



Projet d'établissement 2017 – 2021



AVIS DES INSTANCES

Ce document a fait l'objet d'une approbation à l'unanimité lors des instances ci-dessous :

Directoire : 14/09/2017

CME : 14/09/2017

CSMIRT : 11/09/2017

CTE : 12/09/2017

Conseil de Surveillance : 15/09/2017

PRESENTATION

Ce projet d'établissement présente, pour les cinq prochaines années, les principales orientations stratégiques de l'Hôpital de Crépy-en-Valois, dans son environnement ainsi que ses différentes composantes. La stratégie de l'Hôpital s'inscrit dans une nouvelle dynamique qui met en exergue ses valeurs, ses missions ainsi que ses modalités d'organisation internes et externes.

Ce document évolutif est issu d'un long travail en amont suscitant des axes de réflexion à la fois médicaux et non médicaux. Ce projet s'appuie sur l'analyse des besoins du territoire et de sa population permettant de dégager des perspectives en termes de prise en soins.

Dans les différents volets que le projet comporte, celui-ci définit une organisation pour les cinq prochaines années autour :

- De l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patient/résidents
- De la performance et du bien-être des professionnels
- Du développement d'une logique de gestion médico-administrative

SOMMAIRE

Avis des instances

Présentation

Pourquoi écrire un projet d'établissement ?

Méthodologie

1. UN ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL EN MUTATION	7
1.1 Le cadre établi	7
1.1.1 Les indicateurs en santé publique et données démographiques de la région des Hauts-de-France.....	7
1.1.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sanitaire (CPOM)	8
1.1.3 Le schéma départemental.....	15
1.1.4 Les conventions tripartites.....	16
1.2 Un cadre en mutation	20
1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens médico-social (CPOM).....	20
1.2.2 De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire.....	21
1.3 Un cadre structurant	22
1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire (GHT).....	22
1.3.2 Les coopérations	25
2. L'HOPITAL DE CREPY-EN-VALOIS	26
2.1 L'Identité	26
2.1.1 Le statut juridique	26
2.1.2 L'historique	26
2.1.3 Les capacités et types d'accueil	28
2.1.4 Le profil des personnes accueillies	28
2.2 Ses valeurs et missions	29
2.3 Ses engagements	30
2.3.1 L'Hôpital un lieu laïc d'accueil pour tous :	30
2.3.2 Le développement durable	31
2.4 Etat des lieux, forces, faiblesses et enjeux de l'hôpital	32
2.5 Les orientations stratégiques 2017-2021	33
2.6 Le pilotage de l'hôpital	36
2.6.1 L'organigramme.....	36
2.6.2 La politique managériale.....	36
2.6.3 Les instances et commissions	37
2.6.4 L'enrichissement de la vie institutionnelle au sein du GHT.....	39
3. LES CONTOURS DE L'ACTION AU PROFIT DE L'USAGER ET DE SON ENTOURAGE	39
3.1 Le projet qualité, gestion des risques et sécurité des soins	39
3.1.1 Dynamiser le système de management de la qualité.....	39
3.1.2 Promouvoir le respect des droits des usagers	43
3.1.3 Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques professionnelles.....	47
3.1.4 Assurer la maîtrise des risques.....	48

3.1.5 Développer une culture sécurité des soins.....	51
3.1.6 Améliorer la prise en soins des patients et des résidents.....	52
4. L'HOPITAL, UN AVENIR, DES PROJETS.....	57
4.1 Le projet médical et de soins partagé.....	57
4.1.1 La filière gériatrique du PMSP comme structuration du projet médical.....	58
4.1.4 Les activités médico-techniques.....	79
4.2 Le projet pharmaceutique.....	80
Aspects partagés.....	81
Aspects spécifiques :.....	81
4.3 Le projet de soins.....	83
4.3.1 Le projet thérapeutique.....	88
4.3.2 Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP).....	90
4.4 Des activités relationnelles.....	91
4.4.1 Les animations et activités.....	93
4.4.2 La prise en compte d'un handicap.....	94
4.4.3 Les intervenants.....	95
4.4.4 Les espaces dédiés et organisation.....	95
4.5 Le projet hôtelier.....	97
4.5.1 L'entretien des locaux.....	97
4.5.2 La lingerie.....	98
4.5.3 La restauration.....	98
4.6 Le projet social.....	102
Le cadre : La qualité de vie au travail (QVT), axe majeur du projet social.....	102
4.6.1 La santé et la sécurité au travail.....	104
4.6.2 La gestion et le développement des emplois et des compétences.....	105
4.6.3 L'organisation du travail.....	106
4.7 Le projet du système d'information.....	106
4.7.1 Un système d'information hospitalier convergeant au sein du GHT.....	107
4.7.2 Un système d'information de santé.....	108
4.7.3 Des outils de communication au service des professionnels de l'établissement et des usagers.....	110
4.8 Le projet d'achat et d'approvisionnement.....	111
4.8.1 Le nouveau cadre d'exercice.....	112
4.8.2 Les objectifs et modalités pratiques.....	113
4.9 Le projet architectural.....	116
4.9.1 Le patrimoine.....	116
4.9.2 La maintenance et l'entretien des bâtiments.....	117
4.9.3 Entre accessibilité et sécurisation des sites.....	117
4.9.4 Le projet de réhabilitation.....	119
5. LE SUIVI ET LES MODALITES D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	120

Liste des sigles

Liste des annexes

POURQUOI ECRIRE UN PROJET D'ETABLISSEMENT ?

Le projet d'établissement, établi pour une durée de 5 ans, constitue un document de référence qui comporte deux dimensions :

- **Descriptive** : l'existant, l'état des lieux,
- **Prospective**: les évolutions souhaitables, les ambitions de l'établissement, le chemin à parcourir, les moyens et étapes nécessaires pour atteindre les objectifs.

Le projet d'établissement est avant tout le fil rouge qui justifie l'action de tous auprès des patients/résidents accueillis tout en déclinant la feuille de route de chacun de ces acteurs. En ce sens, il est également vecteur d'informations pour les usagers et les partenaires de l'établissement.

Dans la continuité de son action, l'Hôpital de Crépy-en-Valois a fait le choix de rattacher son activité sanitaire à son activité médico-sociale pour construire un seul et même projet d'établissement où se retrouveront :

- Les valeurs et missions de l'établissement,
- Les spécificités de chaque service,
- Les objectifs à 5 ans de l'établissement.

Ce projet est également un indispensable dans les phases de négociation avec les autorités de tarification à savoir l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France et le Conseil Départemental de l'Oise.

L'objectif du projet d'établissement est de disposer d'un support unique où chaque professionnel retrouve à la fois son service, son quotidien, les valeurs et objectifs de l'ensemble de l'établissement dans lequel il travaille. Pour les patients/résidents et leurs familles, ce document permet de leur représenter la structure ainsi que son fonctionnement.

On peut parler du « passeport » de l'établissement.

Porteur d'une vision sur les 5 prochaines années, le projet d'établissement a été élaboré en essayant de capter auprès de tous, les grands enjeux ainsi que les préoccupations pratiques de chacun.

Ce prisme d'entrée en vue de la réalisation de ce nouveau projet d'établissement a permis de dégager la méthodologie suivante.

METHODOLOGIE

L'établissement n'a pas fait appel à un consultant extérieur mais a missionné un stagiaire de direction en le positionnant comme pilote et rédacteur du projet.

Etape 1 : Phase de diagnostic

Bilan du projet d'établissement 2011-2015

Un bilan du précédent projet d'établissement a été dressé avant d'entamer la démarche du nouveau projet. Ce bilan a permis de constater que la majorité des objectifs fixés dans le projet d'établissement 2011-2015 a été atteinte.

- 73,94% d'actions réalisées (soit 139/188) ;
- 6,38% actions annulées (soit 12/188) ;
- 19,68% actuellement en cours ou restant à réaliser (soit 37/188).

Ces actions seront reconduites dans le prochain projet d'établissement 2017-2021.

Diagnostic/ Etat des lieux

Le diagnostic établi permet de mettre en évidence les forces et faiblesses de l'Hôpital de Crépy-en-Valois aussi bien dans son contexte que dans son fonctionnement. Sur les thèmes suivants : Architecture/Activité/Organisation factuelle et ressentie/Ressources humaines, fonctionnement des équipes/Institution/Finances et budget.

Ce diagnostic a permis à l'établissement de valoriser les forces constatées mais avant tout d'identifier les axes sources d'amélioration.

Etape 2 : Phase de structuration de la démarche

- Pilote et rédacteur unique (version globale + version synthétique)
- Structuration du sommaire du projet d'établissement
- Désignation de référents thématiques + modalités de recueil de l'information
- COPIL large ouvert à tous

Etape 3 : Phase participative

Le lancement

- Communication auprès des instances de l'établissement (CTE, CME, CSIRMT, DIRECTOIRE, CVS et CDU) : présentation de la démarche et de son calendrier
- COPIL de lancement : 28 février 2017 : 27 participants) suite à appel à candidatures à l'ensemble des professionnels : Ordre du jour :
 1. Présentation de la démarche projet et de son calendrier
 2. Validation des modalités de recueil des valeurs et missions de l'établissement
 3. Partage sur le diagnostic 2011-2015
 4. Définition des orientations stratégiques de l'établissement 2017-2021

La sollicitation pour une réflexion collective

- Choix du COPIL de lancer un QUIZZ à destination de l'ensemble des professionnels pour déterminer les valeurs et missions de l'établissement :
 - o Période mars 2017
 - o Taux de retour de 50% (86 réponses)
- Groupe de travail des usagers intégrant :

- o représentants des usagers issus de la CDU
- o représentants des résidents et des familles issus du CVS
- o référents bienveillance de l'établissement
- Travaux dans le cadre du GHT (groupes de travail relatifs aux achats, à la filière gériatrique...)
- Rencontres collectives des professionnels pour recueillir leurs avis
 - o Choix validé en COPIL : les groupes de travail « classiques » remplacés par des rencontres plus brèves et plus synthétiques
- Entretiens individuels menés par le rédacteur

Etape 4 : Phase de validation des axes structurants

COPIL du 4 avril (8 participants) avec comme ordre du jour :

1. Proposition et validation des valeurs et missions de l'établissement / des orientations stratégiques 2017-2021
2. Point d'étape sur les groupes de travail et recueils d'informations.

Validation des instances en juin 2017

Etape 5 : Phase de relecture

En amont, des relectures ont été réalisées par le représentant de l'établissement afin d'étoffer et d'apporter des informations à la première base rédactionnelle.

Un COPIL de relecture a été réalisé le 14 juin 2017 avec l'équipe de direction pour recueillir les avis de tous sur le document afin de pouvoir le réajuster.

Etape 6 : Phase de validation

Présentation aux instances de septembre 2017 pour validation en octobre 2017 = 1 mois de relecture pour chaque membre des instances de l'établissement

Etape 7 : Phase de diffusion

- En interne :
 - o Version globale sur les documents partagés « SAMBA » + à chaque membre d'une instance de l'établissement
 - o Version synthétique transmise à chaque professionnel
- En externe :
 - o Site internet
 - o Envoi d'une version globale à chaque autorité de tarification et aux partenaires privilégiés
 - o Envoi d'une version synthétique à tous les autres partenaires

1. UN ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL EN MUTATION

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est doté d'une spécificité puisqu'il est marqué par un environnement sanitaire avec une activité de Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) mais également par un environnement médico-social avec ses Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

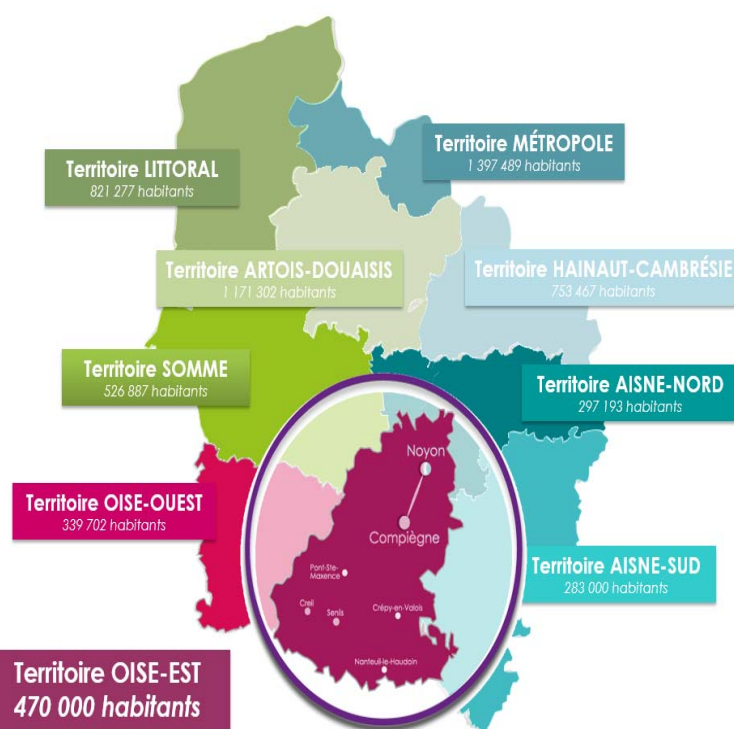
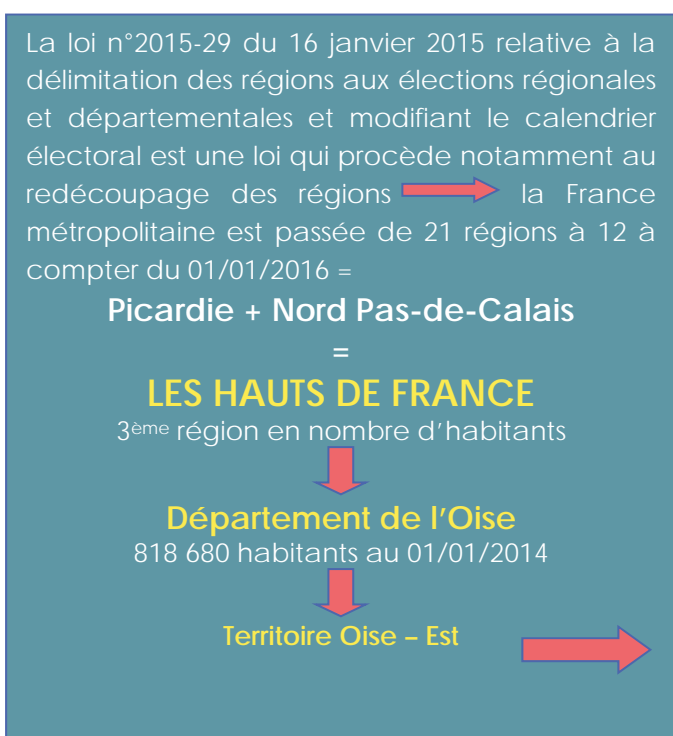
Implanté en cœur de ville et distant de 25 kilomètres des centres hospitaliers les plus proches, l'Hôpital défend la notion de proximité en vue de garantir un accès facilité aux soins et un accompagnement médico-social.

C'est en effet dans la proximité que se gagneront les principaux défis qui se posent à savoir : garantir pour tous l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire et réussir à construire des prises en charge fluides et efficaces pour les patients de plus en plus souvent atteints de pathologies chroniques, de plus en plus vulnérables, par leur âge, leur maladie, leur isolement ou leur situation sociale.

Pour ce faire, l'Hôpital de Crépy-en-Valois est un établissement de proximité articulant son action avec les acteurs de villes et les hospitaliers en vue d'être reconnu pour ses qualités de prise en soins et son accompagnement de vie pour les patients et résidents accueillis.

Au carrefour des logiques sanitaires et médico-sociales, l'établissement développe sa dynamique dans un environnement en perpétuelle évolution.

1.1 Le cadre établi



1.1.1 Les indicateurs en santé publique et données démographiques de la région des Hauts-de-France

Le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans, mais aussi de répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, souvent poly pathologiques, fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7% des plus de 60 ans. Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum

de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours de santé sans perte de chance.

Les chiffres clés en santé de la région des Hauts-de-France :



120
Etablissements
de santé



59 établissements publics
de santé
61 établissements privés
de santé

Focus SSR gériatriques = 2397 lits autorisés - 71 établissements

Nord : 11053 lits / Pas-de-Calais : 1457 lits / Aisne : 1339 lits / Oise : 1346 lits / Somme : 1187 lits

Données issues du bilan gériatrique 2015



Plus de 72 000 places dans les 1 073 établissements et services d'accueil des personnes âgées, dont **44 858 places dans 579 EHPAD**.



Montant des dépenses de santé en 2014 équivalent à **17,741 milliards d'€**.

Ressources allouées en 2014 par les ARS de la nouvelle région, à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux de **4,151 milliards d'€**.

L'ex région Picardie avait en 2015 la plus faible densité de médecins généralistes en France, soit environ 90 médecins pour 100 000 habitants. Par comparaison en 2016, la région Ile-de-France comprenait 512 médecins pour 100 000 habitants. L'Hôpital de Crépy-en-Valois est confronté à cette baisse d'attractivité médicale qui engendre des difficultés dans le recrutement de médecins. Pour autant, la Picardie est une des régions où l'on consultait le plus fréquemment son médecin généraliste : 4.3 fois en moyenne par an (5^e rang national). D'où une consommation de soins de ville avoisinant les 45% de la totalité des dépenses de santé en 2014 sur le territoire de l'ancienne région.

Le pendant de ce fort recours à la médecine de ville se caractérise à l'Hôpital de Crépy-en-Valois par un pourcentage stable d'admissions directes en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent adulte en hospitalisation complète, à savoir 30%. Ce résultat met en exergue l'intérêt d'un tel établissement sur le territoire vis à vis des besoins de la médecine libérale dans la prise en charge de la population concernée. A noter qu'au niveau régional les admissions directes représentent 15.47% des entrées en SSR gériatrique. Le taux de recours à l'activité de SSR en hospitalisation complète en 2014 est supérieur en Picardie (479.1) comparé au Nord-Pas-de-Calais (432.6), cependant, ce phénomène tend à s'inverser concernant l'hospitalisation partielle puisque le Nord-Pas-de-Calais comptabilise un taux de 59.7 contre 38.3 en Picardie.

1.1.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sanitaire (CPOM)

Négocié et conclu entre les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les établissements de santé, ce contrat constitue une obligation réglementaire résultant de l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ces CPOM de 1^{ère} génération avaient pour obligation de mettre en œuvre le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et accompagner les priorités médicales des établissements. Plus précisément, le CPOM avait vocation à déterminer les conditions du financement et les critères de qualité au regard desquels l'évaluation devait s'effectuer.

En pratique et en tenant compte de la localisation dans le territoire de santé, le CPOM déterminait :

- Les principales orientations du projet médical
- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de santé en vue d'améliorer le parcours de soins des patients/résidents

Ainsi que ses engagements en termes de :

- Accès aux soins, continuité des soins et service rendu au patient
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Efficacité de son organisation et d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue
- Développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées (et, le cas échéant, les activités de télémédecine qu'il développe)

Le CPOM devait fixer les contreparties financières associées à ses engagements contractuels.

Les CPOM 2007-2012 issus du décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 ont prolongé cette dynamique.

Ils continuaient à déterminer les orientations stratégiques et les restructurations des établissements sur la base du projet régional de santé (PRS) et notamment du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ils précisaient les engagements relatifs du service rendu aux patients, les conditions de garantie de la continuité des soins et les actions de coopération. Ils fixaient les objectifs quantifiés des activités de soins ainsi que les équipements lourds autorisés, les indicateurs de qualité de soins et ceux de maîtrise médicalisée des dépenses.

Ils spécifiaient le cas échéant les missions de service public des établissements.

Ce contrat était avant tout une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'engageaient envers une ou plusieurs autres. Il était avant tout un acte authentique qui constatait cet engagement.

Issu de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » dite HPST du 21 juillet 2009, le décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 élargit le périmètre et les CPOM deviennent de véritables outils de déclinaison des projets régionaux de santé (PRS).

Ce dernier, pour l'ex région Picardie, arrêté le 28 décembre 2012 est orienté vers deux objectifs principaux :

- Améliorer la santé des Picards, dans une région marquée par des indicateurs et des déterminants de santé défavorables
- Préserver l'accès aux soins de proximité, face aux manques d'attractivité de la région vis-à-vis des professionnels de santé

PREVENTION : Agir sur les déterminants de santé, les lieux de vie et les addictions

OFFRE DE SOINS : Répondre aux besoins de la population, en créant les conditions nécessaires à la fidélisation des professionnels

Face à un exercice et à des pratiques médicales en pleine mutation, l'organisation proposée vise à garantir l'égalité d'accès aux dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement, quels que soient le territoire et les ressources des usagers. Ainsi, l'accès à une prise en charge en urgence sera assuré en moins de 30 minutes sur l'ensemble des territoires. Dans le champ ambulatoire (médecine de ville), les efforts doivent porter sur l'installation et les conditions d'exercice des professionnels de santé : mobilisation de tous les dispositifs incitatifs nationaux, encouragements des initiatives régionales et locales, identification de zones prioritaires, développement des stages en cabinet généraliste, création de maisons de santé...

Le volet hospitalier est quant à lui fondé sur plusieurs engagements forts, dans une région en manque de médecins. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ne décide ainsi d'aucun retrait d'autorisation en médecine, chirurgie, obstétrique, accueil d'urgence. Ce choix volontariste et ambitieux, vise à consolider l'actuel maillage territorial des établissements de santé, en particulier publics, afin de préserver l'accès à des soins de proximité pour la population. Mais il emporte trois conséquences : une grande vigilance sur la qualité et la sécurité des soins, une graduation rigoureuse des soins entre les établissements de santé, des démarches systématiques de coopération des établissements.

OFFRE MEDICO-SOCIALE : Développer les services à la personne et donner la priorité au maintien en milieu de vie ordinaire

L'offre médico-sociale est articulée avec les schémas des Conseils départementaux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

La volonté de l'ARS est de développer une offre plus diversifiée, moins institutionnelle, permettant aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'exercer un libre choix de vie et de parcours de soins. Il s'agit notamment de promouvoir le maintien en milieu de vie ordinaire et de mieux organiser les dispositifs de répit au bénéfice des aidants.

Ces objectifs doivent être poursuivis dans un cadre budgétaire contraint, en conciliant donc des impératifs de qualité, d'équité et d'efficacité.

Ils sont déclinés et structurés en trois niveaux :

- Le plan stratégique régional de santé (PSRS).
- Trois schémas régionaux :
 - Schéma régional de prévention : agir sur les déterminants de santé, les lieux de vie et les addictions
 - Schéma régional de l'offre de soins : répondre aux besoins de la population, en créant les conditions nécessaires à la fidélisation des professionnels
 - Schéma régional de l'offre médico-sociale : développer les services à la personne et donner la priorité au maintien en milieu de vie ordinaire
- Des programmes d'application de ces schémas

La déclinaison opérationnelle, par objectifs et par actions, des orientations du projet régional de santé et notamment du schéma régional de l'organisation des soins, est illustrée pour chaque établissement à travers le CPOM qui est négocié dans le respect du principe d'autonomie de la structure.

Pour l'Hôpital de Crépy-en-Valois, ce dernier a été signé le 27 décembre 2013 pour une application au 1^{er} janvier 2014 du contrat socle et de ses annexes 1 et 2 qui fondent l'unique orientation stratégique retenue au terme de la négociation, à savoir,

⇒ **Conforter le positionnement de l'établissement comme structure de proximité au sein de la filière gériatrique du territoire Oise-Est.**

Cette dernière, issue de l'orientation n°2 du plan stratégique régional de santé « Faciliter la prise en charge et l'accompagnement de proximité » s'est déclinée en objectifs opérationnels qui se sont illustrés depuis 2014 de la façon suivante :

⇒ **Optimiser l'accès privilégié et direct au court séjour CHCN afin d'éviter le passage systématique par le service des urgences :**

10.63% de transferts en CSG ont été réalisés en 2015, ce pourcentage reste minime.

⇒ **Développer les alternatives à l'hospitalisation par le conventionnement (HAD en EHPAD, SSIAD) :**

Plus de la moitié des patients accueillis en SSR retourne à domicile (55.04% en 2016).

En 2014, 74% des patients ont bénéficié d'un bilan social et d'autonomie soit 282 patients. L'ACSSO a été demandée pour 34 évaluations dans le cadre d'un retour à domicile.

L'assistante sociale a réalisé 203 rendez-vous avec les familles, fait deux visites à domicile et 6 rencontres avec les partenaires extérieurs.

La solution alternative de l'HAD en EHPAD reste à développer (1 HAD en EHPAD de 2014 à 2016)

⇒ **Promouvoir les outils de coopération (DPI, DMP, Trajectoire) :**

189 admissions via trajectoire en SSR en 2015. Toujours en 2015, 66.44% des dossiers ont été partagés avec le CHCN.

En 2014, 34.84% des dossiers n'avaient pas été partagés contre 33.56% en 2015, et 32.61% en 2016.

⇒ **Installer une relation étroite avec la médecine de ville (admissions directes SSR, suivi médical en USLD, interface DPI/DMP, soutien au dispositif MMG) :**

27.29% d'admissions directes en SSR en 2016, contre 24.72% en 2015 et 25.8% en 2014 ou encore 30% en 2013. Les admissions directes sont en déclin, soit une baisse de 5.28 point entre 2013 et 2015, mais en augmentation en 2016.

En mars 2014, le site Etienne-Marie de la Hante s'est vu accueillir en son sein une maison médicale de garde.

⇒ **Assurer la pérennité des ressources médicales de l'établissement par le recrutement partagé au sein de la CHT-ONE si nécessaire :**

1 PH à 50% et 1 DIM mis à disposition par le CHCN. Concernant le poste de PH, celui-ci n'est plus vacant depuis juin 2017 via un recrutement direct.

⇒ **Développer les consultations spécialisées avancées au sein de l'établissement en lien avec le CHCN :**

460 consultations neurologiques ont été réalisées en 2016 contre 429 en 2015.

En 2016 : 58% de ces consultations ont été réalisées pour des habitants de Crépy-en-Valois contre 42% pour des patients ne résidant pas sur la ville de Crépy-en-Valois.

Ces illustrations factuelles s'inscrivent dans des actions régionales du PRS qui ont été évaluées et publiées en novembre 2016 par l'ARS dans un rapport intitulé « Rapport d'évaluation du PRS 2012-2017 – PICARDIE ».

A ce titre, il est à noter que l'Hôpital de Crépy-en-Valois a :

profité des

- effets de la charte de coopération en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'établissements et services médico-sociaux de l'Oise, via
 - La signature et l'opérationnalité de la convention entre le CHI de Clermont et les EHPAD de l'établissement, et ce même si des difficultés sont encore perceptibles au niveau de la prise en charge de l'urgence

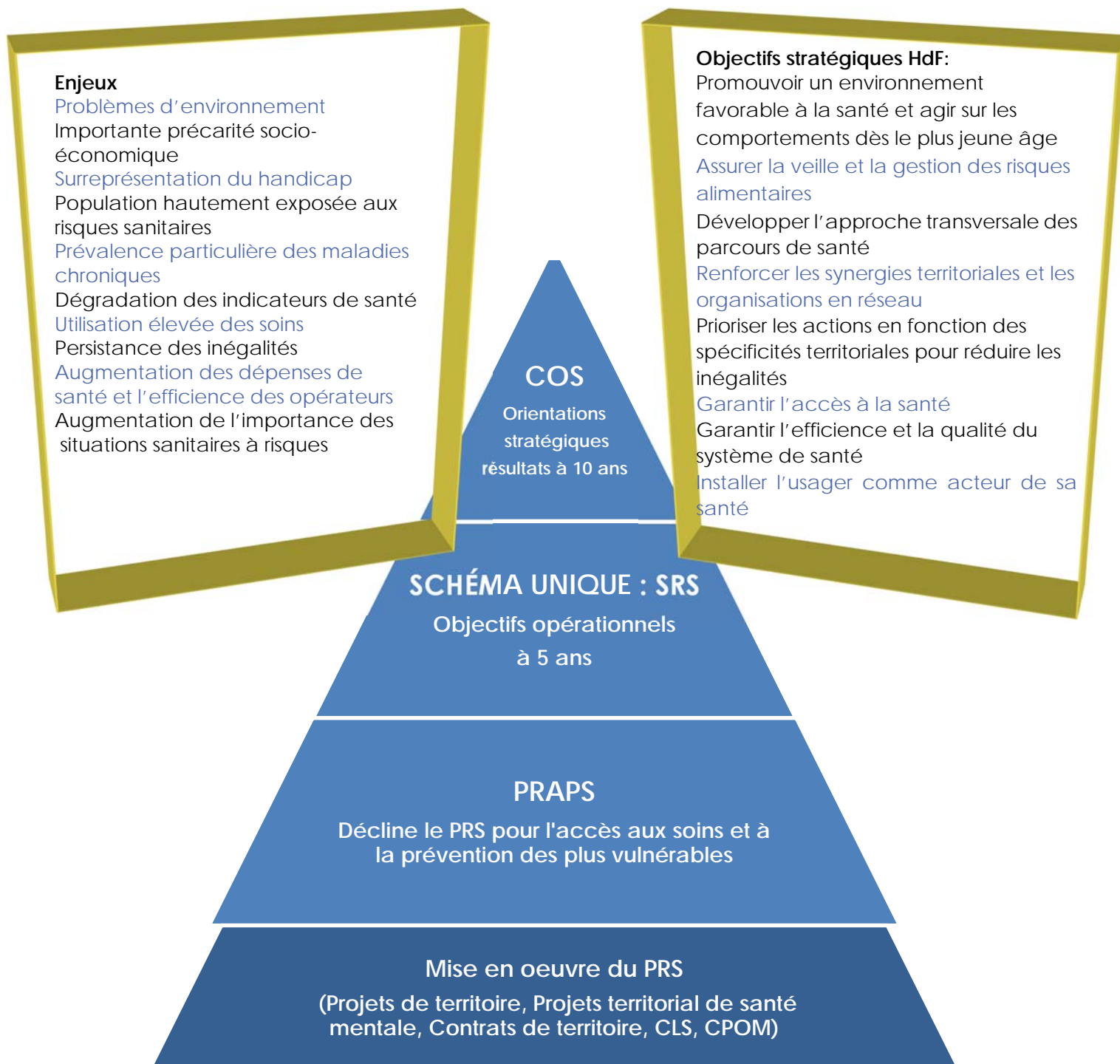
œuvré pour l'accès à la prévention et aux soins en

- PREVENANT les ruptures dans les parcours pour défaut d'accès aux droits :
 - en activant les soins à domicile du territoire (ACSSO) en sortie d'hospitalisation = nécessité forte au regard du pourcentage de retour à domicile : 55.04% en 2016 et 61.83% en 2015
 - en déployant TRAJECTOIRE
 - en privilégiant la filière interne des admissions au sein des services d'hébergement (63% des 15.56% sorties en institution du SSR se font dans les EHPAD de l'établissement)
 - en ayant recours directement au court séjour gériatrique du CHCN
- FAVORISANT le décroisement des secteurs sanitaire et médico-social, essence même de l'identité de l'établissement.

Pour autant, l'Hôpital de Crépy-en-Valois tout comme la ville, n'a pas bénéficié des mesures en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux. En effet, cette « pénurie » de médecin est une forte faiblesse et un véritable défi pour l'établissement dans l'accomplissement de son action sur le territoire.

Ce défi partagé par de nombreux établissements et d'ores et déjà soulevé par les élus locaux est un des chantiers du futur projet régional de santé 2018/2022 défini sous l'appellation « Lutter contre la désertification des professionnels de santé » rattachée à la thématique « Garantir l'accès aux soins ».

En effet, la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure un nouveau projet régional de santé (PRS), maintenu dans son principe, avec 3 nouvelles composantes :



Plus précisément, de quoi sera composé le nouveau Programme Régional de Santé (PRS) ?

Le nouveau PRS entrera en vigueur en 2018, après une période de consultation légale.

Focus sur le nouveau schéma régional de santé :

- **Un schéma régional de santé (SRS)**, couvrant l'ensemble des champs des anciens schémas (prévention, SROS, SROMS). Il est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale et en matière de prévention ou de promotion de la santé. Il a une durée de 5 ans. Il permettra de définir des objectifs opérationnels pour un thème dans sa globalité. Ce cadrage met en exergue deux approches :

- Identifier au niveau régional les principaux points de rupture du parcours sur lesquels des actions seront à mener
- Définir les modalités de travail pour l'identification des ruptures du parcours dans les territoires

D'après cette méthodologie énoncée par l'ARS des Hauts-de-France, l'objectif du futur SRS n'est plus dans le développement de l'offre mais dans son ajustement, sa restructuration selon les besoins au travers une logique de parcours et d'évitement des ruptures.

Le futur schéma, dans sa prévision, s'établira sur 22 chantiers à savoir :

- **Promouvoir un environnement favorable à la santé et Favoriser des bons comportements dès le plus jeune âge**
- **Développer les parcours (prévention, accès, coordination, efficacité, qualité) :** Mère/enfant et Jeunes / **Vieillesse** / Handicaps / Diabètes / Cancer / Santé mentale / Addictions / Maladies cardio-neurovasculaires / Maladies appareil respiratoire
- **Garantir l'accès à la santé :** Lutter contre la désertification des professionnels de santé / Améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées / SI-Télé-Santé / Garantir l'accès aux soins spécifiques / Transfrontalier
- **Garantir l'efficacité et la qualité du système de santé :** Efficacité des établissements de santé et MS et opérateurs de prévention / Diversification de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale / Qualité et sécurité des soins
- **Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires :** Assurer la veille et la sécurité sanitaire (dont le médicament) / Se préparer à la gestion des situations exceptionnelles (interface avec ORSAN)
- **Renforcer les synergies territoriales et fonctionnement en réseau (PTA, GHT, projets de territoires...)**

En tant qu'acteur de santé, l'Hôpital de Crépy-en-Valois est bien évidemment concerné par l'ensemble de ces chantiers mais en raison de sa structuration et du public accueilli, le cadrage prédominant sera celui des problématiques prioritaires et des objectifs opérationnels déclinés dans le chantier VIEILLESSE qui, selon les consultations en cours, se déclineront de la façon suivante :

Les problématiques prioritaires	
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'avancée en âge peut s'accompagner de vulnérabilités qui génèrent des risques de rupture 2. Les difficultés des aidants proches engendrent des risques pour leur santé 3. Les usagers présentent des difficultés d'accès au système de santé 4. les insuffisances d'organisation et de moyens du système de santé et la répartition régionale inéquitable de l'offre créent des fractures 	
Les objectifs opérationnels	Les résultats attendus à 5 ans
Prévenir et repérer la perte d'autonomie -Anticiper et prévenir avec la mobilisation de tous les acteurs potentiels sur les territoires. -Repérer et alerter sur les situations à risque avec des compétences adéquates sans oublier la liberté de chacun. -Dépister la fragilité et la perte d'autonomie.	Prévenir et repérer la perte d'autonomie : -Accompagnement de projets locaux -Déploiement régional de programmes d'ETP sur la problématique des personnes âgées -Déploiement de l'expertise gériatrique à domicile -Accès à des bilans neuro-psychologiques en ville auprès des neurologues libéraux -Organisation de consultations pour les MND optimisée autour de centres experts -Développement de bilans pluridisciplinaires pour les personnes fragiles -Plans personnalisés de santé poursuivis et développés selon l'évolution de l'expérimentation
Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien -Mieux identifier l'aidant et ses besoins et accompagner le couple aidant/aidé (favoriser le repérage des besoins et développer l'évaluation	Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien -Déterminer les objectifs communs avec les CD pour adapter la stratégie sur les territoires de proximité -Plates-formes d'accompagnement ou de répit sur l'ensemble de la région renforcées par une équité territoriale populationnelle.

<p>aidant/aidé ; Reconnaître la place de l'aidant dans l'accompagnement) -Développer des offres de répit accessibles et adaptées aux territoires (offres accessibles et diversifiées : hébergement temporaire mieux identifié dans l'accompagnement des parcours ou encore une offre séquentielle).</p>	<p>-Des actions/outils régionaux ou locaux favoriseront la lisibilité des dispositifs et la communication entre les acteurs. -Les dispositifs de répit feront l'objet d'évaluation.</p>
<p>Ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés -Adapter les moyens et dispositifs des filières gériatriques et de leurs partenaires selon les particularités de territoires (Soutenir la réorganisation du système ambulatoire : organiser la permanence des soins en évitant le recours aux urgences, la continuité des soins, manque de fluidité entre partenaires dont trop de passages aux urgences ; Répartir équitablement les moyens et dispositifs des établissements et services sur les territoires en tenant compte des territoires en difficulté ; Développer les possibilités d'accompagner des situations complexes). -Organiser des réponses spécialisées et graduées à domicile et en établissement (maladies neuro-dégénératives, la psycho-gériatrie, soins palliatifs).</p>	<p>Ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés -Rééquilibrage de l'offre USLD, SSR, SSIAD sera effectué en fonction des besoins identifiés. -Poursuite du développement des PASA. -Sur tous les territoires de proximité : l'hospitalisation complète de SSR gériatriques et les USLD seront présents.</p>
<p>Améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs sur les territoires -Améliorer la connaissance et la lisibilité de l'offre pour les usagers et professionnels pour mieux orienter. -Favoriser le décloisonnement entre dispositifs et acteurs (Favoriser le lien Ville-Hôpital en : assurant un accompagnement en ville optimisé, renforçant les liens ville-hôpital, intégrant les EHPAD au parcours, articulant les dispositifs de coordination, renforçant les réflexions territoriales pour réduire les ruptures de parcours).</p>	<p>Améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs sur les territoires -Poursuite de la labellisation des structures des filières gériatriques de territoire impliquant la ville pour au moins 30%. -Harmonisation d'outils régionaux et locaux favorisant la connaissance et les échanges -Les téléconsultations avec les EHPAD seront poursuivies et feront l'objet d'évaluation. -Déploiement va trajectoire grand'âge dans une perspective de couverture régionale. -Les territoires MAIA seront harmonisés en cohérence avec les territoires d'action du secteur personnes âgées.</p>
<p>Développer la culture commune et la formation gériatrique -Renforcer les compétences dans le champ de la PA (en globalité et sur les spécificités de la PA). Dynamiser des formations et sensibilisations interprofessionnelles par territoire, avec une attention particulière aux territoires en grande difficulté).</p>	<p>Développer la culture commune et la formation gériatrique -Augmentation du nombre de professionnels formés. -Promotion des formations/sensibilisations interprofessionnelles sous forme de journées régionales. -Réflexion sur les universités de Lille et Amiens sur les lieux de stage des internes de gériatrie afin de lutter contre la désertification.</p>

Il convient également d'énoncer la déclinaison « Urgences » du chantier intitulé « Garantir l'accès à des soins spécifiques » où trois orientations se dégagent vis-à-vis des personnes âgées en situation de fragilité à savoir :

- Faire des préconisations sur la prise en compte de l'amont et l'aval : éviter les passages aux urgences pour les personnes âgées et prévoir des dispositifs de sortie rapide (liens ville-hôpital/admission directe en courts séjours gériatriques)
- Rappeler la nécessaire mise en application des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge spécifique des personnes âgées aux urgences ; présence d'une expertise gériatrique aux urgences ou mise en lien directe urgences/expertise gériatrique ; travaux qui seront menés en lien avec les travaux parcours des personnes âgées.

- Développer plus activement les dispositifs de santé connectée ; en particulier ici : proposition d'étendre aux EHPAD volontaires le dispositif de télé expertise / télé décision en urgence existant dans l'Oise (3 EHPAD y participent).

L'ensemble des données précitées relatives à la déclinaison opérationnelle du futur PRS 2018-2022 doivent être étendues comme des axes soumis à amendement et précision puisque la totalité des étapes de consultation auront lieu de septembre à décembre 2017.

Toutefois, il semblait essentiel de les présenter sous leur forme actuelle afin de prendre conscience des grandes lignes du nouveau cadrage régional dans lequel l'action de l'Hôpital de Crépy-en-Valois s'inscrit.

Cette dernière au niveau régional prendra également en compte la dernière brique du PRS à savoir :

- **Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins** des personnes les plus démunies (PRAPS). Ce programme est une déclinaison du SRS et vise à faciliter l'accès au système de santé dans sa globalité et à améliorer les parcours de santé des personnes les plus démunies.

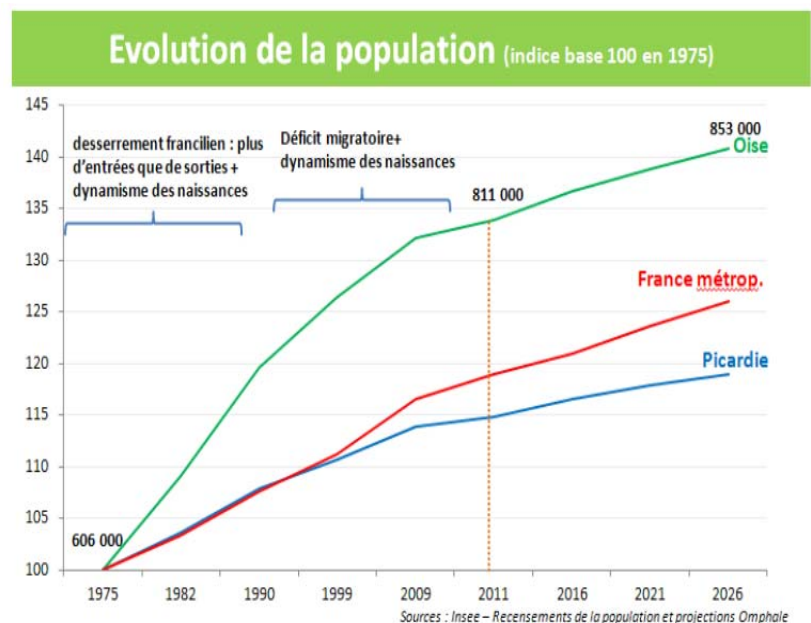
A la frontière entre le sanitaire et le médico-social, ces nouvelles lignes établies de la grande région, qui couvriront la période 2018-2022, seront à articuler avec celles du département de l'Oise qui s'illustrent dans un schéma départemental.

1.1.3 Le schéma départemental

La population a augmenté d'un tiers depuis 1975.

L'augmentation de la population à venir serait plus modeste qu'au niveau national mais toujours plus élevée que la tendance régionale, d'où une part grandissante de la population lsarienne dans la population picarde.

L'Oise, département le plus jeune et le plus dense de la Picardie avec 135 habitants au km², connaît une croissance de population assez homogène sur l'ensemble de son territoire. Il enregistre un taux naturel supérieur à la moyenne régionale et nationale (0,63 % dans l'Oise contre 0,39 % en France).



Le département a porté un programme de créations de places en EHPAD arrêté en 2004.

Depuis, le taux d'équipement en établissements et services de soins de l'Oise est supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale : 149,2/ 1000 habitants de plus de 75 ans contre 121,7 en France et 123,2 en Picardie.

12,6 % de la population picarde aura plus de 75 ans en 2030.

Quelles que soient les hypothèses formulées concernant la fécondité, la mortalité et les migrations, la part des personnes de 65 ans et plus augmentera de manière si importante qu'elle sera supérieure à celle des moins de 20 ans. Cette croissance de la population dépendante sera alimentée principalement par les plus de 85 ans.

Selon l'INSEE, la Picardie dispose du meilleur taux de toutes les régions françaises pour l'équipement en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus (138 lits en Picardie contre 98 en moyenne nationale).

