**88330 CHATEL SUR MOSELLE**



**PROJET D’ETABLISSEMENT**

**DU**

**CENTRE HOSPITALIER LOCAL « les 3 rivières »**

**DE CHATEL SUR MOSELLE**

**2017 - 2021**

Avis favorable : du Directoire, en sa séance du 7 décembre 2016

de la Commission médicale d’établissement, en sa séance du 7 décembre 2016

du Comité technique d’établissement, en sa séance du 6 décembre 2016

Approuvé par le Conseil de surveillance, lors de sa séance du 13 décembre 2016

**SOMMAIRE**

**INTRODUCTION**

**1ère Partie LE POSITIONNEMENT DE L’ETABLISSEMENT………….. page 5**

Chapitre 1 Préconisations du SROS

I Les orientations générales et majeures du SROS-PRS Lorraine

II les orientations du SROS-PRS Lorraine pour l’activité SSR,

pour les soins palliatifs et la prise en charge des personnes

âgées et en situation de handicap

III le SROS 3 révisé et les établissements de premier niveau page 6

Chapitre 2 Les obligations de l’établissement………………………… page 7

I l’activité de soins de suite et de réadaptation

II la prise en charge palliative……………………………….. page 8

III la prise en charge de la personne âgée et de la personne en

situation de handicap

Chapitre 3 Offre de soins actuelle …………………………………….. page 8

I Le Centre hospitalier « les 3 rivières de Châtel sur Moselle

aujourd’hui : son activité, les usagers accueillis, les relations

avec les autres établissements……………………… ……….. page 9

Chapitre 4 Environnement du centre hospitalier de Châtel sur Moselle…. page 18

I la situation géographique

II l’offre de soins sur le territoire Epinal – Cœur des Vosges….. page 19

**2ème Partie LE PROJET MEDICAL …………………………………………... page 21**

Chapitre 1 Le précédent projet médical………………………………….. page 22

I Contenu du projet médical 2011 / 2016

II Evaluation des objectifs du projet médical 2011 / 2016

Chapitre 2 Le projet médical 2017 /2021…………….. ……………….. page 26

I Les orientations stratégiques

II Les grands axes du projet médical 2017/2021…………….. page 27

**3ème Partie LE PROJET DE SOINS…………………………………………… page 34**

Chapitre 1 Le précédent projet de soins

I Contenu du projet de soins 2011 / 2016

II Evaluation des objectifs du projet de soins 2011 / 2016…... page 35

Chapitre 2 Le projet de soins 2017/2021……………………………… page 38

I Méthodologie et attentes du groupe de réflexion

II Les grands axes du projet de soins 2017/2021

**4ème Partie LE PROJET MANAGEMENT………………………………….. page 44**

Chapitre 1 le positionnement stratégique

Chapitre 2 le projet de management 2017 / 2021……………………… page 46

**5ème Partie LE PROJET DE LA PHARMACIE……………………………….. page 49**

Chapitre 1 Evaluation des objectifs du projet de la pharmacie 2011 / 2016

Chapitre 2 Le projet de service de la pharmacie 2017/2021………….. page 50

**6ème Partie LE PROJET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX………….. page 53**

Chapitre 1 Evaluation des objectifs du projet 2011 / 2016

Chapitre 2 Le projet de maîtrise du risque infectieux 2017 / 2021……… page 54

**7ème Partie LE PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES………… page 57**

Chapitre 1 la gestion de la qualité 2011 / 2016

Chapitre 2 les grands axes du projet qualité – gestion des risques 2017/2021 page 59

**8ème Partie LE PROJET SOCIAL……………………………………………… page 62**

Chapitre 1 le projet social 2011 / 2016

I contenu du projet social 2011 /2016

II Evaluation des objectifs du projet social 2011/2016

Chapitre 2 Les grands axes du projet social 2017 / 2021………………… page 65

**9ème Partie LE PROJET DU SYSTEME D’INFORMATION …………………  page 73**

Chapitre 1 le projet du système d’information 2011/2016

Chapitre 2 le projet de service du système d’information 2017/2021……. Page 75

**10ème Partie LE PROJET DES SERVICES SUPPORTS……………………….. page 80**

Chapitre 1 Le projet de service de la lingerie **………….………………. page**

II Les grands axes du projet de la lingerie 2017/2021………….. page 81

Chapitre 2 Le projet de service «restauration » …………..……………… page 83

I Contenu du projet de service «restauration » 2011/2016

II Evaluation des objectifs du projet «restauration » 2011/2016

III Les grands axes du projet de service «restauration » 2017/2021 .. page 85

Chapitre 3 Le projet de service des services techniques ………………… page 88

I Contenu du projet de service des services techniques 2011/2016

II Evaluation des objectifs du projet des services techniques 2011/2016

III Les grands axes du projet de service des services techniques

2017/2021………………………………………………………  page 89

Chapitre 4 les principaux axes managériaux des secteurs finance,

ressources humaines, admissions ……………….. …………. page 91

**11ème Partie LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE …………………… page 92**

Chapitre 1 Evaluation des actions mises en place depuis la V2010

Chapitre 2 le projet développement durable 2017 / 2021………………… page 94

**INTRODUCTION**

Le Centre hospitalier « les 3 rivières » de Châtel sur Moselle a défini son projet d’établissement 2017 – 2021 sur fond de mise en place du groupement hospitalier de territoire Vosges.

Il s’inscrit dans les grandes orientations du SROS 3ème génération révisé, ainsi que dans les axes principaux du futur projet médical de territoire.

Ce projet d’établissement se fonde sur le bilan du précédent projet. Il s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, sur les comptes qualité et sur les résultats d’évaluation.

L’établissement a réalisé un projet immobilier d’envergure et l’activité de soins de suite et de réadaptation non spécialisé s’effectue dans des locaux neufs.

Les différents projets constituant ce projet d’établissement ont été élaborés de manière participative.

Il est en cohérence et en inter-action avec les projets de service du secteur médico-social.

**1ère Partie LE POSITIONNEMENT DE L’ETABLISSEMENT**

CHAPITRE 1 LES PRECONISATIONS DU SROS LORRAINE

**I - LES ORIENTATIONS GENERALES ET MAJEURES DU SROS – PRS LORRAINE**

Le SROS – PRS a pour objectif général l’amélioration de l’adéquation de l’offre de soins existante aux besoins de la population. Il prévoit l’organisation et le dimensionnement de l’offre de soins en regard notamment des évolutions démographiques et des pratiques professionnelles.

Le SROS – PRS souhaite permettre une amélioration de l’accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des soins tout en répondant aux enjeux d’efficience.

Trois enjeux majeurs sont retenus par le SROS - PRS :

* répondre aux besoins de santé par une offre de soins graduée et structurée,
* favoriser la transversalité et les complémentarités pour améliorer le parcours de santé des patients,
* veiller à une approche médico-économique et efficiente des organisations.

**II - LES ORIENTATIONS DU SROS – PRS LORRAINE POUR L’ACTIVITE SSR, POUR LES SOINS PALLIATIFS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET EN SITUATION DE HANDICAP**

**A / les objectifs opérationnels du SROS – PRS : activité SSR**

Les objectifs opérationnels du SROS – PRS pour l’activité de SSR se déclinent de la manière suivante :

* améliorer l’accès des patients aux SSR,
* fluidifier les filières par thématique,
* améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médico-social et sanitaire,
* améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR,
* restructurer l’offre en SSR.

**B / les objectifs opérationnels du SROS – PRS : volet « soins palliatifs »**

Les objectifs opérationnels du SROS-PRS pour les soins palliatifs sont :

* améliorer l’offre de proximité et sa qualité ;
* faciliter l’accès à des prises en charge spécialisées pour des patients requérant des soins palliatifs particulièrement

complexes ;

* optimiser l’organisation de la prise en charge palliative.

**C / les axes du SROS – PRS relatif à la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**

**(adultes)**

Ceux-ci s’inscrivent dans les différents plans de la politique nationale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, notamment :

* un axe PREVENTION,
* un axe OFFRE DE SERVICES,
* un axe 3 COORDINATION,
* un axe 4 QUALITE.

**III - LE SROS 3 révisé ET LES ETABLISSEMENTS DE PREMIER NIVEAU**

« Les hôpitaux locaux ainsi que les établissements de proximité sans plateau technique devront ainsi faire évoluer leur positionnement dans l’offre de prise en charge à l’aube de la tarification à l’activité, en diversifiant leur panel d’interventions au-delà des seules activités sanitaires traditionnelles, en investissant les soins ambulatoires, la prévention et autres actions médico-sociales, afin de mieux se positionner en acteurs de proximité répondant au besoin de la population locale. »

Ces points seront repris au futur projet médical.

Dans la Région Grand Est, la Lorraine comporte quatre territoires de santé.

**Le Centre Hospitalier de Châtel sur Moselle se situe dans le Territoire de Santé vosgien et relève de la Communauté d’agglomération d’Epinal.**

Le SROS 3 révisé organise trois gradations de soins permettant le maintien d’un égal accès aux soins : le pôle hospitalo-universitaire, les pôles périphériques exerçant des activités de recours et les pôles de proximité ou de premier niveau .

**Le Centre hospitalier de Châtel sur Moselle, ex-hôpital local, constitue un pôle de proximité ou de premier niveau ouvert sur la ville et en étroite collaboration avec le secteur médico-social.**

**CHAPITRE 2 LES OBLIGATIONS DE L’ETABLISSEMENT**

**I - L’ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

L’établissement s’efforce de répondre aux dispositions des décrets du 17 avril 2008 qui règlementent les conditions techniques de fonctionnement de l’activité de soins de suite et de réadaptation, à savoir :

1. ASSURER

* « les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l’apparition d’une dépendance, de favoriser l’autonomie du patient ;
* des actions de prévention et l’éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
* la préparation et l’accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle. »

1. PARTICIPER au réseau de prise en charge des urgences ;
2. ORGANISER par convention avec d’autres établissements de santé, pour le cas où l’état de santé des patients le nécessiterait :
   1. leur prise en charge dans les structures dispensant des soins de courte durée ou de longue durée,
   2. leur prise en charge dans les structures de soins de suite et de réadaptation disposant de mentions spécialisées dont il ne dispose pas lui-même
3. ORGANISER au moyen de conventions les coopérations avec les établissements, services ou personnes que nécessitent :
   1. la mise en œuvre de l’admission en établissements ou en service médico-sociaux,
   2. la coordination de la prise en charge et du suivi des patients.
4. CONSTITUER une équipe pluridisciplinaire dont les missions seront essentiellement d’établir un bilan initial d’entrée, d’élaborer un projet thérapeutique et de le réévaluer ;
5. ASSURER l’adaptation de la ou des prises en charge aux besoins en soins du patient,
6. DESIGNER un médecin chargé de la coordination de l’activité de soins,
7. ASSURER la continuité médicale des soins aux patients,
8. ASSURER la conformité des locaux

**II - LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE**

Le positionnement de l’établissement s’inscrit entièrement dans les objectifs opérationnels du volet « soins palliatifs » du SROS 3 révisé.

La prise en charge palliative au sein de l’établissement s’est structurée à travers :

* l’élaboration d’une politique de prise en charge palliative,
* la formation et la désignation d’un médecin référent « soins palliatifs »,
* la formation et la désignation d’une infirmière référente « soins palliatifs et douleurs »,
* l’intervention de l’équipe mobile de soins palliatifs,
* l’intervention d’une association de bénévoles dont la mission est l’accompagnement des personnes en fin de vie ou en soins palliatifs,
* la formation de l’équipe d’aumônerie à l’accompagnement des personnes en fin de vie ou en soins palliatifs,
* la formation continue des personnels de soins,

**III - LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE ET DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

L’établissement est identifié au niveau du SROS – PRS dans la filière personne âgée.

Le médecin chargé de la coordination des activités de soins est également médecin coordonnateur en EHPAD, ayant satisfait à l’obligation

de se former.

Deux infirmières de l’établissement détiennent un DU de gériatrie.

**CHAPITRE 3 L’OFFRE DE SOINS ACTUELLE DU CENTRE HOSPITALIER « les 3 rivières » DE CHATEL SUR MOSELLE**

L’activité du Centre hospitalier de Châtel sur Moselle se partage entre une activité sanitaire et une activité médico-sociale.

L’activité sanitaire se compose de 58 lits de soins de suite non spécialisés dont 3 lits identifiés soins palliatifs.

L’offre médico-sociale se compose :

* depuis 2013 d’un Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de 71 lits et une place d’accueil temporaire. L’EHPAD dispose d’une unité alzheimer de 12 places et d’un PASA de 12 places.

Il dispose également de 6 places d’accueil de jour en mutualisation avec l’EHPAD de Charmes.

* + d’un foyer d’accueil médicalisé pour adultes handicapés mentaux de 35 places dont 20 places sont médicalisées ; sur les 35 places

dix sont réservées aux personnes handicapées vieillissantes. Le foyer dispose d’une place d’accueil temporaire, d’une

place d’accueil d’urgence et d’une place d’accueil de jour non médicalisées.

* + Le SSIAD de Châtel sur Moselle, d’une capacité de 35 places dont 3 réservées auxpersonnes handicapées dépendantes

L’établissement propose également :

* + - * une consultation gériatrique avancée,
      * des actions de santé publiques (prévention du diabète, prévention de l’obésité chez l’enfant)

**I - LE CENTRE HOSPITALIER « les 3 rivières DE CHATEL SUR MOSELLE AUJOURD’HUI : son activité, les usagers accueillis, les relations avec les autres établissements**

Par décision n°2010/46 du 27 juillet 2010 le Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé Région Grand Est autorise l’établissement à poursuivre l’exercice de l’activité de soins de suite et de réadaptation non spécialisés adultes en hospitalisation complète.

Cette autorisation a été tacitement renouvelée en date du 28 juillet 2014 pour prendre effet à partir du 30 juillet 2015 pour une durée de 5 ans.

Par décision du 6 novembre 2005 le Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé de Lorraine reconnaît la qualité de 3 lits identifiés soins palliatifs à l’hôpital de Châtel sur Moselle.

