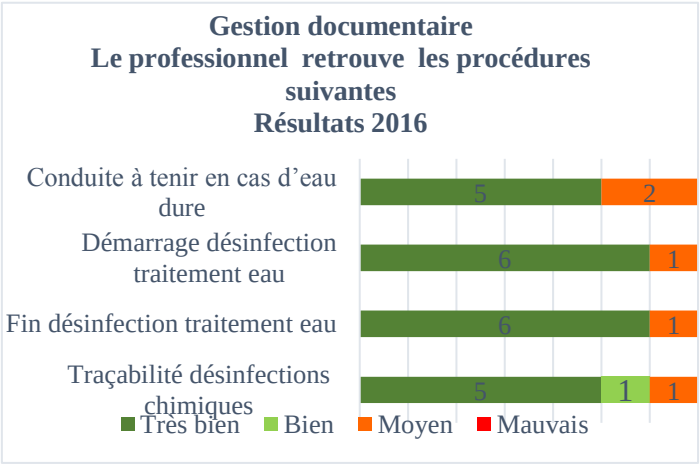
Les outils de d'évaluation de la qualité et de la gestion des risques ont été développés :

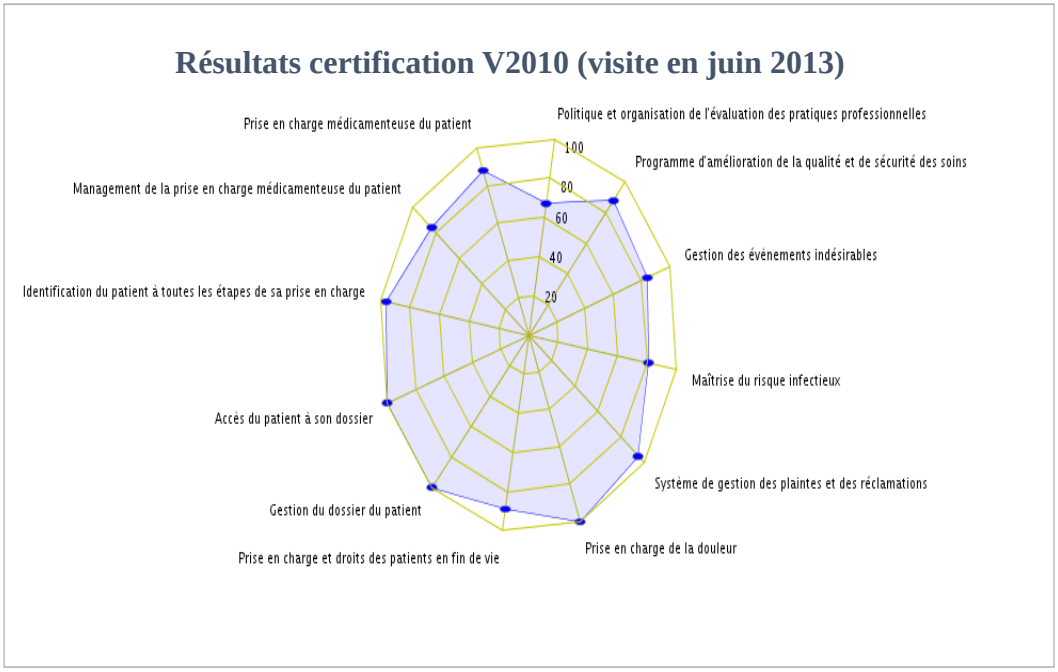
- fiche de projet,
- déclarations d'événements indésirables,
- plan d'action,
- cartographie des risques (Amdec, Orion, Acres…),
- hiérarchisation des risques,
- analyse de processus,
- tableaux de bord.

Les évaluations des pratiques professionnelles ont été largement déployées et tous les professionnels se sont engagés et investis pour permettre à l'établissement d'atteindre un niveau de certification sans recommandation en V2010.







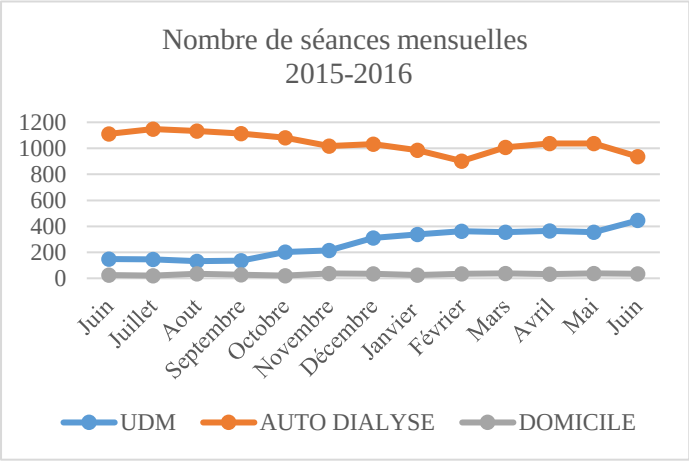


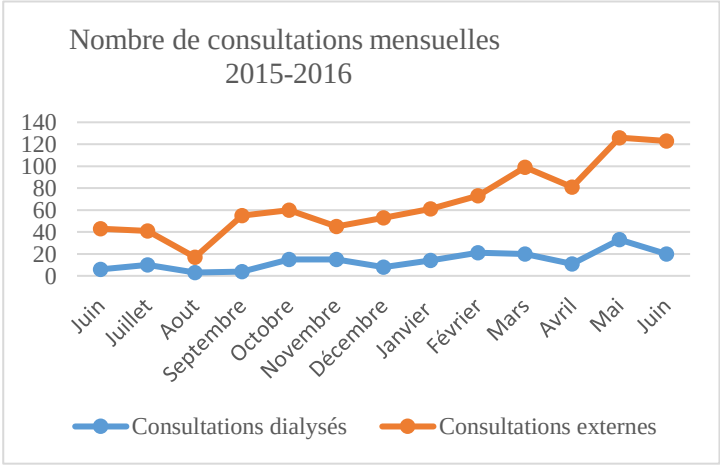
g. Développement durable

Un diagnostic a été réalisé à partir du guide « dialyse et développement durable » proposé par la FEHAP. Des outils de suivi ont été mis en place tels des tableaux de bord de suivi de consommation d'eau, de gestion des déchets et d'un engagement permanent pour un objectif zéro papier grâce au système d'information performant.

2. Données d'activité

Les séances se sont progressivement équilibrées par le biais des ouvertures des séances d'UDM dans les unités. Les consultations se sont elles aussi développées.





IV/ Le Projet médical 2016-2021

1. Orientations à court terme
2. Orientations à long terme

1. Orientations à courts termes

1.1 Contexte et analyse 2009 – 2015 : mise en conformité des unités de dialyse

L'unité d'autodialyse de Vernouillet se trouve à proximité de la Clinique Néphrologique Maison Blanche et du Centre Hospitalier de Dreux. La nécessité de se mettre en conformité par rapport au Décret N° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale et modifiant le code de santé publique, le surcout d'une rénovation incertaine et la difficulté de prendre en charge les patients déjà dialysés sur le site de Vernouillet pendant les travaux, ont motivé le conseil d'administration de l'AIRBP à l'achat d'un terrain, proche du Centre hospitalier de Dreux, en vue de la création d'un nouveau bâtiment. L'achat du terrain s'est concrétisé en mars 2016.

Une convention avec le service de Néphrologie du Centre Hospitalier de Chartres a été signée pour la dialyse péritonéale.

Afin d'assurer la permanence des soins, un système d'astreintes médicales a été mise en place à partir de décembre 2015.

L'association permet également l'accueil de vacanciers. C'est d'ailleurs une de ses missions. En collaboration avec les établissements hospitaliers, l'AIRBP permet d'offrir aux patients la possibilité d'accéder à l'ensemble des traitements personnalisés de qualité pour favoriser leur maintien à domicile ou leur maintien à proximité de celui-ci.

Ainsi, l'AIRBP offre une alternative à la dialyse en centre de par sa répartition géographique sur le département mais aussi de par la diversité des moyens techniques de suppléance tel que l'autodialyse, l'entrainement à domicile et la dialyse médicalisée.