L'hébergement médicalisé cumule les lits des USLD et les places en EHPAD.

Il est cependant inférieur à la moyenne en EHPAD mais supérieur à la moyenne en unités de soins de longue durée (USLD). L'hébergement médicalisé s'est fortement développé depuis les années quatre-vingt-dix, traduisant la vocation plus médicale des maisons de retraite, dans lesquelles l'entrée se fait à un âge de plus en plus élevé et avec de plus en plus souvent des problèmes de dépendance entraînant une diminution des durées de séjour.

Enfin, elle se situe un peu au-dessus de la moyenne pour le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées.

A noter que la région ex-Picardie était la région française dont les institutions accueillent le plus de personnes âgées venues d'autres régions : 12 % des personnes âgées de plus de 60 ans présentes dans les établissements picards de court, moyen ou long séjour proviennent d'autres régions et parmi elles, les deux tiers sont originaires d'Île-de-France. Ces personnes venues d'Île-de-France se concentrent surtout dans les établissements du sud de l'Oise mais également dans le département de l'Aisne. L'équilibre économique d'un EHPAD se trouve à 80 places occupées (Source URIOPSS).

Le profil des résidents d'EHPAD :

	OISE	EHPAD de Crépy-en-Valois
Moyenne d'âge	84 ans	86.05 ans
Taux de bénéficiaires de l'aide sociale	25%	25%
DMS	3 ans et demi	1176 jours soit un peu + de 3 ans
Isariens	67%	80.8%
GMP	Entre 600 et 650	547

- L'accueil de personnes d'autres départements (Île-de-France) contribue à répondre aux besoins de Paris indirectement ;
- Des déficiences principales intellectuelles à 51% ;
- Des déficiences associées avec le handicap psychique qui intervient à l'âge adulte.

Le schéma départemental de l'autonomie des personnes du département de l'Oise arrive à son terme en 2017. Toutefois, les principales priorités du Conseil Départemental, vis-à-vis des EHPAD et USLD pour les années à venir ont été clairement énoncées début 2017, à savoir :

- Prioriser l'accueil et l'hébergement des personnes ressortissantes de l'Oise
- Utiliser et compléter l'outil de suivi des listes d'attente via Trajectoire
- Améliorer et optimiser les taux d'occupation des établissements
 - Hébergement permanent
 - Hébergement temporaire
 - Accueil de jour
- Mutualiser et optimiser les moyens alloués par les dotations en privilégiant les moyens humains consacrés à l'accompagnement des résidents
- Offrir un lieu de vie animé avec une partie de médicalisation
- Offrir une prise en charge adaptée et poursuivre une démarche d'amélioration continue de la qualité
- Anticiper et proposer une adaptation aux exigences sociétales

1.1.4 Les conventions tripartites

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil général et le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

L'article L 313-12 du Code l'action sociale et des familles précise notamment que cette convention doit respecter un cahier des charges conjointement arrêté par le Ministre chargé des personnes âgées et le Ministre des collectivités territoriales.

Cette convention, signée pour 5 ans, a pour objet de :

- Définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières ;
- Présenter les objectifs d'évolution de l'établissement ;
- Fixer les conditions et les modalités d'évaluation des actions à mettre en œuvre.

Elle oblige les établissements à respecter certains principes fondamentaux à savoir le bien-être de la personne âgée, la qualité de sa prise en charge, dans le respect de la charte des personnes âgées en institution, et les conditions financières de cette prise en charge. Les parties signataires s'inscrivent dans un processus continu d'amélioration de la qualité et la sécurité dans l'établissement, la présente convention constituant un « contrat de progrès » pour chacune des parties.

Les dernières conventions pour les EHPAD et l'USLD de l'Hôpital de Crépy-en-Valois ont été négociées et signées par deux des trois parties pour une prise d'effet au 1^{er} janvier 2011 pour une durée de 5 ans.

Ces conventions tripartites reposaient sur la définition :

- D'une présentation de l'établissement ;
- Des objectifs par fiches actions constituant pour les parties des engagements contractuels, ainsi que leur résumé sous forme de tableau synthétique reprenant la planification des actions d'amélioration par étapes de réalisation ;
- Des moyens financiers et humains mis en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Dans la réalité des faits, au cours des 5 années d'application, un bilan peut être dressé au moyen des illustrations suivantes :

Renforcement de la prise en soins :

⇒ EHPAD/USLD

Evaluation gérontologique tracée à chaque entrée dans le dossier informatisé.

Installation de WC dans les chambres en USLD.

Intervention d'un kinésithérapeute ainsi qu'un étudiant stagiaire « Activité Physique Adaptée » (recrutement de ce dernier en 2016).

Limite : la disponibilité des soignants envers les résidents reste restreinte en raison du ratio de personnel insuffisant et de l'absentéisme constaté.

Développement de l'animation relationnelle, physique et psychique :

⇒ EHPAD/USLD

- Apport des autres métiers : éducateur en « Activité Physique Adaptée ».
- Implication forte des partenaires associatifs (VMEH, Inner Wheel, Rotary Club, Les Mimosas)
- Projet hors soins de nursing portés par les soignants : repas à thèmes, Snoezelen, ateliers culinaires, soins esthétiques/coiffure.

Amélioration continue des pratiques professionnelles :

⇒ EHPAD/USLD

Pour continuellement améliorer et renforcer les pratiques professionnelles, des actions sont menées telles que :

- Evaluation des Pratiques Professionnelles (contention, circuit du médicament, écrasement du médicament, hygiène bucco-dentaire, prévention du risque de chutes, alimentation et fin de vie, la toilette chez les personnes non communicantes, la dépression chez la personne âgée, préparation de la sortie du patient...)
- Audit croisé du circuit du médicament avec le réseau qualité
- Comité et retour d'expérience (CREX)

- Référents soins nommés dans différents domaines de risques tels que l'hygiène, la bientraitance, la douleur, l'alimentation, le médicament, les escarres.
- Une sécurité des soins en continue par le biais d'action en identitovigilance, formation à la déclaration d'évènements indésirables, questionnaire bientraitance...

Le logiciel IGEQSI qui permet d'évaluer la qualité des soins (ce sont les SIIPS qui permettent de déterminer la charge en soins) a été mis en place et 8 auditeurs ont été formés.

La gestion documentaire est assurée continuellement par l'ingénieur qualité de l'établissement.

L'Hôpital participe ponctuellement aux campagnes interrégionales, comme en 2016 sur le thème « contentions ».

Amélioration de l'intégration des professionnels dans l'établissement :

⇒ EHPAD/USLD

Par le biais de :

- Temps d'accueil pour les stagiaires soins
- Journée d'accueil pour les nouveaux professionnels
- Livret d'accueil des nouveaux arrivants

Maintien et accroissement du niveau de sécurité des équipements :

⇒ EHPAD

Un système d'appel malade est installé sur les trois sites dont un système anti-fugue sur les sites de St Lazare et Etienne-Marie de La Hante courant 2014. Ce système est essentiel pour la mise en sécurité des résidents mais à la fois un gage de sécurité pour les soignants ainsi que pour la direction (sécurité juridique).

Deux portails électriques ont été installés sur le site des Primevères.

En 2017, deux ascenseurs d'Etienne-Marie de La Hante, ont été remis aux normes.

Informatisation du dossier de soins

⇒ EHPAD/USLD

Le passage au dossier patient informatisé, fut un défi nécessaire pour l'établissement.

Relevé avec succès, le dossier patient informatisé partagé avec le CHICN (DxCare) permet depuis 2012 une accessibilité des données patients par les professionnels de santé de chacun des établissements peu importe le lieu de soin qu'il soit à Compiègne, à Noyon ou à Crépy-en-Valois.

Le nombre d'ordinateurs a fortement augmenté pour permettre un usage aisé.

C'est un gage de sécurité dans la continuité de la prise en soins qui est parfois jalonnée de transferts entre le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois, à noter qu'environ 10%, en 2015, des transferts du service de SSR se font directement en court séjour gériatrique.

Pour autant, des difficultés de stabilité de connexion persistent.

Développement de l'informatisation des circuits logistiques et techniques

⇒ EHPAD/USLD

A ce jour, l'Hôpital bénéficie d'un logiciel spécifique à la gestion des repas avec « HESTIA ». Pour les commandes de protections, pharmacie, repas, papeterie, l'Hôpital utilise « Excel ».

L'Hôpital compte un nombre d'ordinateurs suffisant pour un travail effectif des équipes, le renouvellement doit être planifié et assuré. L'établissement ne dispose pas d'un logiciel spécifique à la gestion des bons de travaux. Toutefois, un projet est en cours dans le cadre du plan pluriannuel d'investissement.

Inscription dans la démarche de filière gériatrique de territoire

⇒ EHPAD

Concernant la continuité des soins exercée au sein de l'Hôpital de Crépy-en-Valois, une astreinte médicale est effective.

En effet, cette continuité des soins est assurée sous forme de permanence les soirs, week-end et jours fériés, afin d'assurer une prise en soins continue pour les établissements de l'Hôpital de Crépy-en-Valois. Cette permanence est partagée avec 2 autres établissements à savoir la maison de retraite d'Antilly et le Foyer d'accueil médicalisé la Sagesse (Association Béthel).

Cette continuité est essentielle pour le fonctionnement de la structure. En effet, en 2016, près de 130 appels ont été réalisés auprès des médecins de garde par les équipes soignantes et dans 50% des cas, le médecin d'astreinte s'est déplacé.

Fragilités : départ effectif en 2017 de 2 des 6 médecins réalisant cette permanence. La question de la survie de cette organisation va se poser.

- Mise en place du GHT
- Participation aux travaux de la MAIA

Mise en place d'un secteur Alzheimer

⇒ EHPAD

Un secteur sécurisé, le secteur « Coquelicot » a ouvert ses portes en 2012 pouvant accueillir 30 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (2*15 lits). Il permet un meilleur accompagnement de ces personnes dans un milieu sécurisé.

Il y a eu une formation sur les projets de vie appelés « Projet d'Accompagnement Personnalisé ».

Comme tous les résidents des 3 sites, les résidents du secteur « coquelicot » bénéficient eux aussi d'un projet d'accompagnement personnalisé qui permet un accompagnement adapté en fonction des besoins, désirs et demandes de la personne.

Quatre aides-soignantes ont suivi la formation d'assistante de soins en gérontologie (formation spécifique pour la prise en soins de personne Alzheimer).

Des ateliers thérapeutiques ont été réalisés par les soignants ou la psychologue sur le site de la maison de retraite « les Primevères ».

En 2016, une salle Snoezelen a vu le jour au sein de ce secteur qui permet de compléter la prise en soins des résidents. Une formation Snoezelen d'une semaine a été suivie par deux soignants (Cadre de santé et Aide-Soignante) : début des séances pour les résidents (fin 2016).

Un premier bilan peut s'établir :

Objectifs	Bien-être / Détente / Plaisir / Stimulation...
Intégration dans le concept	Les bains/ L'atelier pâtisserie / La musique / Les activités...
Début des séances	Novembre 2016 par 2 référents
Formation	Janvier 2017 pour <u>9 professionnels dont</u> : 1 animateur APA / 2 IDE / 3 AS de jour / 1 AMP de jour / 2 AS de nuit.
Bénéficiaires	Résidents angoissés, en déambulation+ derniers résidents tout juste entrés.
Nbr de séances	51 pour 11 résidents
Nombre de bain détente	8 pour 6 résidents
Commentaires	Pour 2 résidents, la prise en soins a été arrêtée car non bénéfique

Amélioration des prestations pharmaceutiques

⇒ EHPAD

Renforcer et sécuriser la dispensation nominative :

- Audit circuit du médicament réalisé
- Pilulier nominatif (photo, nom) mis en place

- Sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance

Assurer la permanence pharmaceutique :

L'Hôpital dispose d'une pharmacie à usage intérieur en tout point conforme.

Au final, chaque objectif a fait l'objet d'une ou plusieurs réalisations mettant en exergue l'atteinte totale ou partielle de ces derniers.

Ces conventions tripartites arrivant à échéance le 31 décembre 2015 n'ont pas été renouvelées puisqu'en application de la loi du 23 Décembre 2015 à l'article 58 et de son décret N° 2016-1299 du 30 Décembre 2016, celles-ci seront remplacées par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

1.2 Un cadre en mutation

1.2.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens médico-social (CPOM)

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi que l'arrêté du 3 mars 2017 prévoient que le CPOM, obligatoire pour tous les EHPAD, se substitue à la convention tripartite à compter du 1^{er} janvier 2017. Il est conclu, tous les cinq ans, entre le directeur de l'établissement pour personnes âgées dépendantes, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le CPOM fixe les obligations respectives des signataires et leurs modalités de suivi. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement, y compris en matière de soins palliatifs.

a) La contractualisation et ses enjeux

Thématique	Convention tripartite	CPOM
Type d'outil	Contractuels	
ESMS concernés	EHPAD/Mono-établissement	ESMS/Pluri-établissement
Objectif principal	Formalisation de l'accord des financeurs d'un EHPAD au profit d'une démarche d'amélioration de la qualité	Outil déterminant les moyens financiers et incluant des objectifs de qualité et d'efficacité inscrits dans la pluri-annualité
Modalités budgétaires	Conservation de la procédure annuelle de tarification	Fongibilité des crédits (modalités différentes en fonction du type de CPOM). Exonération de la procédure annuelle de tarification, libre affectation des résultats parfois sous conditions.
Particularités	CTP signée pour 5 ans avec peu d'échanges sur les objectifs en cours de mise en œuvre	Pluri-annualité et souplesse dans la mise en œuvre des objectifs Des dialogues de gestion et des échanges réguliers

Si aujourd'hui, on note quelques différences entre les deux contrats (sanitaire et médico-social), l'évolution pourrait aller vers une uniformisation.

En effet, le CPOM médico-social est avant tout qualitatif et pourrait gagner à être davantage quantitatif avec des critères objectifs mesurables. Cependant, celui sanitaire devrait laisser plus de place à une liberté de contenu. Malgré tout, il faut également relativiser l'application de cet outil dans le sanitaire selon sa définition et sa conception initiale.

Les principaux enjeux de la contractualisation :

- Associer l'ensemble des parties prenantes
- Faire évoluer la gestion des ESMS

- Améliorer le parcours et l'accompagnement des personnes de façon transversale
- Changer la culture pour l'ensemble des acteurs du médico-social

De ces enjeux, deux vont venir influencer la fonction du directeur :

- Faire évoluer la gestion des ESMS :
Le CPOM transforme les modalités de gestion des ESMS en incitant notamment à la fixation d'objectifs pluriannuels. Il est l'un des outils utiles à la déclinaison d'objectifs de politiques publiques confiés aux organismes gestionnaires et à leurs ESMS au service du parcours des personnes accompagnées. Il permet également de rassurer les partenaires de l'organisme gestionnaire sur sa stabilité sur plusieurs années.
- Changer la culture pour l'ensemble des acteurs du médico-social :
Le CPOM répond à des enjeux stratégiques qui impliquent un travail partenarial renforcé.

b) La programmation régionale

La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'obligation de signature d'un CPOM entre le Département, l'ARS et les gestionnaires d'EHPAD à compter du 1^{er} janvier 2017 et échelonné jusqu'en 2021 (CPOM prévu au IV ter de l'article L313-12 du CASF).

L'arrêté CD-ARS 2017-2018 publié a prévu la programmation pour 5 ans et s'effectuera en 2 phases pour les EHPAD : de 2017 à 2018 et de 2018 à 2021.

Des critères de priorisation ont été fixés par l'ARS et le Conseil départemental de l'Oise :

- Priorisation au vu de la date de la dernière convention tripartite
- Représentation de chaque strate (EPS-public autonome-privé habilité-privé lucratif)

Le GMP validé au plus tard au 30/06/N-1, sera révisé au cours de la 3^{ème} année.

c) Déclinaison

Le CPOM est un instrument de déclinaison des politiques nationales et régionales en matière de prise en charge.

Le CPOM permet de prévoir et de négocier des opérations de transformation et de restructuration de l'offre de l'établissement ou de la personne morale gestionnaire, dans son ensemble, et sera de plus en plus utilisé dans cette optique à l'avenir.

1.2.2 De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) N°2009-879 du 21 juillet 2009 et son décret N°2010-438 du 30 avril 2010 ont mis en place la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Cette communauté avait pour objectif de permettre aux établissements publics de santé de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités. La CHT ne disposait pas de la personnalité morale et reposait sur une convention conclue entre les établissements, étant précisé que ces derniers pouvaient être associés à la stratégie, sans être parties à la convention.

Et au regard de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière Compiègne – Noyon du 25 avril 2008 et de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière Compiègne – Crépy-en-Valois du 19 juin 2009 qui ont eu pour objet de renforcer et développer la coopération mais également d'harmoniser et de simplifier un cadre partenarial déjà existant, la communauté hospitalière de territoire dénommée Communauté Hospitalière de Territoire – Oise Nord Est « CHT-ONE » fut créée et sa convention constitutive approuvée en avril 2012 par l'ARS PICARDIE. Les projets de la communauté hospitalière de territoire étaient centrés sur :

L'organisation de filières de soins structurantes, notamment :

La cardiologie avec les urgences cardiologiques
Les soins de suite et de réadaptation
La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
La cancérologie ;
La gériatrie ;
La périnatalité et l'obstétrique ;
La chirurgie ;
L'imagerie médicale ;
La télémédecine ;
Les soins de support (la nutrition, la douleur, les soins palliatifs)

L'organisation d'un plateau technique et d'une expertise regroupée avec 1 équipe organisée pour 1 offre de soins avancée

L'attractivité créée par des conditions de travail valorisantes et sécurisantes permettant l'intégration de compétences, notamment médicales ;

Le maintien d'une offre de proximité satisfaisant aux exigences tant de sécurité et de qualité que d'efficience ;

Un contexte budgétaire contraint et une meilleure utilisation des ressources, notamment par la mutualisation d'équipements ou de fonctionnements ;

La création d'une culture commune ;

L'harmonisation des processus de gestion.

La communauté hospitalière de territoire encadrait tous les domaines de coopération existants à savoir : Consultations de neurologie / HAD / EOH / EMSP / DIM / Temps médical partagé / Système d'information

La transition vers le Groupement Hospitalier de territoire s'est donc faite naturellement dans une logique établie depuis plus de 7 ans.

1.3 Un cadre structurant

1.3.1 Le groupement hospitalier de territoire (GHT)

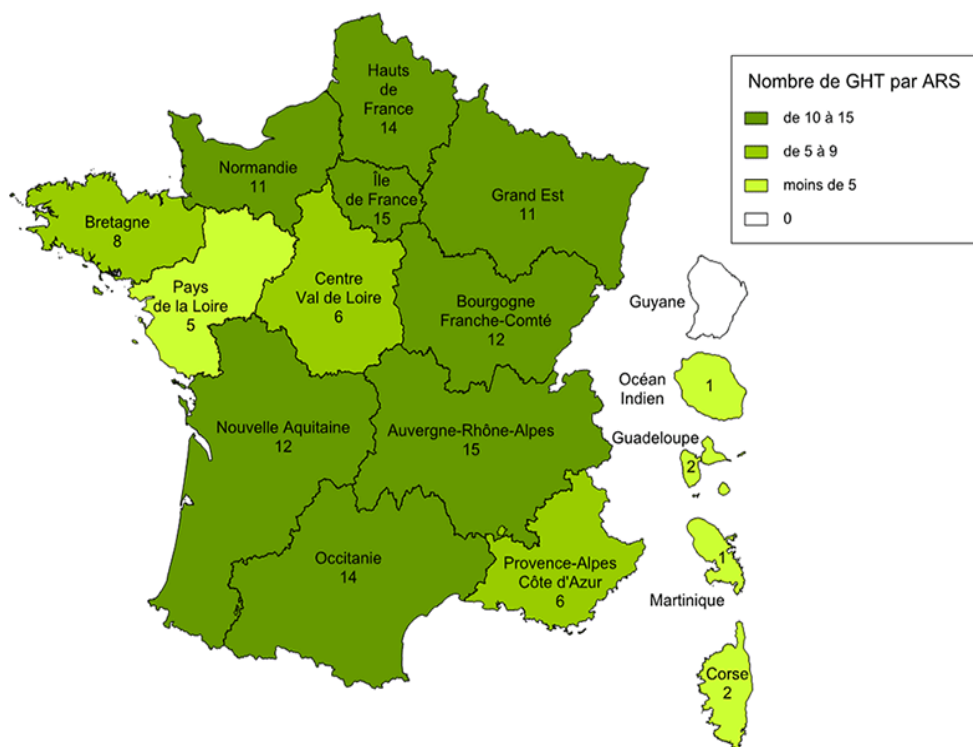
La loi de modernisation de notre système de santé N°2016-41 du 26 Janvier 2016 entraîne en effet un tout nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les « Groupements Hospitaliers de Territoires » (GHT).

Institué par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 et décliné dans les articles L.6132-1 à L.6132-7 du code de la santé publique, le GHT a pour objectif de :

- Garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical.
- Inscrire les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins,
- Organiser au mieux les prises en charge, territoire par territoire,
- Présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

« Les Groupements hospitaliers de territoires sont une opportunité pour renforcer le service public hospitalier, en conciliant la nécessaire autonomie des établissements et le développement des synergies territoriales. Autrement dit : pas de subordination, pas d'uniformisation. Les acteurs de l'Hôpital doivent construire des GHT adaptés à leur territoire », a déclaré Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Au 1^{er} Juillet 2016, 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont constitués pour favoriser le travail en réseau des plus de 850 hôpitaux français en faveur de l'accès aux soins.



Chaque GHT est construit et mis en place dans un territoire de santé dont la taille correspond à une distance acceptable pour les patients et les professionnels.

Le Dr Jean-Yves Grall, Directeur général de l'ARS Nord- Pas-de-Calais Picardie a arrêté mi 2016 le périmètre des GHT pour la région des Hauts-de-France, conformément aux dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

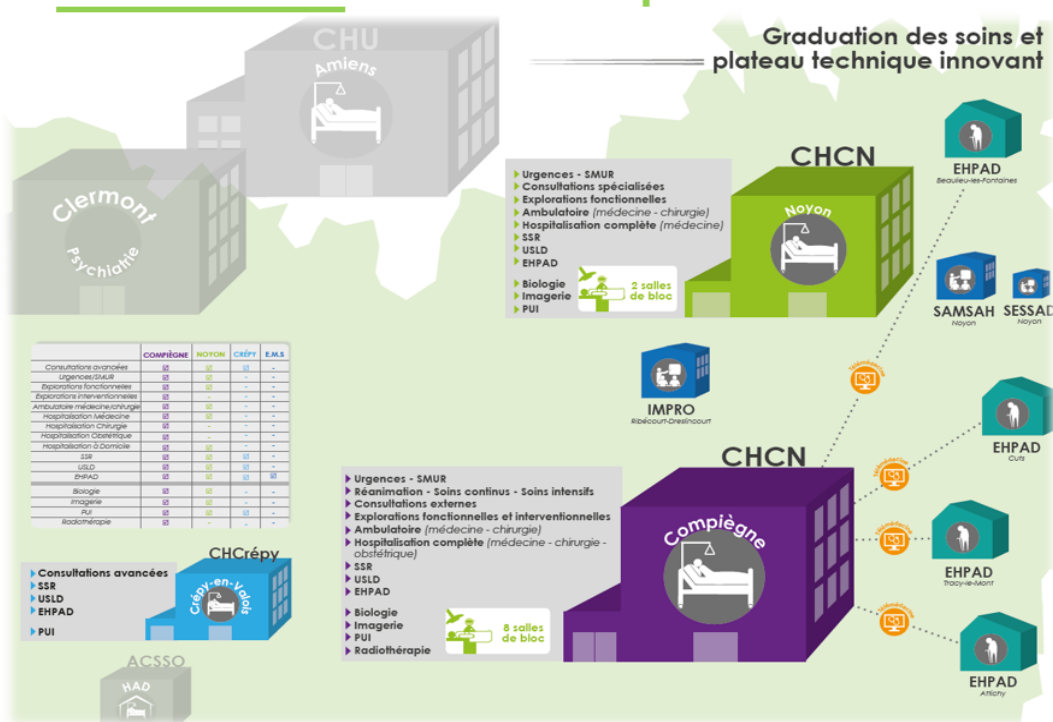
La région compte alors 14 GHT.

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est rattaché au GHT Oise Nord-est dont la convention constitutive fut signée le 30 juin 2016 et approuvée par l'ARS des Hauts-de-France le 29 août 2016.

Composition :

- Centre Hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon ;
- Hôpital de Crépy-en-Valois ;
- EHPAD La Résidence des 2 Châteaux à Attichy ;
- EHPAD Bellifontaine à Beaulieu-les-fontaines ;
- EHPAD de Bizy à Cuts ;
- Institut Médico Professionnel de Ribécourt-Dreslincourt.

Le GHT ONE - 1700 lits et places



Gouvernance

Etablissement support désigné : Centre Hospitalier Compiègne-Noyon

Instances de gouvernance :

- Comité stratégique
- Comité médical
- CSIRMT
- Conférence territoriale de dialogue social
- Comité des usagers
- Comité territorial des élus

Etablissements associés et partenaires

Etablissement associé : CHU d'Amiens, à titre obligatoire, par voie de convention avec l'établissement support.

Etablissements partenaires : Structures HAD (ACSSO et HADOS), établissements comme la Dialoise, le GCS Améthyst, l'association médico-social Béthel, la Polyclinique Saint-Côme

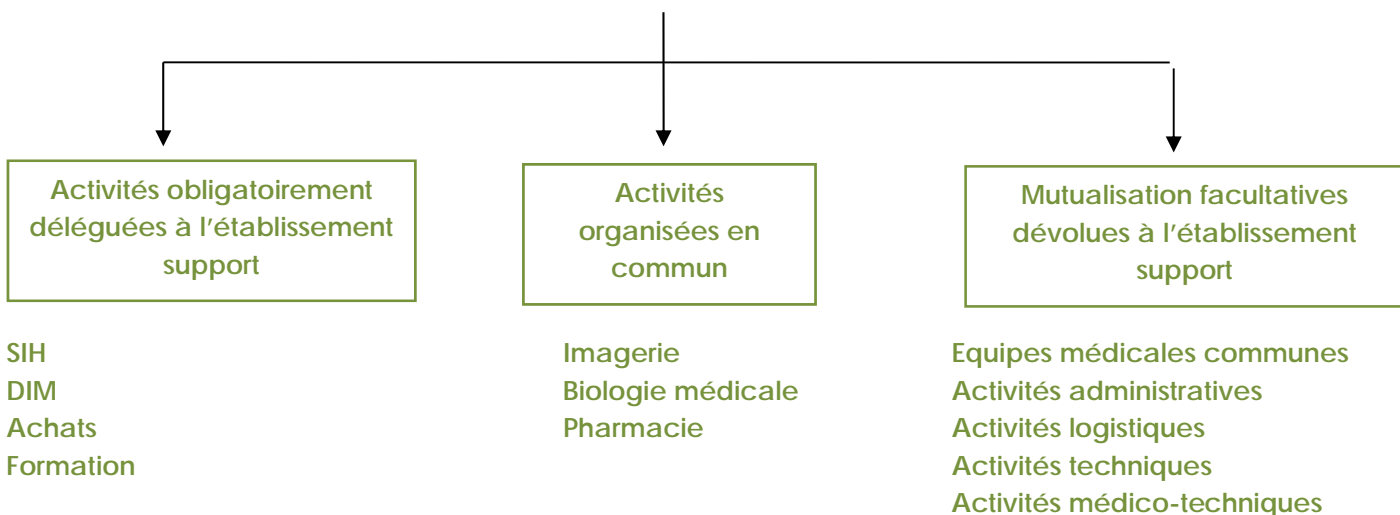
En cours de formalisation avec le secteur psychiatrique.

Les fonctions mutualisées

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de fonctions mutualisées obligatoires qui seront assurées par l'établissement support désigné par la convention constitutive, dont :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements partis au groupement ;
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- La fonction achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

PLUSIEURS NIVEAUX DE MUTUALISATIONS



Sur cette base, à ce stade, aucune mutualisation n'a été actée par les instances du GHT. La déclinaison opérationnelle va s'axer autour des activités obligatoirement déléguées et celles dont l'organisation sera commune.

Les politiques déclinées au sein de ce projet d'établissement intègrent bien évidemment cette nouvelle logique tout en notant que le GHT constitue pour les années à venir à la fois une opportunité et un challenge pour l'Hôpital de Crépy-en-Valois.

1.3.2 Les coopérations

L'établissement mène une collaboration étroite avec divers acteurs externes de santé afin de pouvoir faciliter la continuité de la prise en soins et prise en charge des patients/résidents qu'ils reçoivent. Pour une collaboration effective, l'établissement formalise des conventions avec ses principaux interlocuteurs tels que :

Nom du partenaire	Activité ou spécialité objet de l'accord	Type d'accord
CHI, Clermont/Oise	Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques	Convention de coopération
IFSI + centres de formation	Accueil des étudiants infirmier DE, AS DE, auxiliaire de vie ...	Convention de formation
RSP – Réseau de soins palliatifs ACCSO	Recours à la cellule de coordination du RSP Admission des patients relevant de soins palliatifs pour PALLI-ACSSO	Convention de réseau Convention de partenariat
EHPAD Antilly	Optimisation des conditions d'accueil et de transfert entre le SSR et l'EHPAD Permanence des soins mutualisée	Convention de coopération Convention de coopération
FAM La Sagesse	Permanence des soins mutualisée	Convention de coopération
SeLarl Medi6	Consultation externe de néphrologie	Convention
Laboratoire d'analyses médicales	Réalisation des examens de laboratoire des patients hospitalisés	Convention de coopération

Mais aussi...

- L'Institut médico-pédagogique Decroly de Crépy-en-Valois
- Les médecins libéraux de la ville de Crépy-en-Valois et des communes environnantes.

Et à venir avec le CCAS de la ville de Crépy-en-Valois, en particulier avec les résidences autonomie de la ville autour :

- Admissions
- Animations / échanges
- Recrutement partagé de poste spécifique comme psychologue

L'établissement mène également une politique de coopération avec des associations qui ont pour objectifs d'apporter un soutien, une aide aux patients, résidents, familles :

Visiteuses des malades dans les établissements hospitaliers (VMEH)	Visite aux patients/résidents, animations - diverses intra et extra-muros, bibliothèque, aide à l'hydratation des résidents en période estivale...
Paroisse de Crépy-en-Valois	Intervention d'une équipe d'aumônerie catholique auprès des patients et résidents demandeurs (Possibilité de faire appel à un ministre du culte de toute autre religion reconnue)
Conseil municipal des jeunes, écoles primaires, MJC, Maison de l'enfance,...	Echanges intergénérationnels

Toutes ces coopérations qu'elles soient sanitaires, ou médico-sociales, l'établissement met tout en œuvre pour les pérenniser puisqu'elles lui sont indispensables à son fonctionnement quotidien.

2. L'HOPITAL DE CREPY-EN-VALOIS

Fondé sur les valeurs du service public que sont en particulier l'accueil, la solidarité, la dignité et le respect, l'Hôpital de Crépy-en-Valois et ses maisons de retraite proposent un accès aux soins et à l'hébergement pour tous sans discrimination.

Engagement inhérent au fonctionnement de l'établissement, celui-ci se décline en objectif au sein de la charte du parcours de santé, élaboré par la conférence nationale de santé et adoptée le 6 juillet 2016, sous l'appellation « Assurer l'accès de tout usager ».

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est à la frontière entre le sanitaire et le médico-social.

La majeure partie de ses lits sont des lits d'hébergement mais sa mission est aussi celle de répondre à la diversité des besoins des personnes âgées en leur proposant une réponse adaptée, située entre le domicile et les centres hospitaliers. Il constitue le pivot autour duquel s'articulent toutes les interventions sanitaires et médico-sociales.

Mais la particularité de l'Hôpital de Crépy-en-Valois c'est avant tout d'être un Hôpital de proximité pour répondre au plus près aux besoins des personnes âgées du territoire. En cela, il constitue un maillon de la filière gériatrique indispensable à une prise en charge globale de la personne âgée.

2.1 L'Identité

2.1.1 Le statut juridique

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est un établissement public hospitalier dont les activités suivantes sont autorisées :

- Activités sanitaires :
 - Activité de soins de suite et de réadaptation non spécialisés adultes en hospitalisation complète (jusqu'au 20 septembre 2020 => autorisation de renouvellement à déposer avant le 20 juillet 2019).
 - Activité de soins de longue durée (jusqu'au 1^{er} août 2021 => autorisation de renouvellement à déposer avant le 1^{er} juin 2020).
- Activités médico-sociales : trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :
 - La maison de retraite Etienne-Marie de La Hante,
 - La maison retraite Saint-Lazare,
 - La maison de retraite Les Primevères, composée d'un secteur d'hébergement classique et d'un secteur dédié à la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

2.1.2 L'histoire

En 1150, Philippe, Comte de Flandres, et son épouse Elisabeth de Vermandois fondent l'Hôtel Dieu Saint-Michel. En 1391, cet hôtel est érigé en Prieuré Hospitalier.

En 1431, les établissements charitables, dont la Maison Dieu Saint Michel, qui avait pour but de recueillir et de secourir les pauvres de la ville et les pèlerins que l'Abbaye Saint-Arnoult attirait, sont saccagés par les Anglais et les Bourguignons.



Vers la fin du XVIème siècle, la Reine Marguerite de Navarre, alors Duchesse de Valois, conçoit le projet de réorganiser l'Hospice Saint Michel, en réunissant en un seul établissement toutes les institutions charitables.

En 1821, Monsieur de la Hante achète un local et en fait donation au bureau de bienfaisance.

En avril 1823, 6 lits de vieillards sont établis (3 pour les hommes et 3 pour les femmes).

Le 19 janvier 1825, Charles X ordonne la création d'un hospice civil à Crépy-en-Valois.

En 1855, il crée 8 lits supplémentaires, ce qui fait un total de 14 lits.

En 1880, on compte 16 lits, dont 9 pour hommes et 7 pour femmes.

En 1907, le premier règlement intérieur prévoit un service de médecine comprenant 8 lits et un service d'hébergement de 21 lits.

En 1960, l'établissement est classé « HÔPITAL ». La transformation de l'Hôpital Saint Michel a donné naissance à de nouveaux lits. En 1963, l'Hôpital comprend alors 100 lits.

En 1965, un service de maternité de 20 lits est créé ainsi qu'un service administratif.

En 1972, une nouvelle maison de retraite « Les primevères » ouvre ses portes pour accueillir 86 pensionnaires en chambre de 1 ou 2 lits.

En 1984, fermeture de la maternité et création des services de Médecine Active et de Moyen Séjour avec un total de 30 lits.

En 1985, création d'une unité de 20 lits de long séjour.

En 1991, une nouvelle maison de retraite « Etienne Marie de la Hante » est ouverte en centre-ville afin d'accueillir 85 pensionnaires.



Le 1er Juin 1992, augmentation de la capacité d'accueil en long séjour par création de 20 lits supplémentaires.

L'Hôpital Saint-Michel étant devenu vétuste et inadapté, la première pierre d'un nouveau bâtiment regroupant les services de Médecine, Moyen Séjour et Long Séjour est posée en 1997.

Il ouvre en 2000 et porte le nom d'Hôpital Saint-Lazare.



Quelques années après, 4 lits sont identifiés soins palliatifs.

En 2009, 10 lits sur les 40 de l'Unité de Soins de Longue Durée sont transformés en lit de maisons de retraite.

En 2010, les lits de médecine sont transformés en lits de soins de suite et de réadaptation.

Et peu de temps après, 2 lits identifiés soins palliatifs sont autorisés au sein de l'Unité de Soins de Longue Durée.

En 2012, les « nouvelles » Primevères ouvrent leurs portes afin d'accueillir 88 résidents en chambre individuelle dont 30 pourront bénéficier d'un secteur sécurisé adapté à leur prise en soins.



2.1.3 Les capacités et types d'accueil

L'Hôpital de Crépy-en-Valois, représente aujourd'hui :

- **Un secteur sanitaire** composé d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de 30 lits dont 4 lits identifiés soins palliatifs et d'une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits dont 2 lits identifiés soins palliatifs.
- **Un secteur médico-social** composé de 3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont la capacité a été augmentée, soit 179 lits suite à l'arrêté n° DROS_HD_DT60_128008 relatif à l'extension capacitaire :
 - La maison de retraite Etienne Marie de La Hante : 81 places (dont 55 chambres individuelles)
 - La maison de retraite Les Primevères : 88 places dont 58 en hébergement classique et 30 places en unité sécurisée Alzheimer (les chambres sont individuelles, l'architecture de l'établissement permet néanmoins d'offrir 3 chambres communicantes sur la partie hébergement classique)
 - La maison de retraite Saint Lazare : 10 places (6 chambres à 1lit, 2 chambres à 2 lits)

2.1.4 Le profil des personnes accueillies

ORIGINE

Le profil des patients/résidents accueillis par les établissements font état d'une forte population en provenance de l'Oise, d'où la nécessité de promouvoir l'importance du rôle de l'Hôpital de proximité de Crépy-en-Valois. En effet, on compte plus de 50% de la population accueillie antérieurement domiciliée sur la ville de Crépy-en-Valois.

En 2016, les EHPAD ont accueilli près de 284 résidents.

MOYENNE D'ÂGE

73.6% de la population accueillie est féminine avec une moyenne d'âge de 86.7 ans contre 26.4% de la population qui est masculine avec une moyenne d'âge d'environ 81 ans.

Un écart de 5 ans en moyenne est constaté entre les femmes et les hommes. Cependant, cet écart tend à se resserrer : de plus de 8 ans en 1992, il est passé à 6 ans en 2016. Les modes de vie féminins sont de moins en moins différents de ceux des hommes, qu'il s'agisse de durées et de types d'activité professionnelle, de consommation de tabac ou d'alcool, etc.

NIVEAU DE DEPENDANCE

De plus, le niveau de la dépendance à l'entrée en établissement s'alourdit au fur et à mesure des années.

Cependant, les maisons de retraite malgré un taux plus important en GIR 2 montre que la dépendance varie du GIR 1 à 6 contrairement au service USLD où les GIR 1 et 2 sont prépondérants. Le Gir Moyen Pondéré en fait état puisqu'en 2015, le GMP était de 551 pour les trois maisons de retraite alors qu'en 2016, il était de 552.23. Une légère augmentation constatée entre ces deux années.

Cependant, le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) augmente puisqu'en 2015 il était de 844 et en 2016 de 846.37, soit une augmentation.

En complément le Pathos Moyen Pondéré (PMP) qui permet de mesurer le besoin global moyen en soins médico-techniques était de 171 avant le 30 Juin 2016 puisque celui-ci a été réévalué et validé à 198.

Ce constat de la montée de la dépendance à l'entrée en EHPAD peut s'expliquer par la politique nationale actuelle. En effet, elle promeut les services tels que SSIAD, SAD, HAD sur le territoire engendrant une entrée plus tardive en institution. En effet, en 2015, l'âge moyen des résidents était de 85.7 ans alors qu'en 2016, il était de 86 ans.

SPECIFICITES SSR

En 2016, pour les patients du service de SSR, 348 ont été pris en charge avec une durée moyenne de séjour de 27 jours. Sur l'ensemble des patients ayant une moyenne d'âge de 81.89 ans, environs 55% ont pu retourner à leur domicile suite à leur prise en charge.

Cette population en perte d'autonomie bénéficie d'un accompagnement au quotidien par l'équipe soignante paramédicale.

En 2016, la durée moyenne de séjour par patient était de 27 jours contre 26 jours en 2015.

Ces patients, en 2016, ont été adressés principalement au service par leur médecin traitant pour :

- Soins médicaux (46%),
- Autres thérapies physiques (39.3%),
- Soins palliatifs (4.7%),

Avec des manifestations principales telles que :

- Difficultés à la marche (173)
- Présence d'implants osseux et tendineux (134)
- Présence d'implants orthopédiques (122)
- Altération de l'état général (98)
- Insuffisance cardiaque (87)
- Etat grabataire (62)

Le reste des admissions se fait principalement par voie de transfert d'un établissement de santé : en 2016

- Le CHICN représente **48.61%** des transferts (58.24% en 2015)
- Le GHPSO représente **26.48%** des transferts (27.10% en 2015)
- La Polyclinique St Côme **4.74%** des transferts (2.9% en 2015)

Les autres établissements adresseurs sont les hôpitaux et/ou cliniques d'Aulnay, Aubervilliers, Villiers St Denis, Bichat, Lariboisière, Gonesse, Amiens, Meaux, Clermont.

Cette diversité des admissions est rendue possible par l'utilisation du logiciel sécurisé « Trajectoire » qui permet des échanges rapides, tracés, 24h/24, lisibles, sécurisés et précis entre les établissements.

Après avoir dégagé le profil des personnes accueillies, l'Hôpital dans le souci d'une prise en soins de qualité porte au travers des différents professionnels ses valeurs et missions.

2.2 Ses valeurs et missions

Soucieux de la bonne prise en soins de l'ensemble de ces patients/résidents, les professionnels ont été invités à s'interroger sur les valeurs qu'ils voulaient porter et les missions qu'ils souhaitaient défendre.

A ce titre, un questionnaire a permis à 86 professionnels de dégager les valeurs suivantes :

- **BIENTRAITANCE**, démarche collective pour identifier l'accompagnement le mieux adapté pour la personne accueillie, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.
- **RESPECT**, une considération mutuelle.
- **PROFESSIONNALISME**, être capable de s'adapter à toutes situations dans le respect des droits et devoirs de chacun.
- **COMPETENCES**, capacité à transformer de la connaissance en savoir-faire.

Quant aux missions, elles se déclinent de la façon suivante :

La mission principale de l'Hôpital de Crépy-en-Valois est d'être un Hôpital de proximité permettant de répondre au plus près aux besoins des personnes âgées du territoire. En cela, il constitue un maillon de la filière gériatrique indispensable à une prise en charge globale de la personne âgée. Ce rôle, l'Hôpital le développe au sein du GHT et en tissant des liens de coopération avec divers partenaires de ville et associatifs environnants.

Cette mission principale s'enrichit de missions spécifiques à savoir :

- **PRENDRE SOIN**, prendre en compte la personne dans son unicité, sa singularité et sa globalité.
- **SOIGNER**, au-delà des soins médicaux, préserver l'état de santé dans un cadre chaleureux.

- **ÊTRE UN LIEU DE VIE**, au sein d'un lieu de vie social.
- **ACCOMPAGNER**, ne pas faire à la place de, préserver l'autonomie, guider la personne dans les actes de la vie quotidienne au sein d'un lieu de vie social.

Les contours de l'action étant posé, il convient de les enrichir par les engagements de l'établissement.