L’établissement dispose d’un CPOM (contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens) signé avec l’ARS Grand Est le 1er juillet 2012. Le CPOM comporte 3 axes prioritaires  :

1. la réponse aux besoins de santé :

* annexe 1 activités autorisées : activité de SSR en hospitalisation complète
* annexe 2 activités reconnus : 3 lits identifiés soins palliatifs
* annexe 3 activités, actions, missions attribuées et ou financées hors tarif et dotations annexes : sans objet

1. l’amélioration du service rendu aux usagers

* annexe 4 qualité et sécurité des soins
* annexe 5 respect des usagers

1. la maîtrise des risques médico-économiques

* annexe 6 progression du pilotage interne
* annexe 7 efficience des organisations

A /Activités et indicateurs du Centre hospitalier de Châtel sur Moselle

1° activités des différents services et modes d’accueil

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Secteur SANITAIRE | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** |
| SSR non spécialisés | 58 | 58 | 58 | 58 |
| dont lits identifiés soins palliatifs | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Nbre de journées réalisées | 20 108 | 20 340 | 19 910 | 20 105 |
| Dont soins palliatifs | 1 146 | 936 | 1 326 | 1 122 |
| DMS | 29.92 | 34.24 | 30.91 | 33.62 |
| Nbre d’entrées | 672 | 594 | 644 | 598 |
| Nbre de sorties | 645 | 590 | 630 | 576 |
| Dont décès | 49 | 30 | 43 | 49 |
| Taux d’occupation | 94.72 % | 96.07 % | 94.04 % | 94.97 % |
| Moyenne d’âge | 77 ans | 77 ans | 77,5 ans | 79 ans |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Secteur MEDICO-SOCIAL | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** |
| Nombre de lits médico-social |  |  |  |  |
| EHPAD | 55 | 64 | 71 | 71 |
| Hébergement permanent | 55 | 64 | 71 | 71 |
| Nbre de journées réalisées | 18 851 | 23 190 | 25 572 | 25 729 |
| DMS | 571 jrs | 644 jrs | 573 jrs | 1 715 jrs |
| Nbre d’entrées | 33 | 37 | 24 | 15 |
| Nbre de sorties | 30 | 22 | 22 | 15 |
| Dont décès | 16 | 21 | 18 | 15 |
| Taux d’occupation | 97.21 % | 89.48 % | 98.67 % | 99.00 % |
| Hébergement temporaire | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nbre de journées réalisées | 491 | 335 | 243 | 230 |
| DMS | 20,45 jrs | 22.33 jrs | 14,18 jrs | 18,85 |
| Nbre d’entrées | 24 | 15 | 18 | 9 |
| Taux d’occupation | 134.15 % | 91.78 % | 66.57 % | 78.76 % |
| Moyenne d’âge globale | 81,5 ans | 83 ans | 85 ans | 85 ans |
| GMP global | 620 | 661 | 661 | 666 |
| **Accueil de jour** | 2 | 6 | 6 | 6 |
| Nbre de journées réalisées | 176 | 18 | 195 | 210 |
| Nbre d’entrées | 4 | 2 | 3 | 2 |
| FOYER ACCUEIL MEDICALISE | 45 | 45 | 45 | 45 |
| Nbre de journées réalisées | 15 584 | 15 523 | 15 485 | 15 571 |
| Nbre d’entrées | 5 | 10 | 0 | 9 |
| Nbre de sorties | 5 | 7 | 0 | 10 |
| Taux d’occupation | 98.26 % | 100 % | 99.69 % | 97 % |
| Moyenne d’âge | 50.75 | 59.5 | 61.75 | 57.25 |
| Hébergement temporaire | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nbre de journées réalisées | 366 | 92 | 71 | 121 |
| Nbre d’entrées | 1 | 2 | 1 | 0 |
| Taux d’occupation | 402 % | 149 % | 71.71 % | 100 % |
| Accueil d’urgence | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nbre de journées réalisées | 164 | 365 | 365 | 136 |
| Nbre d’entrées | 1 | - | 0 | 0 |
| Taux d’occupation | 180.22 % | 401 % | 401 % | 149.45 % |
| **Secteur MEDICO-SOCIAL** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** |
| **Accueil de jour** | 3 | 3 | 3 | 1 |
| Nbre de journées réalisées | 240 | 96 | 109 | 115 |
| Nbre d’entrées | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Nbre de sorties | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Taux d’occupation | 300 % | 38 % | 43.25 % | 164.28 % |
| SSIAD | 34 | 34 | 34 | 35 |
| Nbre de journées réalisées | 11 581 | 12 085 | 11 654 | 12 241 |
| Nbre d’entrées | 49 | 42 | 39 | 53 |
| Nbre de sorties | 39 | 29 | 43 | 44 |
| Taux d’occupation | 97.93 % | 102 % | 98.54 % | 100.41 % |
| Moyenne d’âge | 72.3 | 79.8 | 80.6 | 801.4 |
| GMP | 693.31 | 676.79 | 600.85 | 703.33 |

2° indicateurs d’activité et qualité

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation des indicateurs** | **Etablissement** | | **Département de Vosges** | | **Territoire Lorrain** | |
| **2012** | **2015** | **2012** | **2015** | **2012** | **2015** |
| Taux d’occupation | 94.72 % | 94.97 % | 93.10 % |  | 86.20 % |  |
| Durée moyenne de séjour | 29.92 jrs | 33.62 jrs | 29.10 jrs |  | 28.70 jrs |  |
| Délai moyen d’attente avant admission en SSR | 1.87 | 2.58 |  |  |  |  |
| Délai moyen de réponse de l’établissement |  | 4 jours |  | 4.9 jours |  | 6 jours |
| Délai moyen de réponse de l’établissement émetteur |  | 2.3 jours |  | 4.4 jours |  | 3.8 jours |
| Taux de retour des questionnaires de satisfaction | 24 % | 68.80 % |  |  |  |  |
| Indicateur de satisfaction globale | 96.10 % | 98.80 % |  |  |  |  |

**B /** Les usagers accueillis et pris en charge à l’hôpital

1° Les patients du Moyen Séjour

***a) Leur origine géographique***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORIGINES GEOGRAPHIQUES** | **2012** | **2015** |
| Zone d’attractivité de l’établissement | 69.94 % | 63.47 % |
| Département d’implantation de l’établissement | 96.82 % | 98.40 % |
| Départements limitrophes de l’établissement | 2.90 % | 1.6 % |
| Pays étrangers | 0.3 % | - |

En moyenne l’établissement accueille 66 % de patients domiciliés dans sa zone d’attractivité ; 97 % des personnes sont originaires du Département des Vosges. Les patients hors départements ont choisi l’établissement pour des raisons de proximité familiale.

Palmarès des communes d’origine géographique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMMUNES** | **PATIENTS ACCUEILLIS** | |
| **2012** | **2015** |
| Châtel sur Moselle | 117 | 115 |
| Charmes | 103 | 102 |
| Thaon les Vosges | 98 | 95 |
| Epinal | 91 | 93 |
| Nomexy | 60 | 49 |
| Vincey | 50 | 40 |
| Total | 519 | 494 |

***b) les modes d’admission et de sortie du moyen séjour***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mode d’admission des patients**  (données PMSI) | **2012** | **2015** | **Mode de sortie des patients**  (données PMSI) | **2012** | **2015** |
| Transfert MCO | 699 | 631 | Domicile | 500 | 436 |
| Domicile | 15 | 20 | Transfert vers MCO | 106 | 98 |
| Transferts SSR | 3 | 4 | Décès | 49 | 51 |
| Transferts psychiatrie | 1 | 1 | Transfert vers structures médico-sociaux | 65 | 57 |
| Domicile structures d’hébergement médico-sociaux | 1 | 1 | Transfert vers autre SSR | 1 | 2 |
|  | | | Transfert vers SLD | 1 | 2 |
| Transfert vers HAD | 1 | 2 |

Pour 2015 :

* 58,68 % des patients proviennent du centre hospitalier de recours,
* et 30 % des patients sont adressés par l’établissement privé du territoire de référence.
* Les entrées directes représentent 3 %.

La tendance s’est inversée entre les deux établissements ces dernières années.

***c) Les pathologies prises en charge***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pathologies prises en charge** | **2012** | **2015** |
| Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire | 334 | 373 |
| Soins palliatifs | 34 | 46 |
| Affections de l’appareil circulatoire | 39 | 45 |
| Affections du système nerveux | 83 | 39 |
| Affections de l’appareil respiratoire | 28 | 22 |
| Affections des organes digestifs | 56 | 24 |
| Affections de l’appareil génito-urinaire | 20 |
| Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins | 41 | 16 |
| Troubles mentaux et du comportement | 26 | 27 |
| Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis et diffus | 0 | 7 |
| Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles | 0 | 1 |
| Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents | 0 | 1 |
| Autres affections | 30 |  |

On constate que les affections prises en charge par l’établissement ont peu varié entre 2012 et 2015. L’établissement confirme son orientation tant dans la prise en charge des affections et traumatismes du système ostéo-articulaire chez la personne âgée que dans la prise en charge palliative qui est en nette augmentation.

2° les patients ayant bénéficié d’une prise en charge palliative

1. ***L’activité***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères** | **2012** | **2015** |
| Nombre de patients pris en charge | 39 | 52 |
| Moyenne d’âge | 73 ans | 77 ans |
| Nombre de journées | 1 146 | 1 122 |
| Nombre de séjour | 43 | 56 |
| Nombre de jours de passage de l’EMSP | 64 | 194 |

On constate une nette évolution de l’activité palliative sur 4 années.

1. ***Les modes d’entrée et de sortie***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mode d’admission des patients**  (données PMSI) | **2012** | **2015** | **Mode de sortie des patients**  (données PMSI) | **2012** | **2015** |
| Court séjour Epinal | 46.51 % | 74.15 % | Décès | 74.42 % | 84.32 % |
| Court séjour Nancy | 2.33 % | 17.65 % | Entrée EHPAD | 4.65 % | 3.92 % |
| Domicile | 4.65 % | 5.88 % | Hospitalisation | 4.65 % | 0 |
| Autres SSR | 46.51 % | 1.96 % | HAD | 0 | 1.96 % |
| autres | 0 | 0 | Retour domicile | 16.28 % | 5.88 % |
|  | | | Poursuite PEC | 0 | 3.92 % |

1. ***Les pathologies concernées par les soins palliatifs***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pathologies** | **2012** | **2015** |
| Cancérologie | 89.75 % | 78.43 % |
| Maladies cardio-vasculaires | 0 | 5.88 % |
| Pneumopathie | 0 | 0 |
| Fractures | 2.56 % | 3.92 % |
| Infections | 0 | 1.96 % |
| Fin de vie gériatrique | 7.69 % | 5.88 % |
| autres |  | 3.92 % |

1. ***Les origines géographiques des patients***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Origines géographiques** | **2012** | **2015** |
| Secteur de Châtel-Nomexy | 25.65 % | 54.90 % |
| Secteur de Vincey | 15.38 % | 5.88 % |
| Secteur de Charmes | 20.51 % | 17.65 % |
| Secteur de Thaon les Vosges | 10.25 % | 3.92 % |
| Secteur d’Epinal | 15.38 % | 5.88 % |
| Meurthe et Moselle | 5.13 % | 0 |
| autres | 7.70 % | 11.76 % |

C / Les relations avec les autres établissements

L’établissement est adhérent au groupement hospitalier de territoire Vosges depuis le 1er juillet 2016.

1. **Les conventions avec les SSR spécialisés**

Comme le préconise la règlementation, l’établissement a conclu des conventions avec des SSR spécialisés, à savoir :

* le SSR mention spécialisée « personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance du Centre Hospitalier Emile Durkheim d’Epinal-Golbey ;
* les SSR mentions spécialisées « affections de l’appareil locomoteur » et « affections du système nerveux » du GIREV (groupement interhospitalier des rééducation des établissements vosgiens) situé à Golbey ;
* le SSR mention spécialisée « affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien » du Centre hospitalier de l’Ouest Vosgien.

1. **Les conventions « parcours du patient »**
   * Une convention cadre de coopération a été conclue avec le Centre hospitalier Emile Durkheim. Les champs de coopération portent sur :
     + Un accès privilégié au plateau technique et aux diverses spécialités,
     + Le parcours de soins – filières (filière SSR non spécialisé : notamment appareil locomoteur et gériatrique : mise à disposition de temps de gériatre et d’une consultation avancée de gériatrie),
     + L’hygiène (par le biais de l’équipe opérationnelle d’hygiène),
     + La diététique (mise à disposition de temps de diététicienne),
     + La rééducation (intervention d’un médecin rééducateur),
     + Le département d’information médicale (mutualisation d’un temps de DIM),
     + Le service social (mise à disposition de 0.70 etp d’ assistante sociale et de temps de secrétariat),
     + La télémédecine,
     + La formation,
     + Les soins palliatifs (par le biais de l’équipe mobile de soins palliatifs),
     + Les actions de santé publique prévention du diabète, de l’obésité chez l’enfant).
   * Deux conventions relatives à l’accueil des patients en SSR ont été signées avec la Polyclinique « la Ligne Bleue »
   * Une convention a été conclue avec deux unités de soins de longue durée : celle du Centre hospitalier de Bruyères et celle du Centre hospitalier Emile Durkheim – site de Golbey.
   * Une convention avec le secteur psychiatrique a également été signée.
2. **Les autres conventions**

* Convention relative aux traitements des analyses biologiques
* Convention d’intervention de l’association « ASP Ensemble » ayant pour objet l’accompagnement des personnes en fin de vie / soins palliatifs

Il existe également des partenariats informels avec le secteur du handicap pour l’accueil de résidents en SSR ou en foyer d’accueil médicalisé.

**Chapitre 4 L’ENVIRONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER « les 3 rivières » DE CHATEL SUR MOSELLE**

**I - SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L’ETABLISSEMENT**

La situation géographique de l’établissement, sur l’axe de la Moselle, à proximité de la voie rapide reliant Epinal à Nancy, lui permet d’avoir un secteur d’attractivité étendu. Cette situation géographique lui permet de ne pas rencontrer trop de difficultés de recrutement en cas de besoins occasionnels de personnels, hormis les masseurs kinésithérapeutes.

**II - OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE EPINAL – CŒUR DES VOSGES**

A / le secteur sanitaire

Implantations indiquées sur le Territoire Epinal –cœur des Vosges

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités** | **Territoire de proximité Epinal – cœur des Vosges** |
| Médecine interne et polyvalente | 2 implantations  2 à Epinal |
| Cardiologie | 1 unité de soins intensifs à Epinal |
| Volet accident vasculaire cérébral | 1 unité neuro-vaculaire cérébral, niveau 2 à Epinal |
| Chirurgie | 2 plateaux techniques à Epinal avec mutualisation |
| SSR | 5 sites dont 1 site de rééducation cardiologie ambulatoire |
| HAD | 1 implantation |
| Urgence | 1 SAMU à Epinal et centre 15 |
| Soins intensifs et réanimation | 1 implantation à Epinal |
| Imagerie | 1 à 2 scanner  1 à 2 IRM |
| Centre dialyse  Unité d’auto-dialyse | 1 à Epinal  1 |
| Personne âgée | 1 filière complète  coopération entre Epinal, Golbey, Rambervillers, Bruyères, Châtel |
| Soins palliatifs | 1 équipe mobile soins palliatifs  2 implantations LISP (Châtel sur Moselle, Golbey) |
| Douleur | 1. consultation douleur à Epinal |

\*données SROS III

B / le secteur médico-social (Pays Epinal –cœur des Vosges)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types d’hébergement** | **Capacité** | **Implantations** |
| EHPAD (1)  dont unité alzheimer  hébergement temporaire  +  accueil de jour | 1407  193  28  +  36 | 17 implantations  11 implantations  12 implantations  8 implantations |
| USLD (2) | 60 | 1. implantations (Bruyères, Golbey) |
| Foyer-logement (1) | 223 | 1. implantations (Bruyères, Epinal, Rambervillers) |
| SSIAD (2) | 219 | 7 implantations (Bruyères, Châtel sur Moselle, Darney, Epinal, Rambervillers, Vincey) |

1. données 2014 Conseil Départemental des Vosges
2. SROS 2012 - 2017

C / les professionnels de santé exerçant à proximité de l’établissement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégories de professionnels** | **Nombre** | **Implantations** |
| **Médecins libéraux** | 24 | Charmes, Châtel sur Moselle, Dompaire, , Nomexy, Rambervillers, Thaon les Vosges, Vincey, |
| **Infirmiers libéraux**(1) | 20 | Charmes,Dompaire, Nomexy, Portieux, Thaon les Vosges |
| **Kinésithérapeutes** | 11 | Charmes, Châtel sur Moselle, Nomexy, Thaon les Vosges |
| **Orthophoniste** | 11 | Charmes, Dompaire, Nomexy, Thaon les Vosges |
| **Pédicure** | 5 | Charmes, Nomexy, Thaon les Vosges |

1. Le secteur de Nomexy considéré comme sous-doté. Données SROS – PRS 2012 - 2017

**2ème Partie LE PROJET MEDICAL 2017 / 2021**

**INTRODUCTION**

Le projet médical du Centre hospitalier local « les 3 rivières » a été élaboré dans une approche coordonnée avec les centres hospitaliers de Bruyères et de Rambervillers, ainsi qu’avec le Centre hospitalier Emile Durkheim d’Epinal-Golbey, centre hospitalier MCO de référence.

Il s’inscrit dans les axes principaux du projet médical de territoire.

Ce projet médical s’est fondé sur le bilan du précédent, sur la nécessaire modernisation des locaux et sur le renforcement significatif de la continuité médicale, la nature du plateau technique, les procédures partagés et la mise en œuvre d’un projet thérapeutique du patient.

Il intègre une logique de prise en charge coordonnée et graduée en filières de soins et les indispensables articulations avec le secteur médico-social, l’HAD et le maintien à domicile. Bien que le service de SSR accueille des patients souffrant de pathologies diverses, certaines filières seront privilégiées, comme celles de l’appareil locomoteur, gériatrique, neurologique et soins palliatifs.

Une réflexion a également été menée avec les centres hospitaliers de Bruyères et de Rambervillers pour l’accueil de patients qui ne pourraient être accueillis dans l’un des trois établissements faute de place ou pour un autre motif.

Par ailleurs, a été considérée l’importance de la place centrale du patient dans les soins dispensés et de son implication dans les soins et traitements. Une vision éthique a été posée à travers la politique éthique de l’établissement. Ce mode de réflexion menée autour des patients, du sens de leur prise en charge et des soins de support proposés sera cultivé afin de toujours recentrer le soin sur le patient et d’humaniser son séjour au sein de l’établissement.