1.2 Démographie médicale

L'AIRBP comprend 8 docteurs en médecine et 1 docteur en pharmacie.
Entre 2015 – 2016, l'activité médicale s'est modifiée avec l'augmentation de temps médicaux :

- 1 Equivalent Temps Plein (ETP) en février 2015,
- 0.8 ETP en novembre 2015,
- 0.4 ETP en avril 2016,
- 0.4 ETP en septembre 2016,
- Départ à la retraite 0.25 ETP

Répartition de l'activité médicale au 1er septembre 2016

Nom	Spécialité	ETP	Date d'entrée
Dr ALBERT	Néphrologue	0.2	2004
Dr CHAIGNE	Néphrologue	0.8	2011
Dr CLAIR	Néphrologue	0.25	1986-2016
Dr COULOMB	Médecin hygiéniste	0.02	1987
Dr FRANCAIS	Néphrologue	0.2	1986
Dr GODART	Néphrologue	1	2004
Dr HUGUET	Pharmacien	0.5	2014
Dr JOUZEL	Néphrologue	0.4	2011
Dr PRUNA	Néphrologue	0.4	2005

1.3 Activité médicale

a. Modalité de dialyse la plus efficiente pour le patient

En 2015, l'activité s'est renforcée avec l'ouverture des **unités de dialyses médicalisées**.

Ce changement a coïncidé avec l'**augmentation du temps médica**l.

L'unité de dialyse médicalisée de Morancez s'est ouverte en mars, celle de Nogent le Rotrou en septembre puis celle de Châteaudun en novembre.

La mise en place d'un outil de **télémédecine** a permis d'optimiser le temps médical (limitations des déplacements des néphrologues, concentrations sur leurs activités de métier) et d'améliorer le suivi des patients (paramètres du générateur et paramètres cliniques des patients) conformément au décret N° 2012-202 du février 2012.

La télémédecine permet le suivi d'une population vieillissante, poly-pathologique, vivant mal les déplacements et elle contribue également à limiter les coûts des transports sanitaires.

En développant cette activité de dialyse médicalisée, l'AIRBP assure la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale régulière tout en les maintenant le plus proche possible de leur domicile (nouveaux patients hémodialysés, patients dialysés sur cathéters veineux centraux, replis d'artériographie, replis de coronarographie…). Cette augmentation d'activité s'explique aussi par un âge moyen croissant des patients pris en charge.

Le développement **de la dialyse à domicile** constitue l'un des objectifs majeurs d'autant plus que l'on constate un faible développement de cette modalité de dialyse, dans notre région. Cette technique doit être proposée afin d'améliorer l'offre de soin. Des locaux ont été identifiés à l'entrainement pour le domicile (unité de dialyse de Morancez)

b. Prévention – Dépistage de la Maladie Rénale Chronique (MRC)

La présence médicale constante au sein de l'établissement de santé et l'augmentation du nombre de médecins a permis le développement d'une **activité de consultation** de dépistage et de suivi de la MRC.

Le dépistage est le meilleur outil pour pouvoir appliquer les mesures reconnues et prévenir la progression de la MRC. Cette prise en charge permet au patient de repousser de façon significative l'échéance difficile de l'épuration extra-rénale.

Cette activité de consultation s'est développée sur les unités de l'AIRBP : en mars 2015 sur l'unité de dialyse de Morancez et de Châteaudun, en janvier 2016 sur l'unité de dialyse de Vernouillet et en avril 2016 sur l'unité de dialyse de Nogent le Rotrou.

La répartition géographique des unités de soins sur le département permet d'offrir à la population une consultation de spécialité néphrologique au plus près de son domicile. Ces consultations contribuent à renforcer les relations avec les médecins généralistes des différents territoires.

c. Greffe rénale

Le SROS-PRS Centre Val de Loire (CVL) souhaite qu'une place de choix soit réservée à la greffe dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

L'AIRBP s'inscrit dans cette dynamique d'accès à la transplantation rénale. La communauté médicale assure aux patients un accès rapide et équitable à la greffe en réduisant les délais d'inscription et les délais d'attente sur liste.

Une infirmière référente « transplantation » a été formée pour le suivi et la réactualisation des bilans des patients en attente de transplantation. Cette infirmière travaille en étroite collaboration avec les infirmières coordinatrices du Centre de transplantation rénale régional (CHRU-Tours) et des centres de

transplantations rénales parisiens.

Respectant la finalité du SROS-PRC CVL, **le motif de non inscription sur liste** sera renseigné par l'équipe médicale et **figurera sur le dossier médical du patient**.

Une information des patients et de leurs proches, le plus tôt possible dans l'histoire de la maladie, présentera le don d'organe comme une alternative de choix, notamment à partir de donneurs vivants. Cette information est donnée à l'occasion d'une information pré-suppléance (IPS) qui est systématiquement proposée dès que le patient insuffisant rénal chronique a une clairance de la créatinine ≤ 25 ml/min.

L'AIRBP a formé **une infirmière référente « IPS »** dont les buts sont d'apporter au patient une information spécifique sur la suppléance (dialyse et transplantation) et de l'accompagner tout au long de son parcours de soins. L'AIRBP souhaite pouvoir former une infirmière référente IPS sur les 4 unités.

Des réunions de concertation sont régulièrement établies entre l'équipe médicale, les infirmières référentes « Transplantation » et « IPS » et les secrétaires afin de **minimiser les délais d'attente sur la liste de transplantation rénale.**

Au regard de son expérience, de sa spécificité, de sa présence médicale, de son développement de consultations de dépistages de la maladie rénale chronique, l'AIRBP estime que de nombreux patients peuvent être pris en charge hors centre. Ainsi, depuis mai 2016, une convention a été établie entre l'AIRBP et le CHRU de Tours pour le **suivi des patients transplantés rénaux**. Dès que le patient ne relève plus du suivi intensif du centre de transplantation, il est adressé à son néphrologue référent qui assure le suivi post greffe de façon conjointe avec l'équipe de transplantation.

Par le biais de la télémédecine, L'AIRBP souhaite bénéficier **d'une télé-expertise** de dossiers complexes de transplantation rénale en communiquant avec le CHRU de Tours. Depuis avril 2017, des staffs sont organisés avec l'équipe de transplantation rénale du CHRU de Tours, par télémédecine.

d. Education Thérapeutique Patient (ETP) : composante du projet médical

En 2012, l'AIRBP a mis en place un programme structuré **d'Education Thérapeutique** destiné aux patients dialysés.

Ce programme, autorisé par l'ARS, a été renouvelé pour une période quadriennale (2016 – 2020). Il comprend 12 items abordant la spécificité de la maladie rénale chronique et il va s'étoffer d'une information sur l'activité physique et sur les soins alternatifs (aromathérapie, musicothérapie, hypnothérapie, réflexothérapie). Ce programme est inscrit dans le parcours du patient hémodialysé chronique.

Une information sur **l'activité physique** et une évaluation de celle-ci est proposée aux patients par les infirmières d'ETP. Le but est de dépister et de prévenir la sédentarité. L'infirmière, en collaboration avec l'équipe médicale, propose un programme d'activité physique basé sur le pédalage au cours de la séance de dialyse.

Les **soins alternatifs** sont complémentaires de la médecine conventionnelle. Leurs bienfaits amélioreront le bien-être des patients dialysés en agissant principalement sur la douleur, le stress et l'anxiété liés à la dialyse mais également aux comorbidités.

Depuis 2015, des aides-soignantes sont associées à l'équipe de l'éducation thérapeutique et participent, après formation par l'infirmière référente ETP, aux ateliers nutrition (régime pauvre en K, restriction hydrique) et hygiène sous la forme de séances individuelles ou collectives.

L'équipe médicale souhaite prendre en charge de façon précoce les plaies des patients afin d'éviter une dégradation de celles-ci pouvant être responsable d'un repli à l'hôpital, voire d'une chirurgie. Un atelier **« plaie et cicatrisation »** a été mis en place.

Des protocoles de soins ont été écrits. Les infirmières, en collaboration avec l'équipe médicale, appliquent les soins et les surveillances. Des partenariats sont établis entre différents acteurs (service référents de pansements, service de diabétologie, infirmières libérales…) optimisant une prise en charge globale du patient.