2.3 Ses engagements

2.3.1 L'Hôpital un lieu laïc d'accueil pour tous :

Cet engagement trouve sa 1^{ère} déclinaison en matière d'objectif dans le guide d'accompagnement de la charte du parcours de santé publié en juillet 2016, à savoir :

Assurer l'accès de tout usager aux professionnels, établissements et services de santé, quelle que soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance :

- Le système de santé est accessible à tous (personnes démunies et en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale). Il est adapté aux besoins singuliers de chaque personne accueillie et notamment des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.
- Les professionnels veillent à ce que l'accessibilité aux prestations et services de santé soit effective dans les délais raisonnables, conformes aux exigences liées à l'état de santé de la personne accueillie et également respectueux du rythme de celui-ci.
- En situation de handicap, la personne accueillie accède à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités.
- Chaque personne accueillie, même sans permis de séjour, a droit aux soins d'urgence ou essentiels.
- L'accès aux prestations, traitements et médicaments adéquats est équitable quelle que soit la pathologie.
- L'accessibilité financière des parcours de santé à la personne accueillie fait partie des préoccupations des professionnels. Ceux-ci veillent à ce que la personne accueillie accède à l'ensemble de ses droits et à ce qu'il ne soit pas en situation de renoncement aux soins ou aux prestations du fait de difficultés financières.

La laïcité

Ce principe fondamental de laïcité met en exergue des règles qui doivent être portées à la connaissance des projets et des patients/résidents. Le rappel exhaustif s'appuie intégralement sur le guide élaboré par l'observatoire de la laïcité intitulé « laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements de santé » (février 2016).

Pour les personnels de santé :

- L'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion dans l'accès et le déroulement de carrière.
- Le devoir de neutralité des agents publics et des salariés participant à une mission de service public : ils doivent à ce titre s'abstenir de manifester notamment leurs croyances religieuses ou convictions politiques par des signes extérieurs, en particulier vestimentaires.
- L'interdiction de prosélytisme : interdiction de rallier à sa croyance religieuse des patients ou membres du personnel.
- La clause de conscience : concerne le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais estimé contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Sauf urgence vitale, le médecin n'est pas tenu de pratiquer l'acte demandé ou nécessité par des conditions particulières.

Pour les patients :

Les personnes accueillies au sein de l'établissement ont droit au respect de leurs croyances et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte (article R.1112-46 du code de la santé publique), sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène. La charte de la personne hospitalisée prévoit à ce titre que « la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité ».

- L'alimentation : les établissements de santé s'efforcent dans la mesure du possible de trouver des alternatives à la nourriture que ne consommeraient pas certains patients/résidents.
- La question du choix des médecins : d'après le guide et conformément à la réglementation en vigueur et à l'article 3 de la charte de la personne hospitalisée, le patient/résident peut uniquement en dehors des cas d'urgence, choisir librement son praticien, son établissement ou son service. Toutefois, ce choix doit se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins. En outre, le choix exprimé par le patient/résident ou son entourage ne doit en aucun cas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres.
- Le refus de certains soins (prise de médicaments, transfusions...) : le principe reste celui du consentement de la personne accueillie aux soins, et le cas échéant de son droit de refus, le juge ne condamne pas pour autant les médecins qui s'en affranchissent, dès lors qu'ils accomplissent un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état de santé, dans le seul but de tenter de le sauver.
- La prise en charge du décès (rites funéraires) : les familles des personnes accueillies en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix.
- La pratique du culte : les personnes accueillies en qualité de patients/résidents dans l'établissement peuvent procéder à leurs prières librement, dans la limite du bon fonctionnement du service (réalisation d'actes médicaux notamment) ou de la liberté d'autrui (chambre partagée avec d'autres patients)
- La liberté de conscience et de manifester sa croyance : les patients/résidents ont le droit de manifester leur croyance et de pratiquer leur culte librement. Cependant, cette liberté est encadrée par la nécessité d'assurer la qualité des soins et des règles d'hygiène et de sécurité ; la tranquillité des autres personnes accueillies et de leurs proches et le fonctionnement régulier du service.
- L'interdiction du prosélytisme : la liberté de manifester sa religion ne peut permettre aux personnes accueillies dans l'établissement, aux personnes bénévoles y intervenant ou aux visiteurs d'avoir un comportement prosélyte.

Pour les bâtiments publics :

- L'article 28 de la loi du 9 décembre 1905 dispose « Il est interdit, à l'avenir, d'élever ou d'apposer aucun signe ou emblème religieux sur les monuments publics ou en quelque emplacement public que ce soit, à l'exception des édifices servant au culte, des terrains de sépulture dans les cimetières, des monuments funéraires, ainsi que des musées ou expositions ».

2.3.2 Le développement durable

Le développement durable dans le système de santé et/ou médico-social peut être défini de la manière suivante : c'est la politique de développement d'un établissement basée sur trois piliers :

Environnemental : pour un établissement écologiquement respectueux,

Economique : afin de maintenir la croissance économique pour soutenir le progrès et affecter les moyens techniques et humains nécessaires au bon fonctionnement des structures, vers une gestion économique fiable,

Sociétal : afin de permettre aux humains de vivre dans un univers aux risques limités, de façon équitable, en bénéficiant d'une solidarité collective devant la maladie et la mort, vers un établissement socialement intégré.

Le développement durable est une réelle préoccupation pour l'établissement. Cette vision déjà portée dans le précédent projet d'établissement continue de l'être de façon transversale.

Elle touche donc tous les projets que peut mettre en œuvre l'hôpital. Au-delà des aspects écologiques, économiques, le développement durable traduit une réflexion globale de gestion qui va continuer à s'illustrer puisque l'établissement hisse cet engagement au rang d'orientation stratégique.

Mais avant d'y parvenir, il convient de s'arrêter sur le diagnostic, qui par rebond a notamment permis d'extraire les nouvelles orientations stratégiques 2017-2021.

2.4 Etat des lieux, forces, faiblesses et enjeux de l'Hôpital

Au regard d'un diagnostic arrêté fin 2016 (Annexe 1), dont des données prégnantes ont déjà été reprises dans les premières parties du projet d'établissement, il convient de retenir :

Forces internes	Faiblesses internes
<p>Ouverture sur la ville Equilibre entre lieu de travail et lieu de vie Espaces vitrés</p> <p>Structure de proximité Alternative à l'hospitalisation Admissions directes en SSR supérieur au niveau régional Consultations avancées en neurologie Enquête de satisfaction annuelle Hausse de demandes d'hébergement</p> <p>Partenariat réel avec le Centre Hospitalier de Compiègne</p> <p>Personnels administratifs présents sur les 3 sites Permanence des soins Unité sécurisée</p> <p>Gestion budgétaire</p>	<p>Aspects techniques Accessibilité Espaces vitrés</p> <p>Baisse des admissions directes Lien ville-Hôpital fragilisé Attractivité médicale Dépendance à l'entrée en EHPAD plus importante</p> <p>Effectif personnel insuffisant Absentéisme important</p> <p>Créances de l'établissement à surveiller</p> <p>Faiblesses du sentiment d'unité</p>
Opportunités externes	Menaces externes
<p>Position géographique des sites Outil « Trajectoire » permet d'élargir l'origine de la population accueillie Partenariat réel avec le CH de Compiègne Recrutement partagé Permanence de soins Partenaires associatifs</p>	<p>Lien ville-Hôpital fragilisé Attractivité médicale/Démographie médicale T2A en SSR à anticiper</p>

Enfin, l'Hôpital est et va être confronté à des perspectives et défis à venir tels que :

- Le Groupement Hospitalier de Territoire ;

- La démographie médicale ;
- La tarification à l'activité : mise en place progressive de la dotation modulée à l'activité ;
- Le changement des règles de tarification en EHPAD ;
- La certification V2014 ;
- La prévention des risques psychosociaux et la promotion de la qualité de vie au travail ;
- La restructuration de la maison de retraite Etienne-Marie de la Hante ;
- La diversification de l'offre de prise en soins (Accueil de Jour) ;
- Les liens Ville-Hôpital.

D'où la déclinaison des grandes orientations stratégiques pour 2017-2021.

2.5 Les orientations stratégiques 2017-2021

Conforter le positionnement de l'établissement comme acteur de proximité au sein de la filière gériatrique du Territoire Oise Nord-est :

- Pérenniser et promouvoir les admissions directes du domicile en SSR.
- Maintenir la position de l'établissement en tant que structure d'aval des services aigus de proximité, facilitant le retour à domicile ou une orientation vers une structure d'hébergement adaptée (RPA, EHPAD, USLD...).
- Permettre la fluidité des parcours de la personne âgée au sein du GHT (admissions directes en CS gériatrique, accès facilité au plateau technique, ...).
- Faciliter le parcours de la personne âgée en accentuant et en sécurisant les liens avec les acteurs locaux de soins (médecins traitants, officine de ville, MAIA, ACSSO...) au travers du déploiement d'outils adaptés (messagerie sécurisée, dossier pharmaceutique, télé-médecine...).
- Maintenir le niveau de qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients.
- Optimiser l'organisation des services SSR et USLD pour pérenniser les 6 lits de l'établissement identifiés soins palliatifs.
- S'inscrire dans un maillage d'offre d'hébergement temporaire pour fluidifier les parcours sanitaires et leurs durées moyennes de séjour.

Prodiguer des soins de qualité dans un environnement souhaité chaleureux et respectueux de l'autre :

- Systématiser le « réflexe qualité » pour chaque professionnel en pérennisant la forte dynamique qualité développée en interne : CREX, EPP, audits, IGEQSI, enquête de satisfaction, culture de l'erreur positive...
- Imposer le respect
 - dans chaque relation à l'autre qu'il soit patient, usager ou professionnel.
 - dans chaque approche métier qu'elle soit médicale, soignante, hôtelière, technique ou encore administrative.
- Positionner le patient/résident comme co-acteur de sa prise en charge en
 - favorisant l'expression de ses choix, de ses goûts, de sa douleur, de sa fin de vie.
 - l'informant de l'existence des règles de vie collective inhérentes à l'institutionnalisation.

- Avoir une approche humaine chaleureuse intégrant aussi bien la technicité du soin que des moments hors soins portés par chaque professionnel (repas améliorés, projet d'animation, fêtes de fin d'année...).
- S'assurer du respect des normes et référentiels opposables et d'un niveau de confort et de qualité de prise en charge optimaux, afin de préserver l'image de l'établissement vis-à-vis du public et des tutelles.

Diversifier l'offre de prise en soins afin de mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles Alzheimer ou apparentés et de leurs aidants :

- Créer un Pôle d'Activité de Soins Adaptés pour les résidents accueillis en hébergement classique sur les maisons de retraite afin de préserver leur lieu de vie et leurs repères tout en leur permettant de bénéficier d'une offre de prise en soins plus adaptée.
- Créer un accueil de jour tourné vers les personnes à domicile souffrant de troubles Alzheimer ou apparentés : offrir une solution alternative à l'institutionnalisation pendant le laps de temps d'attente d'une place en secteur adapté pour soulager les aidants.
- Fluidifier les parcours internes entre le secteur Alzheimer et les secteurs d'hébergement classique selon l'avancée dans la maladie : accompagnement des résidents, des familles vers une forme d'acceptation du changement.

Promouvoir l'unité et la spécificité de l'établissement tout en valorisant la singularité et les apports de chaque site :

- Faciliter les échanges et les apports professionnels entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
- Créer des passerelles bénéfiques entre les sites et les services pour optimiser la prise en soins des personnes accueillies.
- Sécuriser, accompagner et valoriser la polyvalence des professionnels.

Être un acteur responsable au service d'autrui dans une logique de développement durable :

- Prévenir les risques psychosociaux et améliorer la qualité de vie au travail.
- Promouvoir les formes de conduite positive basées sur
 - le développement, aussi souvent que nécessaire, d'axes managériaux participatifs.
 - une implication souhaitée plus forte des usagers.
- Optimiser l'utilisation des ressources créées (Dotation modulée à l'activité (SSR), nouvelles règles de tarification des EHPAD) pour assurer la viabilité financière de l'établissement.
- Optimiser la dépense publique par des logiques de mutualisation dans l'achat, d'évitement du gaspillage (lutte contre le gaspillage alimentaire), de recyclage (filiales de tri adaptées...).
- Réduire l'impact environnemental de l'activité de l'établissement (recyclage, filière de tri, économie d'énergie...).

Améliorer et sécuriser le cadre de vie des patients/ résidents :

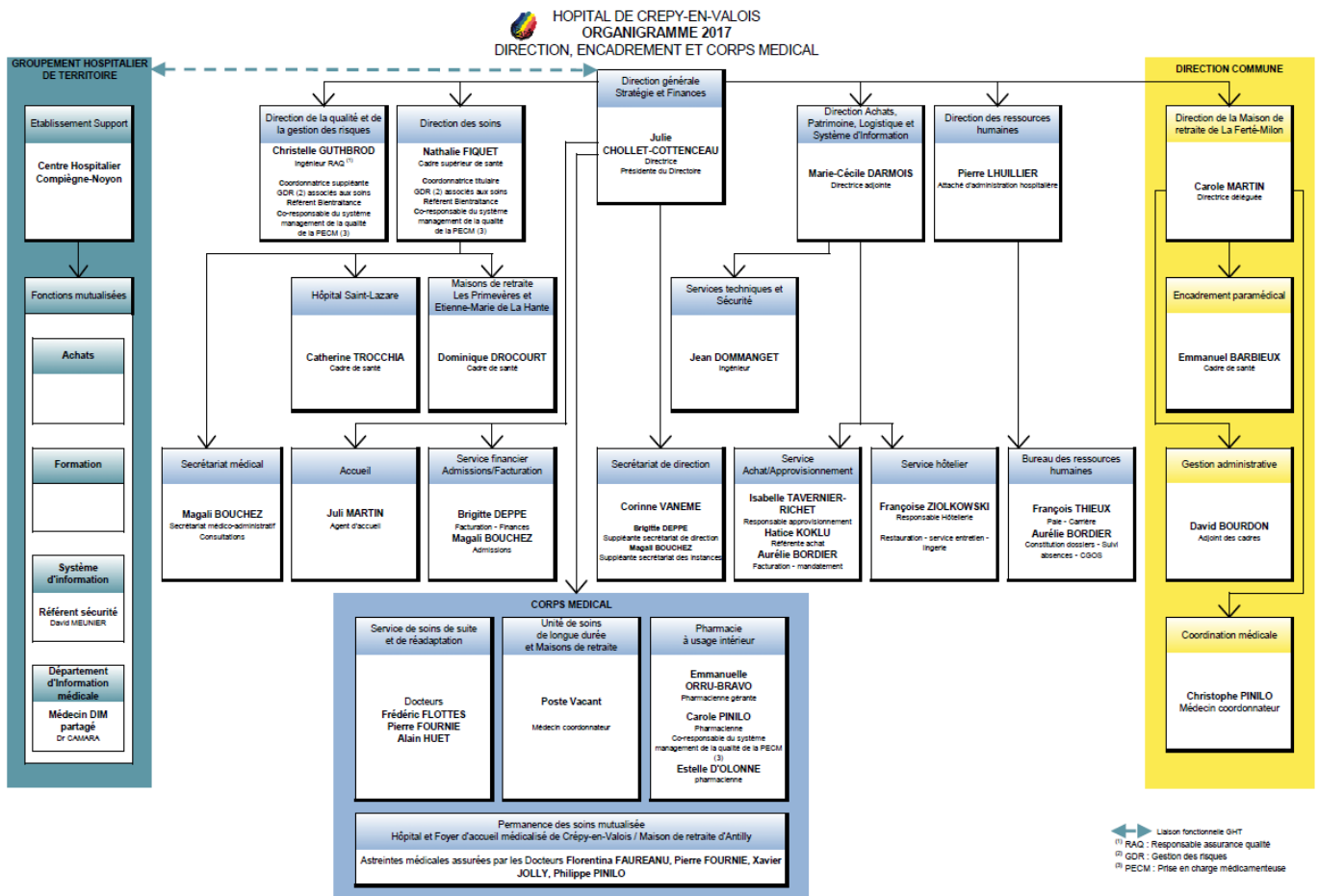
- Assurer l'attractivité de l'ensemble des sites par la réhabilitation de la maison de retraite Etienne-Marie de La Hante : réfection des aspects techniques, suppression ou réduction du nombre de chambres doubles, agrandissement des zones de repas et de vie.
- Améliorer l'accessibilité de la maison de retraite Etienne-Marie de La Hante et de l'Hôpital Saint-Lazare par la mise en œuvre de l'Ad'AP.
- Renforcer la sécurité des sites par des mesures appropriées issues d'un diagnostic sécurité.

Attirer, accompagner, fidéliser et impliquer les professionnels de l'établissement :

- Renforcer et renouveler l'effectif médical de l'ensemble des services (recrutement partagé avec le CHICN, recrutement direct, accueil d'interne...) dans un contexte de démographie médicale affaiblie.
- Faire de la mutualisation du plan de formation au sein du GHT une opportunité pour l'ensemble des agents dans leurs parcours professionnels (DPC).
- Maintenir l'entretien d'évaluation comme un moment d'échange et de construction collaborative du parcours professionnel de chaque agent notamment par rapport à ses compétences.
- Favoriser le « travail ensemble » en développant la coopération interprofessionnelle.
- Développer les moments d'écoute et d'échanges entre tous les acteurs de l'établissement hors pratique professionnelle = permettre la prise de recul et le questionnement.

2.6 Le pilotage de l'hôpital

2.6.1 L'organigramme



2.6.2 La politique managériale

d) Le management

Le management repose sur l'implication des professionnels selon un mode participatif.

Le principe de travail collégial impliquant une majorité de professionnels sur les différents projets de l'établissement, garantit l'appropriation des solutions élaborées, l'adhésion aux valeurs de l'établissement. Il permet d'assurer la pérennité et le développement de l'établissement, au service des patients du territoire, comme un outil de travail de qualité pour tous les professionnels.

Basé sur un mode incitatif valorisant le volontariat, cette recherche de la collégialité passe parfois par de la désignation en raison du manque de candidats. Pour autant, quand tel est le cas, elle fait toujours l'objet d'une demande au préalable.

Dans cette lignée, le management participatif est ponctué d'une touche de directif afin que les règles et consignes collectives soient connues et claires pour chacun des acteurs de la structure.

La politique de management repose donc sur :

- Le respect dans la relation à l'autre
- L'adaptabilité
- La disponibilité
- Les échanges
- La clarté et la connaissance des rôles
- La représentativité dans les espaces de réflexion

- Une ligne de conduite construite puis commune et partagée

e) L'équipe et son organisation

Une nouvelle gouvernance a été mise en place en 2010 puis en 2016.

Les différents niveaux d'encadrement sont bien définis dans l'établissement :

- Comité de direction chargé de mettre en œuvre les politiques décidées dans le projet d'établissement.
- Responsables de proximité diffusant sur le terrain les valeurs et objectifs, garants du respect des organisations.
- Professionnels de terrain vecteurs au plus près des patients/résidents des valeurs et objectifs de l'établissement

2.6.3 Les instances et commissions

Intitulés	Membres	Missions principales
Directoire	Direction, Présidents CME et CSIRMT, corps médical	Appui et conseil au Directeur, élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion.
Conseil de surveillance	Représentants des collectivités territoriales, des personnels et des personnalités qualifiées (dont représentants des usagers)	Orientations stratégiques et contrôle permanent de la gestion de l'établissement.
CME Commission médicale d'établissement	Ensemble du corps médical, Présidents du Directoire et de la CSIRMT, représentant du CTE	Politique médicale, avis sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.
CTE Comité technique d'établissement	Direction et représentants du personnel	Donne un avis sur les conditions et l'organisation du travail, la politique de formation du personnel.
CHSCT Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	Direction, représentants du personnel, médecin et inspecteur du travail.	Conditions d'hygiène et de sécurité au travail pour les salariés, prévention et analyse des accidents de travail.
CDU Commission des usagers	Direction, médiateurs, représentants des usagers représentants CME, CSIRMT, CTE et CVS	Veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.
CVS Conseil de la vie sociale	Représentants des résidents, des familles, du personnel et du Directoire.	Avis et propositions sur toute question intéressant le fonctionnement des EHPAD.
CQSS Commission de la qualité et de la sécurité des soins (sous-commission CME)	Président CME, directions fonctionnelles et représentants CTE et CHSCT.	Propose et donne son avis sur la politique qualité et sécurité des soins, assure le suivi du programme de qualité et gestion des risques (PACQ), assure le bon déroulement de la procédure de certification et d'évaluation externe
CLIN Comité de lutte contre les infections nosocomiales (comité spécialisé CQSS)	Membres de la CQSS + personnels et intervenants référents +EOH+ correspondants	Définit et conduit la politique d'hygiène
COMEDIMS Comité du médicament et des dispositifs médicaux (comité spécialisé CQSS)	Membres de la CQSS + personnels référents	Politique du médicament en lien avec le CBU, référencements de molécules, circuit du médicament
CLUD Comité de lutte contre la douleur (comité spécialisé CQSS)	Membres de la CQSS + personnels référents	Politique de lutte contre la douleur, validation des protocoles, formation des professionnels à l'identification et prise en compte de la douleur
CLAN	Membres de la CQSS + personnels référents	Prise en compte des besoins et équilibres alimentaires des patients, suivi

Comité de liaison en alimentation et nutrition (comité spécialisé COSS)		des menus et régimes en termes d'appétence et d'équilibre
CRV Comité risques et vigilances (comité spécialisé COSS)	Membres de la COSS + personnel référents	Assure la coordination des vigilances, propose un programme de sensibilisation des professionnels à la gestion des risques, assure le suivi des évènements indésirables.
CEPP Comité d'évaluation des pratiques professionnelles (comité spécialisé COSS)	Membres de la COSS + personnel référents	Assure la validation des programmes EPP, informe les professionnels et les institutionnels sur le suivi des programmes EPP, apprécie l'impact des mesures d'amélioration mises en œuvre.
CSIRMT Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	Direction des soins, représentants des personnels soignants et médico-techniques.	Donne son avis sur le projet de soins infirmiers, sur les conditions générales d'accueil et de prise en soins des usagers, sur la recherche dans le domaine des soins infirmiers. Elle est informée sur le rapport annuel d'activité et le règlement intérieur de l'établissement.

2.6.4 L'enrichissement de la vie institutionnelle au sein du GHT

L'établissement en tant que membre à part entière du GHT est représenté au sein de chaque instance du groupement avec une logique défendue de positionnement de ses acteurs à chaque vice-présidence toutes les fois où cela est possible (le collège médical, la conférence territoriale des élus, la CSMIRT).

Objectif :

- Assurer une représentation à chaque instance du GHT

3. LES CONTOURS DE L'ACTION AU PROFIT DE L'USAGER ET DE SON ENTOURAGE

3.1 Le projet qualité, gestion des risques et sécurité des soins

3.1.1 Dynamiser le système de management de la qualité

a) La démarche qualité à l'Hôpital de Crépy-en-Valois

L'Hôpital de Crépy-en-Valois s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité au milieu des années 2000 dans le cadre de l'accréditation de son secteur sanitaire. Portée dans un premier temps par la direction Générale, la direction des soins et la direction des ressources humaines, une mission qualité est créée lors de la préparation à la certification V2007. En 2010, une direction de la qualité et de la gestion des risques est créée suite à l'arrivée d'un ingénieur qualité.

La visite de certification V2010 a eu lieu en juin 2013. Les constats sont les suivants :

Le point fort	Les points à améliorer
- Gestion des données du patient	- Démarche éthique - Personnes atteintes d'un handicap - Patients porteurs de maladie chronique - Pertinence des soins - Maîtrise du risque infectieux

En 2017, l'établissement se prépare à la visite de certification V2014 qui aura lieu en novembre 2017. Pour se préparer, l'établissement a réalisé son compte qualité. Il est important que cet outil ne reste pas qu'un outil de préparation à la certification mais soit utilisé pour le pilotage de la démarche qualité.

La démarche qualité a été étendue au secteur médico-social à partir de 2008. La première évaluation externe a eu lieu en 2012 et l'évaluateur avait indiqué que l'établissement avait un haut niveau de qualité. La dernière évaluation interne remonte quant à elle à 2015. Voici ce que l'on peut retenir :

Les points forts	Les points à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> - Pré-admission et admission - Participation institutionnelle - Prévention et prise en charge des escarres - Maintien des capacités à réaliser la toilette - Entretien des locaux - Maintenance - Accompagnement des proches des personnes en fin de vie - Personnalisation des activités sociales - Maintien du lien familial et participation des familles - Projet d'établissement - Gestion financière - Management de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Bienveillance - Maintien des capacités de déplacement - Soutien des professionnels dans l'accompagnement des situations de fin de vie

Suite à l'ensemble des résultats des évaluations internes et externes, des actions d'amélioration ont été définies et intégrées dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Ce PACQ est mis à jour régulièrement et un point sur l'état d'avancement des actions est fait régulièrement avec les pilotes.

L'établissement doit également prendre en compte les évolutions apportées par le groupement hospitalier de territoire et notamment le compte qualité et la visite de certification commune.

Objectifs :

- Développer la collaboration avec la direction qualité du CHICN dans le cadre de la future certification commune
- Faire du compte qualité un outil de pilotage interne

b) Un engagement fort de la direction

La direction de l'établissement est fortement impliquée dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Un leadership fort de la direction est une condition indispensable pour la pérennité de la démarche qualité.

Au regard des problèmes de recrutement médical et le profil des médecins en activité, la communauté médicale (hors pharmacien) s'implique peu dans la démarche qualité et gestion des risques. Les médecins sont peu ou pas présents aux comités techniques et aux groupes de travail.

Néanmoins, la stratégie, certains protocoles, la mise en place d'outils spécifiques (CREX, patient traceur) ... sont présentés en CME pour recueillir l'avis et la validation des médecins.

Les pharmaciennes sont très fortement impliquées dans la démarche qualité et pas seulement par rapport à la prise en charge médicamenteuse. Elles sont force de proposition, participent aux comités spécialisés et à certains groupes de travail.

La direction des soins, quant à elle, s'implique très activement dans les instances de pilotage et les groupes de travail. Il existe une forte collaboration avec la direction qualité.

Objectif :

- Impliquer les médecins dans la démarche qualité et gestion des risques

c) Un pilotage clair et coordonné

La politique qualité et gestion des risques 2017-2021 a été conjointement validée par la directrice et le président de la CME après consultation et avis des différentes instances (CME, Directoire, Conseil de surveillance, CSIRMT, CDU).

La mise en œuvre de la politique est confiée à la commission qualité et sécurité des soins sous-commission de la CME. La CQSS regroupe l'ensemble des membres de la CME ainsi que les responsables des différentes directions.

Cette commission est complétée par six comités spécialisés : CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CRV, CEPP. Ces comités coordonnent les actions de prévention et de maîtrise des risques dans leur domaine de compétence.

D'autres instances jouent un rôle important dans la démarche qualité :

Instances	Rôle dans la démarche qualité
CME	Contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
CSIRMT	Consultée pour avis sur la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques liés aux soins
Commission des usagers	Contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et la PEC des personnes malades et de leurs proches
Directoire	Après concertation avec le directoire, le directeur décide conjointement avec le président de la CME de la politique d'amélioration continue de la qualité
Conseil de surveillance	Emet un avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité
CTE	Est consulté sur la politique d'amélioration continue de la qualité
CQSS Commission de la qualité et de la sécurité des soins (sous-commission de la CME)	Propose et donne son avis sur la politique qualité et sécurité des soins, assure le suivi du programme de qualité et gestion des risques (PACQ), assure le bon déroulement de la procédure de certification et d'évaluation externe
CLIN Comité de lutte contre les infections nosocomiales (comité spécialisé de la CQSS)	Elabore et met en œuvre les recommandations de bonnes pratiques, assure la surveillance des infections associées aux soins, définit les actions d'information et de formation, évalue les actions, veille au bon usage des antibiotiques
CLAN Comité de liaison alimentation nutrition (sous-comité de la CQSS)	Met en place une offre alimentaire permettant une prise en charge nutritionnelle adaptée, assure l'organisation et la qualité de la prise en charge hôtelière, donne son avis sur les travaux en restauration, définit les actions de formation des professionnels, assure la mise en place d'indicateurs
CLUD Comité de lutte contre la douleur (sous-comité de la CQSS)	Propose les orientations les mieux adaptées à la situation locale, coordonne les actions visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, aide au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux, évalue les actions
COMEDIMS	Donne son avis sur la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, participe à la lutte contre la iatrogénie

Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (sous-comité de la CQSS)	médicamenteuse, donne des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
CEPP Comité d'évaluation des pratiques professionnelles (sous-comité de la CQSS)	Valide et valorise les programmes réalisés en interne, sert de lieu d'échange autour de ces démarches pour envisager les développements ultérieurs, informe les professionnels et les institutionnels sur le suivi du programme d'EPP, veille à l'intégration de ces programmes d'évaluation dans le projet médical et dans la procédure de certification, apprécie l'impact des mesures d'amélioration mises en œuvre
CRV Comité risques et vigilances (sous-comité de la CQSS)	Identifie chacun des grands domaines les risques correspondants, sensibilise et forme le personnel à la gestion des risques et au signalement des événements indésirables, met en place et suit le plan d'action visant à réduire les risques identifiés, assure le suivi global des fiches de signalement d'évènement indésirables, assure la coordination des vigilances

d) Une nécessaire implication de tous les acteurs

La réussite d'une démarche qualité repose en partie sur l'implication de tous les professionnels de l'établissement. Pour l'heure, les cadres de proximité jouent un rôle de relais entre le niveau stratégique et les professionnels de terrain. Ils doivent mettre en place les facteurs permettant l'applicabilité des actions d'amélioration retenues. Ce rôle est certes chronophage mais mériterait d'être renforcé et/ou accompagné dans la promotion des protocoles, le contrôle de l'application des actions...

Des référents sont nommés parmi les infirmiers et aides-soignants dans chaque service de soins dans les domaines suivants : hygiène, alimentation, douleur, escarres, médicaments, éducation thérapeutique. Ils se réunissent lors de groupes de travail afin d'améliorer les pratiques dans leurs services et mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques.

Les professionnels sont également impliqués dans la démarche qualité par l'organisation de groupes de travail lors de la préparation à la certification (compte qualité) ou aux procédures d'évaluation sur les maisons de retraite (évaluation interne ou externe). Au fil des ans, l'organisation de ces groupes de travail a évolué afin de mieux satisfaire les professionnels.

Par ailleurs, dans le cadre de la préparation à la certification V2014, des pilotes de processus ont été identifiés.

Enfin, l'établissement adhère au réseau santé qualité Nord Pas-de-Calais Picardie depuis 2012. Dans le cadre du CPOM, l'établissement doit adhérer au réseau qualité risques picard. Dans le cadre de la nouvelle région Haut-de-France, il est prévu une réorganisation afin de ne conserver qu'un seul réseau à l'échelle de la nouvelle grande région. L'Hôpital adhérera au réseau qui sera retenu par l'ARS Haut-de-France.

Objectifs :

- Renforcer le rôle des cadres de proximité dans le déploiement de la démarche qualité
- Renforcer le partenariat avec les acteurs des autres établissements de santé (réseau)

e) Une gestion documentaire efficace

L'analyse de la thématique management de la qualité et des risques du compte qualité a révélé que le circuit actuel de diffusion des protocoles ne permettait pas l'appropriation réelle de ces derniers par les professionnels. Constat également fait après analyse du remplissage des fiches d'émargement des protocoles. Par ailleurs, il ressort qu'il y a trop d'informations affichées dans les services, ce qui rend inefficaces certains outils de communication. Une meilleure promotion des documents qualité doit être mise en place.

Toutefois, lorsqu'on interroge les professionnels, ceux-ci indiquent que les protocoles sont accessibles à tout moment, faciles à trouver et que le classement est intuitif.

Par ailleurs, il existe un journal interne, l'HopiQuali, qui informe les professionnels sur la démarche qualité et gestion des risques. Il est diffusé tous les deux mois avec les fiches de paie.

Objectif :

- Améliorer le système d'information dédié à la démarche qualité

f) Le système d'évaluation

L'évaluation est une étape essentielle de la démarche qualité qui permet de déterminer l'efficacité du système de management de la qualité, des actions d'amélioration et l'atteinte ou non des objectifs fixés.

Un programme d'évaluation est validé chaque début d'année en commission qualité et sécurité des soins.

Un programme d'évaluation de la satisfaction des usagers est déterminé avec la commission des usagers.

Plusieurs outils sont utilisés :

- les enquêtes de satisfaction (questionnaire de sortie, familles, résidents, personnels....)
- les audits
- les indicateurs : le service qualité dispose d'un catalogue des indicateurs qui recense tous les indicateurs suivi dans le cadre de la démarche qualité. Un tableau de bord des indicateurs qualité est réalisé chaque année, présenté aux instances et diffusé dans les services.
- les évaluations de pratiques professionnelles
- les auto-évaluations

Les résultats de ces évaluations sont présentés au cours de diverses instances (CQSS et comités spécialisés, commission des usagers, conseil de la vie sociale, CME...).

Chaque année, un bilan du programme d'amélioration de la qualité est réalisé. Il est présenté auprès des instances de l'établissement.

La démarche d'évaluation est également ponctuée d'évaluations réalisées par des professionnels extérieurs :

- la certification dans le domaine sanitaire rythmée par le compte qualité et les visites des experts visiteurs
- l'évaluation externe sur les maisons de retraite
- les audits croisés réalisés dans le cadre des réseaux (qualité, environnement) auxquels l'établissement adhère (audit croisé prise en charge médicamenteuse, qualité de vie au travail...)

3.1.2 Promouvoir le respect des droits des usagers

a) Les instances représentatives des usagers

La commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a été installée au sein de l'établissement le 21 décembre 2006. Elle a été remplacée le 24 novembre 2016 par la commission des usagers (CDU). Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Au sein de l'établissement elle se réunit en moyenne 4 fois par an. Elle est rarement convoquée de façon exceptionnelle. Ceci est arrivé une fois ces cinq dernières années. Elle produit chaque année un rapport qui est présenté au Conseil de surveillance et envoyé à l'Agence régionale de santé.

L'établissement n'a plus eu de représentants des usagers durant près de trois ans. Depuis décembre 2016 elle en compte quatre.

L'établissement entend donner plus d'importance à la place des usagers. Ces derniers ont été intégrés dans la rédaction du projet d'établissement et dans la préparation à la certification.

Suite à la sollicitation des usagers, des remarques ont pu être extraites notamment concernant l'embellissement, la sécurité et le quotidien de la maison de retraite Etienne-Marie de La Hante avec comme exemple :

- Agrandir la structure pour augmenter le nombre de lits
- Salle à manger à développer
- Porte d'entrée à adapter
- Surveiller les entrées et les sorties avec une caméra de surveillance
- Volets roulants
- Changer les couleurs des pièces de vie
- « café rencontre »

Des points d'amélioration ont été faits sur la restauration :

- Avoir une collation l'après-midi
- Avoir une organisation été/hiver
- Améliorer la qualité des repas

Les usagers et représentants présents se sont exprimés sur la collaboration établie entre l'Hôpital et eux. Ils estiment qu'il y a une bonne fréquence de réunion et une bonne écoute de la part des professionnels. Une relation de travail et de confiance est réelle avec un dialogue établi dans le respect et la courtoisie.

Par ailleurs, dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, une CDU a été créée.

L'Hôpital de Crépy-en-Valois dispose également d'un Conseil de la vie sociale dont la mission est de donner son avis et de faire des propositions sur toute question intéressant au fonctionnement de l'établissement. Il se réunit quatre fois par an. Le CVS a été associé à l'évaluation externe de 2012, à l'évaluation interne de 2015. Les membres ont été consultés lors de l'élaboration du projet d'établissement 2017-2021.

Certains membres du CVS participent à d'autres comités de l'établissement : CLIN et CLAN.

Depuis 2016, l'établissement cherche à donner une nouvelle dynamique à cette instance et à renforcer le rôle de représentants d'usagers. Pour cela, à partir de juin 2017 ont été mis en place des pré-CVS pour associer les membres à l'élaboration de l'ordre du jour.

Objectif :

- Développer la participation des représentants des usagers (CDU et CVS) à la vie institutionnelle (nb de propositions faites par CRUQPC et CVS)

b) Les droits des usagers et la promotion de la bientraitance

La bientraitance fait partie des valeurs véhiculées par l'établissement. Elle est définie comme une démarche collective pour identifier l'accompagnement le mieux adapté pour la personne accueillie, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

L'établissement est convaincu que le respect des droits des usagers est une étape indispensable pour la promotion de la bientraitance.

Cela se traduit en premier lieu par l'organisation de formations aux droits des patients et à la bientraitance.

Une évaluation des pratiques professionnelles sur la promotion de la bientraitance a été menée en 2013. Elle s'est appuyée sur un diagnostic institutionnel réalisé au cours d'une CRUQPC, et d'un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en matière de bientraitance. Cette évaluation a donné lieu à la création d'un groupe bientraitance qui nécessite d'être redynamisé. Ce groupe a élaboré une charte bientraitance qu'il convient de diffuser dans les services et de promouvoir auprès des professionnels.

Par ailleurs, une cartographie des risques de maltraitance a été réalisée et des actions déterminées. La réalisation de ces actions est suivie.

Un protocole de signalement en cas de suspicion d'un cas de maltraitance a été réalisé et diffusé dans les services ainsi qu'une fiche de signalement. Ces deux outils ont été insuffisamment présentés dans les services.

Enfin, en 2016, deux professionnels ont reçu une formation sur la bientraitance validée par une certification AFNOR. Ils ont été nommés référents bientraitance. Il existe une fiche de fonction qui décrit leur rôle.

Une stratégie de promotion de la bientraitance et des droits des usagers a été élaborée par les référents et est en cours de réalisation. Elle repose notamment sur la redynamisation du groupe bientraitance, la promotion des outils existants, la sensibilisation des professionnels, l'implication des différentes instances...

Objectif :

- Promouvoir la bientraitance par l'implication des différents acteurs et instances

c) Le patient/résident co-acteur de sa prise en soins

Parce que le patient ou le résident ne peut faire un choix éclairé que s'il dispose de toutes les informations nécessaires, l'établissement souhaite promouvoir l'information de l'utilisateur tout au long de son séjour. Ceci va passer par l'implication de tous les professionnels et un changement de pratiques. L'utilisateur doit être un acteur à part entière de sa prise en charge.

Concrètement, cela doit passer par une meilleure information sur leurs droits, leur participation à l'élaboration du projet thérapeutique ou du projet d'accompagnement personnalisé, une information sur leur traitement ou leur prise en charge... et bien sûr la poursuite des actions déjà existantes : recueil de la personne de confiance, enquête de satisfaction, consultation infirmière, libre choix du médecin traitant...

Conformément à l'article D.311 du code de l'action sociale et des familles, le contrat de séjour est élaboré dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. Il est conclu entre la personne hébergée ou son représentant légal et le représentant de l'établissement. Ce contrat a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge de la personne accueillie, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel et nécessite obligatoirement le consentement de la personne accueillie.

De plus, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement renforce le droit des usagers notamment en mettant l'accent sur des mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique et la sécurité des personnes accueillies.

Ces dernières doivent être rédigées dans l'annexe au contrat de séjour. Elles visent à soutenir la liberté d'aller et venir, érigée au rang de droit fondamental et inscrite à l'article L311.3 du Code de l'action sociale et des familles. Les conséquences suivantes en découlent :

- Ne s'oppose pas à la protection mais en devient une composante
- Information et encadrement de toutes les adaptations à la liberté nécessaires pour la vie en collectivité
- Respect d'une règle de proportionnalité et de nécessité au regard de l'état de la personne et des objectifs de prise en charge
- Articulation avec l'annexe au contrat de séjour portant des mesures individuelles :
 - o **Dans l'annexe du contrat de séjour :**
 - Mesures protectrices prises dans l'intérêt des personnes accueillies et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.
 - o **Détermination des mesures à prendre :**
 - après examen du résident au terme d'une **procédure collégiale** mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur ou à défaut du médecin traitant ;
 - la procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une **évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures** envisagées ;
 - o **Révision à tout moment :**
 - À l'initiative du résident,
 - À l'initiative du directeur de l'établissement,
 - À l'initiative du médecin coordonnateur ou traitant,
 - Ou sur proposition de la personne de confiance.

Dans ce renfort des droits des usagers, la loi instaure un rééquilibrage de l'utilisateur avec les institutions par :

- La mise en place d'un entretien lors de la conclusion du contrat de séjour entre la personne accueillie et le directeur ou son représentant
- L'instauration d'un droit de rétractation de l'utilisateur :
 - o dans les 15 jours suivant la signature du contrat de séjour ou l'admission si celle-ci est postérieure,
 - o sans préavis et moyennant l'acquiescement du prix de la durée de séjour effectif (Art. L. 311-4-1, II du CASF)
- La clarification des procédures de résiliation :
 - o **À l'initiative du résident :**
 - Passé le délai de 15 jours, résiliation par écrit et à tout moment
 - Délai de réflexion de 48 H à compter de la notification au gestionnaire pour retirer sa décision (*délai imputé sur le délai de préavis*)
 - Délai de préavis prévu au contrat, qui ne peut excéder 1 mois pour les EHPAD et PUV, 8 jours pour les autres (cf. décret n°2016-696 du 27 mai 2016)
 - o **À l'initiative du gestionnaire** (liste limitative des cas de résiliation – art. L. 311-4-1, III du CASF) :
 - inexécution par le résident d'une obligation prévue au contrat ou de manquement grave et répété au règlement de fonctionnement ;
 - cessation totale d'activité de l'établissement ;
 - le résident ne remplit plus les conditions d'admission.

Objectifs :

- Impliquer l'utilisateur dans sa prise en soins (critère 12 IPASS participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné = 80%)
- Améliorer l'information faite à l'utilisateur tout au long de son séjour (atteindre satisfaction de 90% à l'item « le médecin vous a-t-il informé de vos traitements »)
- Articuler les exigences du décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016, relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, avec le projet d'accompagnement personnalisé
- Actualiser le contrat de séjour
- Actualiser les modalités d'information sur le droit de désigner une personne de confiance conformément au décret 2016-1395 du 18 octobre 2016

d) La réflexion éthique

Lors de la visite de certification V2010, l'établissement a reçu une recommandation sur le critère « démarche éthique ». Les experts visiteurs ont indiqué que l'établissement ne disposait pas d'une organisation spécifique pour traiter du questionnement éthique, ni d'un fond documentaire mis à la disposition des professionnels. Par ailleurs aucun état des lieux des questions éthiques se posant au sein de l'établissement n'avait été réalisé. Depuis, plusieurs actions d'amélioration ont été mises en œuvre : abonnement à une revue sur l'éthique, organisation de conférences/débats sur l'éthique, possibilité de participer au groupe de réflexion éthique du CH Compiègne-Noyon, création d'un classeur regroupant des références documentaires sur plusieurs domaines éthiques (recommandations générales, fin de vie, alimentation, Alzheimer), organisation d'une formation spécifique éthique, participation à des colloques sur les soins palliatifs (Loi Léonetti-Claeys, directives anticipées).

La démarche éthique est indissociable de la bientraitance.

Elle est définie comme « *rechercher la bonne décision, mettre en place des actions « justes » et/ou « bonnes » qui se déclinent en autant de pratiques professionnelles, reflet de la compétence, tenant compte de la singularité de la personne, du contexte ainsi que des contraintes de la situation. Face à chaque situation considérée comme unique, le questionnement doit présider à toute forme de réponse conjointement au souci de bienfaisance et de bienveillance, constituant avec la bientraitance le trépied de l'éthique médicale qui s'impose à tout professionnel de santé.* »¹

¹ Rapport ministériel : « promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé » - janvier 2011

La réflexion éthique émerge lors de conflit de valeurs d'égale légitimité comme, par exemple, lorsque le droit à la liberté se heurte à l'impératif de sécurité, ou encore lorsque la nécessité du partage de l'information entre directement en conflit avec le devoir de confidentialité.

