

# PROJET D'ETABLISSEMENT

2020-2024





# SOMMAIRE

1

## INTRODUCTION

P. 5-10

**Préambule** : Le mot du Directeur

- 1.1 Présentation de l'établissement
- 1.2 Evolution de l'offre du Centre hospitalier
- 1.3 Objectifs du projet d'établissement 2020-2024
- 1.4 Méthodologie de travail

2

## LE DIAGNOSTIC

P. 13-38

- 2.1 Analyse de la demande
- 2.2 Les grands axes stratégiques de la région Grand-Est en matière de santé
- 2.3 Les orientations stratégiques du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle
- 2.4 Les orientations stratégiques de l'établissement – Etat des lieux
- 2.5 Une cohérence d'ensemble à assurer entre les objectifs territoriaux, régionaux et nationaux

3

## LE PROJET MEDICAL

P. 41-81

- 3.1 Présentation de l'offre de l'hôpital La Grafenbourg
- 3.2 Missions et modalités de fonctionnement des services
- 3.3 Les axes stratégiques du projet médical 2020-2024 et déclinaison opérationnelle :
  - Axe n°1** : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale
  - Axe n°2** : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration
  - Axe n°3** : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement
  - Axe n°4** : Poursuivre la fluidité du parcours interne
  - Axe n°5** : Optimiser le dossier patient
  - Axe n°6** : Réussir la fusion avec l'EHPAD La Roselière
  - Axe n°7** : Développer les liens ville-hôpital-médico-social

4

## LE PROJET DE SOINS

P. 83-115

- Axe n°1** : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents
- Axe n°2** : Poursuivre et systématiser la mise en place du projet individualisé
- Axe n°3** : Rendre le patient/résident acteur de sa prise en charge
- Axe n°4** : Accompagner les familles et entourage
- Axe n°5** : Fluidifier les parcours patients / résidents
- Axe n°6** : Informer et assurer le respect des droits des patients et résidents
- Axe n°7** : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

5

## LE PROJET DE VIE ET D'ANIMATION

P. 117-125

- Axe n°1** : L'accueil de la personne en établissement
- Axe n°2** : L'individualisation de l'accompagnement dans un fonctionnement collectif
- Axe n°3** : La promotion du lien social

6

## LE PROJET HOTELIER

P. 127-132

- Axe n°1** : Le projet restauration au service des résidents, patients et familles
- Axe n°2** : La prestation lingerie
- Axe n°3** : La prestation du service logistique et d'entretien

# SOMMAIRE

7

## LA POLITIQUE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES P.133-149

**Axe n°1** : Rechercher la satisfaction patients, résidents, usagers, familles et personnels.

**Axe n°2** : Respecter les droits des patients et accroître l'implication des usagers.

**Axe n°3** : Améliorer les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les évaluations et des indicateurs.

**Axe n°4** : Consolider la culture de la qualité et de la sécurité.

**Axe n°5** : Sécurité des biens et des personnes.

**Axe n°6** : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

**Axe n°7** : Maitriser la gestion du risque infectieux.

8

## LA DEMARCHE ENVIRONNEMENTALE P. 151-154

**8.1** : Les enjeux.

**8.2** : Les constats institutionnels.

9

## L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER P.155-159

**9.1** : Les enjeux.

**9.2** : Les constats institutionnels.

10

## LE PROJET SOCIAL P.161-177

**Axe n°1** : Moderniser les relations sociales par la promotion de l'information et de l'information.

**Axe n°2** : Consolider la G.P.M.C.

**Axe n°3** : Améliorer les conditions de travail.

**Axe n°4** : Penser « organisation de travail » pour concilier vie privée et vie professionnelle.

**Axe n°5** : Développer la qualité de vie au travail (repérer, prévenir, soutenir).

11

## LA POLITIQUE DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION P.179-183

**11.1** : Les enjeux de la communication en interne.

**11.2** : Les enjeux de la communication en externe.

**11.3** : Les constats institutionnels.

**11.4** : Mieux faire connaître le Centre Hospitalier La Grafenbourg.

**11.5** : Mieux communiquer en interne.

12

## ANNEXES P.185-187

**Annexe 1** : Le lien avec les recommandations de la Haute Autorité en Santé.

**Annexe 2** : Fiche médecin coordonnateur

**Annexe 3** : Le plan d'action

**Annexe 4** : Présentation du centre hospitalier La Grafenbourg,

---

# INTRODUCTION

---



## ❖ Préambule : Le mot du Directeur

**Des orientations définies pour les 5 prochaines années** Dans un contexte permanent de changement du paysage sanitaire et médico-social, et à l'aube d'une nouvelle réforme hospitalière, le projet d'établissement 2020-2024 du Centre Hospitalier La Grafenbourg incluant l'EHPAD La Roselière définit les perspectives d'adaptation et d'évolution nécessaires pour les années à venir.

**Une réflexion pluridisciplinaire et interservices** A partir du bilan de la mise en œuvre du précédent projet d'établissement réalisé lors des différentes évaluations internes, externes et visites de certification, en s'appuyant sur les réflexions conduites par les différents groupes de travail en concertation avec les représentants des familles et/ou représentants légaux (*confère annexes*), les axes de ce projet d'établissement ont profondément été actualisés afin de placer l'établissement dans une dynamique de réponse aux besoins des patients ou résidents.

**Patient comme résident, au centre de l'organisation de l'établissement** Un établissement gériatrique comme le nôtre organise et doit concilier au quotidien prise en charge sanitaire et accompagnement médico-social. Ainsi, lieu de soins ou lieu de vie, il s'agira toujours de placer la personne âgée accueillie au cœur du travail des professionnels et du fonctionnement institutionnel....souvent avec ses contraintes contradictoires (liberté d'aller et venir/sécurité, maintien de l'autonomie/prise en charge de la dépendance, réponses aux demandes des résidents/moyens disponibles...).

**Un respect inaliénable des droits des personnes** Quel que soit le service (SSR, USLD, SSIAD, EHPAD, AdJ), l'organisation de l'établissement doit donc rester caractérisée par le respect de la personne et de ses droits, la prise en compte de ses besoins et de ses attentes. Le Centre Hospitalier La Grafenbourg inscrit son engagement dans ce principe fondamental.

**Un projet d'établissement en cohérence avec l'évolution du système de santé** Pour autant ce projet d'établissement se veut réaliste car, d'une part, il prend en compte les besoins existants et futurs en adaptant l'hôpital aux enjeux de rationalisation et de mutualisation des moyens, et ce dans une recherche d'efficacité de la qualité de l'offre du service rendu. D'autre part, il anticipe l'évolution du système de santé qui ne se limite plus à la prise en charge immédiate du patient au sein d'un établissement, mais à réfléchir à son parcours de soins, en amont et en aval de l'admission.

Enfin ce projet d'établissement demeure le support de communication adéquat pour mettre en valeur la qualité et la diversité du travail effectué par l'ensemble des professionnels de La Grafenbourg et La Roselière. Qu'ils en soient ici remerciés.

Thierry ANJARD  
Directeur



## ❖ 1.1 Présentation

Le Centre Hospitalier La Grafenbourg situé dans la ville de Brumath est un établissement public de santé qui propose des activités sanitaires et médico-sociales principalement dédiées aux personnes âgées.

Le secteur sanitaire se décompose comme suit :

- 25 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent en hospitalisation complète
- 4 places de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalents en hospitalisation de jour
- 30 lits de Soins de Longue Durée (USLD)

En médico-social l'établissement dispose de :

- 2 EHPAD (Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), « La Pommeraie » et « Le Bon séjour », proposant au total 168 lits, dont 6 lits d'hébergement temporaire (H.T) et un PASA de 14 Places
- 36 lits d'unité de vie protégée (UVP) dédiés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés
- 12 places d'accueil de jour Alzheimer ou maladie apparentées, dont 2 H.T
- 40 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- 1 EHPAD de 60 lits, dont 1 lit d'hébergement temporaire, et 1 PASA de 14 places sur la commune de Schweighouse/ Moder (EHPAD « La Roselière »).

## ❖ 1.2 Evolution de l'offre du Centre Hospitalier

Depuis 2008, date d'élaboration de son précédent projet d'établissement 2009-2014, l'établissement a vu son offre évoluer avec :

- l'ouverture effective de l'hôpital de jour SSR en 2008
- La création d'une pharmacie à usage intérieure (PUI) en 2009
- L'ouverture du Pôle Activités de Soins Adaptés (PASA) en 2012
- L'ouverture de l'Accueil de jour en 2013.

De plus, un projet architectural important a été mis en œuvre conduisant à la rénovation et à la construction de bâtiments :

- Ouverture d'un nouveau bâtiment avec 36 lits dédiés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (Unité de Vie Protégées) et 72 lits d'EHPAD (La Pommeraie), dont 6 HT répartis
- Réhabilitation des locaux du service SSR permettant d'accueillir en 2015, un service de 25 lits d'hospitalisation complète.

Enfin, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, Le Centre Hospitalier La Grafenbourg a fusionné avec l'EHPAD La Roselière de 60 lits dont 1 lit d'hébergement temporaire et un PASA de 14 places. Cette fusion n'entraînera pas de déménagement de la structure qui restera sur la commune de Schweighouse.

## ❖ 1.3 Objectifs du projet d'établissement 2020/2024

Ce document vise à identifier et définir les actions à mettre en œuvre dans le cadre du projet d'établissement 2020-2024 du Centre Hospitalier La Grafenbourg.

L'article L61 43-2 du Code de la Santé publique précise que « Le Projet d'Etablissement définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'Etablissement ».

Etabli pour une durée de cinq ans, le Projet d'Etablissement constitue le texte de référence des grandes orientations et de la stratégie de l'établissement.

## ❖ 1.4 Méthodologie

### ***Méthodologie du projet d'établissement***

Ce projet d'établissement a été élaboré par les professionnels de santé de l'établissement grâce à une démarche participative.

Le pilotage et la participation au projet s'est ainsi organisé par la mise en place d'un **Comité de pilotage**, définissant les orientations et les priorités du projet, et validant les différentes étapes. Composé de représentants de la Direction, des différents responsables de services (médecins et cadres), de représentants des soignants et d'usagers, le comité s'est réuni tout au long de la démarche.

Différents groupes thématiques interdisciplinaires ont été par ailleurs constitués afin de travailler chacun sur un des 10 volets définis en comité de pilotage :

- Projet Médical;
- Projet de soins et de réadaptation, bientraitance, gestion des risques associés aux soins;
- Promotion des droits et libertés du résident/patient, Projet de vie et projet d' animation;
- Projet hôtelier (logistique, restauration) ;
- Projet social - G.R.H ;
- Politique qualité ;
- Sécurité des biens et des personnes, gestion des risques ;
- Développement durable;
- Politique de communication interne et externe;
- Système d'information hospitalier ;

Les propositions et plan d'actions présentés par chaque groupe ont été ensuite validés en comité de pilotage.