L'AIRBP souhaite former une infirmière référente par site et mettre en place des consultations par télémédecine avec des spécialistes (dermatologues, diététiciens) afin de prendre en charge précocément et

efficacement les plaies des patients.

e. Prise en charge de la douleur

Le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD), mis en place en 2012, a pour mission la prise en charge de la douleur ainsi que la promotion et la mise en œuvre des actions de lutte dans ce domaine, y, en étroite collaboration avec la Commission Médicale de l'Etablissement (CME).

Le patient hémodialysé chronique est l'objet de douleurs multiples, variées et chroniques. Un outil d'évaluation de la douleur chronique est en place dans l'établissement. Cela permet aux infirmières de mieux l'identifier et permet aux médecins d'adapter une meilleure stratégie thérapeutique.

Le personnel formé aux **soins alternatifs** pourra, en collaboration avec l'unité de la douleur, prendre en charge les patients qui le souhaiteront.

f. Maîtrise du risque infectieux

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de l'AIRBP a été créé avec le principal objectif de définir et mettre en œuvre un programme d'action de prévention du risque infectieux.

Plusieurs missions spécifiques sont déclinées dans un plan d'action annuel qui est soumis à une validation de la CME :

- tableaux de bords des infections nosocomiales,
- surveillance des infections en hémodialyse (réseau DIALIN),
- étude des différents prélèvements bactériologiques, dépistage et surveillance des BMR,
- surveillance des Accidents d'Exposition au Sang,
- contrôle de la qualité de l'eau de dialyse (dialyse conventionnelle et hémodiafiltration),
- rédaction de nouveaux protocoles et actualisation de documents.

L'EOH procède régulièrement à des visites dans les divers sites de l'AIRBP afin de réaliser des audits.

g. Politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient

L'AIRBP est dotée d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) basée sur le site de Morancez.
La PUI assure le stockage et la dispensation des médicaments des 4 unités de l'Association.
La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont décidés conjointement avec le Président de la CME et Le directeur d'établissement (Loi HPST du 21.07.2009).
Cela comprend :

- politique amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM),
- sécurité des soins,
- gestion des risques afin de prévenir la iatrogénie médicamenteuse.

La direction a défini les responsabilités à chaque étape du circuit du médicament et les a formalisées par des fiches de poste. Elle s'appuie sur la CME et sa sous-commission COMEDIMS pour favoriser les échanges entre les différents professionnels sur la thématique concernant les médicaments.
La direction, en collaboration avec la CME, s'assure que la sécurisation de la PECM est effective par :

- la prise en compte des spécificités d'une population âgée et polypathologique,
- la mise en place des vigilances sanitaires
- le suivi qualité de l'eau de dialyse,
- la sécurisation des médicaments à risque,
- la mise en œuvre des dispensations nominatives.

La direction développe une culture non punitive des déclarations des événements indésirables, organise des retours d'expérience, s'assure de la mise en place du contrat du bon usage et du suivi des recommandations qui en découlent par l'intermédiaire de son portail intranet, par l'utilisation d'un outil Cartoretex (OMEDIT) et par une prescription médicale informatisée (logiciel métier MEDIAL).

Un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'information des médicaments à risques sera proposé aux patients et la communication en sera renforcée par la mise en place de fiches d'information.

Des moyens ont été alloués pour la sécurisation du stockage et du transport des médicaments afin d'harmoniser les pratiques entre les différents unités. Une politique d'achat a été mise en place pour minimiser les risques (forme injectable prête à l'emploi…).

Le personnel est formé à la PECM et a accès au site de l'OMEDIT avec outil e-learning. Des évaluations courtes type audits seront établies sur toutes les étapes du processus (chariot d'urgence, pratique d'administration, moyen de transport…)

h. Politique et organisation des pratiques professionnelles – Mise en œuvre des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)

La stratégie de développement d'EPP a été élaborée en concertation avec la CME et la Direction. Les thèmes sont choisis sous la validation de la CME en fonction des pratiques médicales, de la pertinence et du bénéfice que peuvent en tirer les patients dans l'objectif d'améliorer leur prise en charge.

Ce choix tient compte des objectifs nationaux et des recommandations. Chaque EPP a un responsable médecin. Un tableau de bord des EPP permet le suivi de la démarche, l'analyse et le réajustement régulier si nécessaire. Le bilan annuel des EPP sera réalisé et présenté en CME.

Les EPP en cours et validées par la CME sont les suivantes :
- suivi de l'anémie,
- pertinence de la prescription du fer injectable,
- suivi phosphocalcique,
- suivi dénutrition,
- respect des précautions standard,
- KT/v, dose de dialyse chez la personne âgée,
- accès à la transplantation,
- dossier patient.

Les EPP à venir :
- pertinence des hospitalisations,
- suivi des hospitalisations non programmées.

2. Orientations à longs termes

2.1 Atelier Abords vasculaires

Les dysfonctionnements des abords vasculaires pour hémodialyse sont une cause majeure de morbidité et d'hospitalisation. La thrombose représente l'aboutissement ultime du dysfonctionnement de l'abord vasculaire. Dans 90% des cas un processus sténotique en est à l'origine.

La prise en charge des sténoses nécessite une approche multidisciplinaire impliquant le dépistage volontariste de la lésion avant la survenue de la thrombose, la correction prophylactique de la lésion avant la survenue de la thrombose et le développement des méthodes de prévention primaire des sténoses et des re-sténoses après angioplasties.

Les générateurs de dialyse sont munis d'outils qui permettent de suivre et surveiller les abords vasculaires (mesure des pressions artérielles et veineuses, mesure de la pression transmembranaire, contrôle du débit artériel, mesure du taux de recirculation …)

L'AIRBP souhaite qu'un médecin puisse se former au doppler des abords vasculaires pour le suivi systématique et le dépistage des lésions sténosantes. Ce suivi s'intégrera avec celui déjà existant, effectué par nos confrères radiologues.

L'Association souhaite également qu'une infirmière référente par unité soit formée au suivi des abords vasculaires. Elle travaillera en collaboration avec le médecin référent. En outre, certaines ponctions difficiles ou premières ponctions pourront être réalisées sous échographie permettant un confort pour le patient et l'infirmière. Il contribuera également à diminuer le nombre de ponctions traumatiques.

2.2 Atelier Hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle est une augmentation anormale de la pression artérielle sur les parois des artères. La majorité de nos patients sont hypertendus, conséquence de la maladie rénale ou à l'origine de celle-ci.

L'Association souhaite acquérir un holter tensionnel afin de dépister, surveiller la tension artérielle et adapter le traitement antihypertenseur des patients souffrants de MRC (consultants, dialysés, transplantés rénaux…)

Des consultations spécifiques d'éducations thérapeutiques seront proposées aux patients où seront abordées le traitement antihypertenseur, la diététique et l'activité physique.

2.3 Diététique

La maladie rénale chronique peut être responsable de dénutrition (inappétence, dégouts des aliments..) et être à l'origine de contraintes (restriction hydrique, régime pauvre en potassium, restriction protidique, restriction salée…). L'alimentation peut être perçue parfois comme une contrainte de plus.

Dans le cadre de l'Education Thérapeutique, l'AIRBP a mis en place un atelier « **nutrition** » constitué d'une infirmière formée à la nutrition et d'un néphrologue. Un bilan trimestriel de nutrition est réalisé. Les patients dont l'albumine est inférieure à 35g/l sont dépistés et une alerte est adressée à leur néphrologue référent. Celui-ci prescrit des compléments alimentaires et propose d'adresser les patients en consultations auprès d'un(e) diététicien(ne).

2.4Vaccination et suivi vaccinal des patients

Les patients souffrants de MRC sont des patients dont l'immunité est fragilisée (population âgée, multiples comorbidités, dysfonctionnement immunitaire…). Ces patients à risque ont un besoin de vaccination qui est souvent négligé : manque de temps médical, oubli, refus du patient à revenir pour l'obtention d'une prescription médicale…

La CME prévoit qu'une **infirmière référente « vaccination »** assure le suivi vaccinal des patients. Cela permettrait d'augmenter la couverture vaccinale, de diminuer les délais de RDV pour une vaccination, d'économiser du temps médical.

L'infirmière devra être formée à cette spécificité dans les centres qui proposent la formation de vaccination et validés par la Haute Autorité de Santé (Protocole de coopération infirmières-médecins - Consultation, décision et prescription de vaccination et suivi vaccinal des patients en lieu et place d'un médecin - Région Haute Normandie ou Région Centre Val de Loire).