Dans ce contexte, l'éthique consiste en une pratique de la distanciation et de la réflexion pour une prise de décision collégiale, en cherchant à concilier au mieux les impératifs juridiques, déontologiques et humains dans une décision par définition « singulière ».

Aussi, l'établissement a prévu de pérenniser la mise en place de débats éthiques en déterminant chaque année un programme annuel. Par ailleurs, les classeurs éthiques, regroupant des références bibliographiques vont être promotionnés dans les services ainsi que la grille d'aide au questionnement éthique.

Objectif :

- Favoriser la réflexion éthique au sein de l'établissement (2 débats éthiques par an)

3.1.3 Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques professionnelles

a) Développer les évaluations des pratiques professionnelles en lien avec le DPC

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est un élément clé de la politique d'amélioration continue de la qualité.

Un comité d'évaluation des pratiques professionnelles a été créé en 2010. Il se réunit au moins deux fois par an pour valider le programme EPP de l'année et de suivre son état d'avancement.

Par ailleurs, deux pilotes EPP ont été nommés en CME du 25 mai 2016. Ils ont pour rôle d'aider à l'élaboration de la politique EPP avec la CME, proposer le programme annuel, conduire les EPP et les suivre.

Les évaluations des pratiques professionnelles sont déployées dans tous les secteurs d'activité y compris sur les maisons de retraite. Depuis 2013, six évaluations des pratiques professionnelles ont été réalisées.

Un point sur l'ensemble des évaluations en cours a été fait en 2017. Pour de nombreuses EPP un plan d'actions a été programmé, toutefois il n'y a pas de réévaluation prouvant que ces dernières ont été efficaces ni d'indicateurs de suivi. En 2017, il a été décidé de ne pas programmer d'EPP supplémentaire sur l'année mais de suivre celles existantes et mettre en œuvre les plans d'actions.

Par ailleurs, des indicateurs de pratiques cliniques ont été déterminés par la CME et sont suivis par les services concernés.

On observe que ces dernières années, les évaluations des pratiques professionnelles sont principalement réalisées par des professionnels paramédicaux ou pharmaceutiques. L'implication des médecins est faible.

La stratégie de développement des EPP et les thématiques choisies continueront à être révisées annuellement par le comité EPP. Le choix des thématiques se fera au regard des orientations stratégiques et des pistes d'amélioration identifiées au sein des instances et comités.

Dans le cadre du développement professionnel continue, des formations sont organisées par des organismes habilités ODPC. A ce jour, il n'y a pas forcément de lien entre les programmes EPP et les formations DPC. Par ailleurs, l'apport des formations dans les services n'est pas encore évalué par le biais d'un outil formel cependant, une prise de conscience est réelle de la part de l'équipe de direction car les formations apportent une continuité du savoir et des nouveautés.

Objectifs :

- Impliquer l'ensemble des acteurs concernés dans la démarche d'EPP
- Développer la création de tableaux de bord
- S'assurer qu'un professionnel à au moins un DPC
- Tableau de bord de suivi des DPC

b) Les autres outils d'évaluation des pratiques professionnelles

Outre les outils traditionnels utilisés dans le cadre des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (audit, revue de pertinence, enquête de pratique...), l'établissement a acquis en 2014 le référentiel IGEOQSI qui est un outil de mesure et d'évaluation de la qualité des soins. Pour cela, huit auditeurs internes ont été formés à la méthodologie (cadre supérieur de santé, cadres de santé, infirmières, ingénieur qualité). A ce jour l'outil a été très peu utilisé mais nécessiterait d'être davantage exploité.

Par ailleurs, l'établissement a mis en place la méthodologie du patient traceur dans son service SSR en 2014 et en USLD à partir de 2015. Cette méthodologie permet d'analyser la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours. Elle a l'avantage de prendre en compte l'expérience du patient. L'objectif est de réaliser un patient traceur par service chaque année. Il conviendrait également de déterminer en CME les pathologies traceuses.

Objectifs :

- Développer l'utilisation de l'outil IGEOQSI
- Poursuivre la mise en œuvre de la méthodologie du patient traceur

c) La pertinence des soins

La pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins aux besoins des patients.

Dans le cadre de la certification V2010, l'établissement a eu une recommandation sur le critère 28b pertinence des soins. Un plan d'action a donc été mis en œuvre :

- Identification par la CME et la CSIRMT des enjeux liés à la pertinence des soins
- Evaluation de la pertinence de l'antibiothérapie dans le traitement des infections urinaires nosocomiales
- Evaluation de la pertinence de l'écrasement des médicaments
- Acquisition de l'outil IGEOQSI
- Elaboration de guide et protocoles sur le bon usage des soins ou médicaments
- Mise en œuvre des actions d'amélioration issues des analyses de la pertinence des soins

Aujourd'hui l'établissement est entré dans une dynamique d'évaluation de la pertinence des soins. Une évaluation sur la pertinence de la prescription et de l'administration des compléments nutritionnels oraux a été réalisée et la mise en place du plan d'actions est en cours. Outre ce dernier, la CME a retenu trois autres thèmes :

- Pertinence de la prescription des anticholinestérasiques
- Pertinence de la prescription des laxatifs
- Pertinence de la prise en charge des diabétiques avec prise en compte de l'ordonnance d'entrée et de sortie

Objectif :

- Poursuivre la démarche d'évaluation de la pertinence des soins

3.1.4 Assurer la maîtrise des risques

a) Une démarche de gestion des risques structurée

Un comité risques et vigilances a été créé en 2010. Il permet de coordonner tous les risques et les vigilances au sein de l'établissement. Il se réunit deux à trois fois par an. La gestion des risques repose également sur

d'autres instances qui relèvent d'un champ de compétence spécifique : le CLIN pour le risque infectieux, le COMEDIMS pour la iatrogénie médicamenteuse.

La gestion des risques au quotidien est organisée autour du responsable qualité et gestion des risques et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

L'établissement a élaboré une cartographie des risques en 2013. Les actions sont suivies régulièrement.

Une formation à la gestion des risques et à la sécurité des soins est dispensée par le responsable qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Par ailleurs, l'établissement est doté d'un système de signalement des événements indésirables. Chaque professionnel peut déclarer un événement indésirable sur une fiche de signalement. Le circuit de traitement des fiches est décrit dans une procédure. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est destinataire de toutes les fiches d'événements indésirables en lien avec les soins. L'ensemble des fiches est présenté au cours des comités de direction. En 2016, 176 fiches de signalements ont été remplies. Un bilan annuel des fiches de signalement d'événement indésirable est présenté en comité risques et vigilances.

Par ailleurs, un comité de retour d'expérience est organisé au moins une fois par an en SSR / USLD et sur les maisons de retraite, il permet de revenir sur les événements indésirables liés aux soins et de déterminer des mesures de prévention. Il existe un règlement de fonctionnement de ce comité. En cas d'erreur grave, une analyse profonde est réalisée avec la méthodologie REMED, ALARM ou l'arbre des causes. Les actions sont intégrées dans le PACQ global.

Enfin, l'établissement est doté d'un plan de gestion de crise, qui comprend le plan bleu, le plan blanc et le plan de reprise d'activité.

Objectif :

- Améliorer le traitement des fiches de signalement d'événement indésirable relative à la prise en charge médicamenteuse.

b) Les vigilances

L'établissement a mis en place une organisation afin de répondre aux exigences réglementaires relatives aux vigilances. De par ses activités, l'Hôpital de Crépy-en-Valois n'est pas soumis à l'ensemble des vigilances réglementaires.

Matéiovigilance

Deux correspondants sont en charge de la matéiovigilance au sein de l'établissement :

- La pharmacienne pour les dispositifs médicaux stériles
- La cadre supérieur de santé pour les autres dispositifs (lits médicalisés, lève-malade...)

Les dispositifs médicaux stériles sont gérés par la pharmacie. En 2016, les locaux de stockage ont été remis aux normes suite à une demande de l'inspection de la pharmacie. La gestion des alertes ascendantes ou descendantes est décrite dans un protocole qui est diffusé dans les services concernés.

Concernant les autres dispositifs, des référents « matériel » sont nommés dans chaque service de soins. Il existe un classeur recensant les modes d'emploi des appareils. Par ailleurs, un inventaire partiel des dispositifs a été réalisé par le service économique. L'établissement dispose d'une politique de remplacement du matériel permettant de disposer de matériel récent et efficient. Chaque année, une société extérieure vient vérifier les dispositifs nécessitant une vérification annuelle (pousse-seringue électrique, aspirateur bronchique...). Les autres dispositifs ne disposent pas forcément de maintenance préventive. Une cellule de matéiovigilance a été mise en place en mai 2017. Elle se réunit au moins deux fois par an et est composée des correspondants matéiovigilance, du responsable du service technique, de la personne responsable « approvisionnement » et du responsable qualité.

Objectif :

- Mettre en place une maintenance préventive pour l'ensemble des dispositifs médicaux

Pharmacovigilance

Un pharmacien a été nommé correspondant pharmacovigilance. Un protocole décrit le dispositif de gestion des alertes ascendantes et descendantes en matière de pharmacovigilance. Les alertes descendantes sont traitées dans les meilleurs délais : réception des fax d'alerte 24h/24 par pharmacie ou service SSR, existence d'une astreinte pharmaceutique les soirs et week-ends.

Infectiovigilance

Des correspondants infectiovigilance ont été nommés au sein de l'hôpital.

Une procédure décrit la marche à suivre pour déclarer en interne ou en externe une infection associée aux soins. En interne, les professionnels disposent dans chaque service d'un cahier de signalement. Ce cahier est analysé une fois par an par l'équipe opérationnelle d'hygiène qui en fait un bilan. Quand cela s'avère nécessaire (épidémie, maladie à déclaration obligatoire...) une déclaration externe est réalisée auprès de l'ARLIN et de l'ARS par la cadre supérieure de santé ou les cadres de santé en son absence. L'équipe opérationnelle d'hygiène est également contactée. Enfin, selon la situation, une cellule de gestion de crise peut être mise en place.

Identitovigilance

Cette vigilance ne fait pas partie des vigilances réglementaires. Cependant l'établissement a mis en place un dispositif de suivi.

Deux correspondants ont été nommés : la cadre supérieur de santé ainsi que la secrétaire médico-administrative. En cas d'erreur d'identitovigilance c'est elle qui doit être informée. Les erreurs d'identitovigilance doivent être déclarées via la fiche de signalement des événements indésirables et suivre le circuit habituel.

Par ailleurs, il existe une cellule d'identitovigilance qui se réunit quatre fois par an. Elle est composée de la cadre supérieur de santé, du responsable qualité, de la secrétaire médico-administrative et de la personne en charge des finances. Un règlement intérieur décrit son fonctionnement. Un rapport annuel est réalisé et chaque année un programme d'actions est déterminé et validé par le comité risques et vigilances. Il existe également une charte d'identification, des protocoles décrivant la gestion des identités dans le système d'information, des documents qualité qui décrivent les bonnes pratiques en matière d'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Des formations à l'identitovigilance sont dispensées au personnel administratif et soignant.

Depuis 2013, les services ont recours au bracelet d'identification : pour tous les patients consentants en SSR, uniquement pour les résidents qui partent en consultation externe sans leur famille et qui sont dans l'incapacité de décliner de manière fiable leur identité en USLD et en maisons de retraite.

Enfin, des enquêtes de satisfaction, des indicateurs et des audits sont réalisés pour évaluer l'efficacité du système.

c) Les risques professionnels

L'ensemble des risques professionnels est décrit dans le document unique des risques professionnels. Il est mis à jour au moins une fois par an au regard des événements indésirables qui se sont déroulés au cours de l'année, des visites du CHSCT dans les services, de l'analyse des accidents de travail... Les modifications apportées sont validées en CHSCT. Le document est accessible à tous les professionnels via le serveur interne SAMBA. Toutefois, le document unique n'est pas suffisamment exploité au quotidien.

Des formations à la manutention et au port de charge sont régulièrement organisées afin de prévenir les risques de lombalgie et les troubles musculo-squelettiques. De même, l'établissement s'est doté de matériels d'aide à la manutention (lève-malade, verticalisateur...), et d'aide au port de charge (chariots, transpalette...).

Un travail sur l'identification des risques psychosociaux est en cours. L'établissement se fait aider d'une mission d'appui menée par l'ANFH depuis 2016. L'ensemble des risques identifiés va être intégré dans le document unique ainsi que les actions d'amélioration retenues.

Des indicateurs de suivi ont été déterminés.

Objectifs :

- Améliorer l'exploitation du document unique d'évaluation des risques professionnels
- Pérenniser la démarche de prévention des risques psychosociaux

3.1.5 Développer une culture sécurité des soins

a) Le déploiement de la culture sécurité

L'établissement a élaboré une charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables en 2014. Elle a été signée par le directeur, le président de la CME, le cadre supérieur de santé et le responsable qualité. Elle stipule qu'aucune sanction disciplinaire ne sera entamée à l'encontre de la personne qui déclare spontanément une erreur sauf manquement délibéré aux règles de sécurité. Cette charte a été affichée dans les services et est promotionnée au cours des formations sur la sécurité de soins et sur comprendre et prévenir les erreurs médicamenteuses.

Même si de plus en plus d'événements indésirables liés aux soins sont déclarés, une marge de progression existe. On peut également noter une bonne dynamique de la pharmacie dans la déclaration des erreurs médicamenteuses.

Par ailleurs, des sessions de formation sur la sécurité des soins sont organisées par le cadre supérieur de santé et le responsable qualité. Elle traite de sujets comme la gestion des risques, la sécurité des soins, la prise en charge médicamenteuse, l'identitovigilance. Chaque année une demi-journée dédiée à la sécurité des soins est organisée. Les thèmes comme l'hygiène, les escarres, la douleur, l'éducation thérapeutique, la pris en charge médicamenteuse... sont abordés de manière ludique. Une chambre des erreurs a été organisée à deux reprises.

Une enquête sur la culture sécurité des soins a été réalisée en 2013.

Les cadres sont également impliqués dans la culture sécurité des soins. Ils créent un environnement favorable au développement de cette culture : libre expression dans le service, organisation de travail claire, réponse non punitive à l'erreur....

En effet, l'établissement prône la culture positive de l'erreur par une logique d'organisation apprenante. Passer de la culture de la faute à la culture de l'apprentissage par l'erreur permet de rechercher la cause et non de mettre l'accent sur le professionnel ; une charte d'engagement de l'établissement a même été diffusée dans l'établissement pour sécuriser les professionnels. Les cadres de santé notamment jouent un rôle essentiel dans cette démarche de la culture positive.

La culture sécurité repose également sur la recherche d'une organisation apprenante. Cela passe par l'organisation de CREX et l'analyse profonde des événements indésirables graves. Un retour est systématiquement fait aux équipes via un compte rendu ou un rapport de retour d'expérience.

Objectif :

- Inciter les professionnels à la déclaration des erreurs

b) Les situations à risque

La prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse fait partie des processus les plus complexes au sein de l'Hôpital du fait de la multitude d'acteurs qui y interviennent et des nombreuses interfaces.

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est engagé dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM). Pour cela, un système de management de la qualité de la PECM est en place. Il repose sur une politique et un manuel qualité.

De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en place ces dernières années :

- Informatisation du circuit du médicament
- Mise en place d'une astreinte pharmaceutique
- Elaboration d'une liste des médicaments à haut risque et d'outils de prévention
- Elaboration d'outils d'aide à la prescription et à l'administration
- Mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée

Des formations aux never events et aux erreurs médicamenteuses sont organisées.

Des évaluations des pratiques professionnelles en lien avec le circuit du médicament sont également réalisées. L'établissement participe tous les deux ans à un audit croisé réalisé dans le cadre du réseau santé qualité. Les résultats montrent une amélioration de la conformité des critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse entre 2014 et 2016, signe de l'efficacité des actions engagées. Par ailleurs, lors de la certification V2010, l'établissement n'a eu aucune recommandation, ni réserve sur la prise en charge médicamenteuse.

Les efforts engagés par l'établissement doivent donc être poursuivis.

Objectif :

- Poursuivre les actions de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Le travail en équipe

Des soins plus sûrs passent inévitablement par un travail collectif efficace.

La démarche sur les risques psychosociaux a révélé dans certains services un manque de communication entre les professionnels.

L'amélioration du travail en équipe doit passer par la réalisation de tâches précises qui aboutissent à des objectifs communs, par la définition des rôles et responsabilités de chacun et par une prise de décision interdépendante. Favoriser la coopération interprofessionnelle fait partie des objectifs stratégiques de l'établissement.

La HAS a mis en place plusieurs outils pour améliorer la synergie d'équipe et structurer la communication entre les professionnels (briefing / débriefing, Saed). Ces outils n'ont pour le moment pas été appropriés par l'établissement.

Objectif :

- Améliorer la communication et le travail en équipe

c) L'interruption des tâches

Les interruptions de tâches font partie du quotidien des équipes, pourtant elles peuvent être à l'origine de la réalisation d'erreurs. Les études montrent qu'en moyenne, une infirmière est interrompue 6,7 fois par heure, et que 95% de ces interruptions ne sont pas justifiées.

Pour l'heure, l'établissement n'a engagé aucune réflexion sur les interruptions de tâches.

Objectif :

- Mener une réflexion sur les interruptions de tâches

3.1.6 Améliorer la prise en soins des patients et des résidents

a) La tenue du dossier patient

Le dossier patient est un élément clé dans la continuité de la prise en charge.

Au sein de l'Hôpital de Crépy-en-Valois il a été informatisé en 2012. Le déploiement de la partie circuit du médicament n'est pas effectif sur tous les sites. Elle est opérationnelle sur l'Hôpital Saint Lazare et la maison de retraite E.M. de La Hante

Le logiciel utilisé est DxCare. Il permet le partage des données avec le Centre hospitalier de Compiègne-Noyon. Un guide pratique du dossier patient énonce les différentes règles concernant sa création, sa tenue, son accessibilité, son archivage...

La traçabilité dans le dossier patient reste inégale d'un service à l'autre. Ce problème peut en partie être expliqué par les problèmes de connexion au dossier que peuvent rencontrer certains professionnels.

Depuis 2010, le recueil des indicateurs généralisés HAS (IPAQSS), concernant la tenue du dossier patient est réalisé. Bien que le taux de conformité de l'indicateur tenue du dossier patient soit en nette amélioration à chaque nouveau recueil, il reste en deçà de l'objectif national. En 2015, il atteint un taux de conformité de 76% soit une cotation C.

Objectif :

- Améliorer la traçabilité dans le dossier patient. (Objectif IPAQSS = 88%)

b) La personnalisation de la prise en soins

La prise en soins, énoncée comme mission spécifique à l'Hôpital de Crépy-en-Valois, est définie comme « prendre en compte la personne dans son unicité, sa singularité et sa globalité ». C'est pour cette raison que l'établissement cherche à offrir une prise en soins adaptée à chacun en prenant en considération les choix de la personne et les contraintes liées à la vie en collectivité.

Pour arriver à ce résultat, cela passe par la définition pour chaque patient et chaque résident d'un projet qui lui est spécifique et suivi par l'ensemble des professionnels.

En SSR, les résultats des indicateurs IPAQSS 2015 montrent que le projet thérapeutique est renseigné dans le dossier patient à hauteur de 61%. Par ailleurs, on retrouve l'accord ou la participation du patient à ce projet dans seulement 29% des cas. Il est donc indispensable de déterminer des actions d'amélioration pour améliorer cette traçabilité et la participation du patient.

En USLD et en maison de retraite Saint Lazare, les projets d'accompagnement personnalisés sont réalisés pour l'ensemble des résidents. Il existe également une consultation infirmière qui est un temps d'échange entre l'équipe soignante, le résident et sa famille et qui permet de faire le point sur la prise en soins, mieux connaître le résident et prendre en compte les attentes et besoins de ce dernier.

Sur les maisons de retraite, tous les résidents ne disposent pas encore d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

En USLD et en maison de retraite, le modèle du PAP a été revu en 2016 et intégré dans DxCare.

Par ailleurs, une formation sur le projet de vie personnalisé a été organisée en 2016. Dix professionnels ont été formés dont 1 cadre de santé, 5 infirmières, 2 aides-soignantes, 1 psychologue et 1 animatrice. Une sensibilisation des professionnels a été faite lors de la diffusion du nouveau support.

Objectif :

- Optimiser la personnalisation de la prise en charge à travers le projet d'accompagnement personnalisé et le projet thérapeutique (objectif IPAQSS = 80% critères 7 et 8 ; 90% de résidents avec un PAP)

c) Prévention des risques liés à la santé inhérents à la population accueillie

Risque évalué	Outil utilisé
Escarres	Grille de Braden
Douleur	Echelle d'hétéro ou d'auto-évaluation (EVA, Algoplus)

Dépression	DepGer
Chute	Grille d'évaluation du risque de chute
Dénutrition	IMC + MNA
Etat bucco-dentaire	Grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire

Les risques principaux auxquels peuvent être soumis les patients et les résidents sont évalués au travers de l'évaluation gériatrique qui comprend des grilles de dépistage pour les éléments ci-dessus.

En fonction des scores de chaque évaluation, des mesures préventives sont mises en place. Ces mesures sont décrites dans des protocoles.

Des audits sont réalisés afin d'évaluer :

- la traçabilité de ces différents outils dans le dossier patient
- les actions mises en œuvre en fonction du score

Certains de ces risques ont fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles ces 5 dernières années : dénutrition, chute et dépression. Elles ont donné lieu à des actions d'amélioration : création ou modification des grilles d'évaluation, rédaction de protocoles...

Par ailleurs, un réseau de référents a été mis en place au sein des services de soins (infirmier et aide-soignant). Il s'agit de professionnels volontaires qui souhaitent s'impliquer dans un domaine particulier : alimentation et nutrition, escarres, douleur, hygiène. Des groupes de travail sont organisés puis les travaux sont présentés aux instances pour validation (CLIN, CLAN, CLUD, CRV...). Chaque année un programme d'actions est déterminé pour les risques suivants : hygiène, escarres, douleur, alimentation.

Objectif :

- Poursuivre les actions d'amélioration en faveur de la prévention et de la prise en charge des risques inhérents à la population accueillie

d) La maîtrise du risque infectieux

L'établissement est ancré dans une dynamique de lutte contre les infections associées aux soins depuis de nombreuses années. Chaque année un programme d'actions est validé par le comité de lutte contre les infections nosocomiales. L'établissement est aidé dans sa réalisation par l'équipe opérationnelle hygiène du CHICN.

La démarche de lutte contre les infections associées aux soins repose sur 4 axes :

- La prévention :
 - documents qualité (protocoles, affiches...) régulièrement mis à jour ou réalisés en fonction des besoins
 - suivi des plans d'actions
 - promotion de la vaccination antigrippale
- La formation :
 - des formations sont dispensées dans les services lors de la réalisation des audits
 - chaque année l'établissement organise une demi-journée sur la sécurité de soins
 - en 2017 a été mis en place une formation d'une demi-journée sur l'hygiène dispensée par l'infirmière hygiéniste auprès des soignants nouvellement recrutés
 - participation aux journées hygiène régionales
- L'évaluation : chaque année de nombreux audits sont réalisés au sein des services (tri des DASRI, hygiène des mains, tenue et port de bijoux...)
- La surveillance :
 - analyse annuelle des cahiers de signalement internes des infections associées aux soins
 - surveillance des bactéries multi-résistantes avec l'adhésion de l'établissement au réseau Raisin

- surveillance de la consommation de solution hydro-alcoolique
- enquête d'incidence des infections urinaires
- enquêtes nationales ou régionales

Dans les services, il existe des correspondants hygiène qui participent à des groupes de travail. En général ils se réunissent cinq fois par an. Leur rôle est défini dans une fiche de fonction.

L'établissement adhère également au réseau hygiène qui regroupe des établissements des environs et qui permet de travailler en commun sur certaines thématiques.

L'ensemble de ces actions et dispositifs semblent efficaces dans la mesure où les indicateurs nationaux de suivi des infections associées aux soins sont en constante amélioration ces dernières années. En 2015, tous les indicateurs étaient cotés A.

Les efforts engagés par l'établissement doivent donc se poursuivre.

Objectifs :

- Poursuivre les actions en faveur de la maîtrise du risque infectieux

e) La prise en charge des patients en fin de vie

L'établissement dispose de six lits identifiés soins palliatifs : deux en USLD et quatre en SSR.

Les professionnels disposent de formations sur la démarche palliative. L'équipe mobile de soins palliatifs du CHICN peut également organiser des formations flash sur certaines thématiques (loi Léonetti, soins de bouche, sédation...). Ces formations n'ont plus été organisées depuis 2013 mais il serait intéressant de les remettre en place.

Il existe deux conventions concernant l'accompagnement des patients en fin de vie :

- L'équipe mobile de soins palliatifs du CHICN qui intervient en SSR et USLD. Elle intervient à la demande des services. L'équipe est constituée d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychologue. Elle se déplace une fois par semaine mais peut être contactée en cas de besoin par téléphone.
- L'association PalliAcso qui intervient en maison de retraite. Ce partenariat peu actif jusqu'alors a fait l'objet d'une nouvelle formalisation en mai 2017 qui a permis de rendre plus visible ce partenaire auprès des équipes. Toutefois, un éclaircissement des actions proposées reste à définir.

Une évaluation de pratiques professionnelles sur la qualité de la prise en charge des patients en soins palliatifs a été organisée en 2013. Les résultats ont montré que la traçabilité de certains éléments pouvait être améliorée. La commission EPP de 2017 a validé plusieurs actions d'amélioration : définir la liste des informations à tracer dans le dossier patient pour les personnes en fin de vie, améliorer l'information faite au patient sur les directives anticipées, créer un protocole sur la gestion des directives anticipées, réaliser un nouvel audit de traçabilité.

Par ailleurs, depuis avril 2017, une nouvelle dynamique concernant les directives anticipées a été engagée dans le service USLD. L'objectif est d'en parler à l'ensemble des résidents pouvant recevoir l'information et les aider à les rédiger s'ils souhaitent en écrire. A terme, cette pratique devrait être généralisée aux maisons de retraite.

Objectifs :

- Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie
- Clarifier les champs d'intervention de l'EMSP et de PalliAcso en réalisant un support de communication en vue d'éclaircir le rôle et les moyens de faire appel à EMSP, PalliAcso

f) La prise en charge des populations spécifiques

La Haute autorité de santé définit une population spécifique comme une population présentant des risques particuliers qui nécessitent une adaptation de l'organisation.

Si on se réfère au manuel de certification, les personnes âgées font partie de ces populations spécifiques. Toutefois la quasi-majorité des patients et résidents accueillis au sein de l'Hôpital de Crépy-en-Valois sont des personnes âgées. L'établissement considère que l'ensemble de sa prise en charge prend déjà en compte la spécificité de la personne âgée (évaluation gérontologique par exemple).

Deux populations spécifiques ont été identifiées :

- Les personnes atteintes d'un handicap
- Les patients porteurs d'une maladie chronique → abordé dans le paragraphe « éducation thérapeutique »

Le critère de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap a reçu une recommandation par les experts visiteurs lors de la certification V2010. Un plan d'action a donc été mis en place :

- Mise en place de formations « simulateur de vieillissement » → action réalisée
- Réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles → action réalisée
- Intégrer dans le projet d'établissement un paragraphe sur la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap → en cours
- Identifier des réseaux et des partenaires existants au sein du territoire → à faire

Une évaluation des pratiques professionnelles portant sur la déficience visuelle a été réalisée en 2015. Elle a consisté à faire le point sur les connaissances des professionnels en matière de déficience visuelle et de faire un audit auprès des patients déficients visuels. Un plan d'action a été déterminé et est en cours de réalisation. Une formation sur la prise en charge des personnes déficientes visuelles a également été organisée avec des ateliers pratiques...

Dans les années à venir, il est prévu d'étendre cette démarche à d'autres types de déficiences (auditive par exemple). Pour cela, l'établissement pourra s'aider des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées ».

Parallèlement, l'établissement a réalisé un état des lieux accessibilité de ces locaux en 2015. Suite à cela, un agenda d'accessibilité programmée, décrivant les travaux à mettre en place les trois prochaines années a été présenté auprès de la préfecture et validé. Il est prévu de terminer les travaux de mise aux normes en 2018. Les travaux comprennent, entre autre, une amélioration de l'éclairage dans les locaux communs, la mise en place de balises sonores sur les extérieurs, le réaménagement du bureau des admissions, le changement de la porte d'entrée du site Saint Lazare, la mise en conformité des escaliers, l'amélioration de la signalétique...

L'établissement entend donc s'adapter au mieux à cette population.

Objectif :

- Améliorer l'accueil et la prise en soins des personnes atteintes d'un handicap

g) L'éducation thérapeutique

L'établissement a eu une réserve sur le critère éducation thérapeutique lors de la certification V2010. Il avait été noté l'absence de réflexion institutionnelle concertée sur la démarche d'éducation thérapeutique, la non formation des professionnels et la manque d'information faite aux patients sur les programmes d'ETP existants sur le territoire et les modalités d'accès.

Cette réserve a été levée par la mise en place d'actions d'amélioration : formations de plusieurs professionnels à l'éducation thérapeutique du patient âgé, la formation diplômante d'un professionnel à l'ETP, mise en place d'activités éducatives ciblées sur les AVK, création d'un groupe de travail ETP... Depuis 2016, la dynamique engagée s'est un peu essoufflée. Il convient de redynamiser la démarche afin de mettre en place des activités éducatives ciblées sur les sujets retenus : insulines et laxatifs.

Concernant le critère prise en charge des patients appartenant à une population spécifique et plus particulièrement les patients porteurs de maladie chronique, l'établissement a reçu une recommandation

par les experts visiteurs. Les actions déjà engagées dans le cadre de l'éducation thérapeutique et celles à venir sont également applicables à cette population.

Objectif :

- Développer l'éducation thérapeutique des patients/résidents et de leurs proches

4. L'HÔPITAL, UN AVENIR, DES PROJETS

L'ensemble des projets de l'établissement déclinés ci-après prennent en compte les enjeux et spécificités propres de l'établissement mais s'inscrivent également dans un projet de Groupement Hospitalier reposant sur 6 enjeux :

- **Ecologique** : le GHT entend porter un projet prenant en considération le territoire, ses différents acteurs et l'impact des situations locales et sociales en termes de politique de soins, d'égalités d'accès aux soins et d'évolutions des réponses, intégrant les facteurs de risques, l'environnement, le développement industriel, les démographies,
- **Epidémiologique** : dans un contexte où les établissements de santé sont désormais confrontés à des prises en charge de plus en plus complexes et nombreuses liées notamment au vieillissement de la population et aux maladies chroniques mais également à l'évolution de l'ambulatoire et de raccourcissement des séjours, il convient de structurer l'exercice hospitalier et médico-social avec un décloisonnement des acteurs et des structures engagés à la fois dans le GHT et le territoire.
- **Démocratique** : la politique de soins et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées portée par le groupement repose sur la reconnaissance d'une place accrue des usagers, de leur famille, de l'accès à l'information dans un but de renforcer la transparence et de reconnaître le bénéficiaire comme un partenaire responsable à part entière.
- **Sociologique** : au-delà des compétences qualitatives et quantitatives, la performance de la réponse du GHT repose sur la mobilisation des acteurs, associée à une compréhension des objectifs du groupement, des complémentarités efficaces, des organisations éprouvées, une reconnaissance des acteurs, gages de valorisation collective, individuelle et de bien-être au travail.
- **Technologique et numérique** : la prise en considération des évolutions technologiques et numériques constitue de réelles opportunités de faire évoluer les prises en charge dans un contexte de qualité et sécurité des soins, ainsi que de partage de l'information tout en constituant une réponse à des logiques de regroupement de compétences et de démographie médicale.
- **Economique** : la réponse aux besoins de santé de la population considérée, l'évolution des prises en charge et la nécessité de développer l'innovation s'envisagent essentiellement dans un contexte maîtrisé financièrement sur la base de résultats médico-économiques validés et conformes aux obligations inscrites au PRS.

4.1 Le projet médical et de soins partagé

Le projet médical et de soins partagé est la pierre angulaire du GHT. Ce projet médical partagé a pour ambition à la fois de mettre en place une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes du territoire, mais aussi d'organiser, pour l'ensemble des activités, l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

Ces enjeux reposent sur 4 postulats liés à l'évolution du contexte :

- La prise en compte d'un territoire élargi inscrit le GHT dans une logique partenariale plus globale regroupant 3 sites hospitaliers, 4 EHPAD et une structure du handicap. Dans le périmètre de ce groupement, se rajoutent un établissement de santé privé, 402 médecins généralistes, médecins spécialistes et pharmaciens, 330 professionnels paramédicaux qui participent à la prise en charge des patients et des populations vulnérables dans le cadre de collaborations diversifiées.

- L'innovation des prises en charge que ce soit sur l'aspect « pratiques médicales et soignantes », technologique et thérapeutique implique nécessairement une adaptation des organisations à l'une des structures regroupées, mais également des partenaires de santé externes afin d'établir des parcours patient optimisés.
- La prise en considération d'une démographie médicale défavorable doublée d'une spécialisation de plus en plus poussée doit amener le groupement à penser une planification des ressources humaines fondée sur des compétences adaptées aux seuils critiques de l'exercice médical, des complémentarités et une politique de délégations de tâches dès lors qu'elle s'avère pertinente, garantant d'une qualité et d'une continuité des soins.
- L'assurance d'une offre de soins de proximité tout en maintenant une offre de référence spécialisée, renforcée et lisible.

Etabli sous l'égide du comité stratégique et du collège médical du GHT, le projet médical et de soins partagé (PMSP) constitue le socle essentiel de la déclinaison à venir du projet médical, pharmaceutique et de soins de l'Hôpital de Crépy-en-Valois (Annexe 2). Cependant, et au regard du poids de l'établissement au sein du GHT, il ne sera pas repris dans son intégralité en raison de nombreux domaines et/ou filières qui ne concernent absolument pas l'activité de l'établissement.

Plus précisément, et au-delà des enjeux précités,

- le projet médical reprend l'ensemble des données issues de la filière gériatrique du projet médical et de soins partagé du GHT,
- le projet pharmaceutique mixe des aspects partagés à retrouver aussi bien dans l'énoncé de la filière gériatrique que de la thématique PUI du PMSP, et des aspects spécifiques
- le projet de soins s'inspire de la philosophie du parcours patient collaborative du PMSP pour en extraire une vision plus propre à l'établissement

4.1.1 La filière gériatrique du PMSP² comme structuration du projet médical

a) Description du contexte

Situation actuelle pour la population

Sur le territoire de santé du GHT (Compiègne/Noyon/Crépy en Valois) la filière gériatrique hospitalière est complète.

Le dossier patient est unique et est partagé sur tous les établissements sanitaires du GHT et les EHPAD du CHICN et de CEV (Crépy en Valois). Le logiciel Trajectoire est en place pour les SSR et en cours de déploiement pour toutes les EHPAD et USLD mais on peut relever :

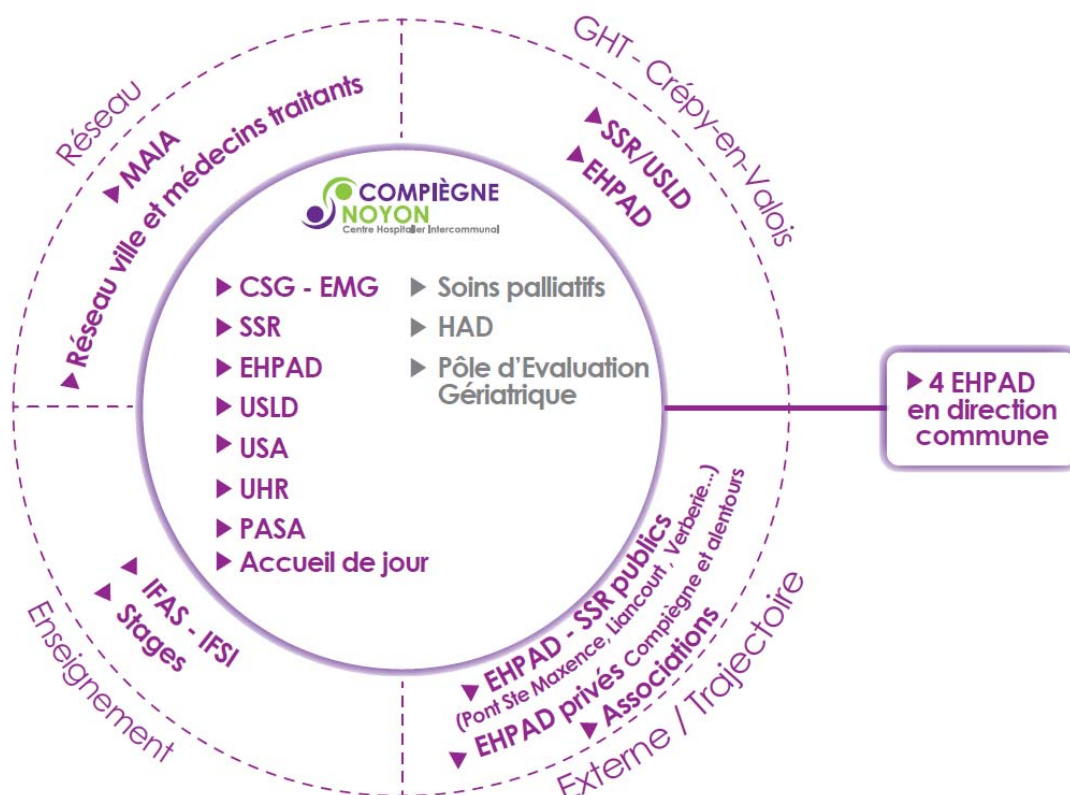
- des consultations Fragilité et d'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) encore peu développées et à structurer.
- l'absence d'Hôpital de Jour Gériatrique (HdJ) aigu ou SSR mais possibilité de recours au plateau technique de médecine ambulatoire du CHICN.
- l'absence d'Hébergement Temporaire (HT) en EHPAD sur le sud du territoire du GHT.
- l'absence d'Hébergement de Nuit en EHPAD sur le territoire du GHT.

Concernant la prise en charge des Maladies d'Alzheimer et Maladie Apparentées (MAMA) :

- l'absence de structure pour les malades jeunes (même s'il ne relève pas stricto sensu de la filière gériatrique) sur l'Oise,
- l'absence d'Unité Cognitivo Comportementale (UCC) ouverte dans l'Oise (autorisation en cours sur le CH de Beauvais),

² PMSP, Filière gériatrique, Pages 66 -95

- les accueils de jour (AdJ) ne sont situés qu'à Compiègne et Noyon,
- l'absence de Plateforme de Répit sur le territoire.



b) Organisation et fonctionnements actuels

La Filière gériatrique intra hospitalière

Pôle d'Evaluation Gériatrique (PEG)

Le PEG est composé de trois structures

Consultations Mémoire

Elles fonctionnent en réseau avec le CHU d'Amiens.

L'activité est réalisée sur le CHICN site de Compiègne (Centre Fournier Sarlovèze) et de Noyon avec un staff pluridisciplinaire mensuel.

L'équipe travaille en collaboration avec les deux équipes d'ESA du territoire ainsi que le Réseau Gériatrique et la MAIA.

Les membres de la consultation Mémoire participent à la formation des ASG de l'IFAS de Compiègne. 9 gériatres et 1 neurologue exercent à Compiègne et 3 gériatres à Noyon

Volumétrie			
Consultations Mémoire			
	2013	2014	2015
Age moyen	80,53	81,73	82,5
Sexe ratio hommes	47%	49%	68%
Sexe ratio femmes	53%	51%	42%
File active	323	386	446
Nombre de nouveaux patients	163	184	488
Nombre de consultations	811	726	835

Consultations d'Oncogériatrie



Volumétrie

Consultations d'Oncogériatrie

	2014	2015	2016
File active	62	108	123
Nombre de nouveaux patients	62	78	98
Nombre de consultations	62	159	175
<i>Répartition d'activité selon les organes</i>			
Cancer du sein	ND	9	17
Cancer gynécologique		6	4
Cancer pulmonaire		15	14
Cancer urologique		23	22
Cancer ORL		4	5
Cancer digestif		35	48
Hématologie		16	12

File active (Consultations externes + internes dans les services + activité de l'EMG) 2015 : 212,

File active (Consultations externes + internes dans les services + activité de l'EMG) au 30/09/2016 : 201.

L'activité est réalisée sur le site du CHICN (Centre Fournier-Sarlovèze).

Le PH assurant les consultations d'oncogériatrie est titulaire du DIU d'Oncogériatrie et participe aux journées annuelles UCOG Picardie.

Une IDE assure les consultations avec le médecin et le suivi téléphonique. Elle intervient aussi pour le suivi des patients pris en charge dans les HdJ.

Le PH participe de façon hebdomadaire aux RCP de cancérologie, de gastro-entérologie et à la RCP d'oncohématologie. Un dossier informatisé d'oncogériatrie a été élaboré pour le logiciel Dxcare.

Consultations Gériatriques

L'activité est réalisée sur le site du CHICN (Centre Fournier-Sarlovèze) et est peu développée.

Unité d'Accueil Urgence (UAU)

Il n'existe pas d'accueil gériatrique formalisé au sein de l'UAU ou de l'UHTCD.



Volumétrie

Consultations Gériatriques

	2014	2015	2016
Age moyen	ND	ND	ND
Sexe ratio hommes	ND	ND	ND
Sexe ratio femmes	ND	ND	ND
File active	19	17	18
Nombre de nouveaux patients	19	17	17
Nombre de consultations	42	49	26



Volumétrie

Accueil urgence

	2014	2015	2016
Nbre de passage à UAU adultes (hors gynécologie)	60 453	61 532	63 664
Nbre de passage à l'UAU pour les +75 ans	ND	9 012	9 434
Nbre de passage à l'UAU pour les +85 ans	ND	4 208	4 498

Service de Court Séjour Gériatrique (CSG)

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés.

L'activité du CSG est réalisée sur le CHICN.



Dans l'Oise, 193 lits de CSG sont installés.

En 2015 :

La capacité régionale est de 25,93 lits de CSG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus et 33,71 lits pour 10 000 habitants pour l'Oise.

La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 indique que l'implantation du CSG doit offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

La moyenne régionale des Hauts-de-France s'élève à 81,09 séjours pour 1 000 habitants et l'Oise à 92,08 séjours pour 1 000 habitants. La DMS au niveau régional est de 10,73 jours et 11,55 jours dans l'Oise.

Dans l'Oise 67 % des admissions se font à partir des urgences, 18,52 % par admissions directes et 14,48 % par mutations. 48,02 % des sorties se font vers le domicile au niveau régional et 28,57 % dans l'Oise.

Les modes de sortie pour l'Oise sont :

- ✓ SSR : 31,97 %,
- ✓ Domicile : 28,57 %,
- ✓ Etablissement médico-sociaux : 22,69 %,
- ✓ Décès : 9,92 %,
- ✓ Court séjour non gériatrique : 4,82 %,
- ✓ USLD : 2 %.