## ***Méthodologie du projet médical et du projet de soins et de réadaptation***

Les volets médical et de soins du présent projet d'établissement ont été réalisés avec un accompagnement extérieur. La première étape de la démarche a consisté à l'élaboration d'un diagnostic permettant de décrire la situation actuelle de l'établissement, les orientations nationales, régionales et territoriales en matière de santé, ainsi que l'étude sociodémographique et des besoins de la population. Ce diagnostic présente ainsi les tendances observées et les conclusions d'analyses aboutissant à des enjeux partagés par les professionnels.

L'étude de la situation s'est basée sur :

- La réalisation d'entretiens avec la Direction, les médecins, le pharmacien, l'encadrement, le responsable qualité gestion des risques et la coordination des soins ;
- La revue de l'ensemble des documents remis par le CH La Grafenbourg ;
- Des analyses quantitatives à partir des données de l'établissement ;
- Une analyse prospective des tendances en matière de santé à partir d'une revue de littérature au niveau départemental, régional et national ;
- La convention constitutive, le Projet Médical Partagé et le Projet de Soins Partagé du **GHT Basse Alsace Sud Moselle** dont relève l'établissement ;
- Le **Projet Régional de Santé (P.R.S) 2018-2028** de l'A.R.S Grand-Est.





---

# LE DIAGNOSTIC

---

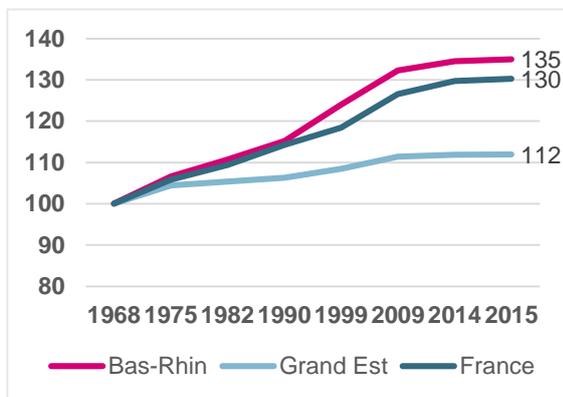


## ❖ 2.1 Analyse de la demande

### *Un territoire marqué par une population dense et dynamique*

L'hôpital La Grafenbourg se situe sur la région Grand Est, plus précisément au centre du département Bas-Rhin qui compte 1 116 658 habitants en 2015. Il couvre un territoire de 4 775 km<sup>2</sup>. Par ailleurs, ce territoire coïncide largement avec le territoire du GHT Basse Alsace Sud Moselle (GHT n°10) :

- Depuis 1968 le département a vu sa population augmenter à un rythme soutenu, notamment entre 1990 et 2009, plus fort qu'en région Grand Est ou en France métropolitaine (+35 % contre +12 % pour la région Grand-Est ;
- Plus récemment, entre 2009 et 2014, la croissance de la population dans le département se stabilise. Elle est positive mais inférieure au niveau national (+1,68 % contre +2,49 %).

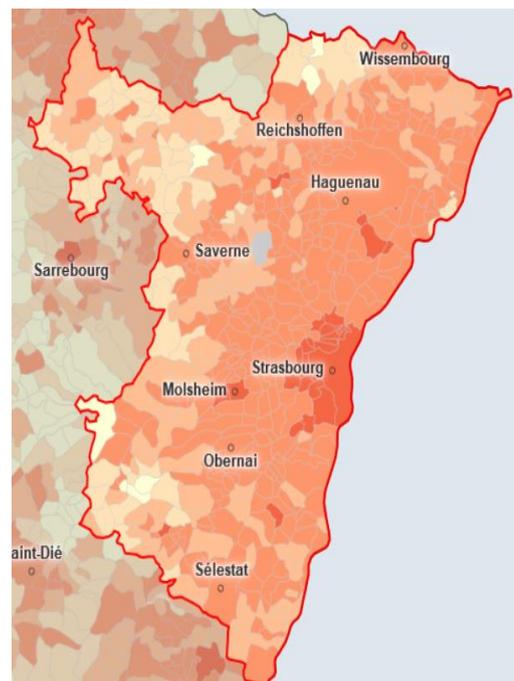


*Evolution de la population sur le territoire de 1968 à 2015 (en base 100)*

Le département Bas-Rhin se distingue par une densité populationnelle la plus élevée en comparaison du département et de la région :

- En 2015, elle atteint ainsi 232,85 habitants/km<sup>2</sup>, ce qui est plus de 2 fois plus important que les moyennes régionale (96,34 habitants/km<sup>2</sup>) et nationales (103,75 habitants/km<sup>2</sup>) ;
- La ville de Strasbourg et ses alentours constituent un pôle d'attractivité en terme de densité populationnelle, qui est par ailleurs moindre dans la partie Ouest du département.

### *Densité populationnelle du département en 2015*



**Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA**

### Une population relativement jeune mais avec un vieillissement fort à anticiper

L'analyse de la répartition de population par tranche d'âge démontre une population **légèrement moins âgée** en comparaison avec la **région ou la France** :

- En 2014, dans le département, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est inférieure de 2 % en comparaison avec les niveaux national (22,5% contre 24,4% au niveau régional et national), voir *graphique 2 ci-contre*;
- L'indice de vieillissement du département est ainsi inférieur aux niveaux régional et national.

Selon les **projections Insee**, la part de personnes âgées de 75 ans et plus augmentera fortement d'ici 2050 pour atteindre 198 762 habitants (contre 87 647 en 2013) soit **+127%** (cf *graphique 3 ci-contre*)

Par ailleurs, le département montre un taux de mortalité inférieur au niveau régional et national. En revanche, l'espérance de vie à 65 ans est légèrement inférieure au niveau national, tant pour les hommes que pour les femmes.

Le département montre un taux de mortalité supérieur mais une espérance de vie comparable au niveau régional et national (cf *graphique 1 ci-dessous*).

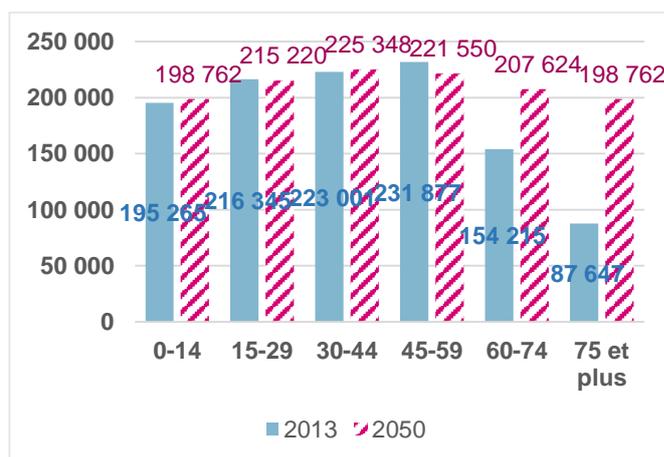
**Graphique 1 :**  
Indicateurs socio-économiques 2014

Indicateurs socio-économique en 2014	Bas-Rhin	Grand Est	France
Indice de vieillissement (65 ans; en 2015)	70,8	77,5	76,4
Taux de mortalité (pour 1000 hab.)	7.8	8.8	8.5
Taux de natalité	11.9	11.2	12.2
Espérance de vie à 65 ans - hommes	18.7	18.6	19.3
Espérance de vie à 65 ans - femmes	22.7	22.5	23.3

**Graphique 2 :**  
Répartition de la population par tranche d'âge en 2014 (en %)



**Graphique 3 :**  
Evolution de la répartition de la population par tranche d'âge dans le département du Bas-Rhin à horizon 2050



### *Diabète, tumeurs et maladies cardio-vasculaires : les maladies chroniques les plus répandues sur le département du Bas-Rhin*

Alors que l'espérance de vie est légèrement inférieure au niveau national, **les taux comparatifs de mortalité prématurée restent favorables** dans le département du Bas-Rhin, tant pour les hommes que pour les femmes:

- Concernant les hommes, le territoire est nettement moins marqué en termes de suicides et alcoolisme ;
- Concernant les femmes, l'écart entre le taux global départemental et les taux régional et national est moins important que pour les hommes.

La région Grand Est **étant la troisième région de France avec le taux de mortalité par cancer le plus élevé**, les **tumeurs sont la première cause de décès prématuré**. Les maladies cardio-neurovasculaires constituent la 2e cause de mortalité dans la région comme au niveau national ; elles sont aussi la 1ère cause chez les femmes et chez les personnes de plus de 65 ans.

Le département connaît **une prévalence de plus en plus importante des maladies chroniques**:

- Le taux standardisé des nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) est de 2 670 personnes pour 100 000 personnes par an contre 2 206 au niveau national (**soit 21% de plus**).

Les **ALD les plus fréquentes** dans le département du Bas-Rhin:

- **Diabète** (54 090 personnes prises en charge en 2016). La région *Grand Est* est la région de France qui connaît **la plus forte mortalité liée au diabète**. Chaque année, dans la région, entre 2011 et 2013, plus de 4 000 décès sont liés à cette pathologie chronique ;
- **Tumeur maligne** (40 660 personnes prises en charge en 2016) ;
- **Hypertension artérielle** (27 020 personnes prises en charge en 2016) ;
- **Maladie coronaire** (**23 650** personnes prises en charge en 2016) ;
- **Insuffisance cardiaque grave** (**23 180** personnes prises en charge en 2016) ;
- **Affectations psychiatriques** (**22 860** personnes prises en charge en 2016).

Taux comparatifs de mortalité prématurée *	Bas-Rhin	Grand Est	France
<b>Hommes</b>	<b>215.5</b>	<b>257.4</b>	<b>257.7</b>
Tumeurs	80.5	98.6	93.8
Appareil circulatoire	31.5	35.9	34.7
Suicides	10.8	20	20.1
Alcoolisme	20.8	31.9	28.2
<b>Femmes</b>	<b>110</b>	<b>126</b>	<b>119.9</b>
Tumeurs	52.8	63.5	56.7
Appareil circulatoire	10.3	13.1	11.7
Suicides	4.6	6.5	6.2
Alcoolisme	4.8	NC	NC

*Des indicateurs socio-économiques favorables démontrant une moindre pauvreté et des revenus plutôt élevés*

Selon la typologie de l'Insee, le territoire de vie de Brumath et les territoires voisins se caractérisent principalement comme des « **territoires de vie autour de villes moyennes offrant des emplois et des conditions de vie plutôt favorables** » :

- Un accès plutôt rapide aux équipements et services ;
- De bonnes conditions de logement ;
- Une population diplômée relativement peu importante ;
- Un taux d'emploi élevé et peu de disparités femmes/hommes ;
- Un chômage de longue durée rare.

Ainsi, les **indicateurs socio-démographiques** du territoire sont relativement **plus favorables que ceux de la région ou de la France** :

- Une part des ménages fiscaux imposés plus importante ;
- Une médiane de revenu plus élevée ;
- Un taux de pauvreté plus faible, notamment sur l'arrondissement de Brumath ;
- Un taux d'activité des 15-64 ans comparable aux niveau régional et national ;
- Un taux de chômage inférieur, notamment sur l'arrondissement de Brumath.

Par ailleurs, la **part des personnes de 75 ans et plus vivant seules est inférieure aux niveaux régional et national** (en 2014, 39,7 % contre 42,7 % en Grand Est et 42,5 % en France).