###### Chapitre 1 LE PROJET MEDICAL 2011 / 2016

**I - LE PRECEDENT PROJET MEDICAL**

**A / OBJECTIFS GENERAUX DU PROJET MEDICAL**

* participer à l’élaboration d’un projet de santé avec 3 ex hôpitaux locaux
* renforcer les coopérations entre structures
* améliorer la prise en charge du patient
* améliorer la coordination et la circulation des informations

###### II – EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL 2011 / 2016

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Participer à l’élaboration d’un projet de santé entre 3 ex hôpitaux locaux** | Réflexion relative à l’élaboration d’un projet médical complémentaire entre 3 hôpitaux locaux | * non réalisé * recensement des projets des différents établissements |  |
| **Renforcer les coopérations entre structures** | Recensement et actualisation des coopérations existantes | * Réunion des conventions existantes dans une convention cadre * Elaboration de procédures de transfert | * Convention signée * Procédures diffusées |
| Définition d’une complémentarité de territoire entre les 3 ex hôpitaux locaux | * Faire appel à un des établissements en cas d’une demande d’accueil difficile d’un patient (ex patient obèse) | * % de situations traitées |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Améliorer la prise en charge du patient** | Améliorer le temps de présence médicale | * Mise en place d’une nouvelle organisation médicale prévoyant des médecins présents chaque jour * Organisation de l’astreinte médicale * Définition des missions du médecin chargé de la coordination des soins | * Organisation validée et diffusée * Comptes-rendus CME * Comptes-rendus réunions de coordination |
| Actualisation de l’organisation paramédicale | * Mise en place d’une nouvelle organisation paramédicale | * Organisation validée et diffusée |
| Recours aux SSR spécialisés | * Signature de conventions avec 4 SSR spécialisés | * Conventions signées (appareil locomoteur, neurologie, personnes âgées polypathologiques, affections systèmes digestifs métaboliques) |
| Mise en place du projet thérapeutique et de réunions de synthèse | * élaboration d’un projet thérapeutique dès l’admission avec réévaluation par quinzaine en équipe pluridisciplinaire | * dossier du patient et PMSI |
| Mise en place d’un suivi médical en rééducation | * intervention d’un médecin rééducateur ½ journée par semaine | * convention de mise à disposition |
| Mise en place d’un suivi psychiatrique | * convention avec le CH de Ravenel | * convention signée le 17 mars 2015 |
| Mise en place d’un suivi psychologique | * intervention de 0.20 etp de psychologue | * dossier du patient et PMSI |
| Proposer une évaluation gériatrique globale de 1er degré | * Intervention du médecin gériatre 1 x tous les 15 jours * Formation des personnels à l’évaluation gériatrique standardisée | * Nombre d’évaluations gériatriques réalisées |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Améliorer la coordination et la circulation des informations** | Améliorer la qualité du transfert en soins de suite  Améliorer la gestion des lits | * utilisation de la plateforme IMAD * adhésion au GCS Télésanté Lorraine pour des messageries sécurisées et des accès à distances * adhésion à Médiale (radiologie) | * évaluation de l’outil IMAD SSR * nombre de messageries sécurisées et d’accès à distance |
| Améliorer l’articulation avec les champs ambulatoire, médico-social et prévention | * signature d’une convention avec l’HAD * Intervention de l’association vosgienne des réseaux de santé | * Nombre de contrats signés * Rapport d’activité |
| Mettre en œuvre la filière gériatrique | * Mutualisation des places d’accueil de jour * Mise en place d’une consultation avancée pour l’évaluation gériatrique * Signature d’une convention avec 2 USLD | * Convention de mutualisation * Convention cadre du CHED * Conventions signées avec le CHED et le CH de Bruyères |
| Dossier médical partagé | En attente |  |
| télémédecine | En attente |  |
| Intégration de la médecine de ville | certains médecins libéraux bénéficient d’un accès à distance à partir de leur cabinet libéral | * nombre de connexions * satisfaction des utilisateurs |
| Réunions de coordination animées par le médecin coordinateur du SSR | * contenu du projet thérapeutique * harmonisation des abréviations * remplissage du PMSI * programmation des entrées * organisation sortie du patient * Organisation de la PDSA * Feuilles de traitement transmis par la clinique lors d’un transfert * Prise en charge des urgences | * Comptes-rendus réunions de coordination * compte-rendu CREX « sortie du patient » * tableau de continuité médicale * achat d’un ECG |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Améliorer la coordination et la circulation des informations** | Réunions de coordination animées par le médecin coordinateur du SSR | * Consommation d’oxygène * Traçabilité de la suppression ou du changement de traitement dans le logiciel de soins * Prises en charge des plaies * prise en charge d’une glycémie élevée en cas d’absence de médecin * problèmes des homonymies : mentionner systématiquement le 2ème prénom * prescription de bilans sanguin d’entrée (si pas de bilan récent) et en cours de séjour * arrivée tardive de certains bilans sanguins : convention en cours de révision | * modalités d’intervention du référent * protocole validé et diffusé * nombre de bilans prescrits * convention signée |

Chapitre 2 LE PROJET MEDICAL 2017 - 2021

Le projet médical de l’établissement s’inscrit en cohérence avec le SROS III, le programme régional de santé et avec le projet médical de territoire. Il sera susceptible de faire l’objet d’avenants suite à la validation du projet médical partagé, de l’élaboration du nouveau SROS et du nouveau programme régional de santé.

Il s’appuie sur des valeurs partagées et développe une approche centrée sur le patient et la prise en compte de ses besoins dans une logique de parcours de soins, intégrant l’aval et l’amont de la prise en charge.

Il a été élaboré avec l’ensemble de la communauté médicale et plus particulièrement avec le président et le vice-président de la Commission médicale d’établissement.

**I - LES AXES DU PROJET MEDICAL PARTAGE**

Axe n°1 : structurer la réponse aux besoins de santé

* *en organisant les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge ;*
* *en définissant les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social.*

L’établissement entend assurer sa mission de proximité et de partenaire dans la prise en charge du patient dans une logique de parcours de soins. Pour cela la réflexion quant à la pertinence des demandes d’hospitalisation devra se poursuivre pour aboutir éventuellement à de nouvelles formules de prises en charge développées par l’établissement ou en complémentarité avec d’autres établissements du territoire.

Axe n° 2 : renforcer les activités de proximité et de référence

* *en améliorant l’accès aux spécialités médicales et chirurgicales et aux plateaux techniques, en soutenant et spécialisant l’activité de Soins de Suite et de Réadaptation*
* *en limitant les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes.*

Dans le cadre de son précédent projet d’établissement, l’établissement s’est déjà positionné en faveur de la télémédecine pour les spécialités : ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, urgences.

Axe n°3 : accompagner la fragilité et la vulnérabilité

* *en adaptant et diversifiant l’offre de soins dédiée aux personnes âgées et personnes handicapées*
* *favoriser l’accès aux soins des personnes en difficulté.*

L’établissement revendique sa vocation gériatrique ; les compétences et savoir-faire dans la prise en charge globale de la personne âgée et de la personne handicapée qui vont avec.

Axe n° 4 : anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé

* *en renforçant l’attractivité des professionnels de santé sur le territoire*
* *en définissant avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospectives des compétences médicales.*

Axe n° 5 : contribuer à l’amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins

* *en diffusant les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des* *soins*
* *en promouvant l’harmonisation des pratiques professionnelles*
* *en promouvant l’efficience des organisations*
* *en apportant une réponse coordonnée aux situations sanitaires et exceptionnelles sur le territoire.*

Il est en lien avec le projet de la pharmacie et le projet « maîtrise du risque infectieux » en ce qui concerne la prévention et la maîtrise de l’antibio résistance.

**II - LES GRANDS AXES DU PROJET MEDICAL 2017 – 2021**

Le projet médical 2017 – 2021 du Centre hospitalier local « les 3 rivières » se composent des axes principaux suivants :

* *axe n° 1 : inscrire la prise en charge en SSR dans une logique de filière coordonnée et graduée*
  + - Participer à l’organisation des parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
    - Définir les modalités de coordination à toutes les étapes des parcours individuels de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social
* *Axe n° 2 : conforter la mission de proximité et de partenaire du SSR de l’établissement*
  + - Maintenir et développer l’activité de Soins de suite et de réadaptation
    - Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes
    - Conforter les savoirs et les compétences de l’établissement
* *Axe n° 3 : conforter la vocation gériatrique de l’établissement*
  + - Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées
* *Axe n° 4 : anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé*
  + - Optimiser les ressources médicales
    - Définir avec le CHED les possibilités de mise à disposition de spécialités médicales
* *Axe n° 5 : contribuer à l’amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins*
  + - Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
    - Promouvoir l’harmonisation des pratiques professionnelles
    - Promouvoir l'efficience des organisations
    - Améliorer l’information donnée au patient.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESULTATS ATTENDUS** | **OBJECTIFS** | **ACTIONS ADOPTEES** |
| Conforter le positionnement de l’établissement sur le territoire de proximité  Le juste recours pour chaque filière, en lien avec les missions spécifiques de l’ établissement.  Une articulation renforcée des différents acteurs de la prise en charge. | Participer à l’organisation des parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge | Identifier les filières de soins coordonnées et graduées en lien avec les pathologies accueillies par l’établissement (appareil locomoteur, gériatrie, soins palliatifs..) |
| Participer à la structuration des filières identifiées par l’établissement pour plus de cohérence et d’efficience (appareil locomoteur, gériatrie, soins palliatifs..) |
| Développer le recours aux SSR spécialisés par le SSR non spécialisés  et inversement  Evaluer les conventions avec les SSR spécialisés |
| Définir les modalités de coordination à toutes les étapes des parcours individuels de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social | Définir le périmètre de prise en charge du SSR de l’établissement  (réflexion sur les refus d’admission, organiser l’admission tous les  jours, question des demandes « attentes de placements », évolution des compétences…) |
| Renforcer l’articulation ville/hôpital en associant les services d’HAD  et de maintien à domicile |
| Développer et faciliter le partage et les échanges d’informations médicales par le développement numérique |
| Organiser la prise en charge en filière |

**Axe n° 1 inscrire la prise en charge en SSR dans une logique de filière coordonnée et graduée**

**Axe n° 2 conforter la mission de proximité et de partenaire du SSR de l’établissement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESULTATS OBTENUS** | **OBJECTIFS** | **ACTIONS ADOPTES** |
| Plus d’égalité d’accès aux  soins et un accès à l’expertise  renforcé  une amélioration de la  pertinence des soins  Accueillir en priorité les patients de la zone d’attractivité de l’établissement | Maintenir et développer l’activité de Soins de  suite et de réadaptation  Améliorer l’accès aux spécialités médicales et chirurgicales | Mettre en place des activités de prévention et d’éducation thérapeutique (AVK, la dénutrition, la prise en charge du diabète) |
| Développer et organiser les solutions de télé-expertise et de  télémédecine auprès des établissements de proximité  ( choix CME : pour l’ophtalmologie, la dermatologie, la  cardiologie et les urgences) |
| Conforter les consultations avancées en place (évaluation gériatrique) et en développer de nouvelles |
| Organiser l’accès direct aux plateaux techniques |
| Améliorer le partage d’information de santé et l’accès aux  données de santé |
| Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes | Réfléchir à des alternatives à l’hospitalisation complète (HJ par  exemple)  Réaliser une étude fine des patients hospitalisés |
| Poursuivre la réflexion relative à la pertinence d’une  hospitalisation en SSR |
| Optimiser la coordination avec les établissements de court séjour  et le secteur médico-social (question des attentes de placement) |
| Conforter les savoirs et les compétences de l’établissement | Mieux valoriser les compétences et savoirs des personnels dans la  prise en charge globale de la personne âgée et de la personne handicapée et plus particulièrement dans les filières appareil locomoteur, soins palliatifs. |

**Axe n° 3 conforter la vocation gériatrique de l’établissement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESULTATS OBTENUS** | **OBJECTIFS** | **ACTIONS ADOPTES** |
| Une prise en charge globale de  la personne âgée, en lien avec les différents professionnels de santé et plus particulièrement  avec le médecin traitant | Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées | S’inscrire dans la filière gériatrique |
| Promouvoir la prise en charge globale de la personne  âgée |
| Promouvoir la culture de la bientraitance |
| Organiser la prise en charge hospitalière des  personnes âgées : éviter le passage aux urgences pour les patients déjà connus, accès direct aux services et aux plateaux techniques, promouvoir les entrées directes du domicile |

**Axe n° 4 Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESULTATS ATTENDUS** | **OBJECTIFS** | **ACTIONS ADOPTEES** |
| Maintenir les ressources des professionnels de santé  Préserver le lien avec la médecine de ville | Optimiser les ressources médicales | Evaluer l’organisation médicale actuelle |
| Réfléchir sur le devenir de l’organisation en place |
| Favoriser l’exercice territorial de la médecine par le développement de la télémédecine |
| Promouvoir la formation continue médicale |
| Définir avec le CHED les possibilités de mise à disposition de spécialités médicales | Définir les conditions de mise à disposition de médecins en cas de déficit  ponctuel de temps médical |

**Axe n° 5 Contribuer à l’amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESULTATS ATTENDUS** | **OBJECTIFS** | **ACTIONS ADOPTES** |
| La satisfaction des usagers  L’atteinte des objectifs fixés par l’établissement et traduit dans les comptes qualité et les plans d’actions des politiques, en terme d’efficacité, de sécurité, d’accessibilité, d’efficience et de respect des droits des usagers | Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins | Développer le recours aux compétences internes (la personne âgées,  la personne handicapée, la maîtrise du risque infectieux,  l’éducation thérapeutique, les plaies et cicatrisations, les soins palliatifs et les fin de vie, réflexions éthique, la gériatrie, la qualité  et gestion des risques, la prévention de la maltraitance,  les personnes ressources en logiciels métier, la prévention des  chutes, du risque suicidaire, des TMS, transmissions ciblées..) |
| Participer à la définition d’une politique qualité, sécurité des  soins commune aux établissements, en faveur de la promotion  du signalement, de l’évaluation des pratiques professionnelles,  de la connaissance et du respect des droits du patient, de la bientraitance et de la réflexion éthique |
| Promouvoir l’harmonisation des pratiques professionnelles | Finaliser le dossier de reconnaissance de l’établissement en qualité d’OGDPC |
| Encourager et développer les programmes de développement  professionnel continu |
| Participer à la formalisation et à la mutualisation de procédures par  le biais de procédures et documents types dans le cadre du projet médical commun |
| Promouvoir l'efficience des organisations | Privilégier le « juste soin » |
| Promouvoir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux |
| Améliorer l’information donnée au patient | Sensibiliser les médecins à l’information relative aux soins et aux traitements donnés au patient |
| Sensibiliser les médecins à la traçabilité de l’information  donnée au patient et à la recherche de l’adhésion du patient (PSI) |
| Sensibiliser les médecins au besoin d’implication des patients dans leurs soins et leur traitement |

**3ème Partie LE PROJET DE SOINS 2017 / 2021**

**Philosophie de soins**

La philosophie de soin des professionnels de santé du Centre hospitalier de Châtel sur Moselle se traduit par une prise en charge personnalisée du malade dans le respect de sa singularité, sa dignité, sa liberté et ses valeurs culturelles de la vie, de la maladie ou de la mort et en y associant ses proches.

Elle veut être une réponse aux exigences de sécurité, de qualité, de continuité et d’éthique des soins dans l’accompagnement de l’usager et de ses proches. Pour être garant du respect de cette démarche, une traçabilité dans les domaines préventifs, éducatifs, curatifs et palliatifs est nécessaire tout au long de la trajectoire en soin du malade, de l’accueil à la sortie de l’hôpital.