Volumétrie

Court Séjour Gériatrique

	2014	2015	2016
Age moyen	85,69	86,2	86,4
Sexe ratio hommes	37,44%	35,80%	36,7%
Sexe ratio femmes	62,56%	64,20%	63,3%
Nbre de journée d'hospit.	16 437	17 841	18 307
Nbre de Séjour	1 679	1 686	1 690
File active	1 267	1 375	1 877
DMS en jours	9,82	11	11
IPDMS	0,99	1,05	1,02
<i>Répartition des principaux GHM</i>			
GHM pneumopathie	7%	10%	10%
GHM Insuffisance cardiaque	12%	7%	8%
GHM soins palliatifs	5%	7%	7%
<i>Soins palliatifs (6 lits)</i>			
File active	43	92	71
Nbre de séjour	78	95	123
Nbre de journée d'hospit.	631	784	1 207
<i>Mode d'entrée en CSG</i>			
Nbre d'admission directe	371	130	78
Nbre d'admission après passage UAU	663	895	885
Nbre d'admission par mutation	551	665	590
Nbre de séjours programmés	ND	ND	ND
<i>Mode de sortie des patients</i>			
Autres Courts Séjours	113	164	174
SSR	294	254	281
SLD	6	5	5
Domicile ou EHPAD	1 064	1 132	1 101
Décès	117	117	147
Taux de ré hospitalisation à J60	ND	ND	ND

Transfert de l'Hôpital de Crépy-en-Valois

L'Hôpital de Crépy-en-Valois s'inscrit dans la filière et transfère ses patients en cas de nécessité sur le CHICN :

	2014	2015	2016
Nbre de transferts SSR CEV vers CSG	1	3	0
Nbre de transferts SSR CEV vers les autres courts séjours/UAU	32	32	30
Nbre de transferts SLD CEV vers CSG	1	2	0
Nbre de transferts SLD CEV vers les autres courts séjours/UAU	21	15	14
Nbre de transferts EHPAD CEV vers CSG	0	6	4
Nbre de transferts EHPAD CEV vers autres courts séjours/UAU	44	57	45

Equipe mobile de Gériatrie (EMG)

L'équipe mobile gériatrique permet de dispenser une expertise gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, dans les services de courts séjours et aux urgences.

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé.

L'EMG intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

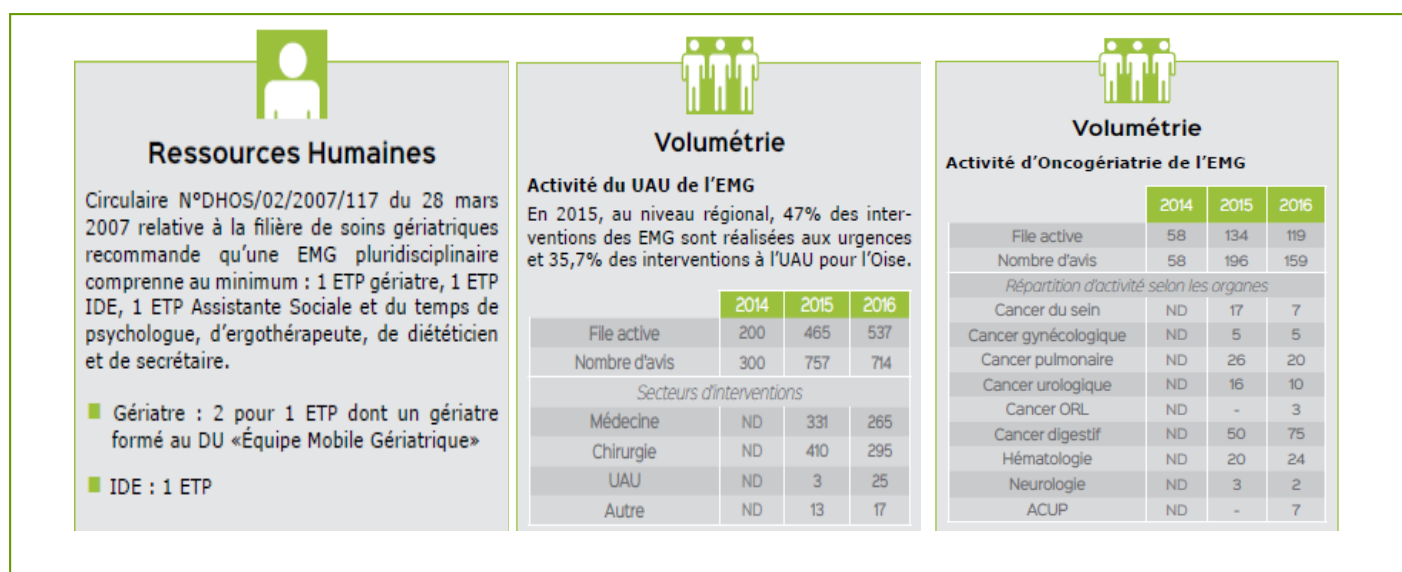
→ **Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique**

à visée diagnostique et/ou thérapeutique sur demande des équipes de soins qu'elle aura formées au repérage des patients à risque.

- **Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie** des patients gériatriques.
- **Les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux.**
- **Participer à l'organisation de leur sortie** en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile.
- **Participer à des téléconsultations.**
- **Conseiller, informer et former** les équipes soignantes

Dans la région des Hauts-de-France, les dotations allouées par l'ARS comprennent uniquement les activités intra-hospitalières. L'activité de l'EMG est réalisée au sein du CHICN.

L'EMG est intra hospitalière sur le site de Compiègne uniquement



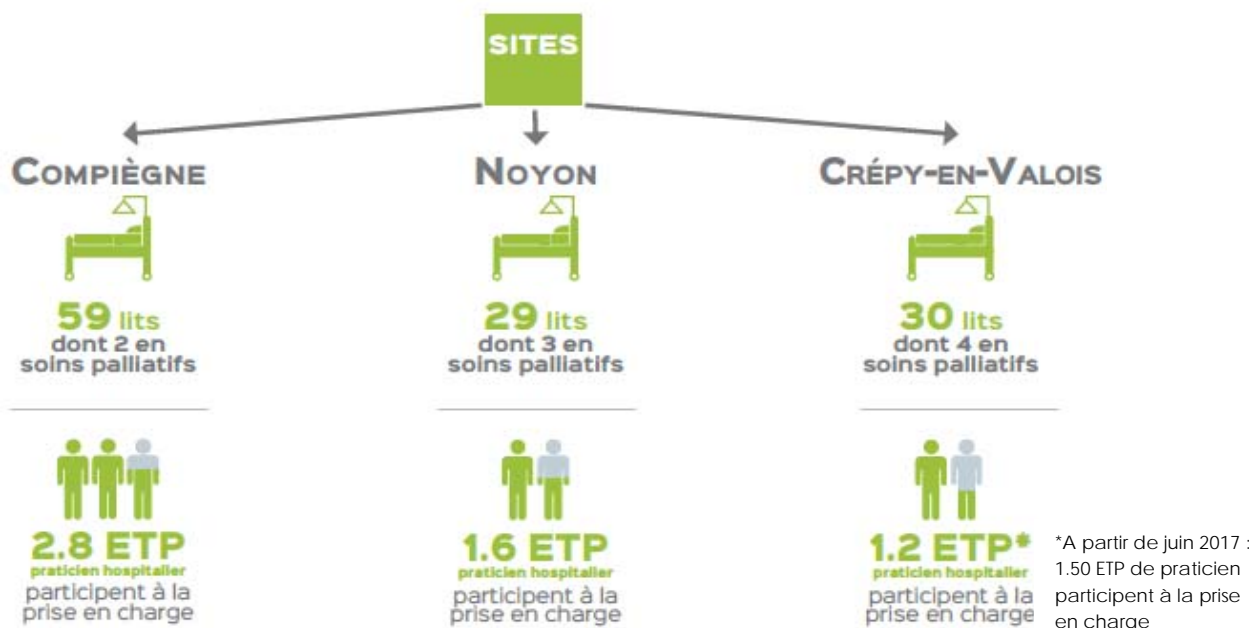
Services de Soins de Suite et réadaptation (SSR)

Le décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation spécialisée des affections de la personne âgée poly-pathologiques, dépendante ou à risque de dépendance précise que l'équipe pluridisciplinaire de SSR réalise pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués.

Les membres de l'équipe sont formés à la prise en charge des affections de la personne âgée poly pathologiques, dépendante ou à risque de dépendance, particulièrement des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Ils assurent l'évaluation gériatrique des patients, si elle n'a pas été menée.
L'activité de SSR gériatrique est réalisée sur le CHICN.

Le Centre Hospitalier de Crépy-en-Valois assure une activité de SSR polyvalent mais l'âge moyen est élevé (80.9 ans en 2015).



Site de Compiègne

Le service de SSR de Compiègne est composé de 54 lits de SSR gériatrique et de 5 lits de SSR polyvalents

Le service de SSR de Compiègne a développé des **prises en charge spécifiques dans le domaine de la cardiogériatrie et des plaies chroniques.**

Un des médecins est titulaire du D.U. « Cardiogériatrie », un autre du D.U. « Plaies et cicatrisation » et un troisième est en cours de formation au D.U. « Nutrition ».



Volumétrie

Activité du SSR - Compiègne

	2013	2014	2015
Age moyen	77	77	80
Sexe ratio hommes	36,5%	36%	33,3%
Sexe ratio femmes	63,5%	64%	66,7%
Nbre de journée d'hospit.	27 032	22 435	21 225
Nbre de Séjour	616	518	546
File active	548	439	462
DMS en jours	44	43	39
IPDMS	ND	ND	ND
<i>Répartition des principaux GHM</i>			
GHM pneumopathie	8,8%	13,3%	9,2%
GHM Insuffisance cardiaque	37,8%	27,6%	19,8%
GHM soins palliatifs	14,6%	15,4%	8,4%
<i>Soins palliatifs (2 lits)</i>			
File active	19	14	13
Nbre de séjour	19	14	14
Nbre de journée d'hospit.	94	67	77
<i>Mode d'entrée en SSR</i>			
Nbre d'admission directe	55	68	50
Nbre d'admission après passage MCO	542	418	493
Autres mutations	23	32	3
% de séjours programmés	ND	ND	ND
<i>Mode de sortie des patients</i>			
Domicile	-	-	-
EHPAD et substitut du domicile	454	381	425
USLD	-	-	-
Autres transferts sanitaire	113	99	88
Décès	48	38	33
Taux de ré hospitalisation à J60	ND	ND	ND

Site de Noyon

Le service de SSR de Noyon est composé de 9 lits de SSR gériatrique et de 20 lits de SSR polyvalents



Volumétrie

Activité du SSR - Noyon

	2013	2014	2015
Age moyen	80	82	80
Sexe ratio hommes	31,7%	31,4%	32,6%
Sexe ratio femmes	68,3%	68,6%	67,4%
Nbre de journée d'hospit.	9 029	8 918	8 726
Nbre de Séjour	267	232	248
File active	265	210	224
DMS en jours	33	38	33
IPDMS	ND	ND	ND
<i>Répartition des principaux GHM</i>			
GHM pneumopathie	4,12%	5,17%	2,02%
GHM Insuffisance cardiaque	17,6%	49,57%	20,16%
GHM soins palliatifs	35,96%	42,67%	43,95%
<i>Soins palliatifs (3 lits)</i>			
File active	11	5	14
Nbre de séjour	11	5	65
Nbre de journée d'hospit.	73	21	376
<i>Mode d'entrée en SSR</i>			
Nbre d'admission directe	9	30	36
Nbre d'admission après passage MCO	209	191	237
Autres mutations	49	11	17
% de séjours programmés	0	0	0
<i>Mode de sortie des patients</i>			
Domicile	58%	60%	81%
EHPAD et substitut du domicile	16%	21%	15%
USLD	4%	2%	4%
Autres transferts sanitaire	14%	9%	13%
Décès	8%	8%	7%
Taux de ré hospitalisation à J60	ND	ND	ND

Site de Crépy-en-Valois

Le service de SSR de Crépy-en-Valois est composé de 30 lits de SSR polyvalents

Il est à noter que le nombre de journées d'hospitalisation est de 9 760 en 2016 soit une augmentation de + 9 % en 3 ans.

Le pendant du recours important à la médecine de ville se caractérise, pour l'Hôpital de Crépy-en-Valois, par un pourcentage stable d'admissions directes en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent adulte en hospitalisation complète, à savoir 30%.



Volumétrie

Activité du SSR - Crépy-en-Valois

	2013	2014	2015
Nbre de journée d'hospit.	8 947	8 876	9 266
Nbre de Séjour	375	383	364
DMS en jours	23,86	24,79	25,73
<i>Répartition des principaux GHM</i>			
Autres formes de soins médicaux	966	1 012	782
Autres thérapies physiques	280	206	528
GHM soins palliatifs	204	148	91
Soins de contrôle chirurgicaux	34	108	122
<i>Mode d'entrée en SSR</i>			
Nbre d'admission directe	29,08%	25,85%	24,72%
Nbre d'admission après passage MCO	70,92%	74,15%	75,28%

Mode de sortie des patients

Domicile	64,45%	59,44%	61,84%
EHPAD et substitut du domicile	9,5%	12,22%	11,14%
Décès	14,5%	13,38%	14,48%

Pour l'activité de soins palliatifs, l'activité est confondue entre le service de SSR et de l'USLD :

Soins palliatifs (6 lits)

File active	37	34	35
-------------	----	----	----

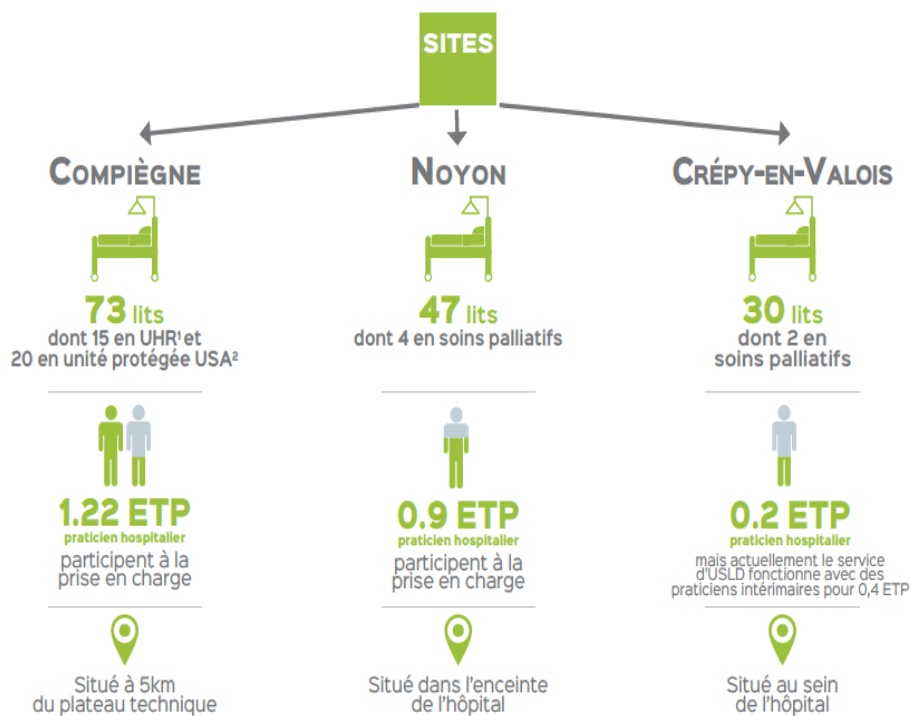
Services de Soins de Longue Durée (SLD)

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Les missions de l'USLD sont définies par la circulaire du 10 mai 2007 :

- ✓ **Assurer aux patients les soins** d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- ✓ **Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance** en maintenant les capacités restantes,
- ✓ **Elaborer un projet de vie individuel** pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- ✓ **Assurer l'accompagnement des familles et des proches.**

L'activité d'USLD est réalisée sur le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois



1 - Unité d'Hospitalisation Renforcée 2 - Unité de Soins Alzheimer

Ressources Humaines

En 2015

- **Au niveau régional :**
0,33 ETP de temps médical – 3,41 ETP d'IDE – 8,64 ETP d'AS – 3,23 ETP d'ASH – 0,07 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien(ne) pour 20 lits de SLD.
- **Au niveau de l'Oise :**
0,38 ETP de temps médical – 3,37 ETP d'IDE – 8,43 ETP d'AS – 4,30 ETP d'ASH – 0,08 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien(ne) pour 20 lits de SLD.
- **Pour le SLD de Compiègne :**
0,33 ETP de temps médical – 3,4 ETP d'IDE – 8,6 ETP d'AS – 3 ETP d'ASH – 0 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien(ne) pour 20 lits de SLD.
- **Pour le SLD de Noyon :**
0,38 ETP de temps médical – 3,1 ETP d'IDE – 8,3 ETP d'AS – 4,9 ETP d'ASH – 0 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien(ne) pour 20 lits de SLD.
- **Pour le SLD de L'hôpital de Crépy-en-Valois :**
0,27 ETP de temps médical (0,13 ETP autorisé) – 3,33 ETP d'IDE – 8,7 ETP d'AS – 3,33 ETP d'ASH – 0 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien(ne) pour 20 lits de SLD.



Volumétrie

Activité du SLD - Compiègne

La région des Hauts-de-France compte en moyenne 61 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. L'Oise se démarque avec une proportion plus élevée que la moyenne régionale avec 112 de lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	138	108	122
Nbre d'entrées	38	29	26
Age moyen	82,7	82,9	81,8
Sexe ratio hommes	37%	27,4%	24,7%
Sexe ratio femmes	63%	72,6%	75,3%
Nbre de journées d'hospitalisation	24 664	26 373	26 225
Taux d'occupation	99,6%	99%	98,4%
GMP	811	838	831
PMP	374	349	310

Activité de l'UHR sanitaire

	2013	2014	2015
Nbre d'entrées	17	9	8
Age moyen	78,6	83,8	81
Sexe ratio hommes	29,4%	28,5%	26%
Sexe ratio femmes	70,6%	71,5%	74%
Nbre de journées d'hospitalisation	3 473	5 043	5 454
Taux d'occupation	96,5%	92,1%	99,6%
Nbre de sorties	3	8	8

Au niveau régional, les durées de séjour en UHR varient de 134,2 à 830 jours.

Volumétrie

Activité du SLD - Noyon

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	17	22	18
Nbre d'entrées	36	20	14
Taux d'occupation	97,9%	99,2%	98,7%
GMP	880	827,23	821,7
PMP	352	352	352

Activité du SLD - Crépy-en-Valois

	2013	2014	2015
Nbre d'entrées	20	11	16
Taux d'occupation	98,43%	99,05%	97,40%
GMP	861 ¹	837 ²	843,73 ₂
PMP	ND	ND	ND

1 : GMP de décembre 2 : moyenne du GMP sur l'année

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

COMPIÈGNE - EHPAD FOURNIER-SARLOVÈZE

 237 lits et 5 lits en hébergement temporaire (HT)	 15 places de Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	 2.9 ETP praticien hospitalier + 0.5 ETP médecin coordonnateur participent à la prise en charge	 Situé à 5km du site principal
--	--	---	--




NOYON - EHPAD SAINT-FRANÇOIS ET SAINT-ROMUALD

 192 lits et 2 lits en hébergement temporaire (HT)	 15 places de Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	 0.7 ETP praticien hospitalier + 0.4 ETP médecin coordonnateur participent à la prise en charge	 Situé au sein du centre hospitalier
--	--	---	--

ATTICHY -TRACY-LE-MONT - RÉSIDENCES DORCHY ET BERNARD

ÉTABLISSEMENT RATTACHÉ AU CHIC	 114 lits et 5 lits en hébergement temporaire (HT)	 25 lits de Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	 0.8 ETP médecin coordonnateur participent à la prise en charge	 Situé à environ 20km du site Compiègne
--------------------------------	--	--	--	---

BEAULIEU-LES-FONTAINES - EHPAD BELLIFONTAINE

ÉTABLISSEMENT RATTACHÉ AU CHIC	 55 lits	 12 lits unité protégée pour MAMA*	 0.4 ETP médecin coordonnateur participent à la prise en charge	 Situé à environ 12km du site Noyon
--------------------------------	---	--	--	---

CUTS - EHPAD BIZY

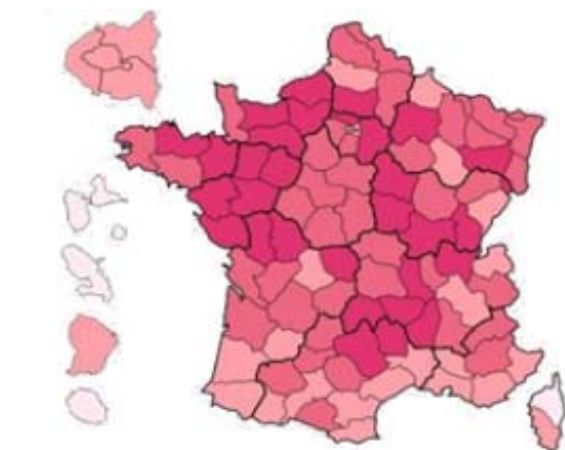
ÉTABLISSEMENT RATTACHÉ AU CHIC	 55 lits et 1 lit en hébergement temporaire (HT)	 0.2 ETP médecin coordonnateur participent à la prise en charge	 Situé à environ 10km du site Noyon
--------------------------------	--	--	---

CRÉPY-EN-VALOIS

EHPAD E-M. DE LA HANTE  81 lits	EHPAD SAINT-LAZARE  10 lits situés au sein du Centre Hospitalier	EHPAD LES PRIMEVÈRES  88 lits dont 30 en unité protégée pour MAMA	 0.8 ETP médecin coordonnateur autorisé (poste vacant)
---	---	--	--

*Unité de prise en charge des Maladies d'Alzheimer ou Maladies Apparentées (MAMA)

Accueil des personnes âgées (équipements médico-sociaux) au 1er janvier 2014 : comparaisons départementales



Source : ARS et Drees, Finest ; Insee, Estimations de population

Taux d'équipements (pour 1 000 personnes de 75 ans ou +)



FOCUS en 2002 :

Le nombre de places en établissements pour personnes âgées (logements-foyers, EHPAD, USLD) est de 151 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Dans l'Oise, le nombre de places en EHPA est de 190 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Le nombre de places en EHPA à statut public est pour la France entière de 91 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ce qui représente 60 % de places en secteur public et 40 % en secteur privé.

Dans l'Oise, le secteur public représente 54 % des EHPA.



Volumétrie

Activité EHPAD - Compiègne

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	184	165	141
Nbre d'entrées	137	62	82
Age moyen	84,6	84,6	85,5
Sexe ratio hommes	28%	26,3%	21,3%
Sexe ratio femmes	72%	73,7%	78,7%
Nbre de journées d'hébergement	80 600	86 500	85 590
Taux d'occupation	93,2%	99,9%	98,9%
Taux occupation HT	25,8%	32	47,8%
GMP	561	578	605
PMP	317	256	281
Taux occupation PASA	77,1%	90,9%	65,6%
Taux occupation AdJ	38,7%	82%	87,4%

Activité EHPAD - Noyon

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	74	83	85
Nbre d'entrées	49	49	27
Age moyen	84,3	86	84,5
Sexe ratio hommes	18,1%	20%	20%
Sexe ratio femmes	81,9%	80%	80%
Nbre de journées d'hébergement	53 718	53 945	52 286
Taux d'occupation	99,8%	99,7%	98,3%
Taux occupation HT	62,5%	64,79%	59,6%
GMP	628,25	672,8	693,5
PMP	188	188	188
Taux occupation PASA	75%	71%	66%
Taux occupation AdJ	54,04%	69,6%	63,6%

Volumétrie

Activité EHPAD - Attichy/Tracy-le-Mont

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	143	146	157
Nbre d'entrées	39	33	33
Age moyen	83	83	84
Sexe ratio hommes	23,6%	27,6%	24,6%
Sexe ratio femmes	76,4%	72,4%	75,4%
Nbre de journées d'hébergement	51 651	51 844	51 476
Taux d'occupation	98,27%	98,63%	97,93%
Taux occupation HT	7,89%	6,08%	2,57%
GMP	686	675	685
PMP	223	190	180

Activité EHPAD - Beaulieu-les-Fontaines

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	53	93	91
Nbre d'entrées	33	54	58
Age moyen	81,5	81	81
Sexe ratio hommes	34,4%	36,4%	35,9%
Sexe ratio femmes	65,6%	63,6%	64,1%
Nbre de journées d'hébergement	24 310	23 887	24 143
Taux d'occupation	99,41%	97,68%	98,72%
GMP	711,06	714,7	711,97
PMP	267	267	267

Volumétrie

Activité EHPAD - Cuts

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	71	114	115
Nbre d'entrées	20	16	16
Age moyen	85,5	87	87
Sexe ratio hommes	23,2%	21,4%	21,4%
Sexe ratio femmes	76,8%	78,6%	78,6%
Nbre de journées d'hébergement	20 064	20 191	20 499
Taux d'occupation	98,16%	98,78%	100%
Taux occupation HT	26,4%	48,5%	81%
GMP	541,43	536,25	563,39
PMP	240	240	240

Activité EHPAD - Crépy-en-Valois

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	163	266	259
Nbre d'entrées	41	37	39
Age moyen	84,1	85,52	85,6
Sexe ratio hommes	23,29%	23,96%	21,43%
Sexe ratio femmes	76,71%	76,04%	78,57%
Nbre de journées d'hébergement	64 826	64 946	64 755
Taux d'occupation	99,22%	99,40%	98,84%
GMP	ND	561,25	551
PMP	171	171	171

Les personnes vieillissantes en situation de handicap sur la commune de Crépy-en-Valois bénéficient d'une offre de prise en charge au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Sagesse », Association Béthel.

L'Équipement

Imagerie et bilans sanguins

Les différents systèmes d'imagerie sont déjà présents sur le site de Compiègne/Noyon et sur Crépy-en-Valois avec, pour ce dernier, une collaboration en plus avec un cabinet d'imagerie libéral de proximité.

Les bilans sanguins sont réalisés pour l'Hôpital de Crépy-en-Valois et les EHPAD rattachées par un laboratoire de ville et pour le CHICN par le laboratoire interne.

Circuit du médicament

Pour le CHICN

La pharmacie assure les alertes pour les médicaments à risque à partir de la liste Laroche et la technique de Startt and Go. La Conciliation médicamenteuse est mise en place au Court Séjour Gériatrique.

Pour l'Hôpital de Crépy-en-Valois

Conciliation à l'entrée

Depuis fin 2014, un questionnaire de conciliation médicamenteuse est mis en place pour le service de SSR. Il est réalisé par les préparatrices ou la pharmacienne et, dans la mesure du possible, pour tous les patients entrants.

Conciliation à la sortie réalisée par une pharmacienne depuis 2016 - phase de test.

Les EHPAD rattachées font appels aux pharmacies de ville.

Les outils au service de la filière

- **L'utilisation de TRAJECTOIRE** par les services « adresseurs » de Compiègne- Noyon et par le service « receveur » SSR du CHICN et de Crépy-en-Valois. A noter qu'en 2015, 62 % des patients admis par TRAJECTOIRE au SSR de Crépy-en-Valois provenaient du CHICN.
- **Le dossier patient informatisé est partagé entre l'Hôpital de Crépy-en-Valois et le CHICN (DxCare)** sauf dans les EHPAD de Noyon. Il permet, depuis 2012, une accessibilité des données patients par les professionnels de santé de chacun des établissements quel que soit le lieu de prise en charge. C'est un gage de sécurité dans la continuité de la prise en soins qui est parfois jalonnée de transferts entre le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois. A noter qu'environ 10% des transferts du service de SSR de CEV se fait directement en court séjour gériatrique (données 2015-2016).
- **Les EHPAD rattachées ont leur propre dossier patient.**

Les liens avec les autres centres hospitaliers et CHU

Services de gériatrie du CHU

Le CSG Compiègne/Noyon est agréé à former les internes de médecine générale.

La filière gériatrique portée par le chef de service du CSG a obtenu l'agrément pour accueillir un interne du DES de gériatrie.

Réseau mémoire

La consultation Mémoire est labellisée par le CHU d'Amiens. Participation au Réseau Mémoire du CHU d'Amiens au travers de réunions du Réseau et de journées annuelles avec formations.

Le staff pluridisciplinaire a lieu mensuellement. Il est composé de gériatre, neurologue, neuropsychologue, psychologue et assistante sociale.

Les responsables de la consultation mémoire du CHICN participent aux réunions du Réseau « Mémoire » (2 en 2014 - 2 en 2015 et 3 en 2016) et présentent le rapport d'activité de la consultation Compiègne/Noyon annuellement aux membres de ce réseau et participent à la formation du réseau mémoire.

CHS de Clermont

Il existe des liens avec le CMP au travers de consultations ou l'UAU. Une convention a été signée entre le CHS de Clermont et les EHPAD/SLD du CHICN ainsi que les EHPAD rattachées en 2015.


La situation est identique sur Crépy-en-Valois (la convention ne concerne que les EHPAD).

Des liens informels existent avec le Service de Psychogériatrie de Clermont.

Les liens avec la ville

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Une structure HAD de 30 places est rattachée au CHICN. Sur l'Hôpital de Crépy-en-Valois, l'HAD de l'ACSSO intervient. Voir P.130 PMSP (Annexe



Volumétrie

HAD

	2013	2014	2015
Nbre de journée d'hospitalisation pour les PA de + de 75 ans	3 488	3 874	3 803
Nbre de Séjour pour les PA de + de 75 ans	124	124	115
File active des PA de + 75 ans	80	83	90
DMS des PA de + 75 ans en jours	33	31	40
IPDMS des PA de + 75 ans	ND	ND	ND
Répartition des principaux GHM			
Pansement complexe	96	104	76
Soins palliatifs	77	42	79
Soins de nursing lourds	55	63	36
Prise en charge de la douleur	53	30	34
Traitement par voie veineuse	33	16	9
Nutrition entérale	29	20	15
Assistance respiratoire	14	2	11
Surveillance post chimiothérapie	6	11	2
Education du patient et/ ou entourage	11	2	5
Mode d'entrée en HAD des PA de + 75 ans			
Admissions à partir du MCO	61	71	77
Admissions à partir des SSR	3	8	7
Admissions à partir des EHPAD	ND	ND	ND

2)

Réseau « Bien vieillir chez soi »

Le GHT participe au Réseau Gériatrique « Bien vieillir chez soi » pour le maintien au domicile au travers du Bureau et du Conseil d'Administration de l'association.

Nombre de demandes d'inclusion dans le réseau : 7 en 2013, 58 en 2014 et 106 en 2015


France Alzheimer Oise

Le GHT participe à l'activité de l'association France Alzheimer Oise au travers des réunions du Bureau et du Conseil d'administration de cette association. Les professionnels participent aux actions d'information du grand public organisées par cette association.

Accueil de Jour (AdJ)

Deux Accueils de Jour (AdJ) dédiés à la prise en charge des MAMA existent. L'activité est réalisée par le CHICN.

6 places sur le site de Compiègne et 6 places sur le site de Noyon



Volumétrie

AdJ de l'EHPAD - Compiègne

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	19	22	21
File active	17	31	31
Age moyen	78,9	80,5	79,4
Sexe ratio hommes	29%	35,4%	32,2%
Sexe ratio femmes	71%	64,6%	67,8%
Taux d'occupation	38,7%	82%	87,4%

AdJ de l'EHPAD - Noyon

	2013	2014	2015
Demandes d'admission	22	9	8
File active	22	17	20
Age moyen	81	79	81
Sexe ratio hommes	36,4%	41,1%	40%
Sexe ratio femmes	63,6%	58,9%	60%
Taux d'occupation	54,04%	69,6%	63,6%

MAIA

Une collaboration avec la MAIA est effective et couvre le territoire du



Volumétrie

MAIA

Le CHICN a fait appel aux compétences du gestionnaire de cas de la MAIA pour :

- **2014** : 1 patient
- **2015** : 5 patients
- **2016** : 8 patients

Le gestionnaire de cas a accompagné aux consultations Mémoire en :

- **2014** : ND
- **2015** : 18 patients
- **2016** : 25 patients

Pertinence des soins

Les soins sont réalisés dans la plupart des cas au bon endroit avec les moyens adéquats mais parfois des patients relevant du CSG ont été hospitalisés dans les lits de chirurgie faute de place.

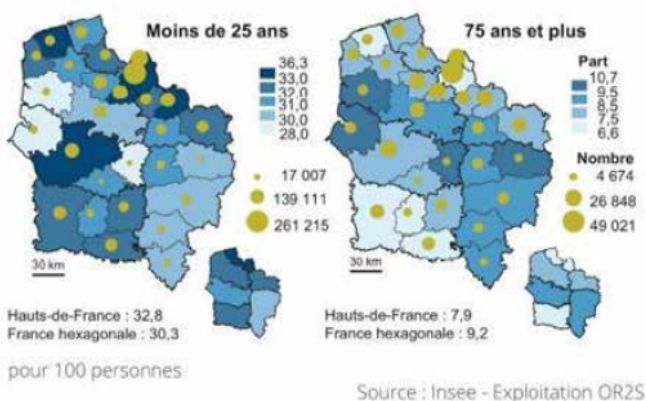
Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont en cours ou programmées :

- EPP « Administration des médicaments chez les patients présentant des troubles de la déglutition » en CSG et au SSR Compiègne et Noyon
- EPP « Administration des médicaments chez les patients présentant des troubles de la déglutition » en 2014 à l'Hôpital de Crépy-en-Valois
- EPP « Pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires nosocomiales » en 2013/2014 en 2014 à l'Hôpital de Crépy-en-Valois
- EPP « Déficience visuelle » en 2015 en 2014 à l'Hôpital de Crépy-en-Valois
- EPP « Pertinence de la prescription et de l'administration des compléments nutritionnels oraux » en 2014 à l'Hôpital de Crépy-en-Valois
- EPP « Hygiène buccodentaire » sur SLD/EHPAD Compiègne
- EPP CNO sur SLD/EHPAD Compiègne en 2016
- EPP « Dispensation des médicaments » en USLD/ EHPAD
- EPP « Prise en charge des arthroplasties totales de hanche » au SSR de Noyon

c) Structuration de l'offre projetée et attendus

Evolution de la population

Population au 1^{er} janvier 2013 selon l'âge



La Picardie a l'une des populations les plus jeunes de l'hexagone. Les plus de 75 ans représentent 9.2 % de la population hexagonale, 7.9 % aux niveaux des Hauts de France et 7.5 % sur le secteur de Compiègne/Noyon.

Innovations des Techniques médicales

Il n'existe pas d'innovation majeure des techniques médicales prévisibles dans le domaine de la gériatrie pour les prochaines années. Une vigilance doit être maintenue vis à vis des nouvelles technologies liées à la perte d'autonomie.

Télé médecine

La télé médecine pourrait être expérimentée sur des prises en charge spécifiques depuis le cabinet d'un professionnel libéral volontaire. Cet outil serait un gage de temps puisque la contrainte actuelle est le manque de temps des professionnels libéraux pour assurer des déplacements en EHPAD.

La vidéoconférence pour des avis et conseils gériatriques afin de renforcer et sécuriser la prise en soins des patients/résidents doit être développée.

L'intérêt de la télésanté pour les EHPAD, le réseau gériatrique et la MAIA est constaté pour les prises en charge :

- Des escarres et plaies chroniques,

- Des évaluations gériatriques,
- Des troubles du comportement dans les MAMA

Voir p.25 PMSP (Annexe 2) ou pages 106/111 (Projet SI)

d) Objectifs et ambitions

Le patient doit être pris en charge au bon endroit, au bon moment avec les soins les plus adaptés. Son parcours doit être coordonné pour favoriser le maintien à domicile.

Actions de prévention

Circuit du médicament et pharmacie clinique

Les secteurs gériatriques ont pour objectifs de :

- ✓ Participer au projet de la pharmacie du CHICN et de l'Hôpital de Crépy-en-Valois de mise en place de la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.
- ✓ Participer au développement de la pharmacie clinique par le biais de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie, de l'éducation thérapeutique et de la réévaluation des prescriptions en binôme médecin/pharmacien avec les méthodologies Stopp/Start et PMSA. Les EHPAD de Crépy en Valois bénéficiant d'une PUI ont mis en place cette réévaluation.
- ✓ Réfléchir sur l'accompagnement thérapeutique du patient au retour à domicile par formation au repérage des patients à risque de fragilité en collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie et par des protocoles de coopération pour s'articuler avec les dispositifs de soutien à domicile existants (service de soins infirmiers à domicile, SSIAD - PAERPA - Chemin clinique en gériatrie).

Développer des solutions de répit coordonnées au sein du GHT

Accueil de Jour (AdJ)

L'accueil de Jour des MAMA est mis en place en collaboration avec les intervenants du domicile (France Alzheimer Oise, Médecin traitant, SSIAD, Réseau gérontologique, MAIA, Plateforme d'Accompagnement et de Répit).

Objectif :

- Création d'un accueil de jour à l'Hôpital de Crépy-en-Valois :
 - o **Contexte :**
 - solution alternative aux nombreuses personnes sur la liste d'attente du secteur Alzheimer qui à l'heure actuelle ne disposent que d'une offre essentiellement privée dans un rayon de 20 kms autour de la ville de Crépy-en-Valois (15 000 habitants) : 2 EHPAD privés (Orrouy et Pierrefonds) + 1 EHPAD public - autre département (Villers-Cotterêts)
 - **indicateur d'opportunité** : en mars 2017, 12 des 33 personnes sur la liste d'attente du secteur d'hébergement permanent dédié à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés résident sur la commune de Crépy-en-Valois
 - création sur un des sites de l'Hôpital de Crépy-en-Valois, situé en cœur de ville, allie un emplacement avec un bon maillage d'accès et une proximité de réponse aux besoins
 - o **Actions :**
 - Autorisation d'activité à obtenir,
 - Fonctionnement diurne en jour ouvré,
 - Navette à imaginer en partenariat avec la ville,
 - Référentiel de prise en charge à établir à l'appui de l'expérience du pôle gériatrique de Compiègne-Noyon
 - Effectif calibré supplémentaire

Accueil de nuit en EHPAD

L'accueil de nuit des MAMA est mis en place en collaboration avec les intervenants au domicile (France Alzheimer Oise, Médecin traitant, SSIAD, Réseau gérontologique, MAIA, Plateforme d'Accompagnement et de Répit).

Le personnel doit être stable, qualifié et formé à l'accompagnement nocturne des personnes accueillies. Des activités éventuelles peuvent être dispensées. Les locaux doivent être adaptés (Eclairage, repère temporo-spatiaux, etc.).

Le projet personnalisé prend en compte les rythmes et habitudes de vie et de sommeil de la personne accueillie.

Objectif :

- Transformation d'une place d'hébergement temporaire au Centre Fournier Sarlovèze en place d'accueil de nuit à titre expérimental

Hébergements Temporaires (HT) en EHPAD

L'HT doit s'adapter à la multiplicité des projets personnalisés (durée de séjour variables, séjours de répit programmés à un rythme adapté aux besoins, séjours de rupture en cas de crise, séjours de socialisation/animation). Il peut permettre une familiarisation avec la vie en collectivité, préalable à un hébergement permanent.

L'HT est mis en place en collaboration avec les intervenants du domicile (France Alzheimer Oise, Médecin traitant, SSIAD, Réseau gérontologique, MAIA, Plateforme d'Accompagnement et de Répit

Objectif :

- Création d'une coordination des HT entre tous les EHPAD :
 - o **Création d'une plateforme informatique** répertoriant les places en HT en temps réel disponibles.
 - o **Coordination par l'équipe d'assistante sociale** du CHICN des demandes d'admission en HT en provenance des courts séjours et des SSR afin d'admettre les personnes âgées plus rapidement en EHPAD
- Réflexion sur la création de place d'hébergement temporaire par redéploiement d'un lit d'hébergement permanent

Plateforme d'Accompagnement et de Répit

Les plateformes d'accompagnement et de répit s'adressent aux aidants s'occupant d'une personne atteinte de MAMA ou en perte d'autonomie, qu'elle fréquente ou non l'AdJ auquel la plateforme doit être adossée. Cet AdJ doit avoir 10 places mais le Plan Maladie Neurodégénérative 2014-2019 a prévu d'étendre ces plateformes pour les AdJ de 6 places.

Elle a pour missions de :

- Répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseil et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle,
- Proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple,
- Etre l'interlocuteur privilégié des MAIA pour ces prestations,
- Etre l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes « à risque »,
- Offrir du temps libéré pour l'aidant ou du temps partagé avec la personne malade (du « bon temps passé ensemble »),
- Informer, éduquer, soutenir les aidants,
- Favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et lutter contre le repli et la dépression,
- Contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

Objectif :

- Création d'une Plateforme d'Accompagnement et de Répit adossée à l'AdJ de Compiègne

Formation des professionnels et/ou du grand public

Objectif :

- Le GHT souhaite participer à des actions de formation des professionnels et/ou du grand public
 - o Actions
 - **MAMA**
 - Mise en place de la formation « démence » dans le cadre du DPC.
 - Création d'un collègue des ASG
 - Poursuite de la formation des ASG au sein de l'IFSA de Compiègne
 - Poursuite de la formation d'Aides aux Aidants avec France Alzheimer Oise.
 - Poursuite d'action d'information du grand public en collaboration avec France Alzheimer Oise.
 - **Cardio-gériatrie – voir p.60 PMSP (Annexe 2)**
 - Une démarche éducative et de réadaptation des sujets insuffisants cardiaques poly-pathologiques en SSR a pour but d'améliorer la qualité de vie et de diminuer le taux de ré-hospitalisation.
 - **Participer à la recherche clinique**
 - Le PIRG (Pôle Interrégional de Gérontologie de la Région Nord-Ouest) vient d'être créé par les CHU d'Amiens, Caen, Lille et Rouen pour favoriser la recherche et améliorer la qualité des soins en gériatrie.
 - Le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois pourront s'inscrire dans cette démarche ainsi que dans les activités de recherche des autres sociétés savantes (SFGG).
 - **SGGRP** : Continuer à participer à la vie de la SGGRP et au Conseil d'Administration de cette société savante.
 - **EPP** : Continuer à développer les EPP et en particulier la formalisation, la diffusion et l'évaluation du chemin clinique en gériatrie

Elargir et développer la palette de l'offre

Réseau gériatrique et MAIA

Le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois doivent développer leur partenariat avec le Réseau Gériatrique Oise Est et la MAIA afin d'augmenter les prises en charge par cette structure en sortie d'hospitalisation et ainsi de favoriser les hospitalisations de courtes durées.

Pour les patients relevant d'une prise en soins plus lourdes, un recours à l'HAD devra être favorisé

Objectif :

- Développer le partenariat avec le réseau et la MAIA
 - o Actions :
 - Continuer à diffuser l'évaluation de tout patient se présentant aux urgences par le Score Social d'Aval et définir les modalités de transmission de cette information au Réseau gériatrique et/ou à la MAIA.
 - Modalités de transmission de données à formaliser entre le réseau gériatrique et le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois pour les patients sortant d'hospitalisation (remontées d'informations de l'EMG, des cadres de santé des services de MCO/SSR et du service social)

PEG

Le Pôle d'évaluation gériatrique (PEG) est l'interface entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville. Il est un centre de diagnostic et d'évaluation du sujet âgé. Ce PEG, dans une approche pluri professionnelle, propose :

Des consultations médicales (gériatriques, fragilité, mémoires, oncogériatriques, Cardiologiques...),

Des consultations paramédicales (évaluation diététique, kinésithérapeutique, podologue, psychologue...),

Une évaluation sociale grâce à un(e) assistant(e) social(e),

La réalisation d'examens complémentaires ne nécessitant pas de plateau technique (ECG, etc.). Un courrier est adressé au médecin traitant à l'issue de la consultation. Si des examens complémentaires plus complexes sont nécessaires (radiologie, scanner, ponction lombaire, etc.), une hospitalisation en court séjour gériatrique ou à l'Hôpital de Jour neurologie peut être organisée en fonction du contexte clinique.