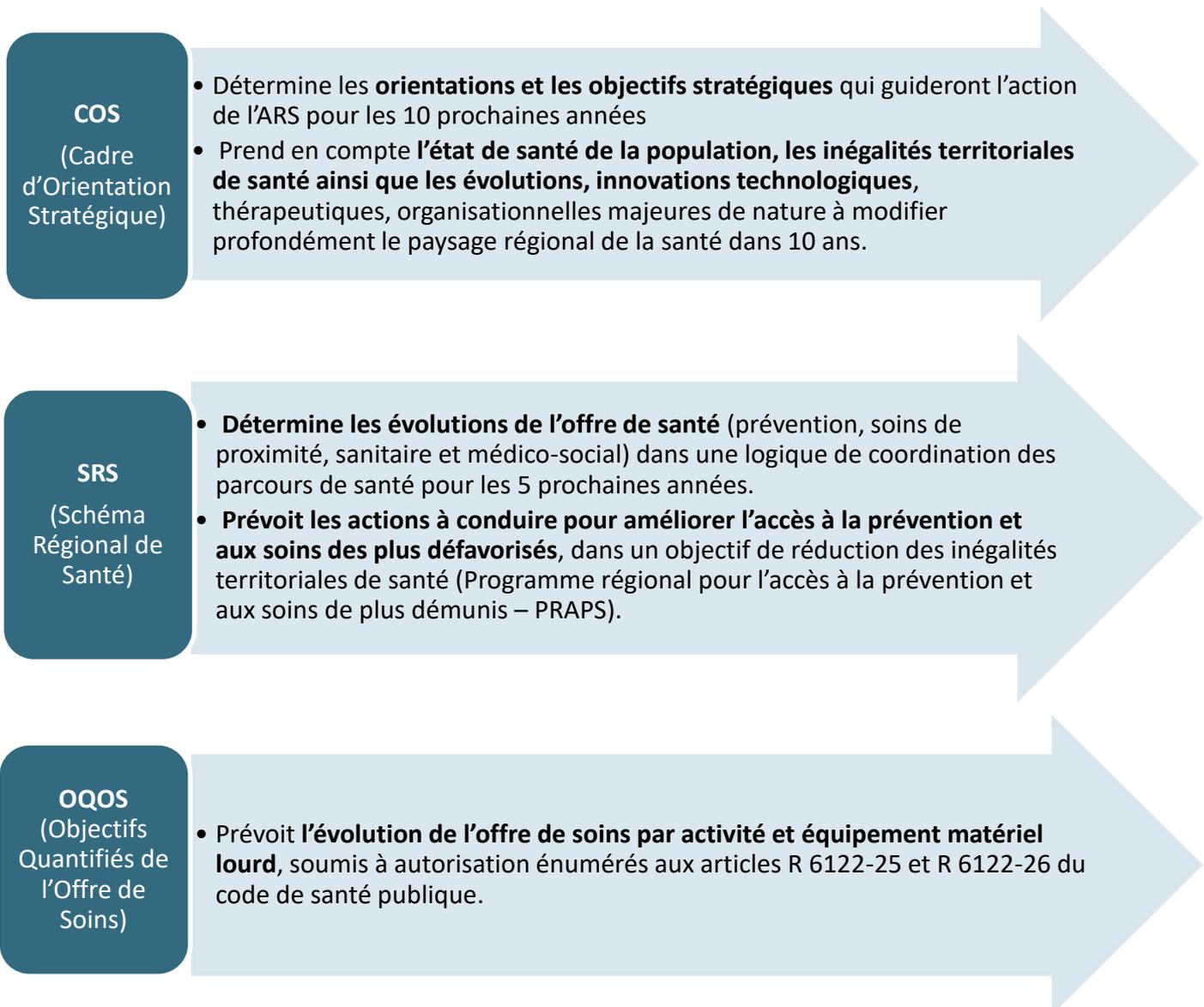
2014	Arrondissement de Brumath	Bas-Rhin	Grand Est	France
Population	10 177	1 112 815	5 554 645	65 907 160
Part des ménages fiscaux imposés	<b>68,8 %</b>	<b>61,6 %</b>	56,3 %	NC
Médiane de revenu disponible par unité de consommation	<b>23 625 €</b>	<b>21 647 €</b>	20 418 €	NC
Taux de pauvreté	<b>8,4 %</b>	<b>12,4 %</b>	14,2 %	NC
Taux d'activité des 15-64 ans	<b>73,3 %</b>	<b>74,3 %</b>	72,9 %	73.5
Taux de chômage de 15-64 ans	<b>8 %</b>	<b>12,4 %</b>	14,1 %	14 %

*Source : Insee 2014*

## ❖ 2.2 Les grands axes stratégiques de la région Grand-Est en matière de santé

### *Le projet régional de Santé Grand-Est 2018-2028*

Le Projet Régional de Santé 2018-2028 constitue la feuille de route de l'ARS pour les 10 ans à venir. Il détermine, en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé et dans le respect des lois de financements, **les priorités de la politique de santé en région**, dans les différents champs (prévention, médecine de ville, médico-social et hospitalier) et dans une logique de parcours de santé.

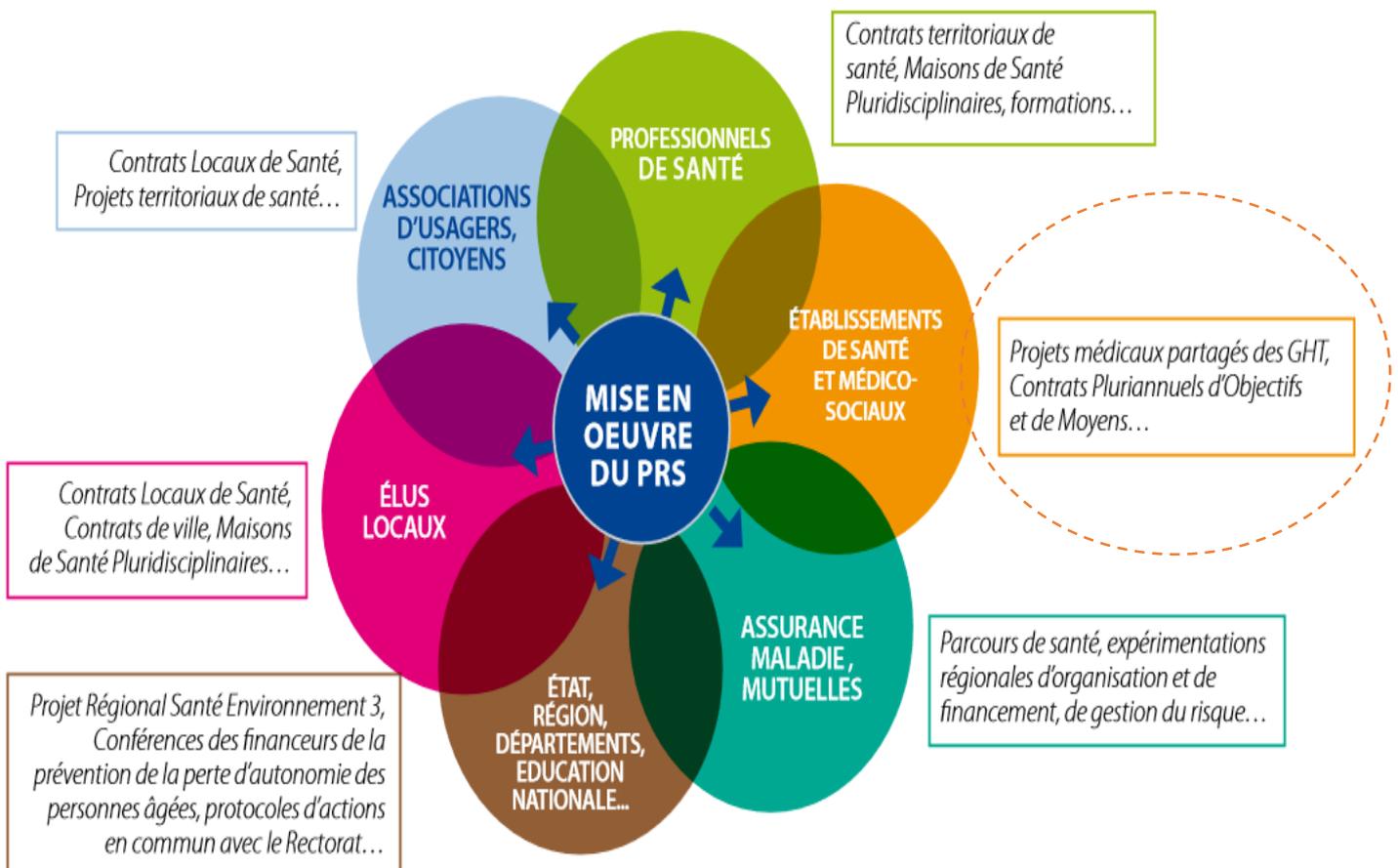


### Les finalités du Projet Régional de Santé Grand-Est 2018-2028

Le nouveau PRS met en avant deux finalités principales pour les actions des partenaires territoriaux :

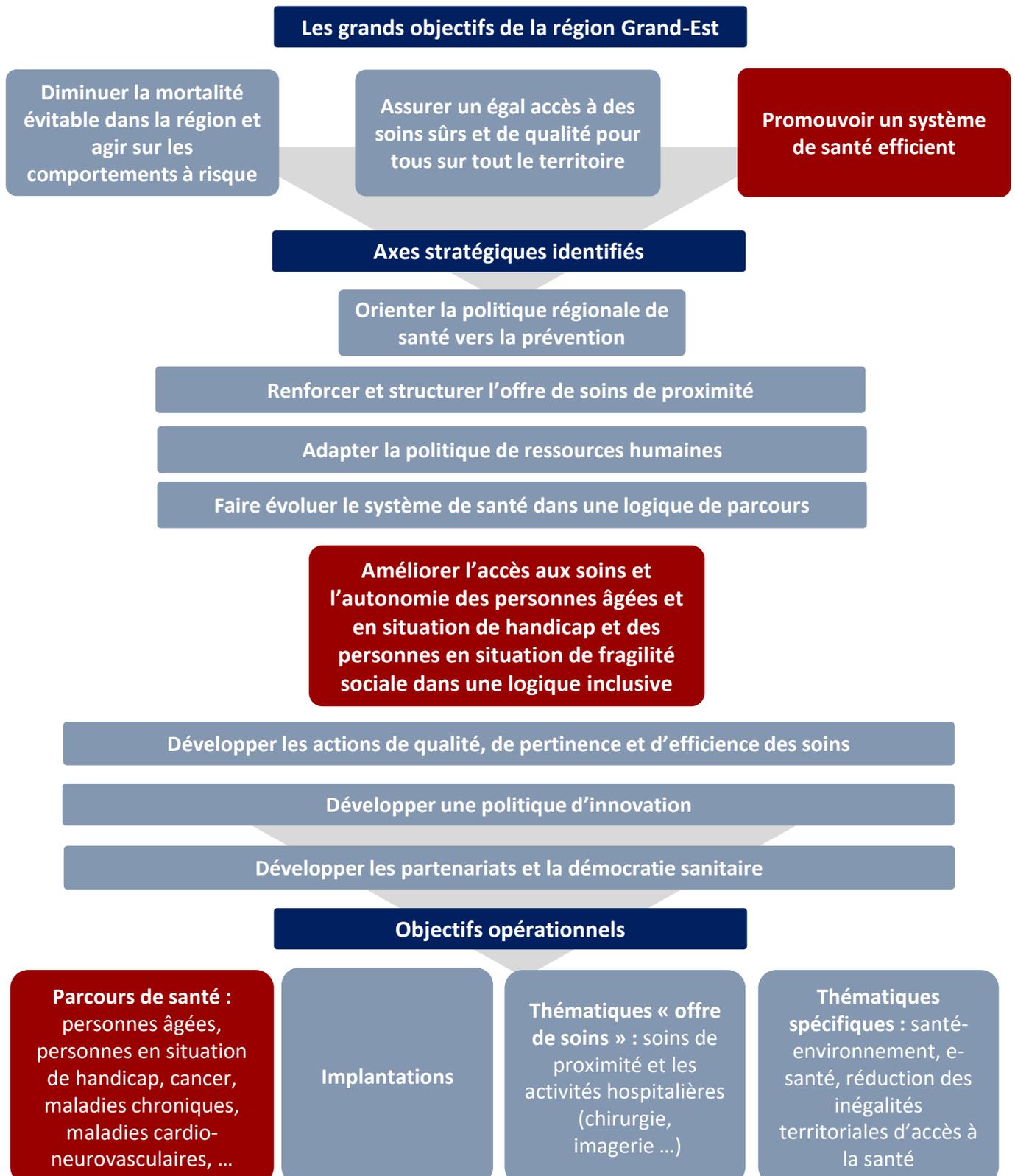
- **Améliorer la santé de concitoyens et répondre aux enjeux** de l'exigence de qualité, sécurité, pertinence des soins, de la soutenabilité financière et de l'efficacité, des apports d'innovation ;
- **Impulser la transformation du système de santé afin de faire face aux défis** des spécificités épidémiologiques de la région , du vieillissement de la population et des maladies chroniques, des inégalités territoriales et sociales de santé.