Chapitre 1 LE PROJET DE SOINS 2011 - 2016

###### I - LE PRECEDENT PROJET DE SOINS

Les grands axes du précédent projet de soins :

* organisation des soins
  + optimiser la prise en charge des patients de l’entrée à la sortie
  + optimiser l’utilisation du dossier de soins informatisé
* patients / prises en charge spécifiques
* assurer une prise en charge spécifique des personnes en soins palliatifs et en fin de vie : mise en place de la démarche palliative
* prise en charge de la douleur
* accueillir et accompagner les familles et les proches
* les personnels
* développer les performances individuelles et collectives des personnels
  + - évaluer les compétences individuelles et collectives

**II Evaluation des objectifs du projet de soins 2011 - 2016**

AXE N° 1 – organisation des soins

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Optimiser la prise en charge des patients de l’entrée à la sortie** | Améliorer la qualité des transferts  Indiquer des motifs d’entrée en SSR | * utilisation de la plateforme IMAD SSR * élaboration d’une procédure commune | * - données issues d’ IMAD * - procédure validée et diffusée |
| Améliorer l’accueil des patients | * révision de la procédure d’accueil du patient * exploitation des questionnaires de satisfaction | * procédure révisée et diffusée * comptes – rendus de la CRUQPEC |
| Définir un projet de soins individualisé pour chaque patient | Elaboration et réévaluation du projet thérapeutique | Indicateurs IPAQSS |
| Participation dès son admission et tout au long de son séjour à l’élaboration et à l’actualisation de son projet de soins | * Implication de la personne soignée et de ses proches pour déterminer le projet de soins avec l’équipe pluridisciplinaire * Définition d’objectifs de soins et d’un plan de soins * Evaluation régulière des résultats obtenus et réajustement des actions menées | Indicateurs IPAQSS |
| Organiser la continuité des soins en vue de la sortie :  à domicile (sortie simple à domicile sans soin particulier – sortie avec relais de soins à organiser au sein d’un réseau ou une infirmière à domicile  et en institution | * Partenariat avec les infirmières libérales, les prestataires de services, les professions para médicales (kiné, ergo…) * Elaboration de protocoles * Réunions de synthèse | * Durée moyenne de séjour * Compte-rendu CREX |
| **Optimiser l’utilisation du dossier de soins informatisé** | Améliorer la connaissance des fonctionnalités du logiciel | Organisation de formations en intra par la personne ressource | 50 % de personnels formés |
| Améliorer la qualité des transmissions écrites concernant la personne soignée | Organisation de formations en intra par la personne ressource | 50 % de personnels formés |

# AXE N° 2 – patients / prises en charges spécifiques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Prise en charge de la personne en soins palliatifs et en fin de vie : mise en place de la démarche palliative** | Définir un projet de soins centré sur le patient : la personne en fin de vie reçoit les soins infirmiers appropriés à ses besoins et conformes à ses attentes :  Personnaliser la prise en charge  Maintenir l’autonomie du patient  Assurer le confort, la sécurité, l’intimité du patient dans le respect de sa dignité  Respecter les droits du patient | * Réalisé * Horaires des soins, des visites des proches, des horaires des repas, des temps de repos * Assurer une prise en charge diététique dès l’admission * Intervention de l’EMSP | Satisfaction des usagers  Rapport d’activité |
| Entretien des acquis par une kinésithérapie active et passive | Dossier du patient |
| Matériel adapté  Confort physique prise en charge par kiné et ergo (nursing, massages, installations avec matériel approprié |
| Information, consentement, acteur de soins, directives anticipées |
| **Prise en charge de la douleur** | Traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier de soins | Outils et protocoles nécessaires  Formation à l’évaluation et au traitement de la douleur (expertise infirmière) | Indicateurs IPAQSS |
| **Accueillir et accompagner les familles et les proches** | Information des proches | réalisé | Satisfaction des usagers |
| Définir la place et le rôle des proches dans les soins | Horaires de visite des proches 24/24  Lieu d’accueil des familles  Endroit privilégié pour les entretiens avec le médecin |  |
| Assurer un soutien psychologique des proches | Intervention EMSP  Psychologue |  |
| Associer les bénévoles | Définir la place et le rôle des bénévoles | Convention avec une association de bénévoles spécialisés dans la prise en charge des personnes en soins palliatifs |

**AXE N° 3 – le personnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Moyens d’actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Développer les performances individuelles et collectives des personnels** | Améliorer l’accueil et l’intégration du nouveau personnel | Réorganisation de la formation « nouveaux arrivants | % de nouveaux personnels formés |
| Améliorer l’accueil et l’encadrement des stagiaires | Réactualiser la procédure d’accueil  Formaliser l’encadrement  Former le personnel à l’encadrement | Procédure révisée et diffusée  Attestations de formation |
| Exploiter les entretiens d’évaluation | Règles de remplissage de GESFORM | Analyse GESFORM |
| **Evaluer les compétences individuelles et collectives** | Projet GPMC | Mise en place d’outils cohérents entre eux  Analyse prospective des besoins de l’établissement | Données GESFORM |

**Chapitre 2 LE PROJET DE SOINS 2017 /2021**

Le projet de soins s’inscrit en cohérence avec la philosophie de soins des professionnels de santé et avec les axes du projet médical partagé.

Il s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (CREX, audit, satisfaction des usagers, avis des instances).

Des avenants sont susceptibles de venir l’enrichir.

Le futur projet de soins se décline en trois axes principaux :

* optimiser la prise en charge du patient dans le cadre d’un parcours de soins,
* patients et prises en charges spécifiques,
* promouvoir le respect des droits des patients.

**AXE N° 1 : OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LE CADRE D’UN PARCOURS DE SOINS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Reconnaître la personne soignée comme acteur de son projet de soins** | Améliorer l’information du patient | Sensibiliser les personnels de santé au besoin d’implication des patients dans leurs soins et leur traitement | * Questionnaire de satisfaction * Indicateurs IPAQSS * PV CSIRMT |
| Développer l’implication du patient/entourage au projet thérapeutique |
| Développer l’implication du patient/entourage à l’organisation de sa sortie |
| Organiser l’éducation thérapeutique | Former chaque corps du personnel soignant à l’éducation thérapeutique | Plan de formation |
| Sensibiliser le personnel à l’éducation thérapeutique | Emargement et supports de sensibilisation |
| Recenser les programmes d’éducation thérapeutiques aux alentours de l’hôpital | Liste présente en salle de soins |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Reconnaître la personne soignée comme acteur de son projet de soins** | Organiser l’éducation thérapeutique | Réaliser une enquête auprès des patients porteurs de maladie chronique afin de recenser leurs besoins | Rapport d’évaluation |
| Rédiger une politique éducation thérapeutique et définir les champs d’intervention | Politique validée et diffusée |
| **Promouvoir la prise en charge globale de la personne âgée** | Identifier les filières de soins coordonnées et graduées | Organiser la prise en charge en filière | Inscription dans les filières |
| Coordonner le projet thérapeutique entre le MCO et le SSR | % de dossiers traités |
| Améliorer l’articulation avec le secteur médico-social |  |
| Développer le partage d’information de santé et l’accès aux données de santé | * Dossier médical partagé * télémédecine |  |
| **Garantir la prise en charge de l’urgence vitale** | Développer les compétences des personnels | Relancer les formations aux gestes des premiers secours | Plan de formation |
| Définir les modalités de vérification des chariots d’urgence | Rédiger une procédure de vérification des chariots d’urgence | Procédure validée et diffusée |
| **Identifier le patient à toutes les étapes de sa prise en charge** | Améliorer les connaissances et le respect des bonnes pratiques d’identito-vigilance | Former l’ensemble du personnel en contact avec les patients à l’identito-vigilance | Personnels formés |
| Définir la charte d’identification du patient dans le logiciel de soins.  Diminuer le nombre de doublons | Réviser la charte d’identification du patient | Charte révisée et validée |
| Supprimer l’étape de retranscription des données sur les étiquettes des patients en imprimant les étiquettes directement de FACDIS | Revoir le MO d’accueil du patient | MO révisé et validé |
| Revoir le MO de pose du bracelet d’identification | MO révisé et validé |
| **Accès aux données du patient** | Pallier une défaillance du système d’information (PSI) | Rédiger un PRA et un PCA | PRA et PCA validés |
| Optimiser le système d’archivage des documents | Réviser le système d’archivage des dossiers patient papier | Guide du dossier patient révisé et validé |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Organisation du transport du patient** | Garantir les conditions de qualité et de sécurité de prise en charge des patients par l’ambulancier (notamment pour l’identito-vigilance) | Réviser l’organisation : accompagner l’ambulancier à la chambre du patient | Information en réunion de service |

**AXE N° 2 : PATIENTS / PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Prise en charge de la personne en fin de vie / Soins palliatifs** | Mettre en place les directives anticipées | Rédiger une procédure de recueil des volontés et des directives anticipées | Procédure validée et diffusée |
| Créer une cible « directives anticipées » dans le logiciel de soins | % de patients ayant formulé des directives anticipées |
| Déterminer les déclenchements des interventions d’ASP Ensemble | Rédiger une procédure d’intervention de l’association | Suivi du nombre d’interventions |
| **Prise en charge de la douleur** | Mettre en place un programme d’éducation thérapeutique sur la douleur | Elaborer un programme d’éducation thérapeutique sur la douleur | Programme d’éducation thérapeutique validé |
| Définir une politique « prise en charge de la douleur » | Rédiger une politique « prise en charge de la douleur » | Politique validée et diffusée |
| Harmoniser les pratiques pour le soulagement de la douleur induite | Rédiger les modes opératoires de soulagement de la douleur induite par les soins | Modes opératoires validés et diffusés |
| Soulager la douleur par l’hypnose | Formation d’un personnel | Attestation de formation |

**AXE n° 3 PROMOUVOIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Développer l’information des usagers sur leurs droits** | Organiser une EPP sur l’information du patient | Mener une EPP sur l’information du patient | Actions suite à l’EPP |
| Tracer l’information donnée au patient sur les effets secondaires des traitements et sur les examens biologiques et/ou radiologiques | Sensibiliser les personnels concernés | * dossier patient * indicateurs IPAQSS |
| Garantir aux proches des patients un libre accès à l’établissement pendant les heures de visite | Limiter les horaires de visite à 20h | Livret d’accueil |
| Améliorer l’information relative à la personne de confiance | Préciser les modalités de désignation, son rôle par le biais d’une plaquette | Plaquette validée et diffusée |
| Informer les populations faisant l’objet d’une prise en charge particulière de façon directe et lisible par tous | Recensement des usagers nécessitant un accompagnement spécifique et moyens mis en œuvre pour faciliter leur prise en charge |  |
| Elaboration de procédure d’accueil spécifique, voire d’un accompagnement direct | Procédure validée et diffusée |
| **Liberté d’aller et de venir** | Assurer la réévaluation de la prescription de la contention | Sensibilisation sur la nécessité de la réévaluation de la prescription de la contention auprès du personnel paramédical | Ensemble des paramédicaux du SSR sensibilisés (émargement) |
| Actualiser la fiche de prescription des contentions | Réviser la fiche de prescription des contentions | Formulaire révisé, validé et diffusé |
| Assurer la réévaluation de la prescription de la contention | Sensibilisation sur la nécessité de la réévaluation de la prescription de la contention auprès du personnel paramédical | Protocole révisé, validé et diffusé |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs/évaluation** |
| **Promouvoir la bientraitance** | Recenser des situations de maltraitance | Mettre en place des analyses de cas de maltraitance dans le service SSR | Evaluation du groupe de travail |
| Déterminer les facteurs de risque de maltraitance | Créer un document d’information contenant les facteurs de risque de maltraitance | Document d’information |

**4ème Partie LE PROJET «  STRATEGIE / MANAGEMENT »**

**Chapitre 1 LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE**

Le positionnement stratégique de l’établissement « les 3 rivières » et la projection de son activité dans les cinq années à venir s’inscrivent en cohérence avec :

* les orientations prévues au SROS III volet SSR / PRS du Territoire lorrain,
* les priorités nationales de santé publique,
* les objectifs stratégiques de l’établissement.

**I – LES ORIENTATIONS DU SROS – SSR 2012 - 2017**

Les objectifs opérationnels du SROS – volet SSR :

* améliorer l’accès du patient aux SSR ;
* fluidifier les filières par thématiques ;
* améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médico-social et sanitaire ;
* améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR ;
* restructurer l’offre en SSR.

Les plans d’actions associées sont de deux ordres : généraux et par thématiques.

**A / les plans d’actions associés aux objectifs généraux**

1° quant à l’organisation de la filière de soins

* *améliorer l’accès du patient aux SSR*
* déployer la plateforme régionale d’admission en SSR
* réorganiser l’offre en SSR pour permettre de répondre aux besoins ciblés notamment par les taux de recours
* favoriser des entrées directes du domicile pour des patients déjà connus des services de SSR
* permettre des admissions en SSR tous les jours de la semaine.
* *améliorer la coordination sur tous les champs : ambulatoire, médicosocial et sanitaire*
* coordonner les services sociaux des établissements de santé (de court séjour et SSR) pour favoriser la continuité des projets individualisés (pôle social référent…)
* organiser la complémentarité entre SSR avec mention et SSR non spécialisés
* organiser la sortie du patient en lien avec les professionnels de santé libéraux et les structures médicosociales
* *restructurer l’offre en SSR*
* développer des alternatives à l’HC notamment par redéploiement de l’HC
* optimiser le fonctionnement des SSR de petite taille par regroupement ou redéploiement en préservant l’accès aux soins

2° quant aux modalités de prise en charge

* *améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSR*
  + tenir régulièrement des réunions de synthèse documentées pour un suivi de qualité du projet thérapeutique du patient et en vue de préparer au mieux sa sortie ;
  + recueillir et éclairer le choix du patient dans l’orientation en SSR dans le cadre de la plateforme régionale d’admission en cohérence avec le projet thérapeutique ;
  + rédiger un socle minimal régional de projet thérapeutique individuel en lien avec les professionnels de santé ;
  + favoriser l’insertion professionnelle en passant convention avec des centres proposant une réadaptation professionnelle ;
  + promouvoir les bonnes pratiques professionnelles (recommandations HAS) et les décliner au niveau régional ;
  + former les personnels aux prises en charge spécifiques.

**B / les plans d’actions associés aux objectifs par thématiques**

* *fluidifier les filières par thématique*
* améliorer le maillage territorial des filières cardio-vasculaire, neuro-vasculaire, la prise en charge des patients en état végétatif persistant, infantile.

**II - LES OBJECTIFS STRATEGIQUES DU CENTRE HOSPITALIER « les 3 rivières »**

Les objectifs stratégiques retenus pour le projet médical du Centre hospitalier « les 3 rivières » sont :

* *axe n° 1 : inscrire la prise en charge en SSR dans une logique de filière coordonnée et graduée*
  + - Participer à l’organisation des parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
    - Définir les modalités de coordination à toutes les étapes des parcours individuels de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social
* *Axe n° 2 : conforter la mission de proximité et de partenaire du SSR de l’établissement*
  + - Maintenir et développer l’activité de Soins de suite et de réadaptation
    - Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes
    - Conforter les savoirs et les compétences de l’établissement
* *Axe n° 3 : conforter la vocation gériatrique de l’établissement*
  + - Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées
* *Axe n° 4 : anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé*
  + - Optimiser les ressources médicales
    - Définir avec le CHED les possibilités de mise à disposition de spécialités médicales
* *Axe n° 5 : contribuer à l’amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins*
  + - Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
    - Promouvoir l’harmonisation des pratiques professionnelles
    - Promouvoir l'efficience des organisations
    - Améliorer l’information donnée au patient.