Les buts du PEG sont :

Dépister la fragilité de la personne âgée à la demande du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur d'EHPAD,

Réaliser une Evaluation Gériatrique médico- psycho-sociale à la demande du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur d'EHPAD,

Collaborer avec le médecin traitant pour le suivi de la personne âgée et des actions mises en place,

Proposer ultérieurement des actions de prévention et diffuser les bonnes pratiques gériatriques.

Objectif :

- Développer et élargir la palette d'offre de consultation du PEG du CHICN

o Actions :

- **Définir les créneaux de consultations** (cf projet PEG) pour : EGS et consultation fragilité, Consultation de cardio-gériatrie, Consultation nutrition, Hypertonie acquise du sujet âgé, Bilan social.
- **Revoir la tarification des intervenants paramédicaux** (Kinésithérapeute, Assistant(e) Social(e)).

Plan personnalisé de Soins (PPS)

Des expérimentations de PPS sont en cours dans le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) et en particulier dans le Valenciennois. Cette expérimentation a été prolongée pour 2 ans.

Objectif :

- S'inscrire dans le programme PAERPA

o Actions :

- Si l'expérimentation PAERPA est concluante, le CHICN et l'Hôpital de Crépy-en-Valois pourront intégrer la structure qui sera responsable du déploiement du PPS

Cabinet dentaire

Au vu des besoins recensés et dans le cadre de la démarche du réseau Handident, un cabinet dentaire libéral a ouvert au sein de l'EHPAD Fournier Sarlovèze en 2015.

Objectif :

- Développer l'activité du cabinet dentaire auprès des personnes âgées du territoire et personnes handicapées

o Actions :

- **Recrutement d'un deuxième dentiste.**
- **Ouverture du cabinet dentaire aux EHPAD privées du GHT.**
- **Ouverture aux personnes handicapées du GHT.**
- **Accès privilégié** pour les membres du GHT

Objectif :

- Développer des consultations avancées

- o Actions :
 - Développer une dynamique publique de consultations à l'Hôpital de Crépy-en-Valois en complément de l'offre privée en devenir via la MSP, sous réserve de sa faisabilité au niveau réglementaire.

EMG

Un travail est en cours afin de proposer à l'équipe des urgences un passage systématique d'un gériatre pour effectuer au plus tôt une évaluation complète gériatrique des patients âgés de plus de 75 ans sur les 12 lits d'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée du site de Compiègne.

Un passage tous les matins de la semaine sera organisé dès que le temps médical total du pôle le permettra.

- o Actions :
 - **Formaliser et pérenniser** le passage de l'EMG à l'UHTCD.
 - **Mettre en place un test** (TRST) conditionnant l'appel à l'EMG dans les unités médicochirurgicales.
 - **Développer les formations soignantes** sur les grands syndromes gériatriques.
 - **Evaluer les recommandations** préconisées par l'EMG.

Restructuration du service de CSG

Une réflexion sur l'opportunité de positionner les lits de CSG uniquement au sein du site de Compiègne doit être menée afin de ne pas disperser les ressources médicales qualifiées et être ainsi plus efficient et de restructurer l'offre de soins graduée entre les différents sites

- o Actions :
 - Réaliser une étude médico-économique et une étude de l'offre par rapport à la demande
 - Mener une réflexion sur les conséquences sur les autres services

Admissions directes en CSG

Des actions régulières d'information et de sensibilisation des médecins libéraux sont nécessaires afin de développer ce mode d'entrée d'hospitalisation en évaluant le bénéfice par rapport au risque de iatrogénie hospitalière.

- o Action :
 - **Augmenter les admissions directes en CSG sans passage par l'UAU pour les urgences médicales et les bilans (AEG).**

Partenariat CSG/Service de chirurgie

Un travail avec les chirurgiens orthopédistes dans un premier temps et qui pourrait ensuite s'étendre aux autres spécialités chirurgicales, doit être entrepris afin de favoriser les hospitalisations en CSG des patients en post opératoire immédiat (J+48h) afin d'accélérer la reprise de l'autonomie rapide ainsi que la prise en charge de tous les facteurs de comorbidités des patients âgés.

- o Action :
 - **Développer le partenariat avec les services de chirurgie du territoire** afin d'admettre en CSG les patients âgés à H48 post opératoire (en particulier chirurgie de la hanche)

HAD

Voir p.130 PMSP (Annexe 2)

Admissions directes en SSR

Un travail réalisé entre les services de SSR et la ville pour favoriser les entrées directes en SSR.

- o Actions :
 - **Favoriser les admissions directes en SSR pour des rééducations/réadaptations et les bilans**

- **Définir l'organisation des hospitalisations** pour bilan des troubles de la marche et des chutes / pour les insuffisants cardiaques / pour les patients avec plaies et escarres / pour les patients avec rétentions urinaires

UCC

Une autorisation est en cours de travail pour créer une UCC au CH de Beauvais. Celle-ci n'est pas mise en fonctionnement aujourd'hui.

- Action
 - **Rédaction d'une convention de partenariat avec l'UCC de Beauvais et réflexion à mener en cas de non ouverture**

Psychogériatrie

L'EMPG (Equipe Mobile de Psychogériatrie) intervient auprès de patients atteints de pathologies neurodégénératives et/ou psychiatriques avec comportements difficiles à prendre en charge au sein des EHPAD ou au domicile.

Les buts de l'EMPG sont :

- ✓ **Eviter les hospitalisations pour troubles du comportement.**
- ✓ **Apporter des réponses directement sur le lieu de vie des patients** avec évaluation sur place de la prise en charge et recherche des causes aux troubles.
- ✓ **Apporter des éléments de réponses et des conduites à tenir** aux équipes soignantes, aux aidants principaux et aux familles des patients.
- ✓ **Proposer des alternatives thérapeutiques** aux médecins traitants des aidants.
- ✓ **Faire le lien avec les structures de maintien au domicile** afin de proposer une prise en charge (Réseau gériatrique – SSIAD – MAIA – AdJ – HT de répit – Hébergement de nuit – Plateforme d'Accompagnement et de Répit) ou avec les structures d'hospitalisation (Secteur psychiatrique – Service de psychogériatrie – UCC – UHR) ou pour des bilans (PEG – Consultation mémoire – CSG – SSR).

- Actions :
 - **Participer à la création d'une EMPG rattachée au CHS de Clermont.**
L'EMPG interviendra sur les EHPAD du secteur psychiatrique de Compiègne puis de Noyon et de Crépy en Valois dans un premier temps puis éventuellement aux domiciles des mêmes secteurs.
Elle s'articule avec les autres secteurs psychiatriques et l'unité intersectorielle de psychogériatrie
 - **Organisation de l'EMPG :**
 - **Traitement des demandes d'avis géronto- psychiatriques** par le médecin coordonnateur du service avec une psychologue,
 - **Appel vers l'EHPAD** pour compléter éventuellement les renseignements et fixer une date de passage,
 - **Passage au sein de l'EHPAD** (réunion avec l'équipe, les aidants, rencontre avec le patient, évaluation du dossier et des traitements, proposition d'un premier axe de travail et de prise en charge, courrier)
 - **Mise en place d'un système de télécommunication sécurisé** (télémédecine) pour assurer le suivi par la suite
 - **Passage par la suite de l'IDE psychiatrique et/ou de la psychologue de manière régulière** jusqu'à stabilisation des troubles
 - **Rédaction d'une convention avec l'EMPG et signature de celle-ci.**
 - **Evaluer la convention mise en place avec les EHPAD/SLD et apporter des axes d'amélioration**

Les partenaires de cette EMPG sont le réseau gérontologique, la MAIA, les associations d'aide à la personne âgée, France Alzheimer Oise, le CHICN (consultation mémoire) et les EHPAD rattachées ainsi que l'Hôpital de Crépy- en-Valois.

Objectif :

- **Formaliser la collaboration avec les structures prenant en charge des personnes handicapées âgées.**
 - o Actions :
 - **Signature d'une convention avec les différentes structures médicosociales** prenant en charge les personnes handicapées.
 - **Formaliser les actions de prévention** (consultation d'Evaluation Gériatrie Standardisé, consultation Mémoire, etc.).
 - **Organiser les hospitalisations pour bilan et/ou rééducation/réadaptation.**
 - **Définir la filière pour les entrées en AdJ/EHPAD/SLD :**
 - **Création d'Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV)** au Centre fourmier Sarloève en collaboration avec l'ADAPEI (Cf projet prise en charge des personnes âgées handicapées en EHPAD).
 - **Création d'une UPHV** à l'EHPAD d'Attichy en collaboration avec l'Arche.

Les personnes vieillissantes en situation de handicap du secteur de Crépy-en-Valois bénéficient d'une offre de prise en charge au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Sagesse », Association Béthel.

PASA

A Crépy-en-Valois : de nombreux résidents présentent des troubles du comportement modérés au sein des secteurs d'hébergement dit « classique ». Les perspectives montrent un accroissement du nombre de personnes concernées.

Une solution complémentaire à l'offre actuelle en EHPAD serait possible via la création d'un PASA pour une prise en soins plus adaptée

Objectif :

- **Création d'un PASA aux EHPAD de l'Hôpital de Crépy-en-Valois**
 - o Actions :
 - **Locaux PASA à créer** dans le cadre d'un projet d'extension d'une des maisons de retraite,
 - **Autorisation et labellisation à obtenir,**
 - **Fonctionnement diurne** en jour ouvré,
 - **File active possible au sein des 149 résidents accueillis** sur les 3 sites de l'établissement

4.1.4 Les activités médico-techniques

a) Le laboratoire

Dans le cadre d'un partenariat « public/privé », il existe une convention avec le laboratoire d'analyses médicales de ville depuis 1993, dans le but de réaliser les examens et le suivi biologique des patients et des résidents de l'établissement. Cette convention a été renouvelée en 2014 et un avenant pour le renouvellement de la convention a été effectué en 2016.

Les prescriptions de bilans ne sont pas informatisées, elles sont réalisées manuellement sur un bon de laboratoire par le médecin. Ce bon a fait l'objet d'un travail en concertation avec le laboratoire afin d'améliorer la traçabilité de certains renseignements.

Les modalités de prélèvements des différents examens ont été transmises par le laboratoire, chaque procédure de prélèvement est formalisée dans un classeur au sein des services de SSR et d'USLD. Lors de tout changement, le laboratoire fait parvenir une lettre d'information à l'établissement. Ces changements sont rappelés en staff afin qu'ils soient bien pris en compte par l'ensemble du personnel. La traçabilité des bilans effectués se fait sur une feuille du dossier patient.

L'acheminement des prélèvements se fait par le passage quotidien dans la matinée d'un coursier du laboratoire. Celui-ci récupère les prélèvements au sein des structures, dans une boîte aux lettres, et dépose les résultats papiers.

Les services ont directement accès aux résultats par le biais d'un site internet sécurisé au fur et à mesure de la validation par le biologiste. Pour les résultats critiques, les services prescripteurs sont alertés par téléphone et/ou fax afin que ces résultats soient pris en compte rapidement. Les résultats biologiques de chaque patient sont lus par le médecin, il les valide en apposant sa signature et sont ensuite archivés dans le dossier médical.

Il est possible de faire appel au laboratoire pour des prélèvements à effectuer en urgence l'après-midi.

Par conséquent, au sein du GHT, les bilans sanguins sont donc réalisés pour CEV et les EHPAD rattachées par un laboratoire de ville et pour le CHICN par le laboratoire du CHICN.

Objectifs :

- Lister les examens spécifiques non analysés directement par le laboratoire de ville
- Externaliser les examens spécifiques sur le CHICN

b) La radiologie

L'établissement ne possède pas de plateau technique, cependant, il a recours aux centres d'imagerie extérieurs (villes ou établissements de santé environnants). Aucune convention n'est à ce jour signée avec lesdits établissements, sans conséquences sur l'accès des patients aux plateaux d'imagerie.

En effet, les examens standards de radiologie conventionnelle sont réalisés par le Centre d'imagerie privé implanté sur la ville de Crépy-en-Valois. Ce dernier avait pour autant refusé en 2013 puis en 2015 de signer une convention de partenariat proposée par l'établissement sur avis de la CME.

Objectifs :

- Faire perdurer la proximité via le centre d'imagerie de ville pour la radiologie conventionnelle
- Privilégier pour les autres examens de type scanner/IRM le CHICN : accès devant être facilité via les obtentions d'autorisation pour un 2^{ème} scanner et une nouvelle IRM en exploitation partagée avec la polyclinique Saint Côme³

4.2 Le projet pharmaceutique

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur depuis de nombreuses années plus précisément le 14 juin 1967. Elle dispose de plusieurs locaux dont certains ont été récemment réaménagés pour mise aux normes destinés au stockage des dispositifs médicaux, des solutés massifs, de la nutrition et des bouteilles de Méopa.

Le local principal est sécurisé par un système de visiophonie dans le hall d'accueil et de vidéosurveillance devant la porte d'entrée de la pharmacie, par un sas blindé et par la fermeture des portes à clé. Enfin, elle est équipée d'un bouton d'alarme en cas d'intrusion ou de malaise.

L'équipe pharmaceutique dispose, en effectif autorisé, de 0,5 équivalent temps plein (ETP) de pharmacien praticien hospitalier, 1 ETP de pharmacien attaché et 3 ETP de préparateur en pharmacie. L'effectif réel au 1^{er} juin 2017 est de 0,5 ETP de praticien hospitalier, 0,8 ETP de pharmacien attaché et 2,7 ETP de préparateurs en pharmacie.

La présence de trois pharmaciens au sein de l'établissement permet une ouverture de la pharmacie en cas de congés d'une des pharmaciennes.

La pharmacie travaille en lien étroit avec les services de soins et plus spécifiquement avec les médecins et les IDE. Depuis plusieurs années, l'équipe pharmaceutique est en effet engagée dans le développement de la pharmacie clinique : analyse pharmaceutique des prescriptions de niveau 3 de la SFPC ; mise en place de la conciliation médicamenteuse ; élaboration de documents d'aide à la prescription (ex : guide STOPP/START), à l'administration (ex : guide sur les médicaments à ne pas écraser) et d'information pour les

³ PMSP, page 165

patients (ex : plaquettes « Mes médicaments en 10 questions », l'éducation thérapeutique des patients sous AVK...)

Les pharmaciennes participent également, dans la mesure du possible, au staff mensuel EPP de pharmacie clinique de la PUI du CHICN.

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impacte de façon importante les futures organisations des activités médicotéchniques des établissements et notamment les activités des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Par voie d'ordonnances, le gouvernement peut désormais prendre diverses mesures visant à simplifier le cadre réglementaire des activités pharmaceutiques hospitalières afin de le rendre compatible avec la mise en œuvre des GHT, particulièrement en facilitant les coopérations entre PUI.

Aspects partagés

Le GHT va permettre à l'Hôpital de Crépy-en-Valois de :

- Participer au projet de la pharmacie du CHICN et de CEV de mise en place d'une politique qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.
- Participer au développement de la pharmacie clinique par le biais d'interactions approfondies avec la PUI du CHICN, de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie, de l'éducation thérapeutique et de la réévaluation des prescriptions en binôme médecin/pharmacien avec les méthodologies Stopp/Start et PMSA. Les EHPAD de Crépy-en-Valois bénéficiant d'une PUI ont mis en place cette réévaluation. La conciliation médicamenteuse à l'entrée est mise en place depuis 2014 en SSR et USLD dans notre établissement.
- Réfléchir sur l'accompagnement thérapeutique du patient, au retour à domicile par formation, au repérage des patients à risque de fragilité en collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie et par des protocoles de coopération pour s'articuler avec les dispositifs de soutien à domicile existants (service de soins infirmiers à domicile SSIAD) (PAERPA) (chemin clinique en gériatrie).

Dans le cadre du GHT, une première réunion a eu lieu avec la PUI du CHI de Compiègne/Noyon, la directrice et la pharmacienne gérante de l'Hôpital de Crépy-en-Valois, et le service économique du CHICN afin de travailler sur un projet de mutualisation des achats.

Concernant les PUI, un projet pharmaceutique a été établi permettant de renforcer la collaboration entre les deux PUI en termes de partage d'expertise (pharmacie clinique, DM...). Il n'y a pas de mutualisation d'activités notamment la préparation de piluliers.

Aspects spécifiques :

La pharmacie a pour mission d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux stériles et ceci dans le respect de la réglementation (missions énoncées à l'article L.5126-5 du CSP).

La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 17h45. Une permanence pharmaceutique 24h/24h et 7j/7 est assurée par la pharmacienne d'astreinte par téléphone, avec déplacement si nécessaire.

Afin d'optimiser le fonctionnement du circuit du médicament, des outils sont mis à disposition des services de soins par la pharmacie :

- Livret thérapeutique incluant les médicaments à haut risque et les alertes ANSM
- Fiches techniques sur les médicaments à haut risque
- Le guide des médicaments à ne pas écraser adapté à notre livret thérapeutique
- Le guide STOPP/START et les médicaments inadaptés aux personnes âgées
- VigiPharm, alertes ANSM
- Protocoles de prescriptions
- VidalHoptimal
- Guide d'antibiothérapie

De même, un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement. Il est piloté par une pharmacienne de l'établissement. La fréquence des réunions est fixée à une par trimestre. C'est un moment privilégié entre les membres de la pharmacie et les médecins pour discuter de la politique du médicament, de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, de la consommation des médicaments, du bilan d'activité de la pharmacie.

Les achats des médicaments et dispositifs médicaux sont directement gérés par la pharmacie. Les médicaments présents dans le livret thérapeutique font l'objet d'un groupement d'achat. Il est toutefois possible de commander des médicaments hors livret. Le service achat/approvisionnement constitue un soutien technique dans ce domaine. Et afin de gérer les stocks, la pharmacie s'appuie sur un logiciel : MEDIANE.

a) Dispensation/Analyse pharmaceutique

La dispensation est un acte pharmaceutique comprenant :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance
- Le suivi et la réévaluation du traitement
- Le conseil pharmaceutique
- La délivrance des médicaments assurée par les préparateurs sous le contrôle effectif des pharmaciens
- La participation aux vigilances

Elle est réalisée à partir des prescriptions médicales et de bons de commande des services. Elle est centralisée à la pharmacie et repose sur différents systèmes d'informations, précédemment décrits.

La dispensation au sein de l'Hôpital de Crépy-en-Valois revêt les caractéristiques suivantes :

- Elle est nominative journalière individuelle et informatisée sur l'Hôpital Saint-Lazare.
- Elle est nominative hebdomadaire individuelle sur les deux autres sites et en grande partie informatisée ;
- Elle est globale pour les dispositifs médicaux dans tous les services

Toutes les prescriptions sont analysées par les pharmaciennes avec un niveau de 2 à 3 de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Les prescriptions sont informatisées en SSR, USLD, maison de retraite E.M de La Hante et pour partie à la maison de retraite Les Primevères, permettant un accès facilité au dossier médical. Les pharmaciennes ont également accès aux examens biologiques en ligne de l'ensemble des patients.

b) Transport

En SSR, USLD et maison de retraite Saint-Lazare, l'acheminement des chariots est pris en charge par les préparatrices et les infirmières. Les livraisons sur les sites éloignés de la pharmacie sont effectuées avec l'aide du service technique une fois par semaine pour chaque maison de retraite.

c) Stockage

Chaque service de soin (SSR, USLD, maison de retraite Saint-Lazare, les Primevères et Etienne-Marie de La Hante) dispose d'une salle de soins comprenant une dotation en médicaments et dispositifs médicaux ainsi que d'un coffre à toxique pour les stupéfiants et d'un réfrigérateur pour certaines thérapeutiques. L'USLD utilise le réfrigérateur du SSR. L'accès à la salle de soin est sécurisé par un digicode.

La liste quantitative et qualitative des médicaments présents dans la dotation existe. Elle est validée de façon pluridisciplinaire par le cadre du service, un médecin et la pharmacienne et réévaluée 1 fois/an.

Les dotations sont réajustées quotidiennement en SSR et USLD/Maison de retraite Saint-Lazare et une fois par semaine sur les autres maisons de retraite selon un système de sortie d'étiquette médicament.

d) Pharmacovigilance

En cas d'alerte vigilance de l'ANSM, la pharmacie assure le retrait des lots selon un protocole formalisé. Elle diffuse également la revue Vigipharm de pharmacovigilance par mail et sur SAMBA. Les pharmaciennes s'occupent également des déclarations de pharmacovigilances.

e) Destruction des produits de santé périmés

Les produits de santé périmés font l'objet d'une filière spécifique de destruction. Pour cela, les services de soins disposent de fûts spécifiques pour les récolter. Une fois pleins ils sont récupérés par une entreprise spécialisée pour être incinérés, conformément à la réglementation.

f) Erreurs médicamenteuses :

Les erreurs médicamenteuses sont signalées via la fiche de signalement d'évènements indésirables. Pour les erreurs médicamenteuses graves, l'ingénieur qualité dispose d'un outil méthodologique appelé REMED. Il permet d'analyser les causes du problème et d'agir dessus pour que l'erreur ne se reproduise pas. Si une erreur médicamenteuse grave se produit, il est prévu de construire un groupe d'analyse autour de cet outil qui serait constitué de la pharmacienne, de la cadre de santé, de la chargée qualité, et des professionnels concernés (médecin, IDE, aides-soignants).

Comme chaque année, en complément de ses activités quotidiennes, la PUI s'est engagée en 2016 dans de nombreux projets de fond tels que :

- Travaux d'aménagement des salles de stockage des dispositifs médicaux
- Poster sur la conciliation médicamenteuse
- Informatisation du circuit du médicament à la maison de retraite E.M. de La Hante
- Prescription chez le sujet âgé
- Les médicaments à haut risque/erreurs médicamenteuses
- Travail sur les dotations aux Primevères
- Groupement Régional d'Achats des Produits Pharmaceutiques (dispositifs médicaux, fluides médicaux et produits diététiques)
- Feuille de commande dispositifs médicaux

4.3 Le projet de soins

Le projet de soins s'inspire de la philosophie du parcours patient collaborative du PMSP pour en extraire une vision plus propre à l'établissement

Par définition, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est l'expression collective des personnels paramédicaux.

Il définit les orientations et les priorités de la prise en soins du patient dans les différentes dimensions du soin : préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif. En lien étroit avec le projet médical et le projet qualité et gestion des risques, le projet de soins est une composante du projet d'établissement.

Il s'inscrit dans les orientations stratégiques 2017-2021. Il puise sa philosophie dans les principes fondamentaux auxquels adhère la communauté soignante et exprime ses valeurs que partage l'ensemble des professionnels (Bientraitance, respect, professionnalisme et compétences).

Il a pour finalité l'amélioration constante de la qualité de la prise en soins des patients et des résidents. Il permet également de développer la créativité, l'innovation à travers des réflexions.

Son approche auprès de la personne âgée se veut gériatrique. La gériatrie inclut différents aspects en interaction constante :

- Le vieillissement physique : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler
- Le vieillissement psychologique : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu

- Le vieillissement comportemental : résultat des changements décrits ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation
- Le contexte social du vieillissement : l'influence qu'exercent l'un sur l'autre l'individu et la société. Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille....

La volonté de choisir la voie gérontologique suppose d'accepter le principe « d'autonomie » comme un critère indispensable de la qualité des soins.

Le principe d'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même : il présuppose la capacité de jugement c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs.

Ainsi, l'autonomie d'une personne relève à la fois de la capacité et de la liberté.

Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne âgée sont altérées, les soins qui lui sont prodigués doivent également lui être expliqués. La volonté de la personne ou ses choix doivent primer sur ceux de ses proches. Certaines situations sont complexes : les désirs ou projets d'une personne âgée ne sont pas toujours en adéquation avec les possibilités d'y répondre.

Dans tous les cas, le respect de l'autonomie impose une négociation centrée sur les souhaits de la personne âgée.

La dépendance, elle, va définir l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Cet accompagnement de la personne nécessite un professionnalisme et une compétence de la part de tout intervenant où le savoir être est aussi important que le savoir et que le savoir-faire.

Les personnes âgées associent maladies chroniques, vulnérabilité sociale, fragilité physiologique et psychologique. Leur prise en soins sanitaire ou médico-sociale doit prendre en compte ces quatre éléments. Les professionnels doivent définir pour chaque patient/résident un parcours de soins qui comprend la prévention, l'adaptation des soins, la formalisation d'un projet thérapeutique ou d'accompagnement, la préparation à la sortie d'hospitalisation.

Anticiper les risques passe par l'optimisation relationnelle et communicationnelle, par la prise en compte de l'individu au sein de la vie collective, du cadre de celle-ci et de la valeur donnée à la personnalisation et à l'intimité (géroscope mai 2017).

Le bilan du projet d'établissement 2011-2015, les différentes évaluations menées : V2014 et élaboration du compte qualité pour le secteur sanitaire, l'évaluation externe et interne pour les services médico sociaux, ainsi que les réflexions issues de différents groupes de travail (EPP, audits, IGEOI...) permettent de définir 4 grands axes dont les objectifs généraux sont :

Axe 1 : L'accueil de l'utilisateur	Veiller à atteindre et maintenir un taux d'occupation conforme aux prévisions pour les services des soins via des admissions directes, trajectoire et la dynamique de la CAO.
Axe 2 : La bientraitance et l'éthique	Promouvoir une culture de la bientraitance associée à la notion d'éthique par : <ul style="list-style-type: none"> - Les projets thérapeutiques et d'accompagnement personnalisés - Les temps de formation, débat - L'accompagnement des professionnels - La promotion de la parole
Axe 3 : La qualité et la sécurité des soins	Assurer la qualité et la continuité des soins auprès d'une population fragile, vulnérable et poly pathologique renforcée par une culture palliative.
Axe 4 : La communication	Promouvoir la communication en favorisant les échanges entre les personnes accueillies, les familles, les professionnels de terrain et l'extérieur.

Axe 1 : Définir et mettre en œuvre une politique d'accueil

« Le bon accueil : un gage de qualité, de respect de l'éthique. Il est l'affaire de tous »

1. L'accueil de l'usager tout au long de son parcours ou séjour

-En amont

- Planifier les entrées : entrée directe demandée par le médecin traitant ou demande via trajectoire
- Coordination avec les admissions : fluidifier les informations
- Des temps particuliers : la Commission d'Admission et d'Orientation, la Journée d'observation

FOCUS sur le PROCESSUS D'ADMISSION EN MAISON DE RETRAITE / USLD

3 éléments clés du processus d'admission :

- **Guichet unique** : seul le site de l'Hôpital Saint-Lazare dispose d'un accueil physique où se situe également le standard téléphonique. Point de retrait et de dépôt du dossier d'admission en maison de retraite
- **Commission d'admission et d'orientation** :
 - o Composition : médecin, cadres de santé et directrice
 - o Critères d'études des dossiers :
 - Etude des dossiers complets (dossier unique national complété des habitudes de vie et du formulaire garantissant le suivi par un médecin traitant)
 - Ordre chronologique
 - Priorités pour
 - La filière interne (SSR ou orientation interne)
 - Les membres de la famille des professionnels
 - Les personnes âgées dont l'aidant est en souffrance
 - o Etude du dossier déterminant l'orientation des futurs résidents dans la structure la plus adaptée à leurs pathologies et dépendance
- **Journée d'observation (maison de retraite) ou de pré-admission (USLD)** afin de recueillir le consentement de la personne âgée

Objectifs :

- Fluidifier la validation du processus d'admission entre la partie administrative et la partie soignante
- Rendre lisible le processus d'admission en informant les usagers

-Pendant :

- Accueil physique du patient/résident (installation, remise du livret d'accueil, ...)

-En aval :

- Organiser le transfert ou le départ (courriers fins d'hospitalisation, ordonnance, macro-cible de sortie...),
- Anticiper la durée prévisionnelle de séjour, anticiper les besoins des patients au sortir de l'hospitalisation (domicile ou institutionnalisation),
- Associer le patient aux choix des orientations retenues,
- Travailler en partenariat avec les acteurs de la ville (médecin traitant, officine de ville, HAD, réseau gérontologique...)

2. L'accueil et l'encadrement du nouveau professionnel et des étudiants

Formaliser l'encadrement du nouvel arrivant

- Guide du nouvel arrivant
- Evaluation des connaissances par le ludique.

Accompagner l'étudiant tout au long de son stage

- Le temps d'accueil,
- Formalisation des compétences attendues.

Axe 2 : Promouvoir une culture de la bientraitance associée à la notion d'éthique : prévenir la maltraitance par la promotion de la bientraitance

« Donner la priorité à la personne et non à la tâche.... Interroger le rapport entre l'individu et le collectif »

Prendre le temps de la réflexion, permettre à l'éthique de trouver sa place dans la politique de prévention, donner la priorité à la personne et non à la tâche peut permettre d'ouvrir à une autre réflexion. C'est dans ce cadre que se situe la meilleure prévention des risques : interroger le rapport entre l'individu et le collectif (article géroscopie mai 2017)

1. L'utilisateur co-auteur de son parcours : projets d'accompagnements et thérapeutiques définis et évalués
 - La qualité de l'élaboration de ces projets personnalisés est une des garanties fortes de la qualité de l'accompagnement. En effet, cette élaboration implique la personne accueillie, ses proches mais aussi l'ensemble des partenaires (qu'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social). C'est la formalisation de ces échanges avec et autour de la personne accueillie qui garantit le repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation.
2. Mettre en place des temps d'information/de formation relatifs à la notion de « perte d'autonomie », de « fragilité » et de « dépendance » et à l'identification de leurs facteurs de risque
 - Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation
 - Chutes
 - Risques liés à la prise des médicaments
 - Souffrance physique
 - Souffrance psychique
 - Troubles du comportement et troubles cognitifs
 - Risques sur la santé des aidants
3. Accompagner les pratiques professionnelles et soutenir les professionnels par une réflexion régulière, questionnement éthique et bientraitance
 - Mise en place de 2 débats éthiques par an
 - Promotion du classeur éthique
 - Promotion de la charte de bientraitance
 - Informations, formations, actions des référents bientraitance au niveau de l'institution : instances, comité et professionnels de terrain : Mobiliser les savoirs (connaissances), le savoir-être (posture professionnelle et humanisme) et les savoirs-faire (compétences). Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute de l'utilisateur tout au long de son parcours
4. Promouvoir la parole de tous les professionnels
 - Staff pluridisciplinaire
 - Mise en place de temps de réflexion sur les pratiques professionnelles, prise de recul par rapport à des événements vécus par les équipes
5. Veiller à ce que l'absence de langage ne constitue pas une raison pour ne pas s'interroger sur les choix,

Axe 3 : Une démarche continue d'amélioration de la qualité de prise en soins

« Ensemble, améliorons la sécurité des soins »

Plusieurs axes : formation, télémédecine (escarres et plaies chroniques), projet d'accompagnement personnalisé non minimisé au seul plan médical, hygiène buccodentaire, douleur, fin de vie, animation, vaccinations, communication liée aux démences.

1. Assurer la continuité des soins
 - Le dossier patient
 - Qualité des informations transmises dans le dossier patient
 - Informatisation des prescriptions médicales sur l'ensemble des sites

- Accompagnement des professionnels dans l'utilisation et l'évolution du logiciel Dx Care
2. Développer l'évaluation des risques en lien avec la population accueillie par l'utilisation de l'évaluation gériatrique
 - Le risque d'escarres, dénutrition, chute, dépression, douleur, capacités cognitives, hygiène bucco-dentaire, dépendance
 - Redynamiser les groupes des correspondants/référents paramédicaux
 3. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés
Développer les pratiques de soins non médicamenteuses :
 - Le toucher-massage,
 - La culture snoezelen : utilisation de la salle snoezelen (sur le site des Primevères) et du chariot mobile (sur l'ensemble de l'établissement)
 - La sophrologie : mise en place de cette approche par les compétences en interne
 - Mise en place d'action de stimulation cognitive et de formation par les ASG
 4. Porter une attention particulière aux personnes en situation de handicap (visuel, auditif)
 - Mise en place de journée de dépistage,
 - Formation des professionnels
 - Adapter les locaux et les pratiques professionnelles
 5. Mettre en place des actions d'éducation pour les patients/résidents atteints de maladies chroniques
 - Patients, résidents diabétiques
 - Patients, résidents sous AVK

6. Améliorer la qualité de la prise en charge palliative.

Développer une « culture » ou une « démarche palliative ». La culture palliative est une façon d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée : accorder une place aux questions éthiques, à l'accompagnement psychologique, aux soins de confort, au juste soin, repérer précocement les besoins en termes de soins palliatifs des "personnes approchant de leur fin de vie".

- Information sur les directives anticipées
- Désignation de la personne de confiance
- Intervention de l'Equipe Mobile de Soins palliatifs dans le secteur sanitaire et de Pali Acso sur le médicosocial

7. Renforcer la prévention et la lutte contre la douleur

- Savoir repérer, évaluer, tracer et traiter les différentes douleurs
 - Auto et hétéro évaluation, douleur aiguë, chronique et douleur neuropathiques
- Promouvoir la prise en charge non médicamenteuse de la douleur

8. Maintenir la dynamique de lutte contre les infections nosocomiales

Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé en impliquant les patients et résidents.

- Hygiène des mains,
- Vaccination

Mettre en place des actions de prévention, évaluation, formation et de surveillance

- Equipe opérationnelle d'hygiène et référents hygiène dans les services de soins
- Accompagner les équipes sur le terrain

Axe 4 : Améliorer la communication

« La communication n'est pas une simple transmission unilatérale d'informations. Elle est fondée sur l'échange de personne à personne, chacune étant à tour de rôle l'émetteur et le récepteur. Cette réciprocité est indispensable pour garantir une communication de qualité. »

1. Auprès du patient/résident et des familles : Reconnaître et favoriser le pouvoir d'agir des personnes sur leur santé et les inviter à exprimer leurs choix et leurs attentes sans jugement :
 - Le projet thérapeutique et le projet d'accompagnement,

- Informer sur les droits liés à la santé (traitement, dommage lié aux soins...)
- Tenir compte toute expression de refus de soins
- Favoriser les temps d'expression : écouter la personne et proposer des actions réalistes
- Rencontrer régulièrement les familles,
- Développer la communication, la sensibilisation par le biais de journée porte ouverte, réunion thématique, débat...
- Intégrer dans la réflexion sur le parcours patient les avis des représentants des usagers.

2. Développer une dynamique managériale :

Le cadre de proximité joue un rôle important dans la communication avec les équipes, il doit

- s'informer et informer les autres
- donner du sens à l'action ;
- donner son opinion et répondre à l'opinion d'autrui ;
- convaincre, persuader ;
- motiver les équipes ;
- résoudre des différends ;
- transmettre un savoir-faire ;
- donner à ses collaborateurs les moyens d'avoir une vision globale de leur activité ;
- décider

Le cadre est à l'intersection des différents flux d'informations : l'information descendante, l'information ascendante et l'information horizontale. L'attention doit être portée sur la communication et sur la qualité des circuits d'informations.

3. Favoriser les échanges d'informations avec l'extérieur

- Développer le partenariat avec le réseau et la MAIA
- Mettre en place des temps de rencontre avec Palli-Accso sur les EHPAD

4.3.1 Le projet thérapeutique

a) Définition

Le projet thérapeutique en SSR est établi après l'examen clinique du patient par les médecins du service et éventuellement en lien avec le médecin adresseur. Il prend en compte l'évaluation paramédicale réalisée avec la collaboration du patient si son état de santé le permet.

L'état de santé du patient est régulièrement réévalué et son projet thérapeutique réajusté lors des visites médicales quotidiennes, du staff hebdomadaire et des transmissions inter-équipes.

Les réajustements effectués lors des visites médicales et lors des staffs hebdomadaires, font l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient informatisé. Si le patient n'est pas acteur de son projet, les répercussions prévisibles sur son état de santé lui sont expliquées et ceci est consigné dans son dossier.

b) Déclinaison

Le projet thérapeutique se décline autour de 5 axes qui sont :

Les actions de prévention :

Dès l'entrée, le dossier de soins renseigne sur les risques potentiels existants. En fonction d'une évaluation spécifique aux risques recherchés et d'un suivi des scores, des actions de prévention sont mises en place pour les risques suivants : le risque de fugues, de chutes, d'escarres, de complications thromboemboliques, de dépression, le risque suicidaire, de perte d'autonomie, de troubles de la mémoire, de douleur, de dénutrition et d'hygiène bucco-dentaire.

L'éducation thérapeutique du patient :

L'observance des traitements médicamenteux, prescriptions médicales et le respect du régime alimentaire sont les trois premières implications concrètes du patient dans son projet thérapeutique.

La mise en place d'une sectorisation infirmière permet une meilleure connaissance des besoins du patient.

L'éducation thérapeutique de son entourage :

Les staffs hebdomadaires permettent de sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité d'impliquer le patient et son entourage dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique ou du mode de sortie (retour à domicile, passage en EHPAD, USLD). Ce projet est ensuite discuté avec le patient et sa famille afin qu'ils collaborent pleinement à ces préconisations.

Une rencontre est organisée entre le médecin et la famille dans les jours qui suivent l'admission. Les professionnels de soins sont également disponibles pour les patients et leurs familles.

La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale :

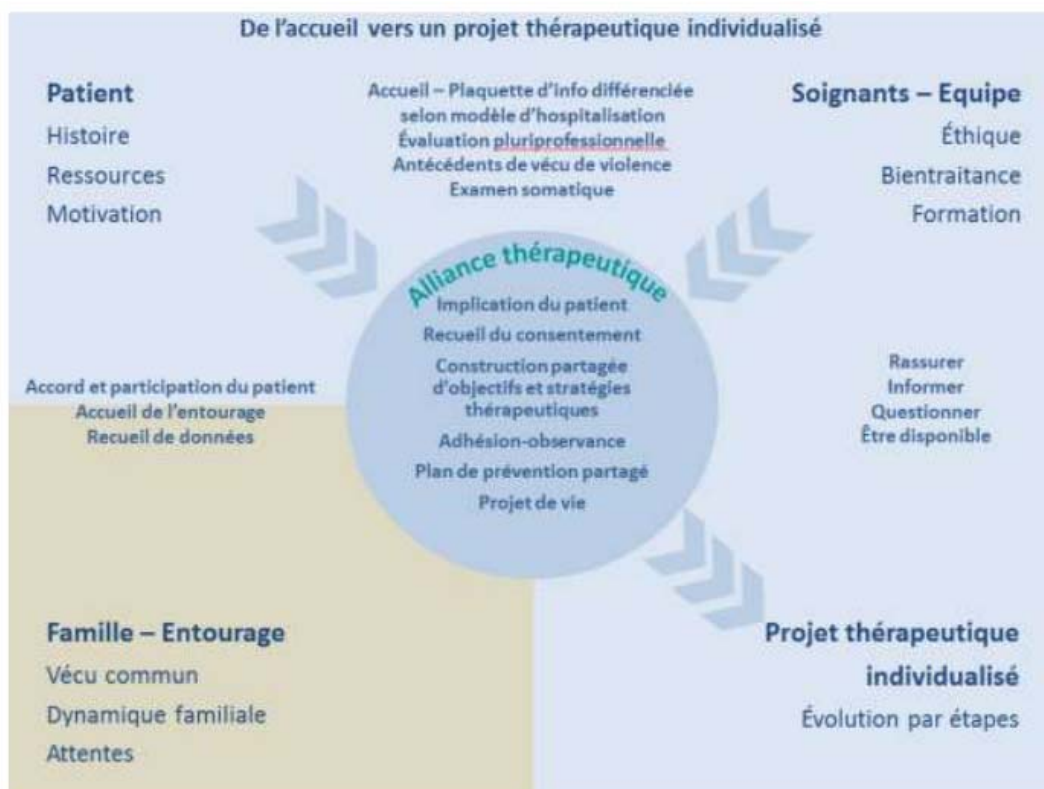
Le devenir de la personne hospitalisée est discuté avec la famille et/ou le patient et le retour à domicile est toujours privilégié. Cette dernière est orientée si nécessaire vers l'assistante sociale de l'établissement ou l'équipe soignante afin de mettre en place des aides et proposer un type d'accompagnement adapté à la réinsertion familiale.

La préparation et l'accompagnement à la réinsertion sociale :

L'avenir du patient est évoqué dès les premiers jours d'hospitalisation et son retour à domicile privilégié. Les familles sont informées pour leurs démarches administratives par l'équipe médicale et paramédicale, et si besoin, orientées vers l'assistante sociale de l'établissement, pour préparer et accompagner la réinsertion sociale du patient.

Le placement en institution peut être envisagé. La relation famille/soignant/personne soignée est privilégiée et cette alliance est essentielle pour définir de manière concrète le projet thérapeutique. Le cas échéant, après étude du dossier d'admission en commission d'admission et d'orientation, une journée d'observation ou une visite de pré-admission est systématiquement organisée avec la famille et/ou le patient afin de présenter le nouveau lieu de vie et d'adapter au mieux sa prise en soins dans son nouvel environnement social.

Dans le cadre des soins palliatifs, l'objectif est d'accompagner le patient et son entourage dignement dans les respects de ses volontés lors d'une fin de vie.



c) Démarche

L'objectif principal de ce projet thérapeutique est que la personne retrouve son état initial.

Pour cela, la démarche sera la suivante :

- Reconstituer son histoire avec le patient, avec son entourage et en équipe, évaluer son état clinique actuel.
- Construire et mettre en œuvre avec le patient et en équipe un projet thérapeutique individualisé avec en perspective le retour au domicile ainsi que ses projets de vie.
- Faire le point avec le patient sur ses prises en charge antérieures ; évoquer avec lui les objectifs de la prise en charge à venir, notamment les avantages et les inconvénients (bénéfices/risques) des traitements médicamenteux.
- Chercher l'adhésion du patient (repérer les domaines du soin auxquels le patient adhère et ce qu'il récuse, voire dénie), chercher à améliorer cette adhésion de proche en proche et tracer son évolution.
- Réévaluer régulièrement l'évolution clinique du patient en cours de séjour et actualiser le projet thérapeutique.
- Analyser avec le patient comment il gère la frustration, sa colère, son agressivité, repérer avec lui les éventuels facteurs de risque individuels de violence, les signes précurseurs, les circonstances déclenchantes, les facteurs de protection, et établir avec lui les stratégies d'apaisement efficaces.

Objectif :

- Promouvoir et développer la traçabilité des projets thérapeutiques des patients accueillis.

4.3.2 Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

a) Définition

Le résident est un être unique, un tout indivisible qui rencontre à un moment de sa vie une ou plusieurs difficultés, liées ou non à un problème de santé, l'empêchant de rester vivre dans son environnement habituel. L'accompagnement proposé en EHPAD n'est donc pas uniquement soignant mais doit surtout répondre aux besoins et/ou attentes du résident.

L'accompagnement proposé doit donc être centré sur la personne pour répondre au mieux à ses demandes. Accompagner signifie marcher à côté, ne pas faire à la place de la personne mais l'aider à faire ce qu'il ne sait plus faire.