Les contours de cette délégation et les conditions de son application sont précis : expérience minimale (3 ans d'expérience), formation théorique et pratique des infirmières, arbres décisionnels et logigrammes à respecter, information des cas d'exclusion des usagers du protocole, prescription des vaccins, mise à jours du carnet de vaccination, gestions des effets secondaires immédiats des vaccins réalisés…

Le maintien des compétences sera assuré par un suivi régulier de celles-ci lors d'un entretien annuel par le cadre de santé qui pourra évaluer les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de ce protocole et

l'actualisation des connaissances sera effectuée sous forme d'une journée annuelle de formation continue auprès des centres formateurs.

2.5 Prise en charge psychologique des patients

La maladie rénale chronique est la maladie considérée par les patients comme la maladie la plus contraignante et la maladie la plus difficile à s'adapter. La découverte de la maladie confronte le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte peuvent induire des bouleversements sociaux et psychologiques. L'AIRBP souhaite développer un partenariat avec un psychologue afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Le psychologue doit faire partie intégrante de l'équipe soignante et pourra :

- participer au mieux à la prise en charge psychologique des patients en difficulté,
- aider les équipes lors de périodes difficiles,
- aider les patients et les familles qui ont besoin d'être accompagnées (fin de vie)
- prendre contact de façon systématique avec chaque nouveau patient pour lequel la mise en route d'une dialyse est préconisée et pour lequel une greffe est décidée afin de faciliter sa prise en charge psychologique ultérieure
- participer aux staffs médicaux afin d'avoir des informations sur le schéma thérapeutique et le vécu des équipes, il donnera son avis d'expert et effectuera des transmissions écrites dans le dossier médical du patient après ses entretiens.

2.6 Aide sociale

Les patients souffrant de maladie rénale chronique peuvent être l'objet de multiples démarches administratives, sociales, financières…

L'Association souhaite pouvoir former un membre du personnel paramédical pour aider les patients dans leurs diverses démarches (administratives, mise en place d'aide à domicile (toilette, ménage, portage de repas), aide à l'obtention d'une allocation…) et être un relai entre les différents acteurs de métier (assistant(e) social(e), structure d'aide à domicile, Maison Départementale des Personnes Handicapées).

2.7 Les patients en fin de vie

Face au prolongement de l'espérance de vie et aux avancées de la médecine, la population que nous accueillons à l'AIRBP a évolué (âgée et présentant des pathologies multiples).

Nous sommes parfois confrontés à la prise en charge, lors de leur dialyse, de certains patients à leur fin de vie.

Dans ce type de prise en charge, plusieurs objectifs doivent être fixés :

- soulager la douleur,
- apaiser la souffrance psychique,
- sauvegarder la dignité de la personne malade,
- soutenir l'entourage,
- soutenir l'équipe.

Cette prise en charge devra se décliner à plusieurs niveaux en collaboration avec le psychologue :

- au niveau du patient : un projet est construit selon les besoins et les volontés du malade tout en respectant ses droits et en y incluant ses proches,
- au niveau des professionnels : formation, soutient, concertation et évaluation sont des orientations vers lesquelles nous tendons afin d'optimiser notre prise en charge. L'aide

d'équipes de soins palliatifs ou de la douleur extérieurs à l'AIRBP pourra être sollicitée dans la mesure ou une collaboration aura été mise en place,

- une collaboration étroite entre le psychologue et l'équipe soignante est indispensable et passe par des transmissions orales et écrites relatives au patient et à sa prise en charge. Il participe au choix d'un consensus d'équipe sur le mode de prise en charge des patients en phase palliative et terminale.

2.8 Formation d'internes de spécialité Néphrologie

En raison d'une présence médicale au sein de l'établissement, dans le cadre d'une politique d'amélioration et souhaitant assurer « une transmission du savoir », l'AIRBP souhaite pouvoir avoir l'agrément auprès de notre Agence Régionale de Santé et du CHRU de Tours pour la formation d'interne de spécialité Néphrologie – Stage validant pour la dialyse. L'encadrement des internes se fera sur l'unité de dialyse de Morancez, sous la responsabilité d'un néphrologue.

L'AIRBP devra respecter les obligations réglementaires qui régissent les statuts des internes selon le Code de Santé Publique (Articles R 6153-1 à R 6153-44). Le financement sera assuré par l'association selon la convention FEHAP (échelon et ancienneté).

L'équipe médicale de l'AIRBP souhaite partager et transmettre ses connaissances en apportant un certain regard sur le métier et en permettant à nos jeunes collègues de se confronter au monde associatif.

V/ Le Projet para-médical 2016-2021

1. Organisation des soins
2. Evaluation des pratiques et maîtrise du risque infectieux
3. Objectifs à court et moyen terme

1. Organisation des soins

1.1 Ressources

Temps soignants

20 Infirmières diplômées d'état	19.4 ETP dont 3.3 ETP
11 Aides - soignantes	10 ETP
Agent d'entretien	
Secrétariat médical	

Temps dédiés aux activités transversales

Qualité gestion des risques	1 ETP
Education thérapeutique- Information pré-suppléance	0.8 ETP
CLIN	0.5 ETP
Référente greffe	0.2 ETP

1.2 Formation

Afin d'assurer la continuité des missions de l'établissement et devant l'évolution de la structure, la formation des professionnels est un enjeu déterminant. L'évolution des pratiques, les modes de management par la qualité nous engage à maintenir un haut niveau de compétence.

Les nouveaux personnels sont formés à partir d'un référentiel de soins élaborés par les professionnels. Ce dispositif mis en place depuis 2013 est évalué au cours des entretiens individuels menés par la responsable des ressources humaines à la fin de la période de formation.

Chaque professionnel participe, dans un délai d'un an après son arrivée, à une formation initiale et spécifique en néphrologie, dialyse et transplantation qui lui permet d'acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge des patients dialysés.

Outre la démarche personnelle de formation encouragée par l'établissement, le plan de formation est défini au regard des différents projets et actions d'améliorations programmés annuellement par la CME.

Ces formations sont dispensées en internes par les médecins, infirmières, responsables mais également par des organismes DPC. Toutes ces formations sont publiées dans l'intranet et restent à disposition permanente du personnel. Les formations validantes sont encouragées.

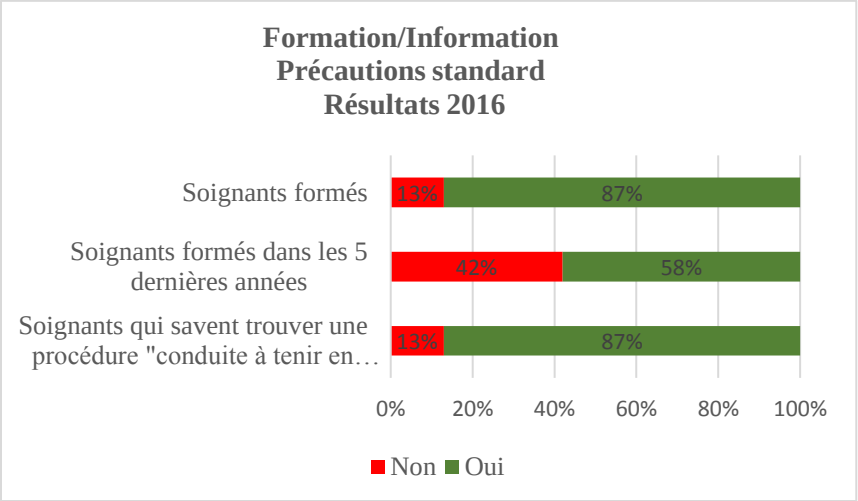
La mesure quantitative des formations des professionnels fera l'objet d'un suivi d'indicateur (taux de personnels formés).