**Chapitre 2 - LE PROJET MANAGEMENT**

**I - LES GRANDS AXES DU PRESENT PROJET DE MANAGEMENT**

Les axes principaux du projet management sont :

* participation à l’élaboration d’un projet de santé entre 3 ex hôpitaux locaux,
* renforcement des coopérations entre structures,
* articulation avec le champ ambulatoire et médico-social,
* inscription dans des filières de soins,
* responsabilisation des différents responsables de service,
* mise en oeuvre d’une réelle délégation précisant le champ de compétence de chaque responsable de service,
* mise en place de tableaux de bord et d’outils de suivi de gestion, d’indicateurs de comparaison

**B / EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET MANAGEMENT 2011/2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Mettre en place un projet de santé de territoire** | Réflexion relative à l’élaboration d’un projet médical complémentaire entre 3 hôpitaux locaux | * non réalisé * recensement des projets des différents établissements |  |
| **Renforcement de la coopération entre structures** | Recensement et actualisation des coopérations existantes | * Réunion des conventions existantes dans une convention cadre * Elaboration de procédures de transfert | * Convention signée * Procédures diffusées |
| Définition d’une complémentarité de territoire entre les 3 ex hôpitaux locaux | Faire appel à un des établissements en cas d’une demande d’accueil difficile d’un patient (ex patient obèse) | * % de situations traitées |
| **Articulation avec le champ ambulatoire et médico-social** | Améliorer l’articulation avec l’HAD et les réseaux de prévention | * signature d’une convention avec l’HAD * Intervention de l’association vosgienne des réseaux de santé | * Nombre de contrats signés * Rapport d’activité |
| **Inscription dans les filières de soins** | Identifier les filières concernées par l’établissement | Conventions spécialisés  ( appareil locomoteur, personnes âgées polypathologiques, système nerveux, affections système digestif, métabolique et endocrinien) | * Conventions signées et diffusées |
| **Responsabilisation des responsables de service** | Elaboration de fiches de fonction | réalisé | * fiches validées et diffusées |
| **Mise en œuvre d’une délégation** | Définition des tâches déléguées à travers une formation action | réalisé | * attestations de formation |
| Décisions de délégation | réalisé | * décisions diffusées |
| **Mise en place de tableaux de bord et d’outils de suivi de gestion, d’indicateurs de comparaison** | Indicateurs de consommation à ne pas dépasser  Indicateurs de comparaison à travers le retraitement comptable, les indicateurs ANAP | partiellement réalisé | * rapport d’activité * bilan de réalisation du CPOM, des politiques |

**II - LE PROJET DE MANAGEMENT 2017 / 2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Piloter la mise en œuvre des actions découlant des axes stratégiques de l’établissement** | Améliorer le suivi des plans d’actions définis en instance | Mettre en place un outil de suivi du plan d'action dans les instances (calendrier avec des objectifs mesurables et diffusion des actions aux chefs de projet ; bilan de l’avancée du plan d’actions au minimum une fois par an) | Calendrier transmis aux pilotes d’actions |
| Evaluer les modalités de pilotage de l’établissement et l’efficacité des actions entreprises | Mettre en place des outils d’évaluation et indicateurs | Outils élaborés |
| **Engagement dans la démarche éthique** | Mettre en œuvre une démarche éthique dans l’établissement | Rédiger une politique éthique | Politique éthique validée par la Direction et le Conseil de surveillance |
| Rédiger un programme/organisation de la réflexion éthique | Programme rédigé |
| Former un personnel à la démarche éthique | Obtention du diplôme |
| Sensibiliser le personnel à la réflexion éthique | % de personnels sensibilisés |
| Mettre en place des réunions pluridisciplinaires pour échanger sur différents sujets éthiques | Comptes-rendus des réunions |
| **Engagement dans la démarche développement durable** | Sensibiliser le personnel aux « éco-gestes » | Sensibiliser le personnel aux « éco-gestes » sur le terrain | % de personnels sensibilisés |
| Evaluer les pratiques de tri des déchets | Voir projet développement durable |

**5ème Partie LE PROJET DE LA PHARMACIE**

Le projet de la pharmacie s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (CREX, audit, fiches d’événement indésirable, satisfaction des usagers, avis des instances).

Il s’inscrit dans les évolutions de la réglementation.

**Chapitre 1 EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET DE LA PHARMACIE 2011 - 2016**

Les objectifs de l’actuel projet de la pharmacie portent sur :

* l’optimisation du circuit du médicament,
* la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse,
* l’allègement de la gestion administrative,
* la construction de la nouvelle pharmacie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Optimisation du circuit du médicament** | généraliser la saisie des prescriptions par les médecins et leurs validations. | Connexion WI FI  Achat d’ordinateurs portables | * examen de 30 dossiers du patient * 100 % des prescriptions sont informatisés |
| **Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse** | action de sensibilisation auprès du corps infirmier et des médecins sur la iatrogénie médicamenteuse par rapport aux effets indésirables prévisibles des médicaments, formation du personnel. | Partiellement réalisé |  |
| **Maîtrise du risque infectieux** | améliorer les signalements des infections par l’édition mensuelle de listes des patients traités à comparer par rapport aux signalements effectués avec relance pour les dossiers manquants. | Partiellement réalisé | suivi du nombre de signalements par rapport au nombre de patients traités par antibiotiques. |
| suivi des bactéries multirésistantes | Partiellement réalisé | Voir projet « maîtrise du risque infectieux |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Alléger la gestion administrative** | Installer une interface entre le logiciel de pharmacie et le logiciel « gestion des stocks » | Non réalisé |  |
| **Construction de la nouvelle pharmacie** | Enménagement dans les nouveaux locaux | réalisé |  |
| Actualisation de l’organisation de la pharmacie | En cours |  |
| Actualisation du circuit du médicament | En cours |  |

**Chapitre 2 LE PROJET DE SERVICE DE LA PHARMACIE 2017 / 2021**

Le futur projet de la pharmacie comporte les objectifs principaux ci-après :

* le management de la politique du médicament,
* la maîtrise des erreurs médicamenteuses,
* l’amélioration de l’information au patient,
* la sécurisation du circuit du médicament.

Il est en lien avec le projet « maîtrise du risque infectieux » en ce qui concerne la prévention et la maîtrise de l’antibio résistance.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Management de la politique du médicament** | Organiser le fonctionnement de la pharmacie | Finaliser la rédaction du fonctionnement interne de la pharmacie  Définir les profils de poste, les fiches de postes des agents de la pharmacie (aptitudes, fonctions, missions, tâches, place de chacun dans le respect de la règlementation) | Fonctionnement validée et diffusée  Profils de poste validés et diffusés  Fiches de poste validées et diffusées |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Management de la politique du médicament** | Définir le référentiel qualité de la prise en charge médicamenteuse | Finaliser la rédaction du circuit du médicament en équipe pluridisciplinaire | Circuit du médicament validé et diffusé |
| Définir le plan de formation et de sensibilisation auprès du personnel | * Elaborer le plan de formation et de sensibilisation au regard des risques, des recommandations de la HAS, des FEI * Organiser une EPP pour le second semestre 2016 | * Plan de formation et de sensibilisation validés et diffusés * Choix de l’EPP |
| Mettre en place une politique d’analyse de la pratique (analyse des dysfonctionnements internes) | Mettre en œuvre des réunions d’analyse de la pratique : mesure des écarts entre le ressenti des agents et ce qui est pratiqué en interne à la pharmacie, réunion d’équipe structurée avec compte-rendu | Comptes-rendus de réunions |
| Mettre en place un rapport d’activité | Compléter le contenu du rapport d’activité | Document rapport d’activité |
| Analyser les indicateurs 2015 (base de référence pour la V2014 et le compte qualité) | Résultat de l’analyse |
| Définir les indicateurs au regard des recommandations de la HAS, des risques | Diffusion des indicateurs |
| **Maîtriser les erreurs médicamenteuses** | Formaliser une méthode de référence de préparation des semainiers | Rédiger un mode opératoire de préparation des semainiers | Mode opératoire rédigé et validé |
| Faciliter les conditions de travail pour la préparation des semainiers | Installer un éclairage au-dessus du poste de travail de préparation des semainiers dans la salle de soins | Eclairage installé au-dessus du poste de travail de préparation des semainiers |
| Faciliter les conditions de travail pour la préparation des semainiers | Réfléchir à une meilleure ergonomie du poste de travail (inventaire de ce qu’il faut à portée de main, aménagement / organisation de la salle de soins, matériel…) | * Inventaire des besoins pour une meilleure ergonomie de la salle de soins * Proposition d’aménagement / de réorganisation de la salle de soins (avec balance entre les avantages et les inconvénients) |
| **Améliorer l’information au patient** | Formaliser l’organisation permettant de délivrer l’information au patient sur son état de santé et sur ses traitements | Rédiger une procédure de délivrance de l’information au patient sur son état de santé et sur ses traitements | Procédure rédigée et validée |
| Réaliser un état des lieux sur les pratiques de délivrance de l’information au patient | Réaliser une EPP sur l’information du patient | Rapport d’EPP validée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Sécuriser le circuit du médicament** | Assurer une conservation au froid optimum des médicaments le nécessitant | Remettre en place un contrôle de température journalier sur les réfrigérateurs de la salle de soins | * Formulaire de relevé des températures * Procédure de contrôle des températures du réfrigérateur de la salle de soins |
| Assurer une conservation au froid optimum des médicaments le nécessitant | Etudier la possibilité d’acquérir un réfrigérateur avec enregistrement continu des températures, ou d’une sonde avec enregistrement continu des températures | facture |
| Mettre en place un suivi des péremptions de l’armoire à pharmacie | Réorganiser la gestion des stocks de l’armoire à pharmacie | Procédure de gestion de l’armoire à pharmacie révisée et validée |
| Garantir une livraison des médicaments en temps voulu au service de SSR | Réaliser un CREX | Comptes –rendus du Crex |
| Acquérir un logiciel certifié et interfacé avec le logiciel des services économiques | Changement du logiciel de pharmacie, de gestion des stupéfiants | Attribution du marché |
| Connaître en temps voulu les non-conformités des données de traitement. Pour que l’ensemble des médecins aient accès aux demandes de confirmation du pharmacien (à l’ouverture de MedXpert). | Revoir le système d’information entre le pharmacien et les médecins (pour les contrôles des données de traitement) | Nouveau logiciel de pharmacie  CREX |

**6ème PARTIE PROJET DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX**

**NOTRE ENGAGEMENT**

La prévention des infections liées aux soins est une préoccupation de l’ensemble des personnes travaillant au Centre hospitalier de Châtel sur Moselle.

Notre établissement a institué en son sein un Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales (CLIN) conformément aux dispositions légales en vigueur. Le CLIN, composé de professionnels de santé et de représentants des usagers, définit la politique d’hygiène de l’établissement, veille à la prévention et à la surveillance des infections liées aux soins.

Il s’adjoint également les compétences d’une équipe opérationnelle d’hygiène par convention avec le centre hospitalier Emile Durkheim d’Epinal-Golbey.

Le CLIN définit dans le cadre d’un programme réactualisé chaque année les actions à mener en termes d’hygiène et de prévention :

* l’information et la formation du personnel
* la rédaction ou l’actualisation des protocoles de soins et d’hygiène
* l’évaluation des pratiques au sein de l’établissement et l’application des recommandations
* la surveillance des infections liées aux soins et la transmission des bactéries résistantes aux antibiotiques
* l’animation de journée de prévention (journée mondiale du lavage des mains).

**Chapitre 1 EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX**

**2011/2016**

Les axes principaux du projet de maîtrise du risque infectieux s’inscrivent dans le programme de prévention des infections associées aux soins, aux groupes de réflexion :

* le programme de lutte contre les infections liées aux soins,
* le pilotage de la politique « maîtrise du risque infectieux ».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Programme de lutte contre les infections liées aux soins** | Organisation de 4 thèmes de formations en interne | 50 % des personnels formés |  |
| Participation à des formations en externe | 2 formations suivies | Attestations de formation |
| Surveillance des AES, des BMR, des infections | Voir rapports d’activité | Rapports d’activité |
| **Pilotage de la politique « maîtrise du risque infectieux »** | Création/actualisation de modes opératoires, de procédure | Voir rapports d’activité | Rapports d’activité |
| Elaboration du document d’analyse du risque infectieux « DARI » en EHPAD et au FAS/FAM | réalisé | Document validé et diffusé |
| Audit portant sur les bijoux et ongles | réalisé | Résultat analysé et diffusé |
| Suivi des indicateurs | réalisé | Compte-rendu CLIN  Rapport d’activité  Journal du personnel |

**Chapitre 2** **LE PROJET « MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX » 2017 / 2021**

**I - LES GRANDS AXES DU PROJET « MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX »**

Le projet « maîtrise du risque infectieux » s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (enquêtes, audits, groupes de réflexion, satisfaction des usagers, avis des instances…).

Ce projet est en cohérence avec la politique « maîtrise du risque infectieux », le programme de prévention des infections associées aux soins. Il intègre les avis du Comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il est en lien avec le projet de la pharmacie

Il a été élaboré avec la participation de l’infirmière hygiéniste et le CLIN.

Les axes principaux du projet « maîtrise du risque infectieux sont :

* développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de soins en impliquant les patients et les résidents ;
* renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance dans l’ensemble des secteurs de l’offre de soins ;
* réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de soins en impliquant les patients et les résidents** | Mettre à jour l’organisation des règles d’hygiène de l’établissement | Actualiser les procédures de maîtrise du risque infectieux et d’hygiène des locaux | Protocoles révisés et validés |
| Assurer le respect des protocoles d’hygiène | Sensibiliser le personnel à la maîtrise du risque infectieux | Emargement  Support de formation |
| Optimiser la sensibilisation aux bonnes pratiques | Formés 75 % des personnels | Taux à atteindre : 75 % |
| Sensibiliser le personnel et les intervenants extérieurs à la FHA | Créer une affiche sur l’utilisation sur SHA | Affiche validée et diffusée |
| Poursuivre les pratiques d’évaluation et de surveillance | Conforter l’utilisation des outils en place :  audit, enquête, surveillance | Indicateurs « maîtrise du risque infectieux » |
| Mettre en œuvre les DARI des services médico-sociaux | Assurer le suivi du plan d’actions des DARI | % de réalisation des DARI |
| **Renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance dans l’ensemble des secteurs de l’offre de soins** | Garantir les bonnes pratiques du bon usage des antibiotiques | Sensibiliser le personnel soignant au bon usage des antibiotiques | Emargement |
| Uniformiser les règles de prescription et de réévaluation des traitements antibiotiques pour les infections courantes | Formaliser les règles de prescription et réévaluation des traitements antibiotiques pour les infections courantes | Procédure validée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibio résistance dans l’ensemble des secteurs de l’offre de soins** | Sensibiliser le personnel aux règles de prescription et de réévaluation des traitements antibiotiques pour les infections courantes | Créer des documents d’information sur le bon usage des antibiotiques | 2 documents d’information :  - classification des micro-  organismes  - classification des antibiotiques |
| Evaluer le bon usage des antibiotiques | Mettre en place un indicateur de pratique clinique : traçabilité de la réévaluation antibiotique entre la 24ème et la 72ème heure | Suivi trimestriel de l’indicateur |
| **Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins** | Actualiser la liste des actes invasifs | Actualiser la liste des actes invasifs pratiqués au sein de l’établissement | Liste actualisée |
| Elaborer des plaquettes d’information pour les patients | Plaquette validées et diffusées |

**7ème Partie PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES**

**Introduction**

Le projet qualité et gestion des risques est le fil conducteur de la démarche d’amélioration continue de l’établissement.

Il est en cohérence avec les engagements de l’établissement qui sont :

* + - * Mettre en œuvre les principes de la charte du patient hospitalisé,
      * Assurer une prise en charge de qualité constante,
      * Assurer la continuité des soins,
      * Prendre en compte les besoins et attentes du patient,
      * Evaluer, Prévenir et Maîtriser les risques liés à l’activité.

Le projet qualité et gestion des risques s’articule autour de la politique qualité et gestion des risques de l’établissement et du programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il a été élaboré en concertation avec la cellule-qualité et gestion des risques et les différentes instances.