### Des partenaires impliqués au plus proche des territoires :



### Les grands objectifs, axes stratégiques et objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé

Le PRS 2018-2028 prévoit ainsi **trois grands objectifs stratégiques** (COS), déclinés en **axes stratégiques**, auxquels s'ajoutent quatre grandes thématiques d'**objectifs opérationnels**.



### ❖ 2.3. Les orientations stratégiques du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle

*Avec un nombre d'établissements membres important, le GHT propose une offre de soins complète*

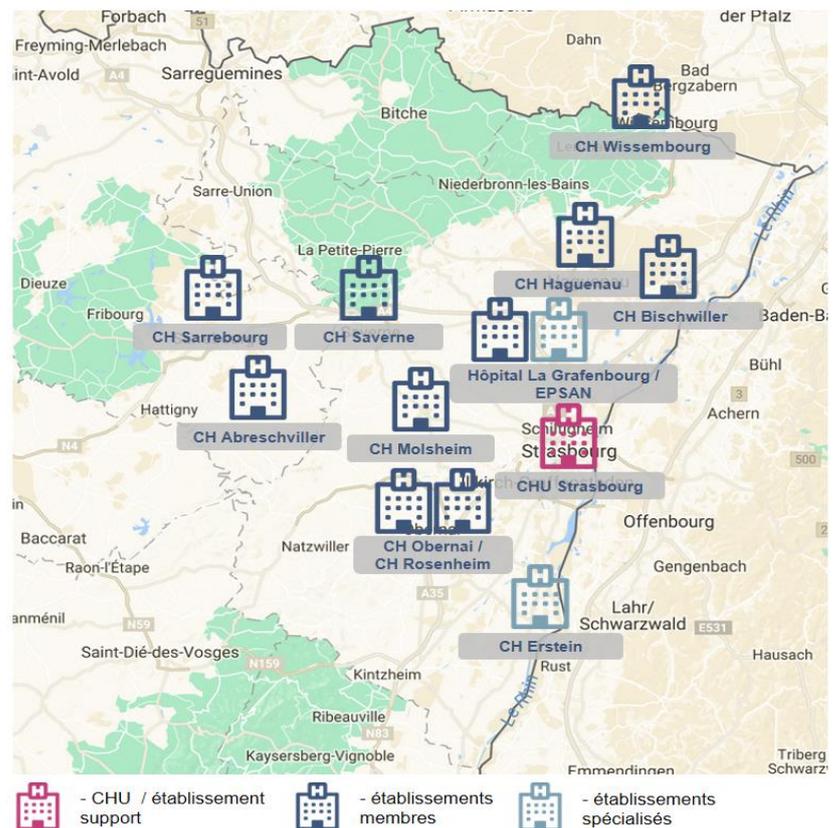
Depuis 2016, l'hôpital La Grafenbourg est membre du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle (GHT n°10), couvrant un territoire de 4 910 km<sup>2</sup> avec une population de 1 041 847 habitants (en 2013). Ce groupement rassemble 13 établissements de santé, dont 3 établissements spécialisés. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg assurent la fonction d'établissement support. Ces indicateurs placent le GHT n° 10 parmi les groupements les plus grands, tant en termes d'établissements membres que de population couverte.

Disposant d'un CHU, de centres hospitaliers, de deux centres hospitaliers spécialisés en santé mentale, d'un centre de rééducation spécialisé, le GHT offre une large palette de soins à sa population :

- 4 454 lits et places MCO ;
- 1 660 lits et places de psychiatrie ;
- 1 727 lits et places SSR ;
- 606 lits et places USLD ;
- 223 places HAD.

A proximité de Haguenau et de Strasbourg (respectivement 20 min et de 30 min de route), l'établissement collabore notamment avec les équipes de professionnels de santé du CH de Haguenau, EPSAN et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

*Carte du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle*



*Un taux d'équipement SSR plus faible au niveau départemental et régional en comparaison avec le niveau national et un taux d'équipement SSR PAPD faible et plus marqué*

	Adultes		
	lits	places	lits + places
Ardennes	1,71	0,14	1,85
Aube	1,27	0,07	1,35
Marne	1,73	0,28	2,00
Haute Marne	1,71	0,20	1,91
Meurthe-et-Moselle	1,82	0,19	2,01
Meuse	1,38	0,25	1,63
Moselle	1,67	0,33	2,00
Bas-Rhin	1,56	0,30	1,86
Haut-Rhin	2,41	0,35	2,77
Vosges	2,26	0,09	2,35
<b>GRAND EST</b>	<b>1,78</b>	<b>0,26</b>	<b>2,04</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2,03</b>	<b>0,21</b>	<b>2,23</b>
Champagne Ardenne	1,15	0,14	1,29
Lorraine	3,16	0,43	3,59
Alsace	1,51	0,25	1,76

Sources : SAE au 31/12/2015 – RP 2013

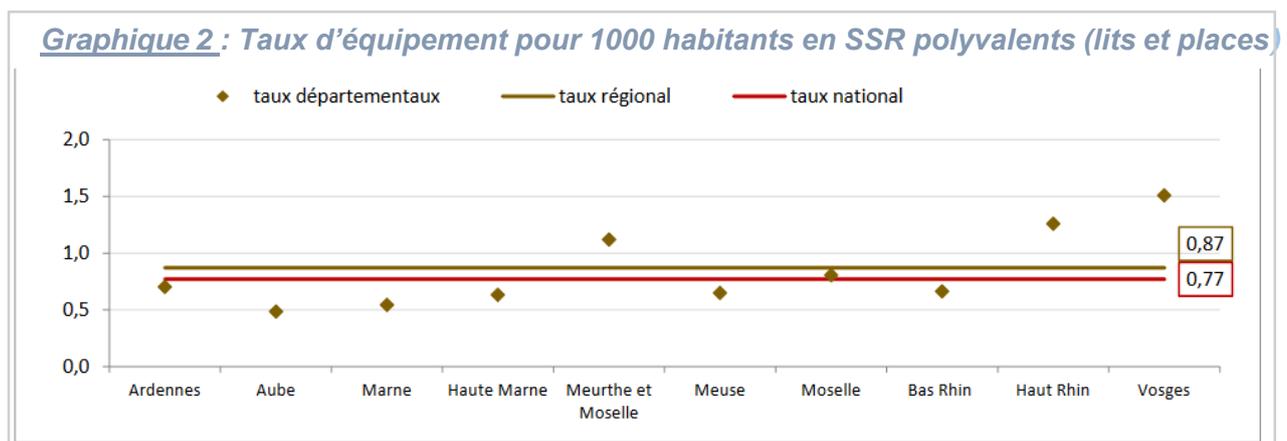
Le département du Bas-Rhin et plus largement la région Grand-Est présentent un **taux d'équipement en lits et places SSR adultes plus faible** qu'au niveau national :

- 1,56 lits et places pour 1 000 habitants en SSR au niveau du Bas-Rhin contre 1,78 en région Grand-Est et 2,03 en France (cf *graphique 1*)

*Graphique 1 : Taux d'équipement en lits et places de SSR adultes pour 1000 habitants*

Par ailleurs, si on s'intéresse au taux d'équipement SSR par spécialité, on constate qu'il est **plus faible à l'échelle du département du Bas Rhin en SSR polyvalent** alors même qu'il est plus élevé à l'échelle régionale en comparaison avec le niveau national :

- 0,87 lits et places pour 1 000 habitants en SSR en région Grand-Est contre 0,77 en France (cf *graphique 2*)

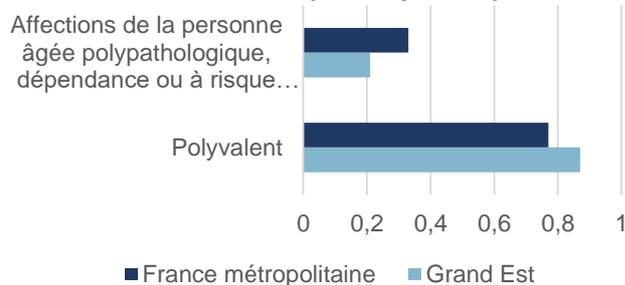


Source : SAE au 31/12/2015 – RP 2013 issu du PRS 2018-2027 Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand-Est

De même le taux d'équipement SSR par type d'autorisation montre un taux **plus faible en SSR spécialisé « affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance » au niveau régional comparé au niveau national :**

- **0,21 lits et places pour 1 000 habitants en SSR PAPD en région Grand-Est contre 0,33 en France (cf graphique 3)**

**Graphique 3 : Taux d'équipement 2015 pour 1000 habitants en SSR polyvalent et SSR PAPD (lits et places)**



*Une densité d'omnipraticiens et masseurs-kinésithérapeutes supérieure au niveau du département mais inférieure pour les infirmiers comparé au niveau national.*

Concernant la démographie médicale et paramédicale :

- **Un niveau supérieur des médecins omnipraticiens** présents sur le département en 2016 (1,11 médecins pour 1 000 habitants contre 0,95 en France). En revanche, **la démographie médicale du territoire est légèrement plus âgée** : la part de médecins de 55 ans et plus s'élève à 54,1 % sur le territoire du GHT contre 52 % dans la région et 53,1 % en France métropolitaine.
- **Un niveau légèrement inférieur des infirmiers** présents sur le département en 2016 (1,24 infirmiers pour 1 000 habitants contre 1,38 en France). Toutefois, la densité d'infirmiers sur le département est plus favorable qu'à l'échelle de la région Grand-Est où elle est de 1,14;
- **Un niveau légèrement supérieur des masseurs kinésithérapeutes** sur le département en 2016 (1,18 masseurs kinésithérapeutes pour 1 000 habitants contre 1,06 en France).