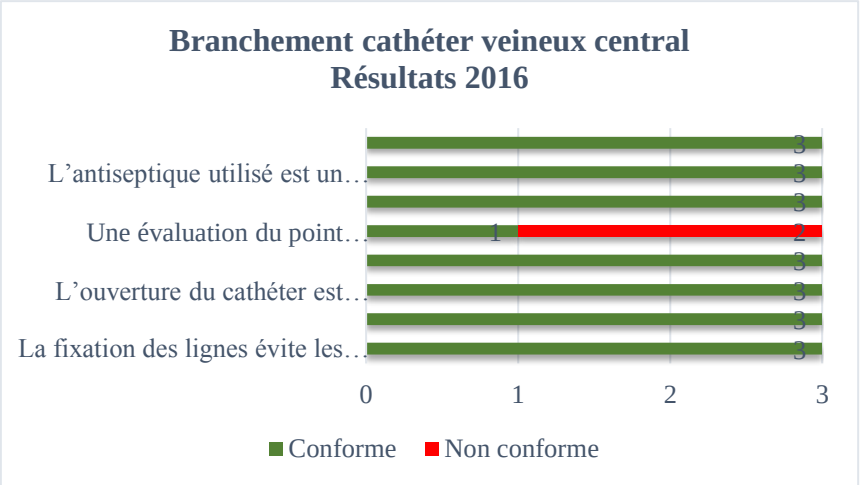
2. Evaluations des pratiques et maîtrise du risque infectieux

La maîtrise du risque infectieux associé aux soins est une priorité. Par voie de conséquence, l'AIRBP exerce ses missions dans le champ de l'organisation des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles, en cohérence avec les objectifs nationaux.

Pour que les professionnels de santé soient en mesure de répondre à ces objectifs, un dispositif de gestion documentaire leur permet l'accès aux procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque.

Les évaluations des pratiques professionnelles réalisées chaque année constituent un outil important pour mettre en œuvre les orientations stratégiques dans les domaines de la communication, de la relation, de la sécurité et de la qualité des soins.





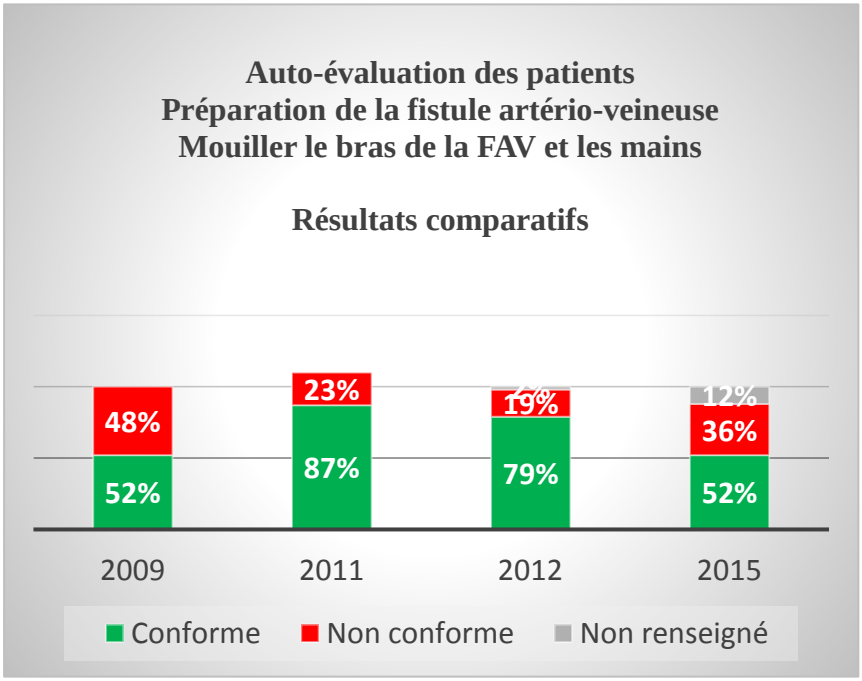
La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est une priorité.

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux incluant celles issues du signalement des évènements indésirables sont mises en œuvre.

Il est essentiel que les patients soient parfaitement intégrés à la prévention du risque infectieux.

Ainsi, l'entraînement à l'auto-dialyse sera évalué au travers d'une fiche de suivi

d'apprentissage et des audits seront régulièrement organisés pour impliquer l'usager dans la sécurité des soins et des auto-soins.



L'objectif de la politique en matière de lutte contre les infections nosocomiales est d'atteindre et de maintenir à un haut niveau les indicateurs qualité sécurité nationaux.

Les patients vieillissants, poly-pathologiques, avec des soins complexes, engage le CLIN à la pérennisation de la surveillance des abords vasculaires et des bactériémies par le réseau DIALIN. L'équipe opérationnelle d'hygiène est en charge du suivi des indicateurs du réseau DIALIN.

Un infirmier maintiendra son activité au sein du réseau dans l'objectif d'approfondir les connaissances et développer les moyens nécessaires pour accompagner les équipes dans la prévention du risque infectieux.

Les évaluations des pratiques professionnelles, tant au niveau des patients que des professionnels de santé, permettent de définir des plans d'actions au travers de mesures simples : rédactions ou actualisations de procédures, formations ou informations, matériels et moyens complémentaires de prévention.

3. Orientations à court et moyen terme générées par le projet médical

La CME, au travers du projet médical, a mis en place des modes d'organisation avec infirmière référente pour chaque projet permettant ainsi aux différents acteurs de développer des spécificités et compétences complémentaires et approfondies. Ces projets nécessitent toutefois un effort conséquent de gestion prévisionnelle des ressources humaines.

3.1 Education thérapeutique

L'AIRBP a renouvelé son autorisation de programme d'éducation thérapeutique pour la période 2016-2020, il est inscrit dans le parcours de nos patients hémodialysés.

Les aides-soignantes se forment à la pratique et intègrent progressivement le programme formant une collaboration avec les infirmières lors des séances individuelles ou collectives.

Les orientations de ce programme vont s'élargir à la prévention de la maladie rénale chronique en développant des séquences éducatives sur le thème de la nutrition et l'observance du traitement.

Une infirmière référente a développé, en collaboration avec l'équipe médicale, l'activité d'information pré-suppléance. Elle est en charge de former d'autres infirmières pour assurer cette activité dans chaque unité et de suivre les indicateurs de résultats.

3.2 L'activité physique adaptée (APA)

Ce projet est en cours de déploiement dans l'unité de Vernouillet. L'infirmière référente va déployer cette activité dans les autres unités. L'objectif est de pouvoir en mesurer l'efficacité sur la qualité de vie du patient et de l'intégrer comme acte de soins aides - soignantes Ce projet a fait l'objet d'une présentation aux rencontres des centres de région centre (1er décembre 2016).

3.3 Suivi des pansements

Au vu de l'évolution de la prise en charge des patients vieillissants avec des facteurs de risque de plus en plus importants (diabète, artérite…), la CME souhaite assurer le suivi des pansements simples.

L'équipe IDE et Médicale suit l'évolution des plaies en lien avec les centres et professionnels référents (IDE à domicile, unités de diabétologie, consultation pansement …) favorisant ainsi la continuité de la prise en charge. Un groupe de travail met en place des procédures adhoc et une communication adaptée de cette prise en charge avec les différents acteurs. Des référents seront identifiés dans chaque unité.

3.4 Suivi pré-transplantation

Les recommandations de prise en charge des maladies rénales chroniques par l'HAS et les ARS (sros) préconisent un accès à la transplantation le plus rapidement possible. Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, une infirmière référente met en œuvre le suivi (macro-planning) du bilan pré-transplantation défini par l'équipe médicale. Ce macro-planning est en lien avec le suivi effectué par l'infirmière d'information pré-suppléance dans le cadre du projet de soin personnalisé des patients. Des réunions sont organisées et elles intègrent les différents acteurs (médecins-secrétaires-infirmières) pour en assurer le suivi.

3.5 Valorisation de la bientraitance

L'AIRBP assure régulièrement une mesure de la satisfaction des patients. Au-delà des résultats satisfaisants de ces évaluations, l'équipe paramédicale a mis en place une charte de bientraitance signée par l'ensemble du personnel. Ces valeurs concernent autant les professionnels envers les patients que les professionnels entre eux. Chacun s'engage dans une communication et attitude bienveillante. Dans ce cadre, de nouvelles organisations pourront être mises en place pour favoriser la qualité de vie au travail ayant une influence sur la qualité de prise en charge des patients.

L'équipe soignante a souhaité, dans une démarche d'amélioration, se former au toucher massage afin d'apporter un « mieux être » aux patients pendant leurs séances. Ce toucher-massage prodigué aux patients qui le souhaitent est dispensé par des infirmières ou aides-soignantes.

Ces massages s'inscrivent également dans la gestion de la douleur.