**Chapitre 1 LA GESTION DE LA QUALITE 2011/2016**

**I BILAN DES PROJETS MENES**

Le programme global comprend des actions d’amélioration de la qualité, de gestion des risques et d’évaluation de pratiques professionnelles, dont les principaux thèmes sont :

* + la levée des recommandations suite à la V2010,
  + les évaluations du secteur médico-social,
  + la programme d’actions qualité et de la sécurité des soins,
  + la satisfaction des usagers,
  + les fiches d’évènement indésirable.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Levée des recommandations suite à la V2010** | S’engager dans une démarche développement durable | Réalisation d’un diagnostic développement durable  Elaboration d’un plan d’actions  Elaboration d’une politique développement durable  Intégration d’un volet développement durable au PAQSS | Politique et plan d’actions validés et diffusés  Bilan du plan d’actions  Levée de la recommandation |
| Prise en charge de la douleur | Actualisation des protocoles relatifs à la douleur  Traçabilité de la douleur dans le dossier du patient | Procédures validées et diffusées  Indicateur IPAQSS  Levée de la recommandation |
| Améliorer la tenue du dossier patient | Réalisée | Indicateur IPAQSS de 56 à 84 %  Levée de la recommandation |
| **Evaluation du secteur médico-social** | Préparer les évaluations internes et externes | Réalisation de l’évaluation interne de la maison de retraite, du FAS/FAM, du SSIAD  Elaboration de plans d’actions pour chaque service | Evaluation interne validée par les instances |
| Réalisation et planification de l’évaluation externe des 3 services | Rapport de l’évaluation externe des 3 services validé par les instances |
| **Programme d’actions qualité et de la sécurité des soins** | Veiller à la mise en œuvre du programme d’actions | Voir PAQSS | Taux de réalisation du PAQSS : 44 % au 31 décembre 2015 |
| **Satisfaction des usagers** | Suivre la mise en oeuvre des actions d’amélioration de la satisfaction du patient | Repas et variété des repas  Information du patient | CREX  Questionnaire de satisfaction |
| **Fiches d’évènement indésirable** | Exploiter les fiches d’évènements indésirables | Analyser les fiches d’évènements indésirables  Elaborer un plan d’actions  Mise en œuvre du plan d’actions  Sensibiliser les personnels à la déclaration | Plan d’actions validé par les instances  Actions mises en oeuvre |

**Chapitre 2 - LES GRANDS AXES DU PROJET QUALITE - GESTION DES RISQUES 2017/2021**

Le projet qualité et gestion des risques s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (audit, enquêtes, CREX, satisfaction des usagers, avis des instances…), ainsi que sur la politique qualité et gestion des risques de l’établissement.

Les axes principaux du projet qualité et gestion des risques sont :

* piloter et manager la qualité et la gestion des risques,
* renforcer l’évaluation des organisations et des pratiques,
* mettre en œuvre une démarche centralisée et coordonnée de gestion globale des risques.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Piloter et manager la qualité et la gestion des risques** | Adapter les différentes politiques et plans | Actualiser la politique d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins | Validation par les instances |
| Réviser la politique des EPP |
| Réviser la procédure générale de fonctionnement de la gestion des risques |
| Actualiser le plan de gestion de crise |
| Intégrer les modifications dans les procédures | Réviser les procédures ayant plus de 4 ans | Validation par les instances |
| Améliorer le pilotage | Mettre en place un tableau de bord de suivi des indicateurs | Diffusion aux professionnels et usagers |
| Améliorer l’implication du président de la CME |  |
| Optimiser la gestion documentaire | Mettre en place un nouvel outil de diffusion des documents | Outil opérationnel |
| Formation des personnels au nouvel outil | Satisfaction des personnels |
| Organiser la veille règlementaire | Elaborer d’une procédure de veille règlementaire | Procédure validée et diffusée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Piloter et manager la qualité et la gestion des risques** | Réaliser les actions prévues aux comptes qualité | Mettre en place des outils de suivi | Outils validés et mis en oeuvre |
| Réaliser les actions prévues au PAQSS | Mettre en place des outils de suivi |
| Développer la culture qualité | Informations aux personnels | % de personnels informés |
| **Renforcer l’évaluation des organisations et des pratiques** | Evaluer la satisfaction des usagers | Revoir la procédure décrivant le circuit des questionnaires de satisfaction | Procédure révisée et validée |
| Mettre en place des indicateurs de pratique clinique liés aux démarches EPP | Identifier les indicateurs de pratique clinique | Tableaux de bord des indicateurs  Grilles de recueil des données |
| Mettre en œuvre des démarches d’évaluation des pratiques professionnelles | Création de CREX | Règlement de fonctionnement du CREX validé |
| Réévaluer les risques a priori | Réaliser une mise à jour de la cartographie des risque a priori pour le patient | Plan d’actions actualisé |
| **Mettre en œuvre une démarche centralisée et coordonnée de gestion globale des risques** | Définir la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins | Finaliser la fiche de poste du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins | Fiche validée et diffusée |
| Plan de gestion de crise : vérifier par la pratique la pertinence des actions prévues au plan | Réaliser un exercice de gestion de crise | Rapport d’exercice |
| Optimiser la gestion des évènements indésirables | Réviser la procédure relative au circuit des évènements indésirables | Procédure révisée et validée |
| Réviser la fiche de déclaration des évènements indésirables | Formulaire révisé et validé |
| Former le personnel à l’utilisation des supports de signalement | Objectif : 50 % des personnels formés par an |
| Actualiser le système de gestion des plaintes et réclamations | Réviser la procédure « gestion des plaintes » | Procédure validée et diffusée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Mettre en œuvre une démarche centralisée et coordonnée de gestion globale des risques** | Définir la fonction responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse | Valider la fiche métier « responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse » | Fiche validée et diffusée |
| Définir la fonction du gestionnaire des risques | Valider la fiche métier du gestionnaire des risques | Fiche validée et diffusée |
| Définir la fonction des référents des risques | Valider la fiche de fonction des référents des risques | Fiche validée et diffusée |
| Actualiser le plan de gestion de crise et situations exceptionnelles | Simplifier le document « plan de gestion de  Crise » et situations exceptionnelles | Plan validé et diffusé |

**8ème Partie LE PROJET SOCIAL**

###### Chapitre 1 LE PROJET SOCIAL 2011 / 2016

###### I CONTENU DU PROJET SOCIAL 2011/2016

Les objectifs du projet social actuel  :

* instauration d’une GPMC inter-établissements,

- créer et valoriser les compétences internes en cohérence avec les projets de l’établissement,

* favoriser l’accès à la formation continue,
* qualité et amélioration des conditions de travail,
* favoriser le maintien au travail des personnes en situation de handicap,
* développer la politique de communication.

**II EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET SOCIAL 2011 / 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Taux de réalisation** |
| **Gestion des métiers et des compétences** | Mettre en œuvre pratique de la GPMC inter-établissements | Harmoniser les outils entre 3 établissements (fiches de poste, fiches métier, outils d’évaluation professionnelle) | En cours de finalisation |
| Mettre en place des outils de prospective |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Taux de réalisation** |
| **Créer et valoriser les compétences et qualifications internes** | Créer les compétences internes nécessaires aux projets de l’établissement | Réalisation de formations en cohérence avec les projets de l’établissement :  DU Ethique, DU Gériatrie, DU éducation thérapeutique, DU plaies et cicatrisations, assistant en soins en gérontologie, Soins palliatifs (IDE, et aides-soignantes),diplôme cadre de santé) | Taux de réalisation : 100 % |
| Formations d’adaptation à l’emploi (attaché d’administration, ACH, technicien hospitalier) | 75 % de réalisation |
| Faire reconnaître l’établissement en qualité d’OGDPC | Dossier en cours |
| Satisfaire les souhaits de mobilité des personnels | Définir et diffuser les règles de mobilité | Non réalisé |
| **Favoriser l’accès à la formation continue/promotion professionnelle** | Définir et diffuser les règles d’accessibilité à la formation | Rédaction d’une charte formation précisant les critères d’accessibilité à la formation | réalisé |
| Définir des règles d’évaluation des formations | Rédiger une procédure d’évaluation des formations | Partiellement réalisé |
| Satisfaire les souhaits d’évolution/projets professionnels | Informer les personnels sur les possibilités offertes par l’ANFH (promotion professionnelle, congé de formation professionnelle, DIF…) | Nombre de projets accompagnés |
| **Qualité et amélioration des conditions de travail** | Meilleure répartition de la charge de travail | Actualiser et adapter les organisations du travail | En constante adaptation |
| Agir sur l’absentéisme | Mise en place de contrôles | % de personnels contrôlés |
| analyse des longs arrêts de travail / répétés et favoriser la reprise du travail | Taux d’absentéisme  Comptes-rendus de la commission d’adaptation à l’emploi |
| Prévention des accidents du travail et maladies professionnelles | Taus d’AT/MP |
| Amélioration des conditions de travail | Constitution d’un pool de remplacement composé d’un aide –soignant et d’un ASHQ | Recrutement des personnels |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Taux de réalisation** |
| **Qualité et amélioration des conditions de travail** | Amélioration des conditions de travail | Attribution de PTI aux travailleurs isolés |  |
| Possibilité de louer provisoirement les 2 studios de l’établissement aux personnels |  |
| Suites données aux avis du CHSCT, du CTE | Comptes-rendus du CHSCT, CTE  CLACT |
| Prévention des TMS | % de personnels formés |
| Prévention des risques psycho-sociaux  Définition d’un plan d’actions | Réflexion en cours |
| Actualisation du document unique « risques professionnels | Cartographie des risques  Document unique : plans d’actions validées |
| **Favoriser le maintien au travail des personnes en situation de handicap** | Définir une politique « handicap » | Rédiger une politique handicap | réalisé |
| Définir un plan d’actions | réalisé |
| Maintien au travail | Intervention de la SAMETH | 2 interventions en 2016 |
| Réunions de la commission d’adaptation des postes | Comptes-rendus de la commission |
| Rechercher des solutions ergonomiques dans la réalisation des tâches |  |
| **Politique de communication** | Définir des outils de communication | Réaliser un site internet | Non réalisé |
| Diffusion semestrielle d’un journal du personnel | réalisé |
| Modifier le guide du temps de travail | Actualiser et simplifier le guide du temps de travail à destination des personnels | 30 % de réalisation |

**Chapitre 2 - LES GRANDS AXES DU PROJET SOCIAL 2017 / 2021**

1. La méthodologie d’élaboration

Comme pour les précédents projets sociaux l’établissement a souhaité que l’élaboration du projet social s’effectue de manière participative.

Les sources du futur projet social sont :

* l’évaluation 2016 de la satisfaction des agents,
* le plan d’actions du document unique des risques professionnels,
* le plan d’actions de la prévention des risques psycho-sociaux,
* les comptes-rendus du CHSCT et du CTE,
* le plan d’actions suite à l’enquête climat social.

1. Les valeurs du projet social 2017 / 2021

Les valeurs du projet social 2017 – 2021 trouvent leur origine dans le contexte général de travail de l’Etablissement.

En effet, au quotidien, quel que soit leur métier, les personnels subissent fortement les conséquences des mutations auxquelles sont confrontés les établissements hospitaliers :

* exigence accrue de performance en raison de l’augmentation du niveau de qualité de l’offre de soins et du niveau d’exigence des patients ;
* impératif de rationalité économique due aux engagements financiers nécessaires à l’amélioration de notre offre de soins et aux limitations de moyens pour ce faire ;
* impératifs règlementaires toujours plus contraignants en matière de sécurité, de qualité et de traçabilité ;
* impératifs de coopération.

Afin de développer notre politique de gestion des ressources humaines, le projet social sera porté par des valeurs de référence qui apporteront une cohésion nécessaire à ce projet d’ensemble :

* la volonté de maintenir du lien entre les différents acteurs de l’établissement,
* la reconnaissance du rôle et de la place de chacun au sein de la structure à travers le maintien d’une politique personnalisée des ressources humaines qui s’inscrivent dans les valeurs « d’accueil bienveillant », « de solidarités entre services » et « projets construits en équipes » ;
* pour cela un développement de la communication interne est nécessaire, ainsi qu’une connaissance améliorée du travail effectué par chacun, une meilleure écoute et une plus grande participation de tous au fonctionnement de l’établissement.
* l’amélioration de la qualité de vie au travail et de la sécurité des personnels, favorisant une meilleure attractivité de l’établissement.

Les objectifs et les actions opérationnelles déclinées dans le présent projet social ont pour ambition de répondre à ces valeurs, afin de garantir une prise en charge de qualité pour le patient.

**I - LES OBJECTIFS**

* objectif 1 : AMELIORER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
  + mettre en œuvre les outils de la GPMC
  + reclassement pour raisons de santé
  + mettre en œuvre une politique « seconde partie de carrière »
* objectif 2 : AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL
  + communiquer sur les efforts liés à l’amélioration des conditions de travail
  + prévenir les TMS
  + mieux être au travail
  + définir les règles de remplacement des agents
  + mobilité des personnels
  + maintenir les agents dans l’emploi
  + optimiser la politique d’accueil des nouveaux personnels
  + rechercher une meilleure adéquation des moyens matériels et des conditions de travail
  + savoir travailler ensemble
  + politique de communication
* objectif 3 : AMELIORER ET MODERNISER LE DIALOGUE SOCIAL
  + institutionnaliser et formaliser les réunions de service
* objectif 4 : CONFORTER LA POLITIQUE DE FORMATION
  + plan de formation pluriannuel
  + favoriser les reconversions professionnelles
  + évaluer les retours sur investissement
  + valoriser les compétences internes.

**OBJECTIF 1 : AMELIORER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **indicateurs** |
| **Mettre en œuvre les outils de la GPMC** | Faire de la GPMC un outil de gestion | Utiliser les fiches de poste pour les recrutements | Taux de réalisation : 100 % |
| Joindre à chaque contrat la fiche de poste concernée | Taux de réalisation : 100 % |
| Accompagner les besoins d’évolution et de développement des compétences des personnels | Exploiter les entretiens annuels d’évaluation pour mieux prendre en compte les souhaits d’évolution, de mobilité des personnels et pour l’élaboration du plan de formation | GESFORM |
| Anticiper les besoins d’évolution et de développement des compétences de l’établissement | Elaborer une analyse prospective en fonction des objectifs de l’établissement | GESFORM |
| **Reclassement pour raisons de santé** | Organiser le reclassement pour raisons de santé | Rédiger une procédure « reclassement pour raisons de santé » | Procédure validée et diffusée |
| **Mettre en œuvre une politique « seconde partie de carrière »** | Définir une politique « seconde partie de carrière » | Elaborer une politique « seconde partie de carrière » | Politique validée et diffusée |

**OBJECTIF 2 : AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **indicateurs** |
| **Communiquer sur les efforts liés à l’amélioration des conditions de travail** | Informer les agents sur les principales actions visant à la prévention des risques professionnels et à l’amélioration des conditions de travail | Communication sur les achats retenus (quels équipements, quels services, quels coût) | Gestion documentaire |
| Améliorer l’implication des personnels dans le choix des achats |  |
| **Prévenir les TMS** | Adapter les postures et les postes de travail pour diminuer les risques de TMS | Poursuivre les formations (de base et de recyclage). Acquérir de nouveaux matériels. Campagne de prévention. | Comptes-rendus CHSCT |
| Redéfinir les rôles des relais en ergonomie | Fiches de fonction référent |
| **Mieux être au travail** | Prévenir les risques psycho-sociaux (RPS) | Mise en œuvre du plan d’actions | Taux de réalisation du plan d’actions |
| Formation de l’encadrement sur l’évaluation et la prévention des RPS | Plan de formation |
| Conforter la gestion des risques professionnels | Poursuivre les formations relatives à la gestion du stress | % de personnels formés/demandes |
| Poursuivre les formations relatives à la gestion de l’agressivité |
| Poursuivre les formations relatives à la gestion de la violence/harcèlement |
| Poursuivre la remise à niveau du code de la route |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Définir les règles de remplacement des agents absents** | Assurer au mieux le fonctionnement du service et la prise en charge des malades/résidents  Permettre aux services de maintenir leur activité tout en maîtrisant les dépenses de personnel.  Modifier le moins possible les plannings prévisionnels pour améliorer la qualité de vie des agents.  Trouver du personnel de remplacement rapidement | effectuer un bilan de l’existant | Nouvelles règles validés et diffusées |
| actualiser les pratiques (type d’absences remplacées ou non, modalités de remplacement…) |
| **Mobilité des personnels** | Remotiver les agents en leur offrant la possibilité de changer de poste ou de service | Définir et diffuser les règles de mobilité | Règles validées et diffusées |
| Faciliter les permutations temporaires / permanentes | Taux de mobilité |
| Anticiper et gérer l’usure professionnelle | Former les responsables de service aux repérages des signes d’usure professionnelle. | Plan de formation |
| **Maintenir les agents dans l’emploi** | Déterminer avec les responsables de service le nombre et le type de postes pouvant être aménagés dans chaque service | Comptes-rendus CHSCT, CTE |
| Trouver une solution professionnelle aux agents présentant des difficultés d’adaptation ou d’aptitude aux postes de travail | Reprendre les situations individuelles des agents occupant des postes aménagés pour envisager leur devenir. | Liste réalisée |
| Aide à la reprise après une longue période d’absence |  |
| **Optimiser la politique accueil des nouveaux personnels** | relancer la formation « nouveaux arrivants | Actualiser le programme de la formation « nouveaux arrivants » | Former 90 % des CDD supérieurs à 3 mois |
| Livret d’accueil pour les personnels contractuels | Actualiser le livret d’accueil des personnels contractuels | Livret d’accueil validé et diffusé |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Rechercher une meilleure adéquation des moyens matériels et des conditions de travail** | Chercher à diminuer la pénibilité de certaines tâches  Efficience des organisations  Gain de temps agent | Réflexion sur le transport du linge, des repas, des déchets… | Comptes-rendus du CHSCT |
| Aménagement de la salle de soins du SSR |
| Offrir de meilleure possibilité de stationnement | Aménagement d’un parking pour les personnels |
| **Savoir travailler ensemble** | Améliorer la notion de respect | Adopter une attitude positive |  |
| Eviter de colporter des ragots |  |
| Montrer de la sollicitude et de la compassion |  |
| Respecter et connaître les contraintes des services transversaux (cuisine, lingerie, services techniques, administration…) | Faire connaître les services transversaux à travers des séances de présentation de leur travail à des groupes de professionnels intéressés | Nombre de séances de présentation |
| Présentation des difficultés rencontrées par un responsable de service lors des réunions de responsable de service | Comptes-rendus responsables de service |
| **Politique de communication** | Faciliter l’accès des personnels aux documents | Changer le logiciel de gestion documentaire | Mise en œuvre du nouveau logiciel |
| Former le personnel à l’utilisation de la plateforme | % de personnels formés |
| Actualiser le guide du temps de travail | Créer un guide du temps de travail  à l’attention des responsables de service | Comptes-rendus CTE |
| Créer un guide du temps de travail simplifié à l’attention des personnels | Comptes-rendus CTE |