Densité de professionnels pour 1000 habitants	Bas-Rhin	Grand Est	France
Médecins généralistes	1.11	0.95	0.95
Infirmiers	1.24	1.14	1.38
Masseurs kinésithérapeutes	1.18	0.86	1.06

*Source : INSEE, BPE 2016*

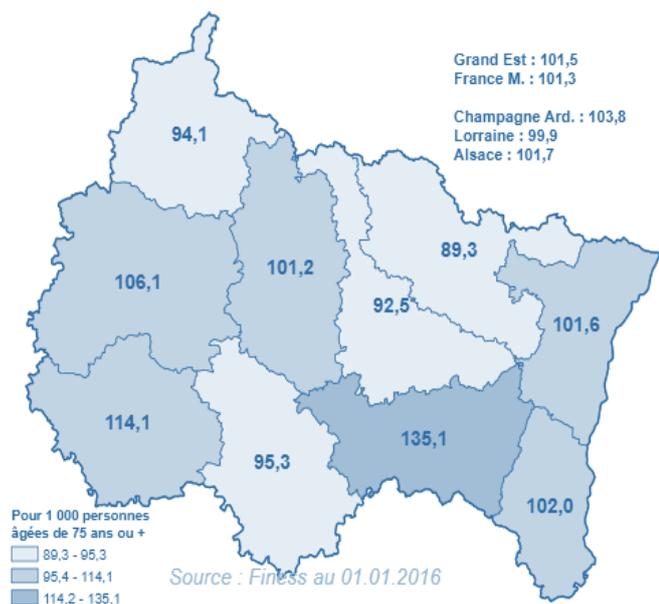
### Une offre limitée en lits et places EHPAD et SSIAD

Le taux global d'équipement de la région en EHPAD s'établit à 101,3 lits et places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (en 2016). Il est comparable au niveau national. **Le département du Bas-Rhin se situe dans cette moyenne, avec 101,6** lits et places EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans.

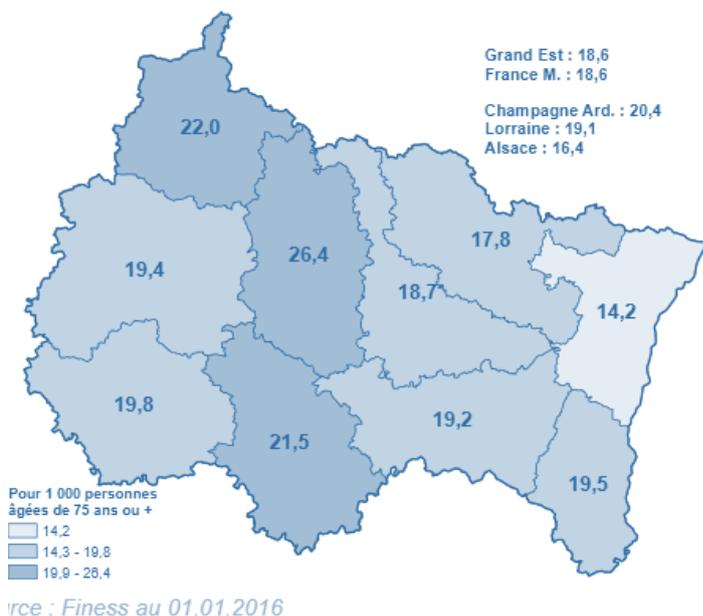
Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis le développement de l'offre de prise en charge adaptée. Ainsi, depuis 2017 les territoires de Strasbourg et de Haguenau disposent (désormais) d'une unité d'hébergement renforcée (UHR).

Le taux d'équipement en 2016 s'établit à 18,6 en région Grand Est comme en métropole. Toutefois, l'offre est inégalement répartie avec des zones d'intervention très sous-dotées, **particulièrement pour le département du Bas-Rhin (14,2)**.

Taux d'équipement EHPAD pour 1 000 habitants de plus de 75 ans



Taux d'équipement SSIAD pour 1 000 habitants de plus de 75 ans



Source : ARS Grand Est

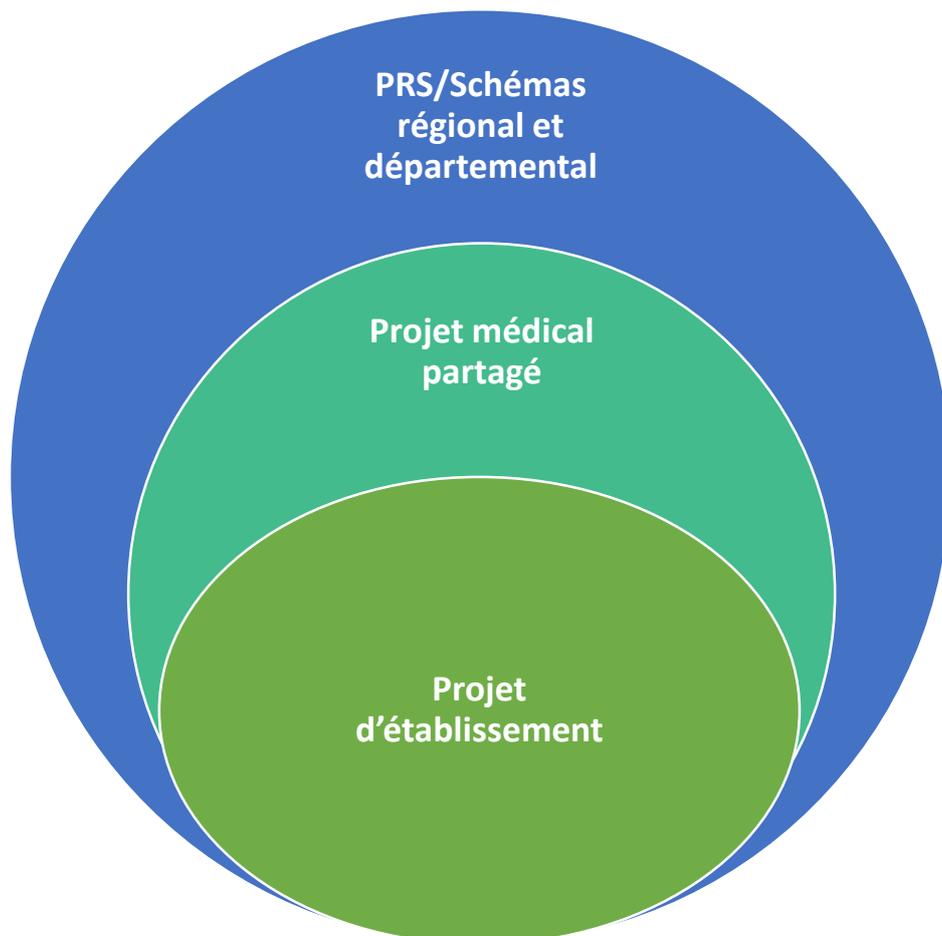
## ❖ 2.4. Les orientations stratégiques de l'établissement – Etat des lieux

### *Une étroite articulation des différents projets et schémas*

Le projet médical partagé (PMP) s'inscrit dans les orientations stratégiques définies par le Projet Régional de Santé et les Schémas régionaux et départementaux.

Il a, par la suite, été décliné dans les projets d'établissement.

Le tout forme une cohérence d'ensemble avec les projets d'accompagnement personnalisés, au service des usagers.



### Une offre tournée vers la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital La Grafenbourg

Installé à Brumath, dans le département du Bas-Rhin, l'hôpital La Grafenbourg assure une prise en charge sanitaire et médico-sociale, principalement axée sur les soins gériatriques et l'accompagnement de la personne âgée.

#### Secteur sanitaire

##### Capacitaire :

25 lits de SSR polyvalent en hospitalisation complète (après l'extension du service en 2015)

4 places de SSR polyvalent en hospitalisation partielle

30 lits d'USLD

##### Offre de soins :

Prise en charge de SSR polyvalente, avec une prévalence des soins gériatriques en hospitalisation complète et de jour.

Prise en charge en USLD des patients âgés polypathologiques. **53 % des patients relèvent de GIR 1 (2017) et un GIR moyen pondéré à 879.33.** Le Pathos moyen pondéré s'élève à 372 en 2017.

Un hôpital avec une équipe pluridisciplinaire, proposant entre autre une rééducation motrice, une prise en charge globale et pluridisciplinaire gériatrique.

#### Secteur médico-social

##### Capacitaire :

132 lits d'EHPAD dont 4 lits d'hébergement temporaire

36 lits d'unité de vie protégée (UVP) dont 4 lits d'hébergement temporaire

12 places d'accueil de jour Alzheimer

40 places de SSIAD

##### Offre de soins :

Des EHPAD avec une moyenne d'âge de 83 ans (2017) et GIR 1 et 2 représentant 61 % des résidents (2016). **Le GIR moyen pondéré des EHPAD de la Grafenbourg étant de 745 (2017)**

Un accueil de jour qui propose des ateliers spécifiques.

Un PASA pour les résidents d'EHPAD proposant des activités thérapeutiques

Des UVP pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

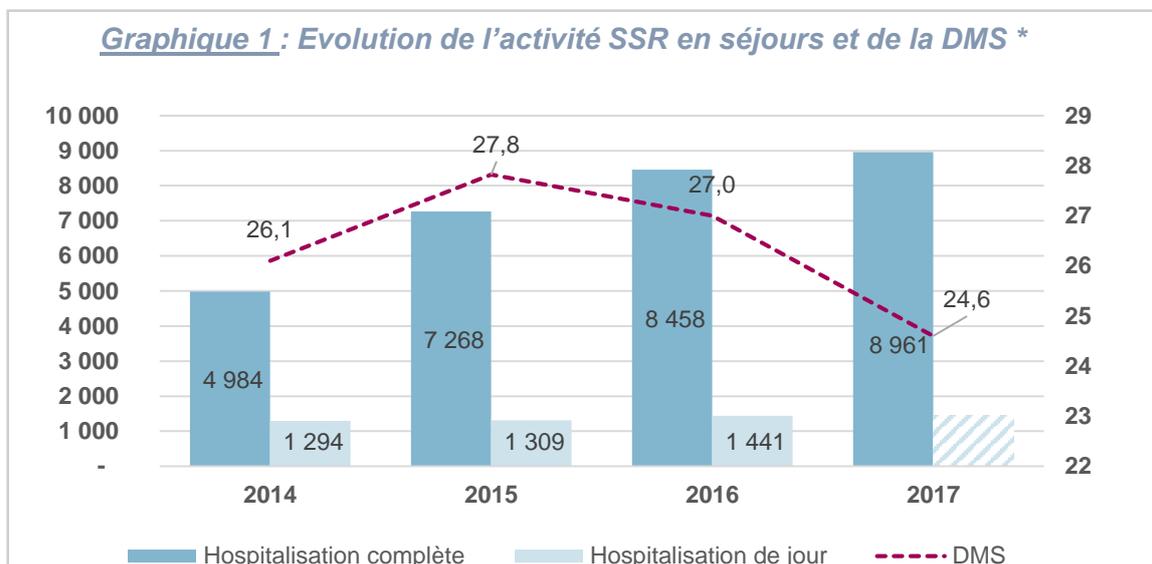
Une équipe SSIAD qui peut par ailleurs orienter vers différents services comme le Centre local d'information et de coordination (CLIC), de garde à domicile, de télé-assistance, etc.