La formalisation d'un accueil bienveillant du patient est un objectif à court terme.
Cette prise en charge bienveillante inclut les valeurs définies dans la charte bientraitance, les droits et les devoirs du patient pour favoriser sa participation dans sa prise en charge. La formation initiale du patient à la dialyse dispensée par les infirmières et aides-soignantes participe à faire de lui le premier acteur de sa santé.

3.6 Qualité de vie au travail

La modernisation des unités de soins, l'ouverture des UDM, la présence médicale permanente, les nouvelles technologies et les changements d'organisation ont nécessité une adaptation rapide des équipes pour offrir un service de soins performant.

L'amélioration de la qualité de vie dans le travail va de pair avec une organisation optimale de la transmission d'information.

Les premières démarches ont constitué à développer la communication des instances vers les professionnels ainsi qu'à développer à l'instar de la démarche qualité une culture non punitive de l'erreur permettant une réelle transparence dans les échanges et dans les pratiques. Tous ces éléments alimentent le dynamisme et la synergie d'équipe.

Tous les travaux et projets en cours sont présentés par les professionnels à l'ensemble de l'équipe lors de réunions de commission de soins infirmiers ou de réunions ciblées.

La communication est un enjeu primordial dans la qualité de vie au travail comme le montre certains évènements indésirables déclarés.

Une réflexion devra être menée auprès de tous les soignants pour développer des outils adaptés en tenant compte des attentes et contraintes de chaque acteur. Les délégués du personnel seront associés à cette démarche.

VI/ Le Projet qualité gestion des risques

1. Axes stratégiques
2. Management de la qualité
3. Objectifs

1. Axes stratégiques

L'augmentation du temps médical à l'AIRBP permet à la CME d'investir le champ de la qualité.

L'objectif est d'appuyer les structures déjà en place et de développer la culture qualité au sein de la CME avec une visibilité transversale des différents résultats d'évaluation ou de cartographie des risques.

La CME porte donc la dynamique d'amélioration continue et définit ses objectifs :

- maintenir une communication permanente au sein des professionnelles sur le programme d'action d'amélioration de la qualité des soins est un objectif prioritaire,

- investir tous les professionnels dans la démarche, intégrer la qualité dans les missions des responsables d'unités permettant un investissement de tous les professionnels,

- impliquer les usagers au cœur de la qualité et de la sécurité des soins, la commission des relations aux usagers et de la qualité de la prise en charge devient la commission des usagers et à ce titre devient partie prenante dans le développement de la qualité dans l'établissement. La communication des différents travaux et indicateurs devra donc être intégrée lors des réunions, les représentants des usagers siègent également au sein du CLIN.

La culture qualité découle essentiellement de ce qu'elle est communiquée.

La cellule qualité ainsi que les différents acteurs en charge des instances doivent favoriser l'échange et le soutien méthodologiques aux différents projets. Projets qui peuvent tout aussi bien être proposés par la CME en charge de la démarche que par tout personnel soignant. Ainsi la disponibilité et l'écoute auprès des équipes est nécessaire afin de développer cette culture par l'échange et non par l'autorité ou le contrôle.

La culture non punitive de la déclaration d'événement indésirable est clairement affichée par la direction afin de faciliter la déclaration d'évènements indésirables et elle doit perdurer.

A l'instar de la nouvelle version de la certification V2014, l'analyse des évènements indésirables en complément de la cartographie doit devenir la source des axes d'améliorations à prioriser. La bonne coordination de ces analyses est un élément clé dans la démarche.

2. Management de la qualité

Le comité de pilotage coordonne le déploiement des ressources et moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan d'action définie par la CME. Il suit et mobilise les équipes autour de la démarche de certification. Les outils tels que les déclarations d'évènements indésirables, les commissions de retour d'expérience, les patients traceurs resteront pérennes.

La politique qualité et gestion des risques va être organisée autour d'objectifs que l'établissement présente dans ce projet. La finalité est de fédérer l'ensemble des professionnels autour de cette préoccupation centrale.

Les acteurs des différentes instances sont souvent les mêmes, le maintien de la représentation de chaque instance permet une meilleure coordination de la démarche. Toutefois dans l'objectif d'efficience du management qualité dans l'établissement, les différentes réunions vont progressivement investir la réunion de CME pour éviter les doublons de communication.

Le comité de pilotage :

Composé du Directeur, du Président de la CME, du responsable des ressources humaines, du responsable qualité et du responsable du CLIN, il est chargé :

- d'impulser la politique qualité-gestion des risques et d'organiser la démarche de certification,
- de proposer les orientations stratégiques prioritaires,
- de valider avec la CME le programme qualité gestion des risques.

Ce comité développera le suivi de la mise en œuvre du plan d'action d'amélioration et de la sécurité des soins en lien avec le compte qualité et le projet d'établissement.

La CME :

Composée des néphrologues, du pharmacien, de la direction.

Elle coordonne et initie les projets qualité-gestion des risques, les évaluations des pratiques professionnelles et valident les résultats. C'est également la CME qui valide les plans d'actions.

La cellule qualité-gestion des risques :

Composée du Président de la CME, du responsable qualité-gestion des risques, du responsable du CLIN, d'une infirmière et de deux aides-soignantes.

Elle assure le soutien méthodologique dans la conduite de projet.

Elle organise et assure le suivi des évaluations et des plans d'actions.

Elle assure la communication des différents résultats et impulse la dynamique qualité.

Elle coordonne le recueil et la diffusion des indicateurs qualité.

Elle gère le circuit des évènements indésirable et organise la cartographie des risques.

Les réunions qualité perdureront dans le cadre des commissions de retour d'expérience à un rythme mensuel.

La commission EPP :

Composée du responsable qualité, du responsable du CLIN et du président de la CME, elle est intégrée à la cellule qualité, elle coordonne les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, recueille les résultats et tient à jour les tableaux de bord de suivi. Cette commission devra mettre en place une lecture et une analyse régulière des résultats des différentes EPP surtout dans le cadre des évaluations en étape 5 (suivi de résultats) au sein de la CME.

Les autres commissions concourant à la qualité des soins :

Le CLIN :

Composé de la responsable du CLIN, trois infirmières, un aide-soignant, du pharmacien, d'un médecin disposant du DU en Hygiène hospitalière et du correspondant hygiène de l'hôpital de Dreux.

Le CLUD :

Composé d'un néphrologue, de deux infirmières et d'une aide-soignante.

Le COMEDISM :

Composé d'un néphrologue, du pharmacien et de deux infirmières.

La création d'une ***Cellule d'identito-vigilance*** est un objectif prioritaire à court terme

3. Objectifs

Le travail de chacune de ces instances va permettre d'atteindre les 6 objectifs prioritaires de la politique qualité-gestion des risques :

- Fédérer l'ensemble des professionnels autour de la démarche qualité-gestion des risques,
- Favoriser la communication et optimiser la gestion documentaire incluant la mise à jour des documents institutionnels tels que la politique qualité et la politique des pratiques professionnelles,
- Développer d'avantage l'analyse de risque et la priorisation des risques vers une démarche à partir du risque et non pas uniquement de l'évaluation,
- Atteindre un haut niveau de sécurisation du circuit du médicament,
- Améliorer la gestion des évènements indésirable en mettant en place une structure pérenne et formalisée comprenant l'analyse, le plan d'action, le suivi et la communication,
- Valoriser l'expression et la participation du patient dans la démarche qualité,
- Poursuivre la démarche bientraitance,
- Mettre en place les nouvelles missions des représentants des usagers au regard de la modernisation du système de santé du 27 janvier 2016,
- Atteindre un haut niveau de certification,
- Améliorer les résultats des indicateurs qualités internes et obligatoires de l'HAS,
- Optimiser ces résultats jusqu'à prétendre à la dotation IFAQ qui permettrait de favoriser le lancement de nouveaux projets en laissant place aux initiatives.

Le présent projet repose sur la conviction que la démarche qualité et gestion des risques et notamment l'évaluation des pratiques, la gestion des risques et l'implication des usagers, répondent non seulement aux attentes légitimes des patients mais sont au cœur des évolutions du système de santé.