**OBJECTIF 3 : AMELIORER ET MODERNISER LE DIALOGUE SOCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **indicateurs** |
| **Institutionnaliser et formaliser les réunions de service** | Partager les informations relatives au service. Evoquer les difficultés et leurs solutions. Partager les informations de l’institution. Favoriser le sentiment d’appartenance. | Instaurer dans chaque service une réunion régulière réunissant le responsable de service et les personnels | Comptes-rendus des réunions |
| Mandater les responsables de service en qualité de relais des informations importantes auprès de l’équipe |

**OBJECTIF 4 : CONFORTER LA POLITIQUE DE FORMATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Plan de formation pluriannuel** | Développer les compétences  Acquérir les compétences pour occuper son poste | Exploiter l’entretien d’évaluation et l’entretien formation | Outils GPMC |
| Favoriser la promotion professionnelle | Taux de personnels en promotion professionnelle/demandes |
| Communiquer sur le plan de formation | Informer les personnels des actions de formations en corrélation avec les objectifs stratégiques de l’établissement | Avis et vœux du CTE diffusés |
| Informer les personnels du suivi de leurs souhaits | Satisfaction des personnels |
| **Favoriser la reconversion professionnelle** | Accompagner les agents en recherche de reconversion professionnelle | Accompagnement des agents lors du déploiement du programme annuel de formation | Plan de formation |
| **Evaluer les retours sur investissement** | Evaluer l’apport de la formation tant pour l’établissement que pour l’agent | Définir les objectifs lors de l’entretien de formation | Outils GPMC |
| Evaluer systématiquement les formations |
| **Valoriser les compétences internes** | Accompagner et suivre la mise en œuvre du DPC | Faire reconnaître l’établissement en qualité d’OGDPC | agrément |
| Assurer le suivi de l’obligation règlementaire sur 3 ans | Comptes-rendus CTE |

**9ème PARTIE LE PROJET DU SYSTEME D’INFORMATION**

**Introduction**

A travers sa politique du système d’information et sa politique de sécurisation du système d’information l’établissement s’engage à :

* Maintenir la sécurité du système d’information,
* Préserver la confidentialité et l’intégrité des données,
* Garantir un niveau de disponibilité élevé,
* Maintenir les performances du système,
* Limiter la prolifération erratique des logiciels,
* Eviter l’atteinte à des droits privatifs.

###### Chapitre 1 LE PROJET DU SYSTEME D’INFORMATION 2011/2016

Les axes principaux du précédent projet du système d’information sont:

* poursuite du programme d’informatisation,
* sécurité du système d’information,
* optimisation des compétences des personnels à l’utilisation des nouvelles technologies informatiques,
* le département d’information médicale
  + améliorer la collecte rigoureuse des données médicales en qualité et exhaustivité des données
  + réactiver une culture « PMSI » aux personnels concernés (médicaux et non médicaux) à travers une formation PMSI.

Ils sont en cohérence avec le volet « système d’information » du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens 2012/2017.

**I EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET DU SYSTEME D’INFORMATION 2011/2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Poursuivre le programme d’informatisation** | achat d’un logiciel de commande des repas | non réalisé |  |
| dématérialisation du mandatement | réalisée | satisfaction des usagers |
| dématérialisation de la paie | en cours | devis signé |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Poursuivre le programme d’informatisation** | plateforme IMAD SSR et EHPAD | opérationnelle | statistiques IMAD |
| projet télémédecine | en projet (réinscrit au projet médical) |  |
| installation d’un réseau WI-FI dans l’ensemble des locaux | réalisée | satisfaction des usagers |
| **Sécurité du système d’information** | Dispositif d’authentification personnelle intégré dans les applications gérant des données de santé à caractère personnel | Dispositif existant dans l’ensemble des logiciels utilisés au sein de la structure | Taux de réalisation :100 % |
| Connexion à un référentiel unique des applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI | Non réalisé pour le logiciel STUP | Taux de réalisation : 70 % |
| Cohérence du référentiel de structure dans le SI | Non réalisé | Existence d’un référentiel de structure ou procédures de mises à jour |
| Définition d’un taux cible | réalisé | 99 % de disponibilité (soit 3 jours d’indisponibilité |
| Existence d’une méthode d’évaluation du taux de disponibilité | réalisé | Compte-rendu cellule qualité et gestion des risques |
| Existence de procédures pour assurer la continuité du service | réalisé | PCA |
| adhésion au GCS télésanté lorraine pour un bouquet de prestations dont une messagerie sécurisée | réalisée | imprimé d’abonnement |
| audit portant sur la sécurité du système d’information | réalisé | plan d’actions |
| élaboration d’une politique « sécurité du système d ‘information » | réalisé | diffusion de la politique dans la gestion documentaire |
| Plan d’actions « sécurité du système d’information » | en cours de réalisation | rapport d’activité « système d’information |
| Archivage des données | non réalisé | Reporter au projet du système d’information 2017/2021 |
| Elaboration d’un PRA et d’un PCA | en cours de finalisation | PRA et PCA validés et diffusés |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Utilisation des nouvelles technologies liées à l’informatique** | Améliorer les compétences des personnels | * Formations * Recensement des nouveaux besoins | Nombre de personnes formées |
| **Information médicale** | Actualiser la convention relative au DIM | Rédaction d’une convention cadre avec le CHED d’Epinal portant sur l’ensemble des coopérations | Signature de la convention cadre |
| Acquisition mutualisée d’un nouveau logiciel PMSI | réalisé | * Facture * Satisfaction du médecin DIM |
| Améliorer la collecte des données médicales et garantir leur exhaustivité | Mise en place de formations | Nombre de personnels formés |

**Chapitre 2 LE PROJET DE SERVICE DU SYSTEME D’INFORMATION 2017/2021**

**I - LES GRANDS AXES DU PROJET DE SERVICE DU SYSTEME D’INFORMATIO**N

Le projet de service du système d’information s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (audit, satisfaction des usagers, avis des instances…), ainsi que sur le schéma directeur et sur la politique de sécurisation du système d’information.

La réalisation de ce projet s’inscrit dans une démarche projet avec une définition précise des besoins et avec la collaboration des instances concernées.

Les axes principaux du projet de services du système d’information sont présentés ci-après :

* les projets du schéma directeur :
  + la dématérialisation des échanges,
  + le remplacement des serveurs,
  + la virtualisation des postes de travail
* Sécuriser le système d’information,
* Adapter les compétences informatiques des personnels,
* Prévenir les pannes « matériel »,
* Maintenir et développer le système d’information en place.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Dématérialisation des échanges** | * Qualité des prestations : Simplicité,   sécurité.   * Gains de « productivité » : Échanges   et partages des données médicales et  administratives.   * Réduire les impressions, les archives,   faciliter les recherches.   * Faciliter les envois PESV2 à la   trésorerie. | * Dématérialisation de la paie * Mutualiser les données de santé et informations du patient | * Formation des personnels * Mise en place du nouveau système |
| **Remplacement des serveurs** | * renouveler le parc de serveurs hors garantie et vieillissant. * rétablir un niveau de puissance et de volume en adéquation avec les applications installées. * prévenir des pannes d’usures. * mettre à jour les systèmes d’exploitation   non maintenus. | * En fonction des choix de logiciels (soins, pharmacie) et des décisions de centralisation des logiciels | * Mise en place du nouveau système |
| **Virtualisation des postes de travail** | * renouveler le parc de poste informatique, * prévenir des pannes matérielles et logiciel,   automatisation des sauvegardes des postes,   * Améliorer grandement la maintenance sur les postes en centralisant les installations et mises à jour des logiciels existants et à venir. * (Économie électrique, remplacement plus   espacé des postes…). | * En fonction des décisions de centralisation des logiciels | * Migration et mise en place du nouveau système |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Sécurisation du système d’information** | Maîtriser la gestion des comptes | Mettre en place une politique de gestion des comptes, des droits d’accès et des mots de passe par une structure de contrôle d’accès via un service d’annuaire | * Service d’annuaire actif   Politique rédigée et validée |
| Diminuer le risque de perte de données ou corruption de données par les virus se propageant par mail | Mettre en place la politique SSI | Politique validée et mise en place |
| Assurer l’archivage des données | Définir une politique d’archivage des données | Politique validée et diffusée |
| Confidentialités des données | Définir des modalités de mises au rebut des équipements informatiques |  |
| Assurer une traçabilité et un filtre pour les connexions internet | Mettre en place un outil de journalisation et de filtre internet | Serveur IPCop mis en place dans le respect des règles de la CNIL |
| Assurer une continuité et une reprise de l’activité suite à un dysfonctionnement informatique majeur | Elaborer et valider le PCA et le PRA | PCA et PRA validés en instance  Communication auprès des équipes sur l’existence de procédures dégradées |
| Garantir une perte de données minimale en cas de dysfonctionnement informatique | Réviser le mode opératoire de sauvegarde | mode opératoire de sauvegarde révisé et validé |
| Enregistrement des données sur le serveur afin d’éviter une perte totale des données en cas de panne ou de vol du poste informatique | Augmenter l’espace de stockage sur le serveur commun afin que chacun y enregistre ses données | Espace de stockage augmenté |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Sécurisation du système d’information** | Garantir le pilotage de la sécurité du système d’information | Nommer un référent RSSI | * Pv du comité de pilotage stratégique du SI |
| Limiter les risques de faille de sécurité informatique par une erreur humaine | Sensibiliser le personnel aux risques liés à la sécurité du système d’information (virus, mots de passe, bon comportement…) | Nombre de séances de sensibilisation |
| Inventorier et classifier les actifs et les ressources du système d’information | Elaborer une procédure « gestion de l’actif » | * Validation par les instances |
| **Adapter les compétences informatiques de personnels** | Assurer une utilisation optimale des applications afin de limiter la perte de l’intégrité des données par une erreur humaine | Recenser les besoins en formation informatique du personnel | * Plan d’actions formation |
| **Prévenir les pannes « matériel »** | Diminuer le risque de surchauffe des serveurs | Mettre en place une sonde de température dans la salle serveur  Acheter des onduleurs pour les PC | * Bon d’intervention * facture |
| Garantir la remise en route du climatiseur après une coupure d’électricité | Créer une check-list en cas de panne d’électricité pour l’astreinte technique | Check-list validée et diffusée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Satisfaction des utilisateurs** | Participer aux projets des autres services | Informatisation du bon de commande repas  Changement de logiciel de soins, de pharmacie/stupéfiants  Changement des logiciels métiers de gestion (finances, services économiques, ressources humaines, paie) | Enquête de satisfaction des personnels |
| Exploiter les bons d’interventions | Analyser les bons d’intervention | % d’actions correctives |

**10ème Partie LES PROJETS DES SERVICES SUPPORTS**

**Le projet de service de la lingerie**

**Le projet de service « restauration »**

**Le projet de service des services techniques**

**Le projet managérial des secteurs finances, ressources humaines et admissions**

**CHAPITRE 1 LE PROJET DE SERVICE DE LA LINGERIE**

Le projet de service de la lingerie s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (CREX, audit, satisfaction des usagers, avis des instances).

Il a été élaboré avec la participation du responsable de la lingerie-buanderie (réunion du 2 octobre 2014).

I - EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET DE LA LINGERIE 2012/2016

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Maintenir la qualité de la prestation pendant la période de travaux** | Respect des bonnes pratiques d’hygiène | * Partiellement réalisé | Analyses du linge |
| Satisfaction des usagers | * Partiellement réalisé | Comptes-rendus du CVS  Enquête de satisfaction |
| **Construction d’une nouvelle lingerie** | Transfert dans les nouveaux locaux | * réalisé | Satisfaction des usagers |
| actualisation de l’organisation du travail | * en cours de réalisation |  |
| **Développement des compétences** | formations suivies | * partiellement réalisé | Attestations de formation |

III - LES GRANDS AXES DU PROJET DE LA LINGERIE 2017/2021

Le projet de service de la lingerie porte sur les grands axes suivants :

* améliorer la qualité de la prestation sur les étapes : taches, repassage, couture,
* nouvelle organisation du travail et respect des bonnes pratiques professionnelles,
* actualisation du circuit du linge : dotation des services, gestion de la réforme,
* formation des personnels.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Améliorer la qualité de la prestation** | Ne pas livrer de linge taché | Utiliser du produit détachant | * Fiche d’évènement indésirable * Représentants des usagers aux conseils de la vie sociale * Enquête de satisfaction (usagers, personnels) |
| Ne pas bourrer de linge les machines à laver |
| Ne pas livrer de linge non repassé | Privilégier les textiles ne nécessitant pas de repassage |
| Trier le linge nécessitant un repassage |
| Utilisation de la centrale vapeur |
| Ne pas livrer des vêtements déchirés | Vérifier le linge avant pliage |
| Effectuer le ravaudage |
| Utilisation de la machine à coudre |
| **Optimiser le circuit du linge** | Eviter les risques de contaminations croisées | Formation sur les bonnes pratiques en hygiène | personnels formés |
| Gestion des dotations de linge par service | Revoir les dotations de linge | Signalement des erreurs de linge |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Optimiser le circuit du linge** | Gestion des réformes | Elaboration d’une procédure « gestion des réformes » | Recensement du linge mis à la réforme |
| Gestion des mises en service | Elaboration d’une procédure « mise en service de linge » | Recensement du linge mis en service |
| Gestion des stocks en lingerie | Mise en place d’outils  de suivi commande de linge | Linge commandé |
| Diminuer le temps d’attente du linge mouillé | A intégrer dans la future organisation du travail | Ne pas dépasser 72 heures |
| **Optimiser l’organisation du travail** | Diagnostic du fonctionnement de la lingerie | Plan d’actions en découlant  Actualisation de l’organisation du travail | % de réalisation des actions du plan |
| **Améliorer les compétences des personnels** | Définir les savoirs à développer | Améliorer l’exploitation des résultats de l’entretien professionnel et de l’entretien de formation | * Entretien d’évaluation * Plan de formation |
| Actualiser les connaissances relatives à la maîtrise du risque infectieux | Formations des personnels | * % de personnels formés |

CHAPITRE 2 LE PROJET DE SERVICE «  RESTAURATION »

Le projet de service « restauration » s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (CREX, enquête, satisfaction des usagers, avis des instances).

Il tient compte des politique achat et développement durable.

Il a été élaboré avec la participation du responsable de la cuisine (réunion du 31 juillet 2014).

**I - LE CONTENU DU PROJET DU SERVICE RESTAURATION 2011/2016**

Le projet de service de la cuisine porte sur les axes détaillés ci-après :

* informatisation de la cuisine par l’acquisition d’un logiciel de gestion des bons de repas et de la production interconnecté avec le logiciel de gestion des stocks ;
* mise en place du plan de maîtrise sanitaire et obtention de l’agrément sanitaire ;
* amélioration de la relation patient-restauration par la satisfaction de l’usager ;
* mise en place d’outils d’évaluation et d’indicateurs de gestion :
  + réunion CREX « restauration »
  + questionnaire de satisfaction des patients
  + questions aux réunions des conseils de la vie sociale.