*Source : données de l'établissement*

### Une activité SSR du Centre Hospitalier La Grafenbourg en hausse, avec une patientèle majoritairement âgée de plus de 75 ans

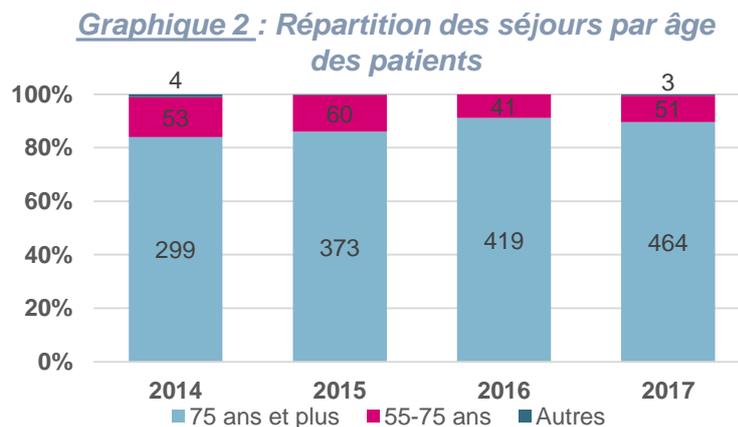
Entre 2014 et 2017, l'établissement a vu son activité SSR s'accroître, évoluant de 4.984 journées en 2014 à 8.961 journées en 2017, soit **une augmentation de +79 %** (ce qui s'explique par une augmentation des lits de 10 à 25 lits en HC SSR). L'activité de jour, quant à elle, montre une augmentation plus modérée.

**Après une augmentation, la DMS diminue à partir 2015 pour atteindre 24,6 jours en 2017**, ce qui est inférieur à la **moyenne nationale** (26,3 jours en 2016, tous types d'établissements confondus). (cf graphique 1)



\* **NB** : données d'hospitalisation complète et DMS issues de l'établissement ; données d'hospitalisation de jour issues de la base PMSI, données HDJ 2017 non disponibles

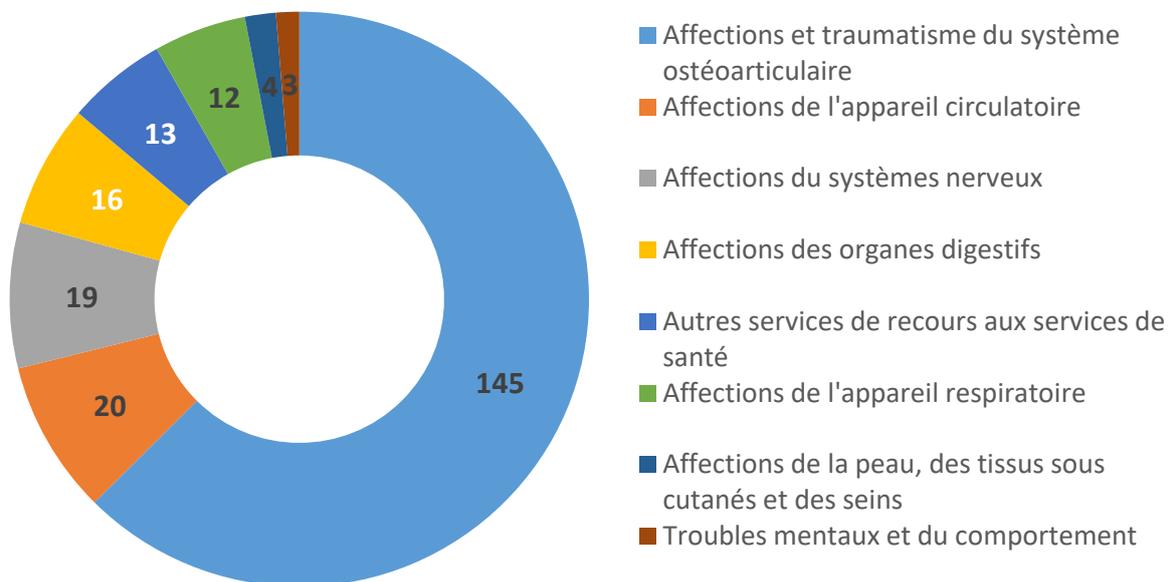
La patientèle prise en charge par l'établissement est très majoritairement **âgée de plus de 75 ans** (72 % de plus de 80 ans, dont 53 % entre 80 et 90 ans). (cf graphique 2)



Source : données de l'établissement

Les **principales affections** prise en charge relèvent du système ostéoarticulaire, de l'appareil circulatoire et du système nerveux. (cf graphique 3)

**Graphique 3 : Répartition par catégorie des GME les plus fréquents**  
(60 % de l'activité de 2017)



Source : données de l'établissement

*CPOM : bilan des objectifs médicaux et soignants inscrits au dernier CPOM*

**3 axes prédominants :**

- ✓ le développement de l'activité SSR et la structuration en filière,
- ✓ l'éducation thérapeutique
- ✓ la télémédecine

## 9 OBJECTIFS

	Etat d'avancement
1 : Développer l'activité de SSR en augmentant la capacité du service de 10 à 25 lits	100%
2 : Organiser le transfert des capacités de l'EHPAD de Hoerd (56 lits) en accord avec l'EPSAN	100%
3 : Mettre en œuvre les objectifs prioritaires définis dans le programme régional de télémédecine	En cours <input type="checkbox"/>
4 : Organiser la filière d'hospitalisation en SSR des patients domiciliés dans le territoire 2 après séjour aux HUS	100%
5 : Intégrer au projet d'établissement et au SDSI une réflexion sur les outils de télémédecine pertinents (SDSI GHT)	A étudier
6 : Faire de l'éducation thérapeutique une composante de la prise en charge des pathologies chroniques pendant le temps d'hospitalisation	A étudier
7 : Accroître le niveau de formation des professionnels de santé par équipe porteuse d'un programme d'éducation thérapeutique	A étudier
8 : Structurer des filières de prise en charge des patients par l'élaboration de conventions avec les structures d'amont et d'aval médico-sociales ou sanitaires	100%
9 : Développer l'offre d'éducation thérapeutique dans le cadre de mission de prévention et d'ETP pour les maladies chroniques accueillies, en particulier pour les AVC, l'obésité, la nutrition et l'orthopédie	A étudier

*Projet médical 2009-2014 : bilan du dernier projet médical 2009-2014***7 GRANDS AXES**

	Taux de réalisation
✓ <b>Axe n°1</b> : Répondre aux besoins sanitaires de la population âgée de proximité (3 objectifs finalisés sur 4)	75%
✓ <b>Axe n°2</b> : Développer les modes de prise en charge du médico-social (9 objectifs finalisés sur 10)	90%
✓ <b>Axe n°3</b> : Favoriser l'accès aux soins palliatifs (5 objectifs finalisés sur 6)	83%
✓ <b>Axe n°4</b> : Informatiser le dossier du patient et résident (3 objectifs finalisés sur 3)	100%
✓ <b>Axe n°5</b> : Sécuriser et optimiser le circuit du médicament (4 objectifs finalisés sur 5)	80%
✓ <b>Axe n°6</b> : Mettre en œuvre les Evaluations des Pratiques Professionnelles (1 objectif finalisé sur 1)	100%
✓ <b>Axe n°7</b> : Inscrire l'hôpital dans la filière gériatrique avec le CH d'Haguenau (4 objectifs finalisés sur 4)	100%

➔ **Un taux de réalisation global de 88% soit 29 objectifs finalisés sur 33.**

*Projet de soins 2009-2014 : bilan du dernier projet de soins 2009-2014***6 GRANDS AXES**

	Taux de réalisation
✓ <b>Axe n°1</b> : Respecter les droits, libertés individuelles, promouvoir la bientraitance et développer l'éthique (15 objectifs finalisés sur 19)	79%
✓ <b>Axe n°2</b> : Améliorer la prévention et la prise en charge de la douleur (3 objectifs finalisés sur 3)	100%
✓ <b>Axe n°3</b> : Développer la prévention et la prise en charge des chutes (3 objectifs finalisés sur 3)	100%
✓ <b>Axe n°4</b> : Se conformer aux recommandations de bonnes pratiques sur la contention (3 objectifs finalisés sur 3)	100%
✓ <b>Axe n°5</b> : Assurer une meilleure prévention du risque d'escarres (3 objectifs finalisés sur 3)	100%
✓ <b>Axe n°6</b> : Mettre en place une politique de lutte et de prise en charge de l'incontinence (2 objectifs finalisés sur 2)	100%

➔ **Un taux de réalisation global de 88% soit 29 objectifs finalisés sur 33.**

*Retour sur la certification V2014 réalisée en 2018 : synthèse des écarts par processus*

### Les processus audités

1. Management et gestion de la qualité et des risques
2. Droits des patients
3. Parcours du patient
4. Gestion du Dossier Patient
5. Prise en charge médicamenteuse

### Patients traceurs audités

1. SSR en hospitalisation complète
2. SSR en hospitalisation de jour
3. USLD

Processus	Actions à améliorer (écarts)
<b>Management et gestion de la qualité et des risques</b>	Appropriation de l'intérêt de la démarche qualité par l'ensemble des professionnels
<b>Dossier patient</b>	Formalisation des règles et évaluation de la tenue des informations restant enregistrées sous forme papier
	Evaluation la tenue du DPI pour les informations non prises en charge par les indicateurs nationaux
	Protocolisation les modalités de formation à l'utilisation du DPI
<b>Droit des patients</b>	Participation des usagers à la définition des actions d'amélioration
	Prévention du risque de maltraitance
<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	Absence de formations régulières au risque d'erreur médicamenteuse
	Traçabilité de l'administration des médicaments retardée
	Sécurisation du stockage des médicaments non mis en œuvre
<b>Parcours patient</b>	Aucun écart

## *Pistes d'orientations stratégiques de l'établissement pour le projet d'établissement 2020-2024 pour le SSR*

### 1. Le SSR Hospitalisation complète

#### Enjeux identifiés

- Maintenir la qualité de prise en charge pluridisciplinaire et de rééducation et la reconnaissance des adresseurs et des patients
- Poursuivre le développement de techniques innovantes en SSR
- S'inscrire comme acteur de proximité intégré à la filière gériatrique du territoire
- Optimiser le codage PMSI
- Poursuivre la diffusion de la culture qualité et gestion des risques auprès des équipes
- S'ouvrir davantage vers l'extérieur (amont et aval) : améliorer le lien ville-hôpital-médico-social-ville