VII/ Le Projet social

1. Gestion des ressources
2. Promotion de l'information et de la communication,
3. Gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications
4. Insertions des jeunes bénéficiant de contrats aidés (CAE), de contrats emploi jeunes ou des contrats d'avenir
5. Accompagnement dans le développement professionnel
6. Amélioration des conditions de travail

Selon le code de la santé publique article L6143-2, le projet social, inclus dans le projet d'établissement, définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

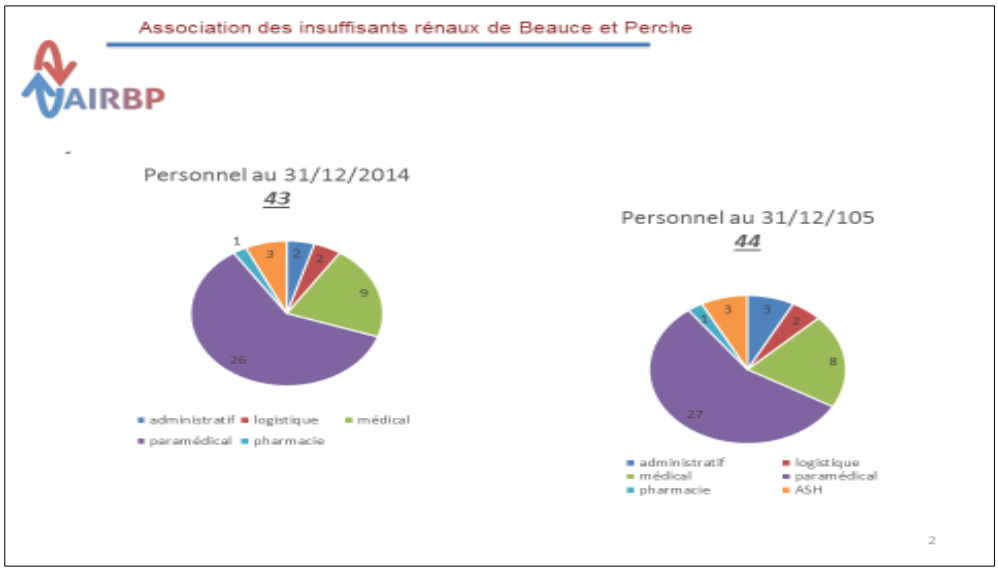
Reflet de la politique de l'AIRBP, il définit des objectifs partagés par l'ensemble du personnel :

- **gestion des ressources,**
- **promotion de l'information et de la communication,**
- **gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications,**
- **accompagnement dans le développement professionnel,**
- **amélioration des conditions de travail.**

Il est négocié par la Direction avec les représentants du personnel et soumis au Conseil d'Administration.

L'expression des professionnels est prise en compte au travers des questionnaires de satisfaction, des entretiens individuels et des réunions du personnel.

1. Gestion des ressources



L'évolution de l'AIRBP dans la prise en charge des patients atteints de MRC a entraîné l'augmentation du temps médical afin de développer les UDM dans 3 de nos unités.

La répartition du nombre de patients par infirmière a dû être réajustée (texte) (27 en 2015 pour 33 en 2017) avec une constante évolution depuis l'ouverture des Unités de Dialyse Médicalisées (UDM)

L'AIRBP compte actuellement 49 salariés pour 43.6 ETP

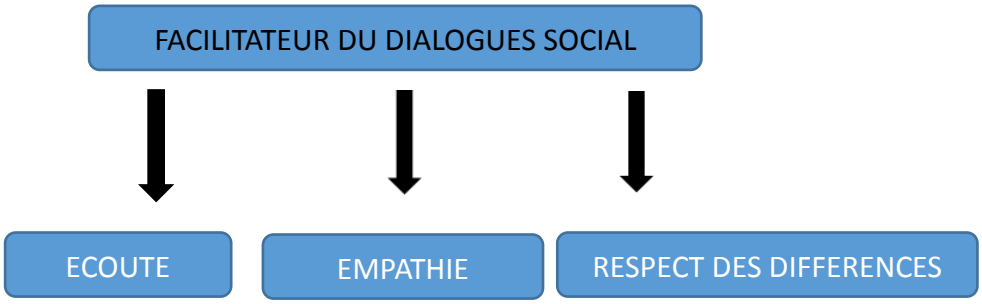
8 médecins néphrologues	3.9 ETP
1 médecin hygiéniste	0.02 ETP
1 docteur en pharmacie	0.5 ETP
20 infirmières	19.4 ETP dont 3.3 ETP dédiés aux activités transversales
11 aides-soignantes	10 ETP
3 agents de service	2.8 ETP

2 secrétaires médicales	1.5 ETP
4 agents administratifs	3.2 ETP (Directeur, responsable des ressources humaines, secrétaire de direction, assistante administrative)
2 agents logistiques	2 ETP

2. Promotion de l'information et de la communication

La qualité du dialogue social est une stratégie de communication interne visant à harmoniser toutes les formes de communications existantes :

- mise en place de rencontres régulières des représentants du personnel,
- organisation de réunions du personnel en y encourageant l'expression des salariés,
- supports d'information facilement accessibles : mails, notes ou plaquettes d'information, affichages, compte-rendu des réunions, notes d'information via les bulletins de salaires



3. Gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications

Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche

AIRBP

Indicateurs démographiques

	2014			2015		
Age moyen	45 ans			44,8 ans		
	18-35 ans	36-51 ans	+51 ans	18-35 ans	36-51 ans	+51 ans
	12	14	17	12	16	16
Ancienneté	De 1 à 5 ans: 20 soit 46,5 % De 6 à 10 ans : 4 soit 9,3 % De 10 à 20 ans: 8 soit 18,6 % Plus de 20 ans: 11 soit 25,5 %			De 1 à 5 ans: 19 soit 43,18% De 6 à 10 ans: 5 soit 11,36 % De 10 à 20 ans: 9 soit 20,45 % De 20 à 30 ans: 7 soit 15,91 % Plus de 30 ans : 4 soit 9,09%		

9 départs à la retraite sont prévus entre 2016 et 2021 (6 IDE et 3 médecins).

Les postes vacants sont communiqués à tous les niveaux de l'établissement offrant une

chance identique pour chaque personne dont le profil correspond.

Des critères de sélection sont définis au regard du poste à pourvoir, un accompagnement dans les nouvelles missions est organisé.

Le calcul prévisionnel du personnel paramédical de l'AIRBP est évalué régulièrement en fonction de l'évaluation de la charge de travail pour privilégier l'efficience de la masse salariale.

La politique de recrutement privilégie la candidature spontanée et prévoit d'anticiper le recrutement pour permettre d'intégrer des périodes de formation et d'intégration des nouveaux personnels adaptés aux besoins :

- 3 mois d'anticipation pour un poste d'IDE,
- 1 mois d'anticipation pour un poste d'aide-soignante ou agent hospitalier.

L'objectif est de mieux structurer la gestion prévisionnelle

La formation des nouveaux professionnels est assurée en interne :

- prise en charge par le tuteur de formation,
- suivi et évaluation de la formation avec un référentiel,
- temps de formation prévu sur une durée minimum de 5 semaines consécutives pour les IDE et 4 semaines pour les AS et ASH.

L'activité de l'AIRBP nécessite également une gestion prévisionnelle du temps médicale.

La politique de ce recrutement privilégie les annonces sur le site de la Société de Néphrologie.

4. Insertions des jeunes bénéficiant de contrats aidés (CAE), de contrats emploi jeunes ou des contrats d'avenir

Depuis Octobre 2014, l'AIRBP recrute du personnel en contrat « emploi d'avenir » sur proposition de « la Mission Locale ». L'objectif est d'aider ces jeunes de moins de 26 ans à s'intégrer dans la vie professionnelle et favoriser l'accès à des formations qualifiantes.

L'adaptation qualitative à l'emploi et le suivi de la progression de ces jeunes salariés nécessitent une attention soutenue pour favoriser une insertion professionnelle durable :

- un contrat d'engagement et de suivi est conclu entre les trois parties,
- un descriptif du poste occupé est en fonction de la fiche de poste,
- un encadrement défini avec un cadencement prévisionnel de suivi personnalisé avec un tuteur,
- un programme de formation mis en place avec le jeune et sa conseillère,
- une préparation au concours d'entrée proposée,
- un dossier de prise en charge financière ouvert avec l'organisme de formation *UNIFAF*.