L'accompagnement d'un résident au sein de l'établissement peut se traduire par ces quelques mots : c'est une relation qui va aider le résident à vivre malgré les difficultés rencontrées, un soutien dans la vie quotidienne pour surmonter la perte d'autonomie. Pour ces raisons, cette phrase de Gandhi prend ici tout son sens « Ce que tu fais pour moi mais sans moi, tu le fais contre moi. »

L'accompagnement personnalisé du résident concourt en outre au développement d'une culture de la bientraitance, impliquant une recherche constante d'amélioration des pratiques d'accompagnement quotidiennes et la nécessité de donner du sens aux actes effectués au quotidien.

La bientraitance concerne tout le monde, les professionnels, les résidents, les familles, les aidants... L'ANESM définit la bientraitance comme : « Démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque ».

La notion de bientraitance est associée à la notion de maltraitance qui n'est pas son contraire mais comme le définit Yves Gineste « il y a maltraitance quand un soignant ou une institution commet, tolère, provoque des actes en tant que professionnel du soin qu'il n'accepterait pas pour un membre de sa famille ou quelqu'un qu'il aime ».

Le personnel d'encadrement et notamment le Cadre de santé est garant de la qualité des soins, le soin étant pris dans toutes ses dimensions et donc par là même, de la satisfaction des résidents, de leur bien-être, de leur confort. Il est le garant de l'effectivité du projet personnalisé du résident et dans cette mission, il coordonne l'ensemble des professionnels amenés à intervenir dans l'accompagnement de la personne accueillie, dans le respect de son Projet d'accompagnement personnalisé. Celui-ci prend effet dès l'entrée de la personne au sein de la structure.

b) Déclinaison

Le projet d'accompagnement personnalisé se décline de autour de 7 axes qui sont :

- Evaluation initiale, effectuée dans les semaines qui suivent l'entrée de la personne au sein de l'établissement
- Recueil des informations, des attentes de la personne afin que son projet soit le plus adaptée
- Objectifs
- Moyens
- Contribution du patient/résident et/ou de son représentant légal et de son entourage
- Bilans intermédiaires et finaux
- Renouvellement et/ou réajustement du projet si nécessaire

c) Démarche

La démarche du PAP est la suivante :

- Les étapes clés de la démarche de constitution du projet individuel : contenu/durée/personnels mobilisés/suivi du processus et indicateurs associés
- Recueil des données : étape fondamentale dans la construction du projet
- Elaboration d'un support type constituant une aide à l'élaboration et à la construction d'un projet
- Place du travail de l'équipe pluridisciplinaire et identification d'un référent PAP
- Développer une organisation de mise en œuvre des PAP : mise en place d'un processus et des outils associés

Objectifs :

- Former les soignants au PAP
- Généraliser la mise en œuvre du PAP

4.4 Des activités relationnelles

Animer, c'est donner une âme à l'établissement, du mouvement et du sens à la vie. Pour cela, il faut développer des activités comme support de la qualité de vie. Ainsi, animer touche à l'image de la structure d'accueil, à la dynamisation des résidents et à la responsabilité de tous les services.

L'animation comprend une notion de respect du désir et de l'histoire de chacun en intégrant une notion de partage, de communication, de rencontres individualisées et collectives. Elle accorde avant tout une reconnaissance de la personne, actrice de sa vie.

L'animation au sein des E.H.P.A.D est régulièrement remise en cause.

Elle évolue en fonction du public rencontré, de son autonomie ou non, des cultures et des modes de vie de celui-ci.

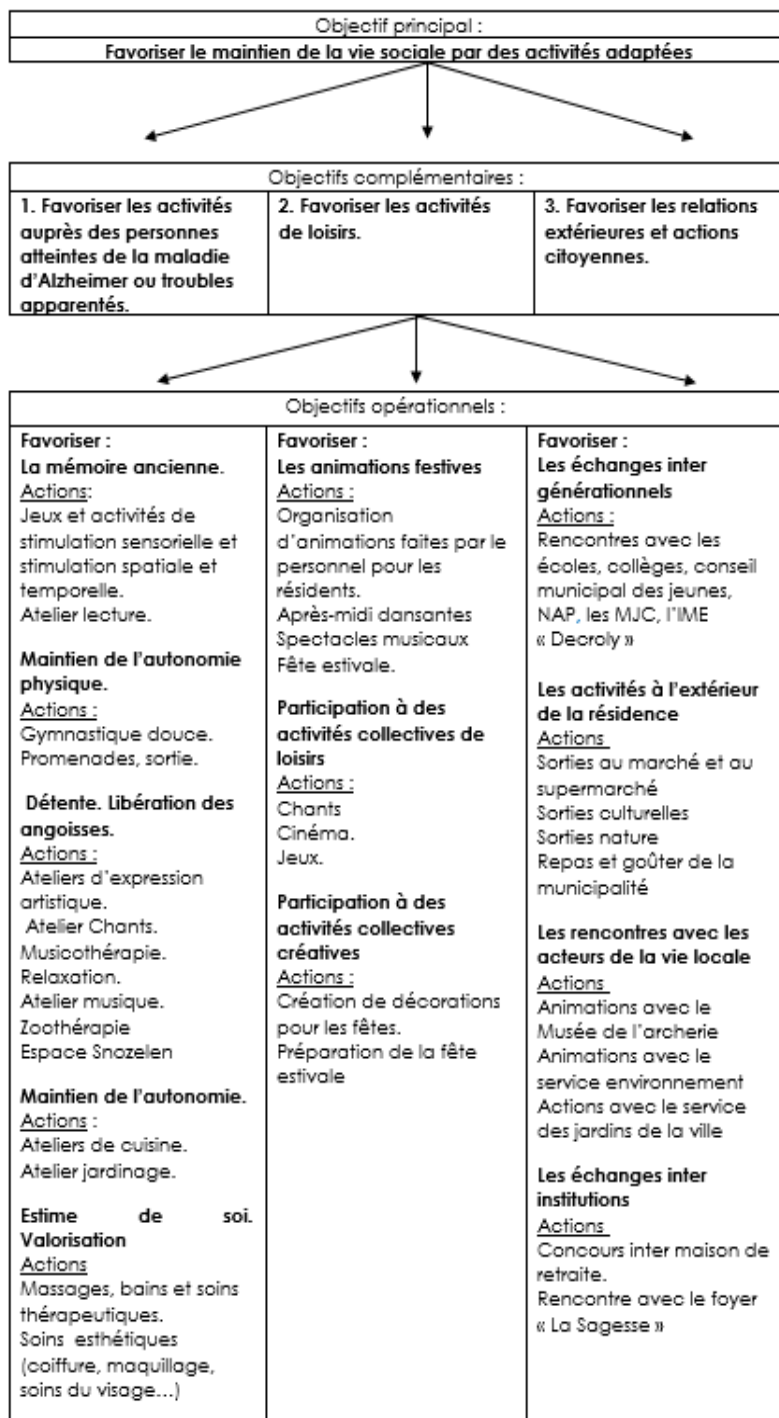
L'objectif central est la recherche d'une qualité de vie indispensable pour contribuer au bien-être des personnes âgées en créant ou en développant du lien : entre les résidents, avec l'extérieur et les familles.

L'animation est un soin à part entière par sa dimension préventive, éducative, curative mais aussi simplement dans sa dimension humaine. L'animation doit sous-tendre chaque prise en charge et chaque action. La notion d'animation englobe le lien social, le plaisir, le maintien des capacités cognitives.

Le projet d'animation permet de générer un projet d'équipe où tout agent se sent concerné par l'animation auprès des résidents.

Les activités découlent d'objectifs précis liés aux valeurs et missions de l'établissement :

- Connaître le nouveau résident pour proposer des activités adaptées en tenant compte de ses habitudes, de ses goûts et faciliter l'émergence de désirs,
- Garder sa personnalité, son identité, sa dignité,
- Maintenir les liens sociaux externes et internes pour éviter l'isolement et le repli sur soi,
- Valoriser les personnes à travers leurs vécus, leurs savoirs pour les inciter à participer, à rester actrices,
- Renforcer le sentiment « d'être utile » et encore « capable de faire »,
- Conserver l'envie de faire des projets,
- Entretenir une activité physique et intellectuelle pour préserver l'autonomie,
- Conserver ou acquérir des repères,
- Favoriser l'expression, l'écoute,
- Provoquer des moments de plaisir, de convivialité.



4.4.1 Les animations et activités

Le projet d'animation permet de générer un projet d'équipe où tout agent se sent concerné par l'animation auprès des résidents. Ce projet est à destination des sites suivants :

- Etienne-Marie de La Hante,
- Les Primevères,
- St Lazare (EHPAD et USLD)

Le projet a été révisé début 2017 afin que l'animation réponde au plus près des attentes des résidents et comprend :

- Les résidents sont libres de participer aux animations ou de simplement y assister.
- Les animations doivent être adaptées à chacun et contribuer au bien-être des résidents et ne pas les mettre en difficulté.

A toutes fins utiles et par respect du résident les animations peuvent être :

« Passives » pour les personnes les plus dépendantes :

- Présentation de spectacles, gouters, fêtes...
- Soins de corps.
- Décoration en fonction des fêtes, des saisons et des évènements.

« Participatives » pour les personnes moins dépendantes :

- Promenades, sorties diverses.
- Diffusion de films.
- Lecture.

« Actives » pour les personnes les plus autonomes :

- Jeux de société, de mémoire.
- Activités motrices : gymnastique douce, jeux d'adresse...
- Activités créatives, jardinage, dessin...

« Individuelles » :

Pour les résidents qui ne peuvent pas participer aux activités de groupe. Depuis fin 2016, début 2017, des axes d'animation portés sur les activités individuelles sont mis en place sur tous les sites.

Les animations sont proposées du lundi au vendredi. Exceptionnellement en fonction d'évènements particuliers les samedis et/ou dimanche.

Elles peuvent être organisées le matin et/ou l'après-midi en respectant le rythme de vie des résidents et l'organisation des soins. La durée des séances est adaptée en fonction de l'activité proposée et des capacités des résidents.

Les résidents et les différents acteurs de la vie de l'établissement sont informés des animations via un planning d'animation hebdomadaire, affiché sur les tableaux prévus à cet effet.

Les activités journalières sont affichées sur les éphémérides prévues afin de rappeler aux résidents l'activité du jour, le lieu et l'heure.

Une affiche pourra être utilisée pour présenter les animations exceptionnelles ainsi que pour présenter une planification prévisionnelle des animations. Celles-ci seront placées sur le tableau d'affichage.

Objectifs :

- Répondre aux attentes des résidents en s'appuyant sur :
 - o Recueil de satisfaction « à chaud » après les animations auprès des résidents
 - o Enquête de satisfaction : fréquence : tous les 2 ans
- Assurer la continuité des habitudes de vie de la personne âgée
- Maintenir les capacités de la personne âgée
- Développer les projets pluridisciplinaires
- Sensibiliser sur les gestes éco citoyen (tri des déchets, recyclage, économie d'énergie...)
- Elargir la palette d'âge du public pour les échanges intergénérationnels : compléter les actions établies par un nouveau partenariat avec la maison de l'enfance de la ville (enfant de 2 ans)
- Accroître les échanges inter-établissements pour le formalisme d'un partenariat avec les résidences autonomie de la ville

4.4.2 La prise en compte d'un handicap

Les personnes résidantes en EPHAD sont toutes atteintes d'un handicap, la perte d'autonomie amenant ainsi à la dépendance. Le fait de ne plus pouvoir rester dans leur ancien domicile les a obligées, eux ou leur famille, à se diriger vers une institution.

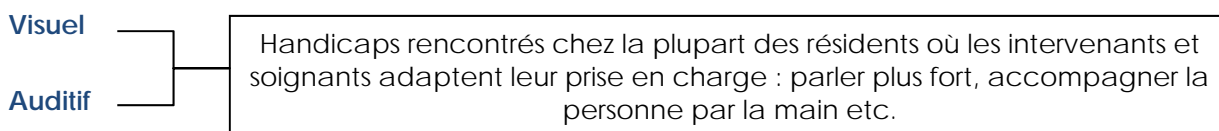
Le but des animations ainsi que des activités physiques adaptées est de limiter cette perte d'autonomie ou du moins de la stabiliser par le biais d'atelier en groupe mais aussi par des prises en charge individuelles.

Les résidents, dont la dépendance est plus avancée, sont accompagnés sur le lieu d'activité en début de séance et raccompagnés en fin de séance dans leurs chambres par les intervenants ou soignants présents.

La dépendance s'accompagne souvent de plusieurs types de handicaps :

Cognitif : L'objectif des animatrices est de maintenir le niveau intellectuel par des activités faisant appel à leur mémoire, leur réflexion etc.

Moteur : L'objectif de l'enseignant APA est de maintenir l'autonomie des résidents par des ateliers de prévention de chute, gym douce etc.



Le handicap visuel a fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'EPP consacrée à la déficience visuelle qui a permis à une animatrice de participer à une formation sur l'accompagnement des personnes atteintes de déficience visuelle ainsi qu'au service de participer à la création d'une affiche à destination des familles et d'une autre à destination des professionnels pour expliquer les bonnes pratiques à mettre en place au contact d'une personne déficiente visuelle.

4.4.3 Les intervenants

Ce projet ne pourrait vivre sans les différents acteurs qui interviennent au quotidien auprès des résidents. Ces acteurs sont :

- Les animatrices
- Intervenants APA- Activité Physique Adaptée
- L'ensemble du personnel soignant et logistique
- Les psychologues
- Les associations (VMEH (*) les Mimosas...)
- Les intervenants extérieurs
- Les bénévoles

(*) L'association VMEH, présente au quotidien dans les établissements sous forme de visite aux résidents, gère également une bibliothèque à travers un atelier « café lecture » sur le site d'Etienne-Marie de La Hante. Cette association finance une partie des sorties organisées ainsi que les cadeaux d'anniversaires, par ailleurs, elle aide les animatrices lors d'évènements particuliers.

Une charte bénévolat a été mise en place par l'établissement et est signée par chaque bénévole intervenant dans la structure.

4.4.4 Les espaces dédiés et organisation

Tout lieu est susceptible d'accueillir une animation à partir du moment où le lieu choisi, est adapté à l'animation proposée et qu'il assure la sécurité des résidents ainsi que des intervenants. (Salon, salle à manger, salle polyvalente, patio, chambre d'un résident pour les animations individuelles...).

Une animatrice est présente sur chaque structure, les animations se déroulent les après-midis à E. M. De Hante, en fin de matinée et l'après-midi en USLD/Maison de retraite St Lazare. Pour les Primevères, des animations se déroulent le matin dans le secteur coquelicot et l'après-midi dans le secteur Azalée.

Les temps hors animation sont consacrés à l'organisation du service. Les animateurs sont présents de 10h à 18h.

Un suivi des participations des résidents aux animations est tenu par les animatrices.

Ce suivi est retranscrit sur des fiches de suivi qui sont insérées dans le dossier informatisé du résident. Le suivi se fait également au niveau des transmissions ciblées pour les soignants.

Une évaluation auprès des résidents sous forme de questionnaire est distribuée à chaque résident tous les deux ans et le thème de l'animation est une brique de l'enquête de satisfaction globale transmise aux résidents et aux familles à tour de rôle tous les ans.

FOCUS sur L'ACCUEIL et la PRISE EN SOINS DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU TROUBLES APPARENTES – L'Unité COQUELICOTS sur le site de la maison de retraite LES PRIMEVERES

L'entrée en unité protégée est souvent dictée par l'un des trois critères suivants :

- un risque de fugue chez la personne
- des troubles du comportement dits productifs : agressivité, déambulation, cris, agitation,
- des capacités motrices ou intellectuelles encore existantes et stimulables

Les personnes accueillies en unité sécurisée proviennent le plus souvent des autres sites de l'établissement qui propose un hébergement classique ne répondant plus à l'état cognitif de la personne. La prise en soins est réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmières, d'aides-soignants, d'aides médico psychologiques, d'assistantes de soins en gérontologie, d'animatrices, d'éducateur en activités physiques adaptées, de psychologue, d'agents des services logistiques, de cadre de santé et médecins traitants.

Cet accompagnement est basé sur :

- un projet d'accompagnement personnalisé qui permet de répondre aux besoins et attentes de la personne, celui-ci est rédigé par l'équipe pluridisciplinaire, il est expliqué à la famille et au résident en fonction de ses capacités cognitives. Les activités et soins médicaux sont adaptés et les thérapies non médicamenteuses sont privilégiées
- une prise en charge psycho-sociale globale : stimulation cognitive adaptée aux capacités du résident, activités à visée thérapeutiques, espace Snoezelen
- un environnement architectural adapté : l'aménagement permet un lieu de vie chaleureux (éléments familiers, décoration...), une libre circulation du résident avec une surveillance visuelle du soignant par la présence de nombreuses baies vitrées.

Si les capacités physiques et cognitives du résident ne permettent plus de bénéficier des activités proposées au sein de l'unité sécurisée, une réorientation en hébergement classique sera envisagée.

L'accompagnement de la fin de vie est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire de jour comme de nuit. Les soignants de l'établissement peuvent s'appuyer sur un partenariat avec Palli Acso.

4.5 Le projet hôtelier

Le Projet Hôtelier de l'Hôpital de Crépy-en-Valois vise à poursuivre et à étendre la dynamique d'amélioration des conditions d'accueil, d'hébergement et de services initiés par le précédent projet hôtelier 2011-2015.

L'enjeu est de mettre l'expertise et le professionnalisme des équipes au service des patients et des résidents de l'établissement. Les fonctions supports participent pleinement à la qualité de la prise en charge des patients et des résidents. L'amélioration des prestations hôtelières représente un aspect essentiel pour le confort des patients et des résidents tout au long de leur séjour dans l'établissement.

Le projet hôtelier met ainsi l'accent sur :

- des prestations de qualité au service des patients et résidents
- une recherche constante d'une amélioration de la qualité dans un cadre de développement durable et de contexte budgétaire contraint

4.5.1 L'entretien des locaux

L'entretien et l'hygiène des locaux (chambres des résidents et parties communes) sont assurés par des personnels salariés de l'établissement, de jour sur le site de l'Hôpital Saint Lazare et de jour et de nuit sur les maisons de retraite.

Les personnels prennent en charge les mobiliers, salles d'eau, WC, sols, vitres et même l'entretien des rideaux (en maison de retraite). Pour ce faire, les agents ont à leur disposition des matériels qui concourent à la prévention des lombalgies, aux troubles musculo-squelettiques (TMS) ainsi qu'aux allergies de contact. Des décapages de sol sont régulièrement organisés avant l'arrivée d'un nouveau résident en maison de retraite ou dans les parties communes, telles que les salles à manger. Chaque site est équipé d'auto-laveuse, mono-brosse, aspirateurs.

Le service entretien participe à des actions de prévention (purges, traçabilité...) dans le cadre de la lutte contre les légionnelles et signale les réparations à effectuer au service technique.

Les personnels ont également à leur disposition, leur fiche de poste, un classeur où sont répertoriés tous les produits d'entretien, régulièrement mis à jour, avec sa fiche technique et de bonne utilisation. Chaque agent dispose de protocoles de travail ainsi que des fiches de traçabilité.

L'Hôpital met en exergue la polyvalence des agents d'entretien concernant les tâches telles que la lingerie, l'entretien et la restauration. En effet, les agents sont formés à ces différentes tâches, ce qui leur permet de gagner en compétences. De plus, une mobilité inter-site est installée pour ce service, permettant en cas d'absence de pouvoir remplacer.

Depuis 2016, en cas de week-end prolongé par un jour férié, un agent d'entretien doit être présent sur le site de Saint Lazare une demi-journée pendant le week-end. Cela permet aux patients et résidents de recevoir leur famille plus agréablement et aux personnels de soins d'être plus disponible.

Les enquêtes de satisfaction des résidents de 2016 ont révélé qu'ils étaient globalement satisfaits des prestations « entretien » proposées avec :

- 92% des résidents satisfaits de l'entretien de leur chambre
- 97% des résidents satisfaits de la propreté des locaux collectifs

Objectifs :

- Poursuivre l'objectif de polyvalence dans les secteurs logistiques et les différents sites en renforçant les compétences des agents sur les différents secteurs
- Maintenir la qualité des prestations actuelles
- Systématiser le nettoyage des vitres via une prestation externalisée
- Revoir l'organisation du travail sur le site de Saint-Lazare en essayant de :

- Répondre aux nouvelles exigences des patients et de leur entourage
- S'adapter aux changements induits par une dynamique plus forte et plus rapide de turn-over des patients

4.5.2 La lingerie

Le traitement du linge (linge plat de l'établissement, vêtements des résidents, tenues professionnelles) est assuré par un prestataire externe. Le ramassage et le tri du linge sale est effectué par les personnels de l'établissement et les sacs de linge déposés dans les locaux dédiés.

La lingerie effectue la pesée de ces sacs de linge sale avec une tenue adaptée avant ramassage 3 fois par semaine en rolls par le prestataire extérieur, après livraison du linge propre. Le personnel de la lingerie effectue le tri et le rangement du linge propre, soit dans des containers, soit dans des rayonnages avec filmage si besoin en fonction des catégories. L'utilisation du linge propre se fait selon le procédé FIFO (first in first out). Le linge des résidents est également trié et rangé dans leurs armoires pour les dépendants, sinon ce sont les résidents qui s'en occupent.

Les tenues professionnelles sont mises quotidiennement ou autant que de besoin au départ linge sale ; les tenues propres sont ensuite distribuées dans les vestiaires, à charge pour les agents de les ranger dans leur vestiaire.

Le personnel de la lingerie effectue la réfection des lits à la maison de retraite (La Hante) toutes les trois semaines et le changement du linge hôtelier s'effectue une fois par semaine.

Il y a aussi entre autres à la charge du service lingerie, des activités annexes telles que :

- des travaux de couture (boutons, ourlets,...)
- l'essayage et le marquage des tenues professionnelles
- le nettoyage et la désinfection des locaux et des matériels et leur traçabilité
- la réforme du linge, les inventaires, la gestion des stocks
- la préparation des dotations de linge pour les différents services

Les enquêtes de satisfaction des résidents de 2016 ont révélé qu'ils étaient globalement satisfaits des prestations « lingerie » proposées avec :

- 98% des résidents satisfaits de la propreté du linge
- 81% des résidents satisfaits du délai de retour du linge (en hausse depuis 2014)

Objectifs :

- Insérer l'externalisation de la prestation dans un cadre d'achat réglementaire (marché public)
- Maintenir la qualité des prestations actuelles tout en améliorant les délais de retour du linge :
 - Réaliser des tests de délai de retour via du « linge traceur »
- Professionnaliser les travaux de couture par la valorisation des compétences des agents du service

4.5.3 La restauration

Le service restauration s'occupe de la prestation repas, du petit déjeuner au repas du soir en garantissant l'hygiène et la sécurité alimentaire pour le bien-être et la qualité de la prise en soins des personnes accueillies. Le petit déjeuner est servi en chambre à partir de 8h00, les repas du midi à compter de 12h et du soir en salle à manger ou en chambre à partir de 18h00, selon les services.

Les repas du midi et du soir quant à eux, sont préparés par un prestataire et livrés quotidiennement sur les différents sites. Les agents du service de restauration sont chargés de remettre en température les plats, cependant le fonctionnement diffère selon les sites. Sur le site de Saint-Lazare, les repas sont mis en assiette dans la salle de reconditionnement et remis en température dans des chariots chauffants qui sont amenés dans les étages. Les personnels de soins assurent la distribution.

En maisons de retraite, les barquettes sont remises en température au moyen de fours et transportées sur les lieux de repas dans des caissons isothermes. Les personnels de restauration sont chargés de mettre le couvert, desservir, nettoyer les tables, faire la vaisselle.

Au quotidien, les agents effectuent des tâches de nettoyage des surfaces, des murs, des sols, des grilles d'aération, des lave-vaisselles, des vitres, des réserves, des chambres froides, des caissons isothermes, des chariots chauffants, des fours, des réfrigérateurs, des chariots de desserte, des monte-charges. Il y a également des tâches de contrôle à la réception des repas, de commande, de gestion des produits avec surveillance des DLC, de gestion des stocks, d'approvisionnement, de rangement.

Chaque action, chaque jour ou de façon hebdomadaire, est tracée, que ce soit pour les tâches de nettoyage ou pour les relevés de température. La responsable contrôle et valide les traçabilités.

La responsable du service restauration assure également la responsabilité du service entretien et s'assure au quotidien de la commande des repas et des ajustements auprès du prestataire.

Pour effectuer leurs tâches quotidiennes, les agents disposent de matériels adaptés, tout comme l'équipe du service entretien, ainsi que des chariots de desserte et des caissons isothermes. Ils disposent de tenues professionnelles qu'ils peuvent changer autant que de besoin.

L'hygiène et la sécurité alimentaire sont assurées par des personnels formés à l'HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point, méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments) et encadrés par des protocoles, des procédures, des plans de maîtrise sanitaire (PMS) et des contrôles aléatoires par un laboratoire.

Le dispositif fait l'objet de contrôles des services vétérinaires qui donnent lieu chaque fois à un compte-rendu adressé à la direction.

Les enquêtes de satisfaction des résidents de 2016 ont révélé, malgré des axes d'amélioration notoires, qu'ils étaient globalement satisfaits des prestations « restauration » proposées avec :

- 72% des résidents satisfaits par la variété des menus
- 59% des résidents satisfaits par la qualité des repas
- 67% des résidents satisfaits par le respect des goûts alimentaires
- 80% des résidents satisfaits par la température des plats
- 94% des résidents satisfaits par le confort de la salle à manger

Enfin, suite à la réglementation imposée aux établissements de santé et médico-sociaux suite à la loi N° du 12 juillet 2010 dite loi Grenelle 2, codifiée à l'[article L.541-21-1](#) du code de l'environnement, à l'arrêté du 12 juillet 2011 pris en application de la loi du 12 juillet 2010 fixant les seuils définis à l'[article R.543-225 du code de l'environnement](#) et à la circulaire du 10 janvier 2012 relative aux modalités d'application de l'obligation de tri à la source des biodéchets par les gros producteurs, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux doivent travailler sur la réduction des déchets alimentaire et valoriser ceux-ci.

En effet, de tous les métiers de la restauration collective, c'est celui de la restauration en établissements de santé et médico-sociaux qui enregistre le plus gros volume de pertes et de gaspillages.

Les établissements enregistrent 264 g/pers/repas en moyenne avec 139 g d'écart type (Hôpital long séjour et maison de retraite : 166 g).

Les patients en séjour court (à l'hôpital) produisent 2 fois plus de pertes et de gaspillages par repas que les résidents en long séjour (à l'Hôpital ou en maison de retraite).

Conscient depuis quelques années de cet état de fait, une campagne de pesée des déchets alimentaires avait apposé des chiffres sur ce ressenti. Sur 5 jours, 544 kg de nourriture ont été jetés à la poubelle soit en moyenne 240 grammes de déchets par repas et par patient/résident.

Dans ce cadre, l'Hôpital de Crépy-en-Valois a fait le choix de s'engager dans la démarche initiée par le Réseau Energie Environnement des hôpitaux de Picardie qui consiste à bénéficier d'un accompagnement extérieur pour :

- Qualifier, quantifier et chiffrer le gaspillage alimentaire
- Identifier ses causes et sources principales

- Mettre en œuvre et suivre des actions de réduction : préconiser des actions adaptées à la situation réelle de l'établissement

Ce projet « pilote » va initier par la suite la création d'un « guide de bonnes pratiques concernant le gaspillage alimentaire ». Ce guide aura une portée nationale et sera utilisé par d'autres établissements de santé.

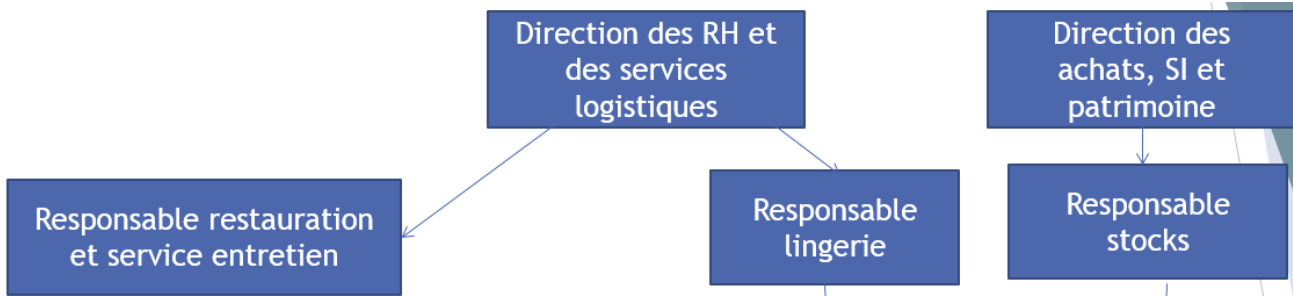
Objectifs :

- Améliorer les prestations de qualité des aliments et repas (équilibre alimentaire)
 - o Assurer 2 fois par an sur chaque site les stands intitulés « A la table de Françoise » : être à l'écoute des résidents
 - o Effectuer des retours synthétisés et formalisés auprès du prestataire extérieur
 - o Organiser 2 fois par an une rencontre avec le prestataire extérieur pour le suivi des demandes et présentation des nouveautés/changements
 - o Engager une réflexion « achat » dans le cadre du GHT sur la prestation alimentation :
 - Tendre vers une amélioration de la qualité des produits/repas pour les services d'hébergement par rapport aux services sanitaires
 - Réaliser une étude d'impact
 - o Mettre en place une animation thématique lors d'un repas festif servi aux résidents des EHPAD » dans le cadre du service civique : accueil et accompagnement de volontaires
- Améliorer les apports nutritionnels des aliments et/ou des CNO
 - o EPP pertinence de la prescription et de l'administration des compléments nutritionnels oraux : plan d'actions :
 - Créer un tableau récapitulatif des différents CNO présents au sein de l'établissement avec les informations les concernant (apports en calories et protéines, adapté ou non personnes diabétiques, ...)
 - Revoir l'administration des CNO
 - Programmer avec le médecin une albuminémie tous les trimestres pour les patients sous CNO
 - Mettre en place l'enrichissement de la soupe dans certains cas
- Prendre en compte les goûts de la personne accueillie
 - o Intégration dans le dossier d'admission de la fiche sur les goûts et les réticences alimentaires en vue d'un remplissage en amont de la journée d'observation ou de pré-admission
- Développer les choix proposés aux personnes accueillies (variétés des aliments proposés)
- Adapter le service des repas aux attentes des résidents
- Tendre vers une diminution du jeun nocturne
- Tendre vers une diminution du gaspillage alimentaire

Le projet hôtelier de l'Hôpital de Crépy-en-Valois est un projet structuré qui tend à proposer des prestations de qualité tout en recherchant l'amélioration permanente.

Ce dernier va s'appuyer sur une nouvelle organisation structurelle pilotée par la nouvelle direction en charge des achats, de la logistique, du Patrimoine et du système d'information à compter de septembre 2017.

Services logistiques hier :



- ▶ Restauration + entretien
- ▶ + remplacement de la responsable lingerie

- ▶ Lingerie = 50%
+ remplacement de la responsable restauration et service entretien
- ▶ Stocks = 50%

Services logistiques aujourd'hui :

Services logistiques => Services hôteliers

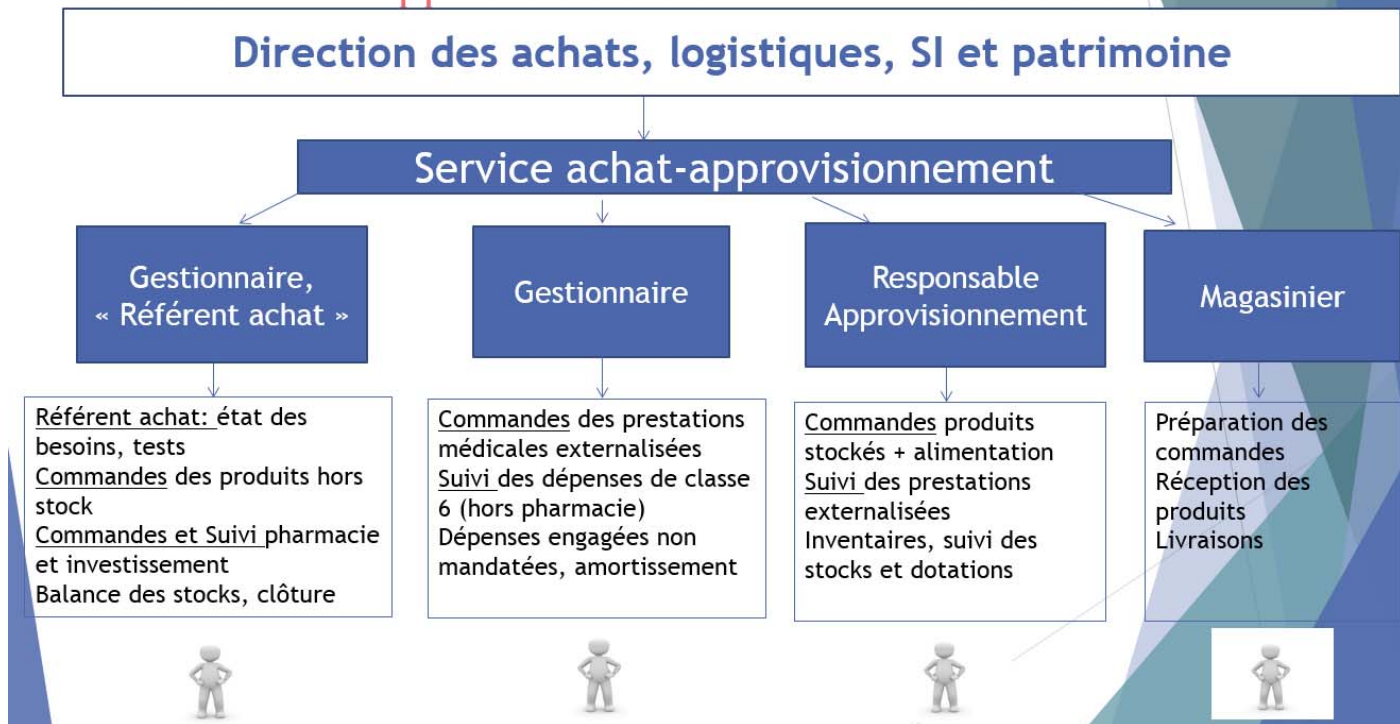


- ▶ Restauration, entretien, lingerie
- ▶ Gestion des ressources (équipes hôtelières)
- ▶ Remplacement responsable approvisionnement pour les urgences en lien avec les gestionnaires achat

- ▶ Approvisionnement
- ▶ Gestion des stocks, commandes et suivi des marchés (prestations externalisées : repas - linge)
- ▶ Remplacement responsable des services hôteliers

Une articulation forte voulue avec le service achat/approvisionnement :

Service achat - approvisionnement



Cette nouvelle organisation s'est structurée au gré des mobilités, des opportunités du GHT et du souhait des agents concernés de voir leurs métiers évoluer.

4.6 Le projet social

Le cadre : La qualité de vie au travail (QVT), axe majeur du projet social

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Etabli dans le cadre d'une démarche participative, il constitue un outil fédérateur qui concerne l'ensemble des personnels de l'établissement. Le projet social fixe, dans ses aspects les plus larges, la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.

Il est tourné vers :

- Le respect et la reconnaissance mutuels,
- L'expression de la motivation de chacun par la responsabilité et l'autonomie,
- La participation des personnels à la réflexion sur les pratiques et sur les objectifs et leur évaluation.

Il s'appuie sur la solidarité et l'équité entre tous, son objectif premier étant la Qualité de Vie au Travail (QVT), considéré comme la « colonne vertébrale » du projet social. En effet, on croit souvent que *la performance génère le bien-être, pas du tout : c'est le bien-être qui génère la performance* (extrait du rapport 12/2012 sur le bien-être au travail).

Des situations de tensions au travail ont été constatées. Une démarche de prévention des risques psychosociaux et de promotion de la qualité de vie au travail a donc été initiée dès la fin de l'année 2015. Début 2016, l'Hôpital a décidé de faire un diagnostic et s'est fait accompagner pour cela, par un consultant via la mission d'appui régionale menée par l'ANFH.

La démarche a été la suivante :

Un COPIL a tout d'abord été constitué avec les membres de la Direction, des représentants du personnel via le CTE et les membres du CHSCT. Le consultant a rencontré les différentes personnes du COPIL ainsi que des agents pour établir son diagnostic. Une restitution a été faite aux membres du COPIL pour définir une stratégie de travail et des réunions d'information ont été organisées dans les services.

Des groupes de travail sur les 4 thèmes principaux retenus (communication et échanges ; agressivité des usagers et des familles ; surcharge de travail ; les plannings) ont été constitués via un appel à candidatures auprès de l'ensemble des personnels de l'établissement. 13 réunions de travail ont permis de faire remonter des situations concrètes qui ont fait l'objet d'une analyse en cours de séance. Puis à la suite, le COPIL en a extrait, selon une méthodologie définie, l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux qui ont été intégrés au Document Unique des risques professionnels. Le COPIL a décidé de ne retenir que les situations décrites par les 47 professionnels ayant assisté aux groupes de travail pour établir le plan d'actions suivant :

Objectif :		Améliorer la gestion des plannings	
ACTIONS	Remplacer les RC supplémentaires par une autre appellation (RHS) --> le professionnel sait qu'il peut être rappelé sur ce RHS	Classer les jours de repos par ordre de rappel en cas d'absence (RHS - Rec JF - RTT ou RC - RTT ou RH - CA)	
	Inciter les professionnels à prévenir le plus tôt possible le service en cas d'absence pour convenances personnelles	Inciter les professionnels à proposer des solutions de remplacement	
	Afficher systématiquement le planning M+1 dans les 15 premiers jours du mois	Généraliser à tous les services le planning prévisionnel annuel (modèle SSR)	
	Etablir l'amplitude horaire maximum consécutive de nombre de jours travaillés (3 * 11h30 - 5 * 7h30 - alternance 7h30 - 11h30 = 37,5h maxi = 2 * 12h + 2 * 7h30 maxi)	Créer des fiches mémo sur la gestion du temps de travail ("Les incontournables")	
	Déterminer les effectifs maximums présents (de sorte à ce qu'il y ait un effectif optimal tout au long de l'année)	Déterminer pour chaque professionnels le même nombre de semaines et de jours fériés d'astreinte + prendre en compte la saisonnalité + afficher le planning annuel d'astreinte dans le service.	
	Déterminer les règles en cas de litige lors de la programmation des CA et JF		
Objectif :		Améliorer la communication entre les équipes	
ACTIONS	Mettre un temps de transmission entre les équipes logistiques et soignantes	Partager les agendas électroniques entre membres de l'équipe de direction	
	Décrire le circuit d'information en cas de situation urgente (qui prévenir en fonction de l'heure et des présences)	Mettre en place la modification des plannings sur AGIRH suite à l'intervention de l'administrateur de garde par les responsables des services concernés	
	Mettre en place l'information à la pharmacie par l'agent des admissions lors de l'entrée d'un patient SSR dans le service.		
Objectif :		Améliorer la gestion de l'agressivité	
ACTIONS	Créer une fiche de liaison ou améliorer l'existant entre le service technique et les résidents/familles (Nature des travaux - action - échéance approximative)	Créer une fiche de traçabilité à mettre dans les chambres pour l'entretien	
	Réorganiser l'entretien des chambres en SSR --> passage quotidien dans toutes les chambres en semaine	Faire appliquer le PAP ou le projet thérapeutique par tous les professionnels	
	Former les soignants au PAP	Réaliser des observations - actions soins - logistiques chaque trimestre sur chaque site	
	Définir les situations non graves qui nécessiteraient que les familles soient contactées (chute, contention, mise en place SAP morphine...)	Mettre en place un guide à destination des aidants	
	Remettre en place des formations sur la gestion des conflits et de l'agressivité		

Objectif :	Faire face à une augmentation temporaire de la dépendance	
ACTIONS	Recruter 1,80 ETP aides-soignants sur MR Primevères	Mettre en place l'intervention de PalliAcso
	Mettre en place l'intervention de l'HAD	Susciter les services aux interventions PalliAcso et HAD
	Promouvoir auprès des professionnels l'information faite au patient / résident sur l'existence des directives anticipées	Acquérir un extracteur d'air
Objectif :	Faire face à un nombre important d'admission le même jour	
ACTIONS	Formaliser l'accueil à minima (Qu'est-ce qu'on veut faire absolument pour l'accueil d'un patient même lorsqu'il y a 4 entrées ?)	Mettre en place la pré-admission lorsqu'il y a de nombreuses admissions (3 ou 4)
Objectif :	Faire face à une situation d'urgence hors présence infirmière	
ACTIONS	Créer un support énonçant la priorisation et la répartition des tâches lors d'une situation d'urgence	
Objectif :	Optimiser le temps dédié à la distribution des repas sur Coquelicot	
ACTIONS	Pérenniser le poste du matin réservé à un poste aménagé	Formaliser une liste des postes aménagés
	Acquérir des lave-vaisselles pour les salons Coquelicot	
Objectif :	Optimiser l'organisation des couchers en présence d'1 seule aide-soignante de nuit	
ACTIONS	Réaliser le tour de couchage par un binôme AS de nuit - agent logistique de nuit	

A chaque action sera associée une fiche action dont les pilotes ont été définis.

Proposé à l'ensemble des services en septembre/octobre 2017, le plan d'actions sera mis en place à la suite pour parvenir à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels.

Des indicateurs permettront d'en mesurer les progrès.

4.6.1 La santé et la sécurité au travail

Les risques psychosociaux comme les risques professionnels, concernent toutes les organisations du travail et les métiers de la fonction publique hospitalière n'y échappent pas. Quotidiennement, de manière individuelle ou collective, les agents sont exposés à des situations qui peuvent créer des tensions (relations avec les patients et leurs familles, évolutions des techniques, types de management, organisations de l'établissement...). Ces situations peuvent parfois les rendre plus vulnérables et générer des risques psychosociaux qu'il est toutefois possible de prévenir.

La santé et la sécurité au travail sont essentielles dans l'exercice quotidien des missions des agents. Les membres du CHSCT participent pleinement avec la Direction à repérer les risques pour les corriger voire les anticiper lorsque c'est possible.