### 2. Le SSR Hospitalisation de jour

#### Enjeux identifiés

- Proposer de l'éducation thérapeutique en lien avec la prévention des chutes
- Créer un atelier à l'extérieur : nécessite un aménagement
- Poursuivre les actions de communication auprès des adresseurs sur l'offre HDJ SSR proposée pour les patients âgés
- Poursuivre la diffusion de la culture qualité et gestion des risques auprès des équipes
- Augmenter les places d'HDJ pour l'avenir (demande forte)

## *Pistes d'orientations stratégiques de l'établissement pour le projet d'établissement 2020-2024 pour l'USLD*

### 3. L'USLD

#### Enjeux identifiés

- Améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie
- Renforcer le projet de vie en USLD
- Développer les soins palliatifs : former davantage, faire intervenir des bénévoles et associations... Envisager la demande d'autorisation de lits identifiés soins palliatifs
- Mettre en avant et valoriser la satisfaction des familles et la qualité de prise en charge
- Mettre en place le WIFI pour assurer la traçabilité de manière sécurisée et en temps réel (pour tout l'établissement)
- Poursuivre la diffusion de la culture qualité et gestion des risques auprès des équipes
- Repenser l'aménagement architectural du service pour accueillir les patients lourds en chambre individuelle

*Pistes d'orientations stratégiques de l'établissement pour le projet d'établissement  
2020-2024 EHPAD, PASA, UVP, Accueil de Jour*

#### 4. L'EHPAD

##### Enjeux identifiés

- Poursuivre la sensibilisation et dynamiser les équipes sur le projet de vie personnalisé
- Accompagner la fin de vie en EHPAD dans le respect des souhaits des patients (éviter les hospitalisations)
- Adapter le projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladie neurodégénérative en EHPAD
- Continuer les EPP (réitération ou nouvelles EPP)
- Dynamiser les réunions des aidants en EHPAD
- Développer la prévention et la prise en charge des chutes en EHPAD
- Développer et communiquer sur l'Accueil de Jour en EHPAD
- Mener des actions de sensibilisation aux troubles cognitifs : proposer des évaluations pour orienter vers le PASA, mettre en place le test NPIES en EHPAD
- Poursuivre la diffusion de la culture qualité et gestion des risques auprès des équipes
- S'ouvrir davantage vers l'extérieur (amont et aval) : améliorer le lien ville-hôpital-médico-social-ville

#### 5. Prise en charge médico-sociale pour personnes atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées (UVP, Accueil de jour, PASA)

##### Enjeux identifiés

- Faire face à l'augmentation des profils de résidents de plus en plus âgés, polyopathologiques ou/et atteints de pathologies neurodégénératives nécessitant une prise en charge et un suivi médical plus important
- Proposer des animations en dehors des UVP : animation en commun avec les autres structures de l'établissement (PASA, EHPAD), sorties extérieures avec les patients
- Fluidifier le parcours au sein de l'établissement USLD, EHPAD, UVP en fonction du type de pathologies/évolution des pathologies
- Poursuivre la communication auprès des adresseurs sur l'accueil de jour et revoir les modalités d'accueil (horaires d'ouverture...?)
- Inclure davantage l'accompagnement des aidants (groupes de paroles réguliers entre aidants, avec des professionnels)

*Pistes d'orientations stratégiques de l'établissement pour le projet d'établissement 2020-2024 du SSIAD et de la fusion prochaine avec l'EHPAD La Roselière*

### 6. SSIAD

#### Enjeux identifiés

- Poursuivre la dynamique et l'offre de qualité
- Systématiser l'évaluation et la traçabilité de la douleur
- Formaliser les coopérations existantes
- Répondre aux 7 outils préconisés par l'ANESM : projet d'établissement, livret d'accueil, liste des personnes qualifiées, charte des droits, règlement de fonctionnement, conseil de vie sociale, DIPC (document individuel de prise en charge), projet personnalisé, Evaluation Externe, Evaluation Interne)

### 7. Fusion EHPAD de Schweighouse – La Roselière

#### Enjeux identifiés

- Réussir la fusion avec l'EHPAD la Roselière et créer une identité commune et un partage de la culture qualité, sécurité et pratiques de soins
- Mettre en place une coordination médicale
- Renforcer l'encadrement par la création d'un poste de cadre de santé mutualisé entre les 2 sites
- Partager et harmoniser les pratiques
- Développer l'informatisation de la structure et bénéficier de l'expérience d'informatisation de La Grafenbourg
- Sécuriser le circuit du médicament et assurer l'approvisionnement par la PUI du CH de La Grafenbourg

*Matrice AFOM (SWOT) de l'établissement (Atouts, Faibles, Opportunités, Menaces)*

ATOUTS	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un établissement reconnu au niveau local et dans la filière gériatrique du secteur</li> <li>• Excellente réputation sur la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale par l'ensemble des acteurs du territoire</li> <li>• Des conditions de travail favorables (bâtiment neuf, matériel adéquat, esprit et cohésion d'équipe...)</li> <li>• Des équipes engagées</li> <li>• Des techniques de soins et prise en charge innovantes (RESC, Snoezelen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de médecin coordonnateur depuis quelques années</li> <li>• Fragilité de gestion du service informatique (sous traitance, manque de maîtrise, manque de ressource dédiée en interne...)</li> <li>• Augmentation de l'absentéisme et des risques psychosociaux</li> <li>• Qualité des repas et prestations hôtelières</li> <li>• Informatique fixe et filaire</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etre reconnu pour sa qualité de prise en charge et s'intégrer comme acteur local dans la filière gériatrique de territoire</li> <li>• Développer les techniques de soins et de prise en charge innovante : manger main, éducation thérapeutique, alternatives non médicamenteuses...</li> <li>• Communiquer/être reconnu sur les techniques innovantes utilisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un budget en baisse</li> <li>• Des résidents atteints de troubles de plus en plus importants pouvant entraîner des situations d'agressivité</li> <li>• Changement potentiel de l'outil informatique (convergence GHT ?)</li> <li>• Baisse d'attractivité de l'établissement</li> <li>• Certains recrutements difficiles de médecins et de paramédicaux</li> </ul>

## ❖ 2.5 Une cohérence d'ensemble à assurer entre les objectifs territoriaux, régionaux et nationaux

Le **projet médico-soignant 2019-2023** du CH La Grafenbourg s'inscrit aujourd'hui dans un contexte particulier et doit concilier les objectifs fixés au niveau du GHT, de la région mais aussi au niveau national.

Ainsi, à côté des projets définis par le **Projet Médical Partagé (PMP)**, le projet médico-soignant doit respecter **les lignes directrices du nouveau Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028** défini par l'ARS Grand-Est. Le **Cadre d'Orientation Stratégique (COS)** fixe ainsi trois grands objectifs stratégiques pour les dix prochaines années :

- Diminuer la mortalité évitable dans la région et agir sur les comportements à risque ;
- Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire ;
- Promouvoir un système de santé efficient.

A ces orientations s'ajoutent également celles posées par la **stratégie nationale de santé** et ses quatre grands axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Enfin, tous les projets identifiés doivent permettre au CH La Grafenbourg **d'activer l'ensemble des leviers nécessaires à tenir ces engagements** envers la population :

- Engagement d'un accueil de qualité ;
- Engagement d'une offre complète de soins ;
- Engagement du respect de la Charte de la Personne Hospitalisée ;
- Engagement du respect de la Charte de Bienveillance de la Personne Agée ;
- Engagement du développement de la prévention et de la promotion de la santé ;