**II - EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET «  RESTAURATION » 2011/2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Informatisation de la gestion des bons de repas** | * améliorer la prise en charge du patient * meilleure prise en compte des aversions * gain de temps pour les services et la cuisine * gain en efficience | * Non réalisé * Changement de responsable de service | Recrutement d’un nouveau responsable de service |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Réalisations** | **Indicateurs** |
| **Mise en place d’un nouveau plan de maîtrise sanitaire et obtention de l’agrément sanitaire** | * Formation- action « comment élaborer un plan de maîtrise sanitaire * Formation-action à l’élaboration du dossier relatif à l’agrément sanitaire | * Réalisé * réalisé | * plan de maîtrise sanitaire validé * obtention de l’agrément |
| **Prise en compte des aversions** | * Recensement des aversions à l’admission * Mise en place d’un plat de remplacement | * Réalisé * réalisé | * dossier du patient * menus |
| **Mise en place de tableaux de bord** | * Améliorer le suivi budgétaire « alimentation » * Suivi des objectifs qualitatifs et économiques du prix de revient du repas * Recadrer les politiques d’achats | * Tableau de bord récapitulant le nombre de repas, la moyenne du nombre de repas/jour servis, le prix de revient du repas et par poste * Plan alimentaire * Actualisation du bon de commande repas * Elaboration d’une politique achat * Politique développement durable : achat éco-responsable | * Partiellement réalisé * Echéancier respecté * Partiellement réalisé |
| **Composition de l’équipe** | Remplacement du chef de production | Favoriser les candidatures internes | organigramme |

###### III - LES GRANDS AXES DU PROJET DE SERVICE «  RESTAURATION » 2017/2021

Le projet du service « restauration » porte sur les axes présentés ci-après :

* perfectionnement de l’hygiène alimentaire,
* amélioration du service à table,
* informatisation de la prise de commande « repas »,
* optimiser l’offre alimentaire des différentes populations prises en charge par le service « restauration »,
* redéfinir le plan alimentaire,
* améliorer la performance économique et développement durable par le biais d’indicateurs,
* composition de l’équipe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Perfectionnement de l’hygiène alimentaire dans les offices** | * Limiter le risque de développement de germes | * Vérification de la température d’un plat : de la cuisine à l’assiette du consommateur | * Relevés de températures |
| * Contrôler la température des frigos | * Relevés de températures |
| **Transformer le repas en un repas plaisir** | * Amélioration du service à table | * Formation « service à table » * Participation du résident | * Nombre de personnels formés * Plan d’actions |
| **Optimiser la prise de commande des repas** | * meilleure prise en compte des aversions * gain en efficience (moins d’erreurs, gain de temps pour les services et la cuisine, connaître le type de repas de chaque patient) | * informatisation de la prise de commande des repas * mise en place de « carte plateau » | * achat du logiciel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Optimiser l’offre alimentaire des différentes populations prises en charge par le service restauration** | * définir l’offre alimentaire standard | * redéfinir le plan alimentaire | * nouveau plan alimentaire |
| * définir l’offre alimentaire des différentes populations | * recenser les différentes populations prises en charge * prises en compte des souhaits des usagers | * actions mises en œuvre |
| * assurer un apport nutritionnel à chaque patient | * enrichir les plats (changement des préparations avec préparations enrichies) | * voir plan alimentaire |
| * Favoriser l’échange entre la cuisine et les services sur les remarques à propos des repas et sur l’organisation inter-service | * Mettre en place des réunions biannuelles d’échange entre la cuisine et les services | * Nombre de réunions * Actions mises en place |
| **Améliorer la performance économique et développement durable** | * Favoriser les achats éco-responsables | * définir des indicateurs * achats éco-responsables | * % d’achats éco-responsables |
| **Composition de l’équipe** | * Anticiper le départ à la retraite de la personne du magasin | * Favoriser les candidatures internes | * organigramme |

CHAPITRE 3 LE PROJET DE SERVICE DES SERVICES TECHNIQUES

Le projet de service du service technique s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (enquête, satisfaction des usagers, avis des instances).

Il prend en compte les actions de la politique achats et de la politique « développement durable.

Le projet a été élaboré avec la participation du responsable des services techniques (réunion du 30 juillet 2014).

**I CONTENU DU PROJET DES SERVICES TECHNIQUES 2011/2016**

Les axes principaux du projet de services des services techniques sont présentés ci-après :

* le projet immobilier,
* les projets de l’établissement,
* optimiser l’efficience des services techniques,
* gestion préventive de la maintenance des équipements,
* permettre aux personnels des services techniques de disposer des compétences nécessaires aux interventions.

**II EVALUATION DES OBJECTIFS DU PROJET DES SERVICES TECHNIQUES 2011/2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Projet immobilier** | Veiller au respect des cahiers des charges | * participation aux réunions de chantier * levées des réserves * dossier dommages ouvrages | * comptes-rendus de chantier * DGD validés et mandatés * 75 % de dossiers DO solutionnés |
| **Projets de l’établissement** | Participation et réalisation des projets | * Accessibilité handicap * Aménagement de 2 studios * Espaces verts du FAS * Construction abri à véhicules * Suivi construction des garages * Suivi aménagement PASA | * + Taux de réalisation : 100 %   + Taux de réalisation : 100 %   + Taux de réalisation : 100 %   + Taux de réalisation : 100 %   + Taux de réalisation : 100 %   + Taux de réalisation : 100 % |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Projets de l’établissement** | Participation et réalisation des projets | * Dossier « rénovation des locaux du FAS » * Création d’une salle d’activité au FAS | * + 2016 : 1ère phase   + Taux de réalisation : 100 % |
| **Projets de l’établissement** | Participer à l’amélioration des conditions de travail | installation d’un rail de transport en lingerie | satisfaction des utilisateurs |
| Réflexion dossier CLACT | Réalisation des actions |
| **Optimiser l’efficience des services techniques** | Assurer l’efficience des installations énergétiques | Rénovation de la chaufferie du FAM « les jonquilles » | Fin des travaux novembre 2016 |
| **Gestion préventive de maintenance des équipements** | mise en place de la fiche de « suivi matériel » | Réalisé | nombre de fiches mises en place |
| **Permettre aux personnels techniques de disposer des compétences nécessaires aux interventions** | * formations * VAE * Habilitations règlementaires | * Réalisé * En cours * réalisé | * attestations de formation * accompagnement * attestations de formation |

**III LES GRANDS AXES DU PROJET DES SERVICES TECHNIQUES 2017/2021**

Le projet de service des services techniques porte sur les grands axes ci-après :

* Participation aux projets de l’établissement
* Optimiser l’efficience des services techniques
* adapter les compétences du service technique aux besoins de l’établissement.

Il participe à la mise en œuvre de la politique « développement durable » et de la politique achat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Participer aux projets de l’établissement** | Améliorer l’hébergement des personnes handicapées | rénovation des locaux du FAM « les jonquilles » | * 2017 : 2ème phase   2018 : 3ème phase |
| Participer à l’amélioration des conditions de travail | Aménagement d’un parking pour les personnels | 2017 |
| **Optimiser l’efficience des services techniques** | Assurer le suivi des besoins | Définir les besoins | Besoins bénéficiant d’un suivi |
| Exploitation des bons de travaux pour une aide à la décision | * Analyser les bons de travaux * Réaliser des statistiques des bons de travaux * Actions correctives | * Rapport d’activité * Actions correctives menées |
| Assurer l’efficience des installations énergétiques | Mettre en place un suivi énergétique | * Analyser des indicateurs * Actions correctives mises en place |
| Participer à la politique sécurité et gestion des risques | Suivi des contrôles et obligations règlementaire | * Registre de sécurité * Carnet sanitaire * Actions du compte qualité sécurité et gestion des risques |
| **Adapter les compétences aux besoins futurs de l’établissement** | Adapter les compétences aux besoins futurs de l’établissement | * Définir les besoins (1 électricien, 1 plombier, 1 polyvalent (peinture, plâtre, menuiserie), 1 polyvalent (idem précédent + espaces verts), 1 manutentionnaire * Recenser les compétences existantes * Profiter des départs à la retraite pour recomposer l’équipe | * Compétences présentes * Réussite au diplôme de chauffagiste |
| Anticiper le départ à la retraite du responsable de service | Effectuer le recrutement | Contrat de recrutement |

**CHAPITRE 4 PRINCIPAUX AXES MANAGERIAUX DES SECTEURS FINANCE, RESSOURCES HUMAINES, ADMISSIONS**

L’établissement est membre du groupement hospitalier de territoire « Vosges ». La mise en œuvre des fonctions mutualisées par le Centre Hospitalier Emile Durkheim d’Epinal – Golbey, établissement support désigné pour 3 ans, définira de nouvelles relations de complémentarité entre l’ensemble des membres du GHT et aura une incidence sur la gestion de l’établissement.

Le développement des outils de gestion et des moyens d’information de même que la maîtrise des coûts demeurent des priorités managériales pour les différents secteurs. Les responsables de service disposeront des indicateurs d’activité et de suivi budgétaire.

Les objectifs annuels de l’établissement tant en matière de paramètres opérationnels qu’en actions de progrès seront clairement formulés, diffusés et évalués. Ils seront déclinés au niveau de l’encadrement de l’établissement qui aura pour mission de les redécliner auprès des équipes. Ces mêmes objectifs constituent les fondements de la mesure de performance des responsables.

Les évolutions 2017 – 2021 :

* La mise en œuvre de la modulation à la tarification à l’activité en SSR,
* Le renforcement des partenariats à travers la mise en place des filières de soins et des fonctions mutualisées
* L’exploitation des indicateurs, des enquêtes et des éléments statistiques
* Définir des axes de recherche d’efficience avec formalisation d’objectifs mesurables
* Mettre en œuvre la politique « achat » en communicant autour du processus « achat », en étant vigilant aux achats éco-responsables
* S’assurer de la fonctionnalité du matériel acheté
* Mettre en place des outils de suivi et d’évaluation de l’efficacité des actions entreprises
* Améliorer l’appropriation des outils présents au sein de l’établissement pour les personnels
* Participer à la mise en œuvre des plans d’actions des différentes politiques (idendito-vigilances, achat, handicap, développement durable…)

**11ème Partie LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE**

**Introduction**

Conscient des impacts des activités de l’établissement sur l’environnement, le Centre Hospitalier de Châtel sur Moselle s’engage dans une politique de développement durable prenant en compte la dimension environnementale, économique et sociale. Cet engagement s’inscrit dans le cadre de nos missions de soins, de prévention et d’éducation pour une démarche environnementale de progrès permanent, volontariste et exemplaire.

Notre politique définit cinq cibles :

* lutter contre le changement climatique et améliorer la protection de l’atmosphère,
* préserver les ressources,
* agir sur notre production de déchets,
* assurer la promotion du développement durable,
* promouvoir l’efficience de l’établissement au travers de sa performance sociale,

**Chapitre 1 EVALUATION DES ACTIONS MISES EN PLACE DEPUIS LA V2010**

Les actions de l’actuel projet développement durable sont :

* la levée de la recommandation suite à la V2010,
* l’évaluation de la mise en œuvre du plan d’actions,
* la mobilisation et l’information des personnels.

Le degré de réalisation du plan d’actions validé suite au diagnostic est estimé à :

* 50% de réalisation,
* 33% d’actions en cours,
* 17 % d’actions non commencées.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Levée de la recommandation suite à la V2010** | S’engager dans une démarche développement durable | * Réalisation d’un diagnostic développement durable * Elaboration d’un plan d’actions * Elaboration d’une politique développement durable * Intégration d’un volet développement durable au PAQSS | Politique et plan d’actions validés et diffusés  Bilan du plan d’actions  Levée de la recommandation |
| **Evaluation de la mise en œuvre du plan d’actions** | Pilotage de la démarche :   * élaborer une politique développement durable (DD) * identifier et former un référent DD | * réalisée * formation inscrite au plan de formation | * politique validée et diffusée * bilan de mise en œuvre du plan d’actions * attestation de formation |
| Achats éco-responsable :   * définir une politique éco-responsable * former les acheteurs aux achats éco-responsables | * réalisé * 2 personnels formés | * charte validée et diffusée * attestations de formation |
| **Evaluation de la mise en œuvre du plan d’actions** | améliorer ou mettre en place des outils de recensement des consommations (produits achetés, énergie consommée, déchets produits) | * en cours : recensement des produits acheté en cours : produits d’entretien, cartouches d’encre, papiers, colles, peintures * réalisé : énergie consommée (compteurs d’énergie : bois, gaz, solaires), tableau de bord par type de déchet |  |
| Installer des compteurs divisionnaires d’eau par service | * En cours : reste le FAM * Impossible pour le patio et l’IME | Relevés des consommations d’eau |
| Acquisition de poubelles « tri sélectif » pour l’extérieur et l’espace détente | * réalisée |  |
| Réaliser un diagnostic de performance énergétique | * réalisé |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Actions** | **Résultats** | **Indicateurs** |
| **Mobilisation et information des personnels** | Organiser des campagnes de sensibilisation vers les personnels | En cours | Diffusion d’affiches dans les locaux sales |
| Insérer au journal interne les consommations d’énergie de l’établissement | réalisée |  |
| Organiser une campagne de sensibilisation vers les usagers | Non commencée |  |
| Intégrer la notion de DD au programme de formation | En cours | Plan de formation |

**Chapitre 2 LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE 2017 / 2021**

**I - LES GRANDS AXES DU PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE**

Le projet développement durable s’appuie sur le programme d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), sur les comptes qualité et sur des résultats d’évaluation (diagnostics, satisfaction des usagers, avis des instances…).

Ce projet est en cohérence avec la politique développement durable, la charte des achats éco-responsables, la politique « achats » et la gestion économique et financière.

Il a été élaboré en concertation avec le responsable « développement durable », les responsables des services techniques et des finances/services économiques.

Les axes principaux du projet développement durable sont :

* le pilotage de la démarche DD
* les achats éco-responsables,
* la gestion des énergies,
* la mobilisation et l’information des personnels,
* la gestion des déchets.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Pilotage de la démarche** | Actualiser la politique DD | Réviser la politique développement durable (DD) | Politique révisée et diffusée |
| Former un référent développement durable | Elaborer une fiche missions du « référent DD » | Fiche de missions validée et diffusée |
| **Achats éco-responsables** | Privilégier les achats éco-responsables | Evaluer la politique d’achats éco-responsable |  |
| Poursuivre la formation « fonction acheteur » | Plan de formation |
| **Gestion des énergies** | Connaître les consommations d’eau | Installer des compteurs divisionnaires d’eau pour le FAM | Relevés des consommations d’eau |
| Etudier la possibilité d’installer un détecteur de mouvement sur les lampadaires à l’arrière de l’établissement | Détecteurs installés |
| Fixer des indicateurs de consommation (M3 chauffé, M2 éclairé, consommation d’eau/personne) | Indicateurs diffusés |
| **Mobilisation et information des personnels** | Sensibilisation des personnels | Organiser des campagnes de sensibilisation vers les personnels | Thèmes validés et diffusés |
| Intégrer la notion de développement durable au programme de formation « nouveaux arrivants » | Programme de formation |
| **Mobilisation et information des usagers** | Sensibilisation des usagers | Organiser une campagne de sensibilisation vers les usagers | Thèmes validés en CDU |
| **Gestion des déchets** | Actualisation la procédure « circuit des déchets » | Réviser la procédure « circuit des déchets » | Procédure révisée et diffusée |
| Réduire la production de déchets | Recensement des déchets par service | Plan d’actions |
| Réaliser un état des lieux sur le tri des déchets | Plan d’actions |
| Améliorer le tri des déchets | Rapport d’activité |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Objectifs intermédiaires** | **Actions programmées** | **Indicateurs** |
| **Gestion des déchets** | Réduire la production de déchets | Réduire la quantité d’emballage | % de fournisseurs |
| Elaborer une politique « gestion des déchets valorisables et de lutte contre le gaspillage » | Politique validée et diffusée |
| Prévention des TMS : transport des déchets, installation d’une rampe pour accéder aux conteneurs | Comptes-rendus CHSCT |