Un plan pluriannuel d'actions devra être mis en place pour répondre à plusieurs objectifs :

Objectifs :

- La santé au travail au sein des services par :
 - La sensibilisation de tous les personnels à la santé et à la sécurité au travail
 - La formation de tous les membres du CHSCT (titulaires et suppléants) et l'incitation à actualiser régulièrement leurs connaissances pour accroître leurs compétences sur le terrain en développant les visites sur sites
 - L'appui sur un recueil exhaustif de données relatives aux accidents et maladies professionnels
 - La formation des équipes d'encadrement à la prévention des risques et à l'accompagnement des agents exposés à des risques professionnels ou à des risques psychosociaux.
 - La poursuite des formations à la prévention via les FGSU 1 et 2 ainsi que les SST qui devront être clairement identifiés dans l'établissement.
 - L'évaluation de toutes ces formations devra également être assurée.
 - Le développement des liens avec la médecine de prévention via le GHT s'il y a possibilité

- L'amélioration de la prévention des risques professionnels et la prise en compte de la pénibilité par :
 - La poursuite de l'identification et la traçabilité des risques professionnels via la fiche individuelle
 - L'identification des facteurs de pénibilité ainsi que les expositions à ces facteurs et l'établissement d'une cartographie des métiers exposés
 - L'organisation de journées sur le thème des risques professionnels en y intégrant les conduites addictives et la sécurité routière

- Le renforcement de la prévention de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi et/ou le retour à l'emploi par :
 - Le recours au temps partiel thérapeutique dès le début de la maladie
 - Le maintien du lien avec l'agent au cours de son absence dans le cas de maladies chroniques
 - L'instauration d'un accompagnement personnalisé lors du retour dans l'emploi avec aménagement de poste lorsque c'est possible
 - L'application de l'harmonisation du régime d'imputabilité des accidents ou maladies professionnelles entre le privé et le public
 - L'accompagnement des agents en situation de reclassement pour raison de santé via des recherches de reclassement et/ou des formations d'adaptation

- La gestion du handicap par :
 - Un accompagnement en interne de l'agent par l'aménagement de son poste ou de ses conditions de travail
 - Un accompagnement externe via un financement du FIPHP
 - Un recrutement accessible sur certains postes à définir

4.6.2 La gestion et le développement des emplois et des compétences

Depuis plusieurs années, l'Hôpital définit son besoin en recrutement en effectuant une démarche prospective ayant pour but la recherche d'efficience tout en assurant une égalité homme/femme à compétences égales dans le déroulement de la carrière. Un guide du recrutement a même été mis en place. Ce recrutement est effectué sur la base des besoins définis de manière collégiale avec les cadres de proximité et la direction.

En ce qui concerne le développement des compétences, celui-ci est assuré via un plan de formation annuel basé sur le recueil des besoins institutionnels et individuels validés par les instances représentatives du personnel. Les professionnels bénéficient d'un « passeport formation », ce document individuel les accompagne tout au long de leur carrière dans la gestion de leur formation professionnelle.

La mise en place pragmatique du Groupement Hospitalier de Territoire va permettre aux établissements membres de colliger l'ensemble des besoins de formation des professionnels du GHT pour une optimisation des coûts de formation tout en ayant comme objectif d'harmoniser les pratiques et de permettre à chaque établissement de faire valoir ses spécificités.

L'entretien annuel d'évaluation professionnelle est un moment d'échange au cours duquel les besoins de formation sont évoqués et définis. En ce qui concerne les personnels médicaux et paramédicaux, l'accent devra être mis sur le développement professionnel continu (DPC) qui est désormais obligatoire tous les trois ans pour actualiser les connaissances et consolider les savoirs des professionnels. L'évaluation de ces formations y compris celles hors DPC, devra être mise en place.

De plus, tout professionnel peut bénéficier d'un projet professionnel individualisé, que ce projet soit un souhait de développement de ses compétences en interne ou un projet externe. Des entretiens avec le cadre de proximité et/ou le responsable des ressources humaines permettent au professionnel d'être écouté, accompagné et si le projet est réalisable, de se projeter dans sa carrière.

Objectifs :

- Mettre en place une évaluation du recrutement via le bilan social
- Mettre en place un recueil des professionnels ayant suivi un DPC, en évaluer les apports et en assurer la communication
- Valoriser le projet professionnel et promouvoir le passeport formation

4.6.3 L'organisation du travail

Le dialogue social est un enjeu essentiel pour le fonctionnement de l'Hôpital car il influe sur le climat social et par conséquent sur le degré de satisfaction des professionnels. Un dialogue constructif avec les représentants des personnels permet d'assurer un climat plus serein, de fortifier la cohésion et d'atteindre une performance globale.

Ce dialogue contribue à la forte implication des représentants dans les instances mais également dans les groupes de travail liés à la recherche d'une qualité de vie au travail, notamment par une organisation du travail qui permette de respecter un équilibre vie professionnelle / vie privée qui peut à terme amener à une baisse de l'absentéisme qui est assez marqué dans l'établissement.

- L'amélioration de la qualité de vie au travail passe par une recherche d'une organisation optimisée du travail avec des objectifs définis.

Objectifs :

- Améliorer la communication auprès et avec le personnel tant sur les actions RPS et QVT mais également au quotidien sur leurs droits, leurs devoirs, l'évolution de la réglementation et son application
- Coordonner la démarche QVT en définissant un plan d'amélioration annuel de la QVT et des indicateurs de suivi
- Evaluer la satisfaction du personnel en organisant une enquête et en communiquant sur les résultats pour continuer le dialogue tous les deux ans

4.7 Le projet du système d'information

Le projet du système d'information déclinée ci-après regroupe des éléments qui seront à faire valoir dans le futur schéma directeur du SI du GHT qui devra répondre aux objectifs suivants :

- Définir une cible SI unique en soutien aux objectifs stratégiques et des besoins exprimés par les métiers ;
- Garantir une cohérence durable du SIH du GHT fondée sur les orientations stratégiques du GHT et des établissements ;
- Assurer la lisibilité et la communication autour du SIH ; sa trajectoire et sa contribution
- Concilier l'ambition et les moyens à disposition (maturité des solutions, situation des établissements).

4.7.1 Un système d'information hospitalier convergeant au sein du GHT

a) Le cadre

Selon la circulaire ministérielle n°275 du 6 janvier 1989 du Ministère de la santé français, le système d'information d'un établissement de santé "[...] peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitements nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique."

Le système d'information hospitalier couvre l'ensemble des informations utilisées dans un établissement de santé.

L'objectif du SIH est de permettre le suivi du déploiement ou l'état d'avancement d'une politique et d'en évaluer la pertinence dans le cadre d'une démarche qualité. La production de tableaux de bord permet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.

En lien avec les autres projets, le projet du système d'information s'interroge à la fois sur la place de notre établissement sur son territoire ainsi que sur les outils déjà mis en place. La performance d'un système d'information dépend de multiples facteurs.

Il prend en compte les nouveaux aspects réglementaires, notamment ceux d'Hôpital numérique. Il décline aussi les grands projets à développer pour cette nouvelle période.

b) Les objectifs

Convergence des systèmes d'information dans le cadre du GHT :

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de fonctions mutualisées obligatoires qui seront assurées par l'établissement support (le CHI de Compiègne-Noyon pour notre GHT « ONE »), dont la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent.

Un dossier patient convergé

La mise en place dès 2012 d'un dossier patient partagé, permettant une prise en charge coordonnée des patients/résidents au sein des établissements Compiègne-Noyon et Crépy-en-Valois est un gage de sécurité dans la continuité de la prise en soins au sein de la filière gériatrique.

Objectifs

- Sécuriser juridiquement le partage de données (recueil de consentement)
- Participer aux demandes d'évolutions du produit envers MEDASYS
- Poursuivre les demandes d'adaptabilité du produit envers le CHICN

Gestion administrative

Le seul point commun est l'utilisation du même logiciel RH.

Objectif à 2020

- Poursuivre cette convergence, en ce qui concerne la GAM, la GEF et la GMAO.

Sécurité des SI

Une stratégie commune de sécurité entre l'établissement et le CHCN existe depuis 2010, à travers une convention entre les deux établissements. L'objectif est de gérer en commun la sécurité informatique des deux établissements (anti-virus, annuaire de sécurité et partage de fichier, messagerie, et sécurité d'accès internet).

De plus, en interne, un plan de reprise d'activité SI (PRA) existe et est actualisé au regard des évolutions apportés dans ce domaine totalement externalisé. Il prévoit un plan de sauvegarde des données ainsi qu'une procédure de récupération des données. Enfin, des procédures dégradées permettent de faire face à une éventuelle panne des applications.

Objectifs

- Désignation d'un référent sécurité SI
- Participation au comité de gouvernance de la sécurité des systèmes d'information du CHICN
- Promouvoir la politique sécurité en 10 points à chaque utilisateur du SI :
 - o Faire régulièrement des rappels (mail collectif, notes, journée d'accueil, ...) sur les précautions d'usage
 - o Elargir la diffusion de la politique sécurité en 10 points aux stagiaires

Poursuivre un développement sécurisé de l'usage du numérique au sein de l'établissement

Tous les services disposent d'outils informatiques. Pour autant, le renouvellement régulier et programmé du parc informatique demeure nécessaire, ainsi que la mise à jour des différents outils mis à disposition du personnel, via notamment les fichiers partagés.

L'établissement souhaite également faire bénéficier les usagers des technologies de l'information et de la communication. Ainsi, l'établissement pourrait envisager de communiquer à travers des écrans numériques diffusant des informations pratiques relatives à la vie de l'établissement. De même une réflexion quant à l'intérêt pour les personnes accueillies d'accéder aux outils numériques serait à mener avec les animatrices de l'établissement.

4.7.2 Un système d'information de santé

a) Le DIM : Département d'Information Médicale

Au sein des hôpitaux, le DIM (Département d'Information Médicale) est en charge du codage de l'activité médicale dans un but de remboursement des prestations hospitalières par l'Assurance-maladie.

Celui-ci a pour principaux objectifs de :

- Participer à la conception et au développement du système d'information médicale
- Coordonner la formation de l'ensemble des personnels concernés
- Aider les services médicaux à produire et à transmettre les RSS et procéder à la classification en GHM
- Analyser l'information médicale et expertiser les conclusions tirées
- Assister les médecins dans leur réflexion par l'accès aux bases de données DIM
- Assurer une gestion centralisée des dossiers médicaux
- Veiller à la confidentialité des données nominatives.

Lorsqu'un patient quitte l'hôpital, le travail du département d'information médicale commence. Et la première opération consiste à récupérer les dossiers médicaux. Chaque dossier contient tous les actes médicaux que le patient a pu recevoir pendant son séjour par l'ensemble du personnel soignant de l'établissement.

Le travail de l'équipe du département médical est ensuite de les répertorier un à un. À l'issue de ce travail, une facture est éditée et envoyée à l'Assurance maladie qui devra rembourser l'établissement.

Mais le rôle du DIM et du médecin ne s'arrête pas à cette mission. Il est aussi en prise directe avec les soignants. Grâce à toutes les données qu'il recueille, le DIM a pour mission d'anticiper les évolutions de l'hôpital.

Jusqu'alors sans incidence sur les aspects financiers de l'établissement, ce codage pour l'activité SSR de l'établissement prend tout son sens avec l'arrivée progressive, à partir de mars 2017, de la dotation modulée à l'activité.

Le département de l'information médicale du GHT s'illustre sur Crépy-en-Valois par l'intervention d'un médecin DIM partagé appuyé d'une secrétaire médico-administrative, salariée de l'établissement.

b) Favoriser les échanges d'informations

TRAJECTOIRE

Trajectoire est un logiciel accessible depuis internet qui permet de réaliser notamment des demandes d'orientation de patients vers les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

L'hospitalisation en SSR relève d'une prescription médicale. Après rédaction d'une demande d'admission par le prescripteur, le logiciel propose des solutions de proximité adaptées aux besoins du patient.

L'utilisation de TRAJECTOIRE par les services « adresseurs » de Compiègne-Noyon et par le service « receveur » SSR du CHICN et de Crépy-en-Valois fluidifie les parcours au sein de la filière. A noter qu'en 2015, 62 % des patients admis par TRAJECTOIRE au SSR de CEV provenaient du CHICN.

L'utilisation du logiciel TRAJECTOIRE s'étend à partir du 01/01/2017 aux demandes d'admission en EHPAD/USLD.

Objectifs :

- Développer l'utilisation de Trajectoire pour les solutions d'aval du SSR
- Suivre le pourcentage d'admissions via TRAJECTOIRE

LA MESSAGERIE SECURISEE

La messagerie sécurisée permet d'établir le lien « ville-Hôpital » avec la médecine de ville. Elle permet de communiquer via le Dossier Patient Informatisé (DPI) entre l'Hôpital et les médecins libéraux en toute sécurité par le biais de données sécurisées. Ce projet n'est pas abouti mais reste toutefois en suspens.

Objectifs :

- Déterminer l'intérêt territorial de cet outil (rencontre/enquête avec les médecins de Crépy-en-Valois et des communes environnantes)
- Etablir un état des lieux en lien avec Compiègne
- Envisager d'autres pistes : Comment sécuriser le transfert de données s'il n'y a pas de messagerie sécurisée ? : exemple :
 - o Créer espace spécifique sécurisé sur internet

LA TELEMEDECINE

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'améliorer le parcours de soins des patients et contribue à l'optimisation de l'organisation des soins pour les professionnels de santé. La télémédecine peut répondre aux enjeux sur le territoire de santé en favorisant l'accès à l'expertise médicale et/ou paramédicale, en offrant des conditions d'un suivi régulier qu'il s'agisse des maladies chroniques ou de la dépendance. De plus, la télé-expertise et la téléconsultation peuvent contribuer à répondre aux enjeux de démographie médicale. Dans les structures de soins de proximité, la communication à distance d'avis permet notamment d'éviter les transferts inutiles vers d'autres établissements.

5 actes de télémédecine sont actuellement reconnus réglementairement :

- **La téléconsultation** : consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé

- **La télé-expertise** : permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient
- **La télésurveillance médicale** : permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de rendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La téléassistance** : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte
- **La réponse médicale urgente** apportée dans le cadre des activités de régulation SAMU - Centre 15

Tout acte de télémédecine requiert la participation d'un professionnel médical.

Actuellement, cette modalité est mise en place au CHICN dans le cadre :

- **de télé-radiologie** pour assurer les interprétations des scanners et IRM la nuit
- **de l'activité de neurochirurgie** en lien avec le CHU d'Amiens
- **d'une expérimentation en télé-dermatologie** avec l'HAD, 2 EHPAD en Direction commune (Attichy et Beaulieu), l'URPS ML et 2 cabinets d'IDEL.

Objectifs via le GHT – Filière gériatrique⁴

La télémédecine pourrait être expérimentée sur des prises en charge spécifiques depuis le cabinet d'un professionnel libéral volontaire. Cet outil serait un gage de temps puisque la contrainte actuelle est le manque de temps des professionnels libéraux pour assurer des déplacements en EHPAD.

La vidéoconférence pour des avis et conseils gériatriques afin de renforcer et sécuriser la prise en soins des patients/résidents doit être développée.

L'intérêt de la télésanté pour les EHPAD, le réseau gériatrique et la MAIA est constaté pour les prises en charge :

- Des escarres et plaies chroniques,
- Des évaluations gériatriques,
- Des troubles du comportement dans les MAMA

4.7.3 Des outils de communication aux services des professionnels de l'établissement et des usagers

a) Une diversification des supports de communication interne

L'Hôpital a pour objectif de créer des supports attractifs en vue de capter l'attention, de renforcer la participation des professionnels aux différents projets transversaux et par ce biais renforcer leur implication dans la vie de l'établissement.

Une recherche plurielle des modes de communication :

- **Sur la base de supports traditionnels**
 - o Affiche ludique
 - o Jeu : Quiz « évaluation des connaissances » organisé par la direction des soins
 - o Jeu concours
- **Sur la base de nouvelles formes de communication**
 - o Utilisation éventuelle des réseaux sociaux (facebook,...) ou d'un espace réservé sur le site internet

⁴ Page 25-26 PMSP (Annexe 2)

- o Installation d'un système de visio-conférence

b) Vis-à-vis du futur usager et/ou de son entourage

L'amélioration de l'existant

Une actualisation du site internet est en cours et celle-ci sera effective pour la fin de l'année 2017.

De même, une mise à jour des pochettes d'accueil à destination des futures personnes accueillies sera effectuée pour le second semestre 2017 et celles-ci intégreront un QR-Code fléchant directement sur le site de l'établissement.

Création d'un visuel de repérage hors les murs de l'établissement

Afin de promouvoir l'activité sanitaire et médico-sociale de l'établissement et ainsi simplifier le parcours de santé des personnes résidant à Crépy-en-Valois et dans les environs, l'établissement souhaite créer un support d'affichage à destination des cabinets médicaux et paramédicaux libéraux du territoire. Ce support visuel sera également proposé dans le journal communal.

c) Vis-à-vis des patients/résidents accueillis

L'amélioration de l'existant

Tout d'abord, permettre un accès internet aux usagers qui en ressentent le besoin en leur proposant la mise à disposition d'outils dans un lieu identifié. Mais aussi, en mettant en place des panneaux d'information avec des caractères adaptés à leur vision et qui diffuserait diverses informations.

L'actualisation des outils de la loi de 2002

Afin de permettre à chaque usager de disposer de la bonne version d'un document institutionnel, chaque professionnel est informé de l'existence des répertoires partagés où il peut trouver la version en cours de chaque support notamment ceux des outils de la loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale.

Objectif :

- Actualiser les outils de la loi de 2002 au regard de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

d) Les perspectives aux services de l'usager

Au vu de l'avancée des nouvelles technologies, l'Hôpital va devoir intégrer de nouvelles technologies. La domotique en pleine essor, ce gadget « connecté » permet la sécurité du patient/résident tout en lui facilitant le quotidien (détecteur de chute, lumière, volet...).

4.8 Le projet d'achat et d'approvisionnement

Depuis une dizaine d'années, la fonction achat hospitalière s'est régulièrement professionnalisée. Des programmes, fondés sur l'adhésion de la communauté des acteurs de l'achat, l'échange des bonnes pratiques et l'appui à des actions métier ont permis de créer une dynamique largement partagée. La très forte implication des acheteurs hospitaliers a permis de franchir plusieurs paliers de professionnalisation et a déjà généré, ces dernières années, une performance économique importante, tout en conservant le même niveau de qualité des soins. De même, la communauté élargie des acteurs de l'achat, qui comprend les opérateurs d'achat mutualisés nationaux et les groupements d'achat territoriaux, a apporté une contribution significative aux objectifs d'économies. Désormais, des organisations et des processus d'achat nouveaux vont être mis en place à l'échelle des GHT. La mutualisation de la fonction achat au sein des GHT s'inscrit dans le cadre plus général de la politique d'optimisation des achats hospitaliers.

Au-delà de la mise en place opérationnelle de la fonction achat de GHT mutualisée, une mobilisation régulière des GHT sera nécessaire sur la mise en œuvre efficiente des Plans d'Actions Achat de GHT, vecteurs majeurs de production de gains d'achats.

Recherche de performance de l'achat à travers 4 axes :

- La conformité technique au juste besoin
- La performance économique
- La compatibilité avec le délai requis
- La conformité juridique

Promouvoir la fiabilité de la politique d'approvisionnement grâce à :

- La sensibilisation des professionnels à l'anticipation des besoins
- La mise en place d'un plan action achat
- Développement des marchés publics et de la mutualisation

Les évolutions induites par le GHT et notamment sur les missions du service achat au sein de l'établissement, nécessitent de revoir l'organisation du service achat/approvisionnement.

Cette organisation a été revue dans un contexte budgétaire contraint tout en préservant l'efficacité des fonctions support, servant d'appui aux professionnels au plus près des patients/résidents pour pérenniser le bon fonctionnement de l'établissement.

4.8.1 Le nouveau cadre d'exercice

Le service achat/approvisionnement appartient à la **Direction des Achats, de la Logistique, du Système d'Information et du Patrimoine**.

Il a pour mission de :

- Valider les demandes d'achat en lien avec une politique d'achat définie
- Mettre en place des outils de suivi
- Valider les bons de commande
- Déterminer les comptes d'imputation
- Vérifier le règlement des factures dans les délais et l'ordonnancement du mandatement
- Superviser les marchés publics
- Suivre les investissements (marchés de nouveaux équipements)

Il est composé de :

Deux agents du service achat/approvisionnement dont un « référent achat » qui s'occupe des achats (commande/suivi/litiges éventuels) et un gestionnaire en charge de la facturation.

Leurs missions respectives sont décrites et détaillées dans des fiches de poste.

Les missions principales des deux agents sont :

- Relationnel avec les fournisseurs
- Recueil et analyse des besoins
- Gestion des achats divers
- Recherche des besoins spécifiques (produits, fournisseurs)
- Etude des tarifs
- Etablissement des bons de commande
- Contrôle physique de certaines marchandises
- Vérification et paiement des factures
- Gestion des litiges (factures)
- Création de fiches inventaires
- Gestion et suivi des marchés publics de l'établissement
- Suivi des groupements d'achat
- Gestion de la TVA à taux réduit
- Gestion des contrats de maintenance
- Edition de la balance des stocks

Un responsable approvisionnement qui a pour mission de :

- Mettre en place les dotations des services
- Effectuer les commandes des produits stockés
- Suivre les prestations externalisées (linge, restauration, ...)
- Analyser les coûts
- Proposer des documents communs de travail
- Mettre à jour les feuilles de commande
- Effectuer les inventaires de fin d'année

Un magasinier réceptionne, stocke les marchandises. Il prépare et livre ces marchandises en fonction d'un calendrier prédéfini à destination des services de l'établissement.

4.8.2 Les objectifs et modalités pratiques

La politique d'achat et d'approvisionnement se décline sous 4 grands objectifs tels que :

a) Faire du GHT une opportunité dans l'achat : Sécurisation juridique en bénéficiant d'un cadre solide

- Poursuivre la formalisation des marchés via la passation en interne ou via une centrale d'achat (2017)
- Contribuer à l'élaboration des éléments constitutifs à la mise en place de la fonction achat au sein du GHT :
 - o Plan d'Action Achat Territorial (PAAT)
 - o Organigramme fonctionnel de la fonction achat
 - o Référentiel achat unique
- Participation active à l'élaboration puis la mise en place de la politique achat du GHT
- Bénéfices attendus pour Crépy-en-Valois :
 - o Gains potentiels grâce à la mutualisation des achats
 - o Développement d'une spécificité médico-sociale dans l'achat

b) Professionnaliser les parcours

- Réorganiser les services dans le cadre du GHT sur la base de la gestion des métiers et des compétences afin de permettre l'évolution professionnelle des agents des services impactés par la mise en place du GHT :
 - o Fiches de poste
 - o Parcours formation

c) Fluidifier la chaîne approvisionnement

- Élaborer un guide de l'achat et de l'approvisionnement reprenant le processus achat-approvisionnement, l'organisation du service et les procédures/formulaires applicables.

d) Promouvoir un achat responsable

- Poursuivre la démarche engagée en interne à travers :
 - o La notion de juste besoin : gestion des stocks, lutte contre le gaspillage alimentaire, suivi des consommations d'énergie, tri des déchets...
 - o La prise en compte du coût complet : location vs achat (copieurs multifonction, matelas ...)
 - o Un partenariat avec des ESAT

Ces objectifs spécifiques sont à réaliser en parallèle de la mise en pratique de la politique achats du territoire qui vise à structurer une fonction **transversale** et **mutualisée**, source d'**opportunités** pour le territoire, qui soit **performante** et reconnue pour son **professionnalisme** et sa capacité à promouvoir des **pratiques responsables**.

Via 4 orientations :

Une fonction mutualisée et transversale, source d'opportunités

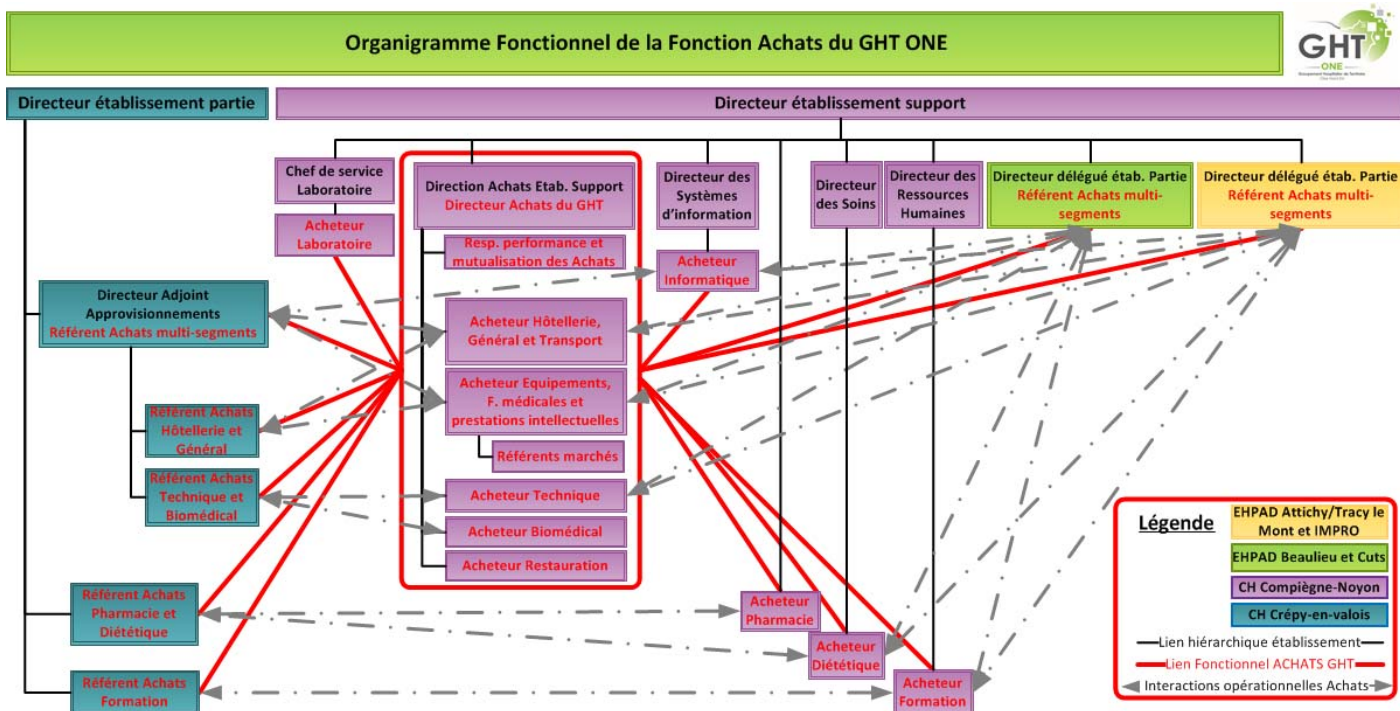
Axe 1.1 Une équipe mutualisée

- Opportunité de mise en commun des compétences et des moyens (outils, expertises métiers, expertise secteurs sanitaire et médico-social)
- Opportunité d'harmonisation
 - des pratiques des professionnels, en en faisant un élément fédérateur des équipes du GHT
 - des processus et modes d'organisation, entre les établissements et entre les segments

Axe 1.2 Une optique de pilotage transversal

L'équipe Achats identifiée, doit assurer les liens avec les établissements membres ce qui permet de :

- garantir un dialogue prescripteur-acheteur pertinent
- garder un lien de proximité avec les demandeurs et rester à l'écoute des besoins spécifiques exprimés
- rester pragmatique et réactif face à des besoins nouveaux ou ponctuels

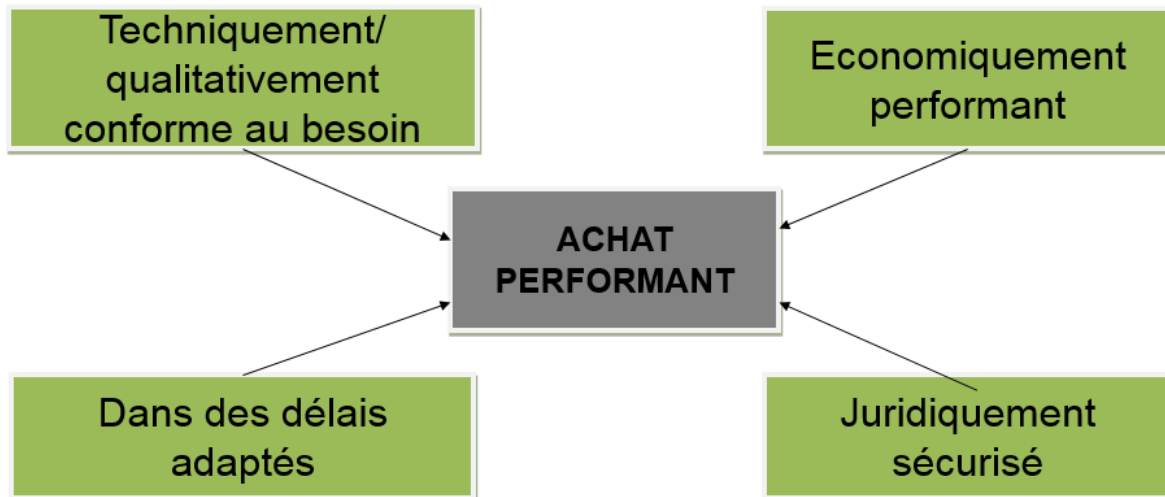


L'amélioration de la performance

Axe 2.1 Mobilisation de tous les leviers achats pour

- Une performance Qualitative
 - Réponse au juste besoin
 - Dans des délais adaptés
- Une performance Quantitative
 - Générateur de gains économiques : PAAT

Axe 2.2 Tout en maîtrisant les risques juridiques



Renforcement de la professionnalisation

Axe 3.1 Professionnalisation des équipes

- Réussir la structuration de la fonction Achats à l'échelle du territoire grâce à :
 - Une clarification des rôles « support » et « parties »
 - Une formalisation des activités de chaque métier
 - La formation des équipes, notamment aux nouveaux métiers émergents (réfèrent achats, contrôle de gestion)
- Confirmer le rôle central de l'acheteur pour créer les conditions d'une collaboration efficace permettant de mener à bien des projets complexes
- Reconnaissance du positionnement stratégique d'une direction Achats, qui contribue à la stratégie globale du GHT

Axe 3.2 Professionnalisation des processus et outils

- Amélioration des outils
 - Formalisation d'un référentiel Achats commun
 - Déploiement de documents types partagés et exhaustifs permettant un découplage des circuits
 - Evolution des systèmes d'information à l'échelle d'un GHT
- Renforcement des contrôles
 - Fiabilisation des données Achats
 - Suivi et reporting régulier des indicateurs
 - Mesure des gains qualitatifs et quantitatifs

Promotion de pratiques responsables

- pour favoriser l'émergence de
 - modes de production durables chez les fournisseurs et,
 - modes de consommation plus durables au sein du GHT

Au global, une politique de territoire pour

- Assurer la cohérence de la stratégie Achats avec celle des Approvisionnements → deux pans indissociables d'une fonction plus globale dite « Achats-Approvisionnements »
- Conforter le rôle du GHT en tant qu'acteur important de la mutualisation des Achats en Région

4.9 Le projet Architectural

4.9.1 Le patrimoine

Outre les terrains non bâtis à destination non hospitalière, l'établissement dispose d'un patrimoine construit de 3 structures :

- La maison de retraite Etienne-Marie de La Hante (1991)
- L'Hôpital Saint Lazare (2000)
- La maison de retraite Les Primevères (2012)

Cette dernière a fait l'objet d'une extension et d'une réhabilitation dans le cadre du projet d'établissement 2011-2015. A cette fin, certains matériaux et installations répondent aux normes HQE (panneaux solaires, récupération des eaux pluviales).

Ce bâtiment dispose d'une aile historique réhabilitée accueillant 58 résidents en hébergement classique. A ce titre, 6 chambres individuelles peuvent se transformer en 3 chambres communicantes. Ce choix avait été opéré au profit de l'individualité modulable tout comme l'accueil de personne désirant partager leur espace. L'extension principale a permis la création d'une aile sécurisée construite autour d'un patio extérieur accueillant sur 2 niveaux 30 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.



Dans son implantation, l'architecture de l'Hôpital a été étudiée pour être intégré à un environnement protégé (périmètre classé). Les accès ont été aménagés pour ne pas perturber la circulation.

La structure s'organise autour d'un patio central, qui permet l'accueil des arrivées et la distribution des différents services par l'intermédiaire d'un ascenseur, dans un bâtiment qui borde la rue Saint Lazare.

Enfin le dernier site de l'établissement à savoir Etienne-Marie de La Hante bénéficie d'une implantation au cœur de ville à proximité immédiate de l'Hôpital, d'une résidence autonomie et du Clocher Saint-Thomas.

Basé sur une architecture « ramassée », ce site bénéficie de locaux professionnels à proximité des lieux de vie des résidents. Pour autant, il connaît à ce jour une vétusté technique couplée à une baisse d'attractivité à cause des 14 chambres doubles.



Concernant le stationnement, différents parkings sont identifiés pour le personnel et les médecins à proximité des structures.

L'approvisionnement électrique de secours des bâtiments et installations est assurée par le recours à des groupes électrogènes de dernière génération.

4.9.2 La maintenance et l'entretien des bâtiments

Du fait de la complexité croissante des équipements et des réseaux, mais aussi du poids croissant des obligations réglementaires et sécuritaires, la maintenance préventive et curative des installations et des bâtiments est assurée majoritairement par des prestataires extérieurs pour les installations les plus sensibles, l'établissement conservant la maîtrise du pilotage de ces activités.

a) L'organisation du service

Le service technique est composé d'un ingénieur responsable du service, et de 4 agents, chacun disposant de compétences propres associées à une polyvalence (par exemple : peinture, jardinage, plomberie, système de sécurité incendie...)

Afin de garantir une continuité de service, une astreinte technique est assurée par les collaborateurs du service.

b) Les missions du service

Le service technique assure la maintenance des bâtiments, et équipements de l'Hôpital de Crépy-en-Valois. Il est le garant de la permanence de la distribution des fluides (eau, gaz, électricité).

Il assure la conduite des opérations de travaux, afin de fournir des conditions d'accueil, d'hébergement et de sécurité, les meilleurs possibles.

En complément des opérations majeures détaillées par la suite, les travaux suivants sont prévus à court ou moyen terme :

- Amélioration du confort thermique de l'unité protégée de la maison de retraite les Primevères
- Réfection des fosses de relevage
- Amélioration de la sécurité incendie et rafraîchissement de l'Hôpital Saint-Lazare

4.9.3 Entre accessibilité et sécurisation des sites

a) La mise en accessibilité

L'Hôpital de Crépy-en-Valois a une mission de service public. A ce titre il doit tout faire pour que l'ensemble du public accède aux services qu'il propose et ceci sans aucune difficulté.

A ce titre et en tout premier lieu, l'accueil sous la forme d'un guichet unique au rez-de-chaussée de l'Hôpital Saint-Lazare devra être remodelé pour accueillir confortablement toute personne désireuse d'obtenir des informations.

Par ailleurs, il faut savoir que seuls deux sites sont concernés par une demande d'approbation d'un Ad'Ap dans la mesure où le troisième site a subi récemment d'important travaux de réhabilitation et a été mis aux normes accessibilité (site des Primevères). L'établissement a choisi une période de trois ans pour sa mise en accessibilité.

L'état des lieux a permis de mettre en exergue plusieurs points à mettre aux normes accessibilité : les escaliers, l'éclairage, la signalétique et en fonction des sites, la porte d'entrée et les ascenseurs. Par ailleurs un représentant de l'association handicap citoyenneté de Crépy-en-Valois a été reçu au sein des locaux de l'Hôpital Saint Lazare pour donner un avis objectif des aménagements à faire et des choix de l'établissement. Enfin, l'établissement a rencontré à deux reprises la direction départementale du territoire lors de réunions conseil les 22 avril et 14 septembre 2015.

La problématique de l'éclairage a été retenue comme prioritaire par le groupe de travail accessibilité dans la mesure où un bon éclairage permet à la fois à n'importe quel public de cheminer au sein de l'établissement, permet de réduire le risque de chute et permet également de faire des économies d'énergie.

Les escaliers n'étant utilisés que par les visiteurs, et les étages étant desservis par un ascenseur, cette mise en conformité n'a été retenue qu'en priorité secondaire. Le coût élevé des aménagements a également été pris en compte pour l'élaboration du calendrier des travaux.

La signalétique n'a pas non plus été retenue comme axe prioritaire dans la mesure où une signalétique existe déjà, et qu'en attendant les réaménagements, des affiches faites en interne viennent compléter la signalétique actuelle (indication des étages, indications sur la sortie, ...)



Par ailleurs, sur le site de l'Hôpital Saint-Lazare, la porte d'entrée principale permet difficilement à une personne en fauteuil d'accéder au bâtiment seule. En effet, le vantail principal est inférieur à 90cm. L'accès même au bâtiment doit être une priorité. C'est pourquoi le changement de cette porte sera engagé au plus vite.

Enfin, la maison de retraite E.M. de La Hante dispose de deux ascenseurs qui permettent au public d'accéder aux différents étages. Toutefois, quelques installations ne donnent pas entière satisfaction (pas de bouton tactile, pas d'annonce sonore, indication de la direction trop haute). Le changement d'un ascenseur étant un investissement important, il avait été décidé d'engager cette dépense que pour la troisième année de l'Ad'Ap. Cependant, des aménagements ont été nécessaires pour rendre les ascenseurs plus fiables techniquement et plus accessibles. Ces opérations se sont déroulées en 2017.

Par ailleurs, le site du magasin central se situant sur la maison de retraite des Primevères et au regard des nombreux incidents sur les portails pendant les livraisons, il conviendra d'envisager une réflexion importante sur les aménagements d'accès.

Objectifs :

- Lancer une réflexion sur l'amélioration du local « accueil » situé sur l'Hôpital Saint-Lazare
- Réalisation de l'ensemble des mesures de l'Ad'AP d'ici à fin 2018

b) La sécurisation des sites

Le contexte de menace terroriste et les attentats qui ont touché le territoire français ont incité les pouvoirs publics à réagir sur la nécessaire mise en place de mesures particulières de sécurité au sein des établissements de santé.

Contexte réglementaire

Instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

Etat des lieux des mesures mises en place depuis novembre 2015 au sein de l'établissement

Une nécessaire sécurisation des établissements de santé est effective concernant la menace terroriste. Des actions sont mises en place pour la sécurité des patients et des résidents. Un plan sécurité d'établissement (PSE) est en cours d'écriture afin de formaliser les mesures déjà élaborées par l'hôpital et d'établir un plan d'actions mettant en exergue les éventuelles mesures supplémentaires à prendre d'ordre humain, organisationnel et technique.

Objectif :

- Réaliser le plan de sécurisation de l'établissement à échéance fin 2017

Les circonstances actuelles incitent à s'organiser pour répondre aux situations exceptionnelles

FOCUS sur le PLAN DE GESTION de CRISE

Qu'est-ce qu'une gestion de crise ?

C'est une situation de crise qui résulte de la survenue d'un évènement engendrant des conséquences telles que la mission première de la structure peut être contrariée dans sa finalité.

Plan de gestion de crise

L'Hôpital de Crépy-en-Valois est doté d'un dispositif de crise, dénommé plan de gestion de crise depuis mai 2013 qui constitue le document unique où se trouvent collectés les éléments

- du plan blanc
- du plan bleu
- du plan de continuité d'activité

Fiche actions

Au-delà des éléments obligatoires, le plan de gestion de crise comprend les fiches actions suivantes :

Forte chaleur – Canicule	Absence de gaz
Grand froid (neige, verglas, gel)	Absence d'électricité
Intempéries	Absence de livraison des repas
Risque chimique	Absence de livraison du linge
Risque technologique	Absence de livraison de médicaments par les fournisseurs
Actes terroristes	Episode épidémique
Non ramassage des DAOM	Plan d'évacuation
Rupture de canalisation d'eau	

Objectifs :

- Elargir le plan de continuité aux autres services : services hôteliers, techniques, administratifs et pharmacie
- Organiser des mises en situation

4.9.4 Le projet de réhabilitation

a) Un site à rénover et à repenser : Etienne-Marie de La Hante

Site de 1991 : vétusté technique notamment pour les canalisations – réseau d'eau, système de sécurité incendie, la toiture...

Locaux individuels non adaptés aux attentes actuelles des résidents :

14 chambres doubles = baisse de l'attractivité

Locaux collectifs ne répondant plus aux besoins des résidents :

Salles à manger trop exigües

Pas d'espace dédié aux résidents souffrant de troubles cognitifs

b) Une étude de faisabilité à réaliser : Plusieurs volets :

Volet architectural : Périmètre protégé : site à proximité immédiate d'un monument

Sollicitation obligatoire de l'ABF sur la possibilité d'une extension uniquement envisageable sur le parking actuel de la Direction

Volet programme / étude :

Lancer la démarche projet en interne pour solliciter les professionnels, les résidents et l'entourage de ces derniers sur leurs attentes

Réaliser plusieurs scénarii en fonction de la faisabilité de l'extension

Volet financier :

Réaliser une étude financière du projet

Monter un plan de financement avec une partie des ressources dégagées par :

- vente d'un terrain non bâti sur Crépy-en-Valois : valeur estimée à 1 500 000 € par le service des domaines en mai 2017
- vente éventuelle de l'ancien pavillon de fonction situé à proximité de la maison de retraite les Primevères

c) Une autorisation à obtenir :

Présentation du projet aux autorités de tarification

5. LE SUIVI ET LES MODALITES D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

L'évaluation annuelle se fera dans le cadre du bilan annuel du PACQ puisque l'ensemble des objectifs y sera intégré.

Par ailleurs, un bilan à mi-parcours du projet d'établissement sera à formaliser afin d'envisager une actualisation de ce document. A cette occasion, il conviendra de réunir un comité de pilotage.

Ces évaluations permettront de conclure sur l'efficacité des projets et de juger de l'état de mise en œuvre des politiques d'établissement par l'atteinte des objectifs identifiés. Des actions complémentaires peuvent être initiées à l'issue de ces évaluations et intégrées au plan qualité.

La traçabilité de ces évaluations est assurée par le bilan annuel du PACQ.

Liste des sigles

ABF	Architecte des Bâtiments de France
AdJ	Accueil de Jour
APA	Activité Physique Adapté
ARS	Agence Régionale de Santé
ASG	Assistante de Soins en Gériologie
CASF	Code de l'Action Social et des Familles
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDU	Commission des Usagers
CEV	Crépy-en-Valois
CHCN	Centre Hospitalier Compiègne Noyon
CHI	Centre Hospitalier Interdépartemental
CHICN	Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT	Communauté hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
COFIL	COmité de PILotage
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CPOM	Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSG	Court Séjour Gériatrique
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DIM	Département d'Information Médicale
DIU	Diplôme inter-Universitaire
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FGSU	Formation aux Gestes et Sions d'Urgence
GAM	Gestion Administrative des Malades
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GEF	Gestion Economique et Financière
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupes Iso Ressources
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
GMP	GIR Moyen Pondéré

HAD	Hospitalisation A Domicile
HdJ	Hôpital de jour
HT	Hébergement Temporaire
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IGEQSI	Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAMA	Maladies d'Alzheimer et Maladie Apparentées
MMG	Maison Médical de Garde
MS	Maison de Santé
PA	Personne Agée
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PEG	Pôle d'Evaluation Gériatrique
PH	Praticien Hospitalier
PMSA	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
PMSP	Projet Médical et de Soins Partagé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTA	Plateformes Territoriales d'Appui
PUI	Pharmacie à Usage Interne
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risque Psycho-Sociaux
SAD	Service d'Aide à Domicile
SI	Système d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
SLD	Séjours de Longue Durée
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRS	Schéma Régional de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soin de Suite et Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
UAU	Unité d'Accueil Urgence
UCC	Unité Congnitivo Comportementale
UCOG	Unité de COordination Gériatrique
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
USLD	Unité de Soins Longue Durée
VMEH	Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers

Liste des annexes

- ANNEXE 1

Diagnostic 2011-2015 du Projet d'Établissement

- ANNEXE 2

Projet Médical et de Soins Partagé



Hôpital de Crépy-en-Valois

www.ch-crepyenvalois.fr

Tél. 03 44 59 11 19 - Fax 03 44 59 45 07

Hôpital Saint-Lazare - 16, rue Saint-Lazare - 60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite Etienne-Marie de La Hante - 3, mail Philippe d'Alsace - 60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite Les Primevères - 1, rue des Primevères - 60800 Crépy-en-Valois