5. Accompagnement dans le développement professionnel

L'accompagnement est un enjeu important dans le développement personnel au regard de l'évolution de l'établissement. L'évolution des métiers, l'émergence de nouveaux métiers et les métiers sensibles nécessitent l'intégration de facteurs d'impact majeurs dans l'exercice des professionnels :

- une évolution des technologies médicales (télémédecine, téléconsultation..) induisant une adaptation et un enrichissement des compétences métiers soignantes,
- un renforcement de la culture administrative et gestionnaire avec l'arrivée de nouveaux outils destinés à accroitre la qualité et la traçabilité (informatique, gestion des dossiers informatisés…),

- une obligation DPC au minimum une fois par an

pour tous les professionnels de santé médicaux, paramédicaux et quel que soit leur statut.

La règlementation encourageant l'accès à la formation pour chaque professionnel tout au long de sa vie, il est nécessaire de :

- maintenir les entretiens individuels pour évaluer les objectifs des salariés : maintien dans l'emploi, renforcement des compétences, DU, diplôme par la VAE, bilan de compétences pour reconversion….etc

Ces évaluations tiennent compte des projets définis par l'établissement.

- définir et organiser, en collaboration avec les délégués du personnel, le plan de formation
- déployer et maintenir le DPC au service de la qualité et de la sécurité des soins mais aussi au développement personnel : 90% du personnel formé en 2015-2016
- encourager l'utilisation du compte personnel de formation (CPF)

6. Amélioration des conditions de travail

A l'instar des unités de Châteaudun, Nogent Le Rotrou et Morancez, l'unité de Venouillet sera mise en conformité à l'occasion d'un transfert à proximité de l'hôpital de Dreux. Cette mise en conformité offrira un cadre de vie et une ergonomie satisfaisants.

La communication étant un atout majeur dans le management des ressources, une écoute attentive est portée sur les contraintes personnelles de chacun des salariés (repos, congés temps partiels…). Elle permet à l'encadrement d'obtenir en retour une flexibilité suffisante des équipes mettant ainsi en cohérence les attentes du salarié et de l'établissement. Cette valeur est marquée par le peu de turn over, d'arrêts maladies inopinés.

La collaboration avec les délégués du personnel est privilégiée dans la mise en place d'accords d'entreprises, ils seront également associés dans l'analyse des différents indicateurs de satisfaction des salariés.

Le Conseil d'Administration s'attache à valoriser annuellement, au regard de l'activité de l'établissement et en remerciement de l'investissement des salariés, le plan Epargne Entreprise.

Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche

AIRBP

Indicateurs de mobilité

	2014	2015
Taux d'entrée CDI CDD	38,1% 5 soit 11,6 % 11	20,45 % 2 soit 4,5 % 7
Taux de sortie	38,1%	15,91%
Taux de remplacement	1%	1,28 %
Taux de Turn Over	1 %	1,12 %
Taux de départ volontaires (démission--retraite)	3 salariés=6,97% 2 dém et 1 rupture	3 salariés=6,81% 3 ruptures

6

Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche

AIRBP

TEMPS DE TRAVAIL ET ABSENCE

	2014	2015
Nombre d'heures travaillées	43697 H	55600 H
Nombre d'heures absence (maladie maternité..)	950 j = 5418 h = 2,97 ETP soit 0,24 ETP/mensuel	1075 j =4952H = 2,72 ETP soit 0,22 /mensuel
Taux d'absentéisme	7,61 %	8,12 %
ETP Absence pour formation	595 H=0,37 ETP sur l'année	706 H = 0,37 ETP sur l'année
RTT Pris	234 = 69.6%	202 = 74 %
Heures supplémentaires payées	1045 H soit 2,4% des heures payées	1673 H soit 2 % des heures payées

7

VIII/ Le Projet de gestion

1. Système d’information
2. Gestion des ressources

1.Système d'information

1.1 Gestion des données

La mise en place de l'informatisation totale de la prise en charge du patient entraîne de nouveaux objectifs pour les années à venir.

En effet l'information contenue dans le SI constitue un « bien » essentiel pour le patient, l'organisation des soins et la prise en charge par les services, elle doit donc être protégée de manière appropriée.

Au-delà du dossier patient, c'est un ensemble de données sensibles ou confidentielles qui sont exploitées dans l'établissement.

Ces informations se présentent sous de multiples formes : imprimées, écrites sur papier, orales, stockées sur des supports électroniques, transmises par la poste, par un réseau électronique ou par un réseau téléphonique, montrées sur des supports de visioconférence.

La sécurité de l'information est un facteur essentiel de confiance pour les acteurs internes et externes de l'établissement et en particulier pour les professionnels de santé et pour les patients vis-à-vis de leurs données de santé.

Au regard de la politique du système d'information deux axes d'amélioration sont donc essentiels à développer :

- assurer et maintenir la fiabilité et la disponibilité du système : le matériel doit être performant et une maintenance préventive efficace doit être mise en place pour assurer la maîtrise des risques informatiques.
- assurer le suivi et la sécurité des contenus : structurer la gestion du système d'information, organiser le suivi des matériels et prestations informatiques et télécommunication.
- mise à jour du schéma directeur.

1.2 Communication interne

La mise à disposition de l'information à l'ensemble du personnel est indispensable pour un fonctionnement efficace.

L'intranet est structuré pour assurer plusieurs fonctions :

- un espace structuré « manuel qualité », permettant de mettre à disposition toutes les informations nécessaires au fonctionnement des équipes au travers des différents processus,
- un espace fonctionnel permettant à chaque professionnel de ranger les données liées à son activité,
- un espace collaboratif qui permet le travail en collaboration entre les acteurs.

L'objectif pour les années à venir est de favoriser une communication efficiente :

- favoriser la communication entre les établissements dans la prise en charge des patients ; staff par visio-conférence, messagerie sécurisée, alimentation du DMP.
- maintenir et mettre à jour régulièrement les documents en lignes sur l'intranet.
- encourager l'utilisation des visio-conférences lors des réunions de service afin de limiter les déplacements.

1.3 Communication externe

L'accessibilité de notre établissement doit être facilitée pour les patients et les professionnels, le site internet **airbp-28.com** a été réactualisé en 2016.

Dans le cadre d'une politique d'information et de communication l'objectif du site internet est :

- d'informer les patients et les professionnels des activités de l'association,

- de proposer des informations et outils téléchargeables (livret d'accueil, dossiers vacanciers….),
- de décrire l'actualité de l'établissement comme les différentes participations aux congrès ou rencontres régionales,
- de proposer des liens avec les sites hospitaliers de la région (conventions établies entre l'AIRBP et les hôpitaux de Chartres, Dreux, Châteaudun, Nogent le Rotrou) et les autres structures utiles comme les associations d'usagers.

2.Gestion des ressources

Le renouvellement du parc immobilier prendra fin lorsque le dernier bâtiment sera livré en 2018 à Dreux. Ce projet a pu être réalisé grâce à une gestion financière saine qui a permis une capacité d'emprunt suffisante à des taux attractifs.

Dans un contexte de maîtrise de la dépense publique de santé qui a entrainé une baisse des tarifs de remboursement, il est indispensable, pour continuer à prendre en charge les patients à proximité de leur lieu de vie et de poursuivre le développement de nouvelles activités générant une augmentation des moyens mis en œuvre pour assurer un accueil et une prise en charge de qualité tout en préservant l'équilibre financier de l'établissement, de mettre en place un certain nombre d'outils de gestion et d'indicateurs de suivi fiables.

La mise en place de l'EPRD permettant une gestion prévisionnelle a débuté l'année dernière. Cet outil devra être utilisé de façon routinière dans les années à venir.

Par ailleurs, dans un souci de transparence et de benchmarking, l'AIRBP a souhaité et a été retenue par l'ATIH pour participer à l'étude nationale des coûts en dialyse.

L'AIRBP devra donc poursuivre ses efforts de gestion efficiente des ressources et mettre en œuvre des modes d'organisations et de suivi utiles à la maîtrise des coûts :

- comptabilité analytique, indicateurs financiers.
- gestion prévisionnelle des plannings et compétences.
- politique d'achat et gestion des stocks.
- maintenance et sécurité des infrastructures.
- maintien de la politique de développement durable.
- renfort de l'attractivité et l'accessibilité pour les patients dans des structures de proximité.