---

# LE PROJET MEDICAL

---



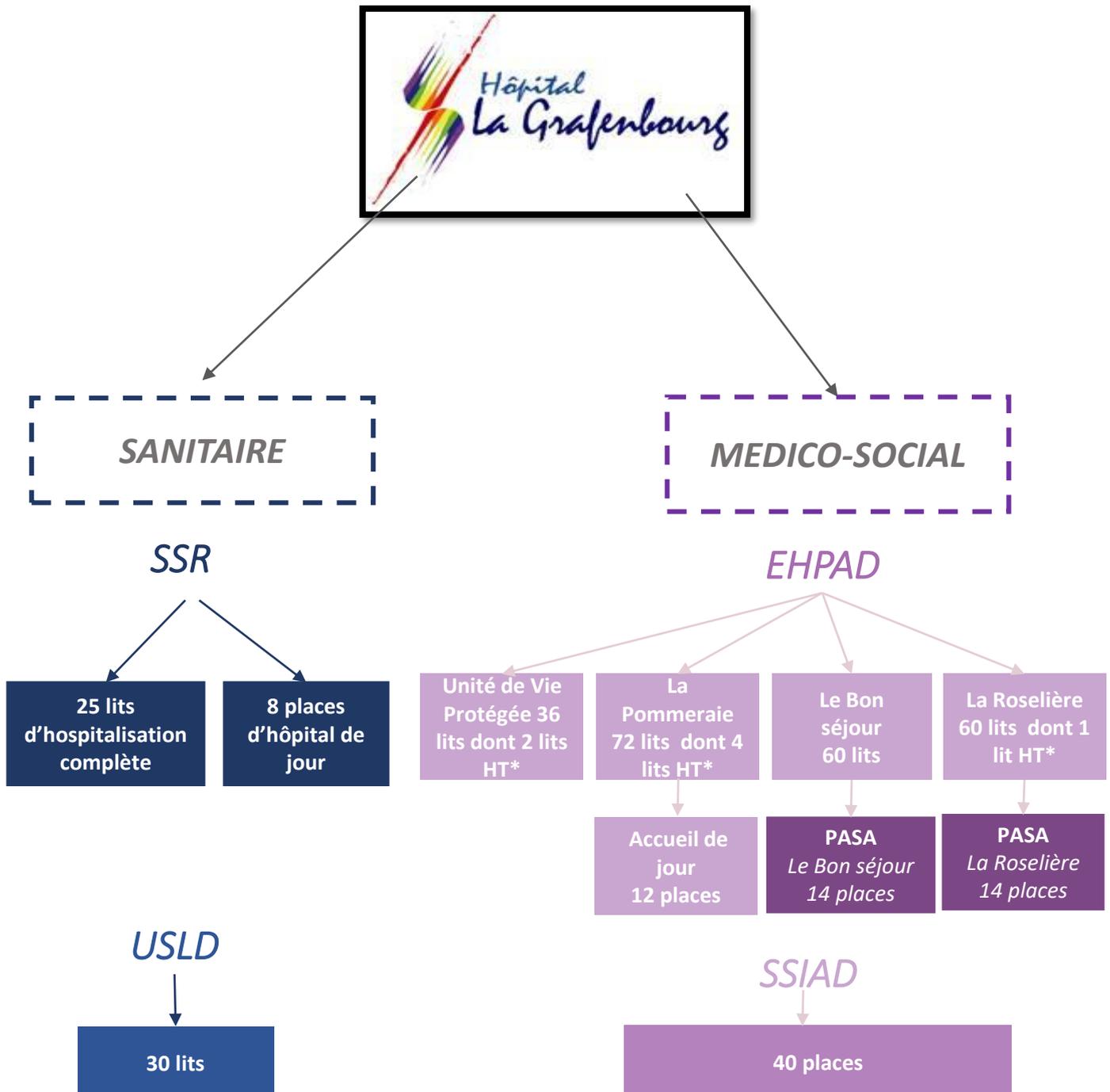
## SOMMAIRE

❖	<b>3.1. Présentation de l'offre médicale de l'hôpital La Grafenbourg</b>	<b>45</b>
❖	<b>3.2. Missions et modalités de fonctionnement des services</b>	<b>46</b>
❖	<b>3.3. Les axes stratégiques du projet médical 2020-2024 et déclinaison opérationnelle</b>	<b>52</b>
✓	<b>Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale</b>	<b>53</b>
➤	<b>Objectif n°3.1</b> : Poursuivre et développer le recours aux techniques innovantes médicamenteuses	54
➤	<b>Objectif n°3.2</b> : Développer le recours à l'éducation thérapeutique pour la prévention des chutes en hôpital de jour de Soins de Suite et de Réadaptation (HDJ SSR)	55
➤	<b>Objectif n°3.3</b> : Assurer la prévention des chutes en EHPAD	56
➤	<b>Objectif n°3.4</b> : Maintenir la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et de rééducation du patient en SSR	57
➤	<b>Objectif n°3.5</b> : Envisager un atelier extérieur pour les patients HDJ SSR	58
➤	<b>Objectif n°3.6</b> : Améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie et développer les soins palliatifs	59
➤	<b>Objectif n°3.7</b> : Proposer un accompagnement aux aidants	60
➤	<b>Objectif n°3.8</b> : Poursuivre les Evaluations des Pratiques Professionnelles (réitération et nouvelles EPP)	61
➤	<b>Objectif n°3.9</b> : Mettre en place une coordination médicale au sein des EHPAD Bon séjour et La Roselière	62
➤	<b>Objectif n°3.10</b> : Mettre en avant et valoriser la satisfaction des familles et la qualité de prise en charge	63
➤	<b>Objectif n°3.11</b> : Assurer la qualité et le confort de vie des résidents en EHPAD	63
➤	<b>Objectif n°3.12</b> : Dynamiser l'activité en USLD	64
✓	<b>Axe n°2 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration</b>	<b>65</b>
➤	<b>Objectif n°3.13</b> : Sensibiliser et responsabiliser les équipes au circuit du médicament	66
➤	<b>Objectif n°3.14</b> : Assurer la traçabilité de l'administration en temps réel	67
➤	<b>Objectif n°3.15</b> : Sécuriser le stockage	67
➤	<b>Objectif n°3.16</b> : Développer l'information pharmaceutique et développer la culture de l'erreur	68

## SOMMAIRE

✓ <b>Axe n°3 : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement</b>	<b>69</b>
➤ <b>Objectif n°3.17</b> : Proposer une offre de consultations externes en cohérence avec les financements prévus dans le cadre de la T2A SSR	70
➤ <b>Objectif n°3.18</b> : Bénéficier de l'optimisation du codage SSR à l'échelle du GHT	70
➤ <b>Objectif n°3.19</b> : Prendre en charge le patient le plus précocement possible et limiter les retards de sortie liées à des problématiques sociales en SSR	71
➤ <b>Objectif n°3.20</b> : Maintenir le bon niveau d'activité sur l'établissement	72
✓ <b>Axe n°4 : Poursuivre la fluidité du parcours interne</b>	<b>73</b>
➤ <b>Objectif n°3.21</b> : Mener des actions de sensibilisation aux troubles cognitifs	74
➤ <b>Objectif n°3.22</b> : Fluidifier le parcours entre USLD, EHPAD et UVP en fonction du type de pathologies / évolution des pathologies, et le stipuler dans le contrat de séjour	74
✓ <b>Axe n°5 : Optimiser le dossier patient</b>	<b>75</b>
➤ <b>Objectif n°3.23</b> : Poursuivre l'informatisation du dossier patient (intégration des documents externes)	76
➤ <b>Objectif n°3.24</b> : Mettre en place la messagerie sécurisée en lien direct avec le Dossier Patient Informatisé (DPI)	76
✓ <b>Axe n°6 : Réussir la fusion avec l'EHPAD La Roselière</b>	<b>77</b>
➤ <b>Objectif n°3.25</b> : Assurer la coordination médicale à La Roselière par le recrutement d'un médecin coordonnateur	77
➤ <b>Objectif n°3.26</b> : Mettre en place le circuit du médicament en lien avec la PUI de La Grafenbourg	78
➤ <b>Objectif n°3.27</b> : Favoriser l'utilisation du dossier patient informatisé à la Roselière	79
✓ <b>Axe n°7 : Développer les liens ville-hôpital-médico-social</b>	<b>79</b>
➤ <b>Objectif n°3.28</b> : Favoriser les liens avec les adresseurs par le biais de la qualité de la prise en charge et poursuivre les actions de communication auprès des adresseurs	80
➤ <b>Objectif n°3.29</b> : Poursuivre la communication auprès des adresseurs sur l'accueil de jour	80
➤ <b>Objectif n°3.30</b> : Ouvrir à l'extérieur la possibilité de participer aux réunions d'information thématiques autour des aidants	81
➤ <b>Objectif n°3.31</b> : Evaluer l'intérêt de mettre en place des dispositifs de télémedecine sur l'établissement	81

## ❖ 3.1. Présentation de l'offre de l'Hôpital La Grafenbourg



\*HT : Hébergement Temporaire  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

## ❖ 3.2 Missions et modalités de fonctionnement des services

Le projet médical de La Grafenbourg a pour ambition de traiter **en transversal l'ensemble des services et spécialités de l'établissement**. Les particularités restent toutefois identifiées lorsqu'elles existent. Ce projet intègre également l'EHPAD La Roselière dont la fusion effective a été organisée au 1er janvier 2019.

### 3.2.1 Le secteur sanitaire

Le secteur sanitaire du centre hospitalier La Grafenbourg est composé :

- d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) composé de 25 lits d'hospitalisation complète et d'un hôpital de jour SSR de 4 places
- d'un service d'USLD de 30 lits.

#### **a) Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de jour (HDJ)**

En 2015, le service de SSR a vu son capacitaire passer de 18 à 25 lits, valorisant l'intérêt et la nécessité de cette structure dans la filière gériatrique de proximité de Brumath.

Le service d'HC SSR, assure :

- la rééducation post-orthopédique et post-traumatique du patient âgé et fragile ;
- la prise en charge de patients présentant des décompensations médicales multiples et la prévention des décompensations médicales et fonctionnelles par admission directe des patients sorties d'hospitalisation (MCO principalement).

Bien que disposant d'une autorisation « SSR polyvalent », le service d'hospitalisation complète accueille en grande majorité des patients âgés de 80 ans et plus (72%) polypathologiques.

L'hôpital de jour vient compléter cette offre de proximité faisant le lien notamment entre la ville et l'hôpital. En effet, il permet d'assurer la continuité de la rééducation après un retour à domicile, en assurant :

- le diagnostic des pathologies du patient âgé : déclin cognitif, troubles psycho-comportementaux, troubles de la marche et de l'équilibre, les chutes...
- un programme de soins adaptés et ayant un rôle fondamental d'écoute, d'échange et de coordination des soins.

#### ***Les missions du SSR***

La mission principale en SSR HC est de construire un projet thérapeutique pluridisciplinaire et partagé avec le patient, permettant son autonomisation et facilitant son retour à domicile dans des conditions optimales.

En HDJ, la mission principale est le maintien à domicile et ce par un programme de prise en charge pluridisciplinaire incluant réadaptation motrice, cognitive, amélioration de l'autonomie pour les gestes quotidiens, au niveau sensoriel et social. Par son rôle intermédiaire entre la ville et l'hôpital, il assure également le rôle de coordinateur de soins, d'accompagnement des aidants et parfois de préparation à l'entrée en institution.

Le projet de rééducation en SSR est central dans la prise en charge des patients c'est pourquoi le CH La Grafenbourg s'attache à proposer une offre pluridisciplinaire médicale, soignante, rééducative (kinésithérapie, ergothérapie, diététique, psychologique, neuropsychologique) et sociale.

### ***Les modalités d'admission***

A partir des demandes réalisées sur ViaTrajectoire et validées par les médecins de l'établissement, le SSR privilégie les demandes provenant des établissements partenaires du GHT, dans l'intérêt de fluidifier le parcours des patients du territoire. Les patients domiciliés dans le périmètre géographique proche constituent ainsi une priorité afin de garantir la proximité et de faciliter retours et maintien à domicile. Enfin, le SSR s'attache à répondre aux médecins traitants demandant l'hospitalisation directe de leurs patients afin d'assurer la prévention d'une éventuelle hospitalisation en MCO.

### **b) L'USLD**

Le service d'USLD du CH La Grafenbourg par définition accueille et prend en charge des patients présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie instable pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces patients nécessitent un suivi médical rapproché, une surveillance et des soins médicaux permanents et constants ainsi qu'un accompagnement global en matière d'aide aux actes de la vie quotidienne (AVQ).

### ***Les missions de l'USLD***

L'USLD du CH La Grafenbourg a ainsi pour missions:

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes
- d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie
- d'assurer l'accompagnement des familles/de l'entourage



**En 2017, le Pathos moyen pondéré de la structure atteint 372 et le GIR moyen pondéré 879** avec plus de 53% des patients relevant du GIR 1.

### ***Les modalités d'admission (Via Trajectoire)***

Les patients hospitalisés en USLD peuvent être admis suite à un séjour SSR ou EHPAD directement du domicile. L'admission se fait sur accord du médecin responsable après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale. En cas d'amélioration suffisante de l'état de santé du patient ne nécessitant plus de surveillance médicale et de soins rapprochés, il peut, au cas par cas, être adressé en EHPAD.

### 3.2.2. Le secteur médico-social

Le CH La Grafenbourg propose une offre médico-sociale complète et répond également aux besoins spécifiques du patient âgé atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées par l'existence d'une offre spécifiquement dédiée.

#### **a) EHPAD**

Depuis le précédent projet d'établissement, l'offre d'EHPAD est passée de 90 lits à 168 lits. Cette évolution de l'offre s'est accompagnée de la construction d'un bâtiment neuf et adapté (2014) intégrant notamment des unités de vie protégées (UVP) dédiées aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

**L'établissement dispose donc aujourd'hui de 168 lits d'EHPAD répartis sur deux bâtiments :**

- **EHPAD La Pommeraie** de 72 lits dont 4 lits d'hébergement temporaire et 36 lits répartis en trois unités de vie protégée (12 lits par unité dont 2 lits d'hébergement temporaire);
- **EHPAD Le Bon séjour** de 60 lits et un PASA de 14 places



En direction commune avec l'EHPAD La Roselière depuis 2011, une fusion effective est mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 : intégration juridique des 60 lits d'hébergement (dont 1 lit d'hébergement temporaire) au CH La Grafenbourg, en maintenant l'implantation sur la commune de Schweighouse/Moder.

#### ***Les missions des EHPAD***

La mission principale des EHPAD est d'assurer une prise en charge consistant à entretenir, mobiliser voire développer et révéler les capacités personnelles des personnes accueillies en tenant compte de ses potentialités et sa problématique propre.

Cette prise en charge pluridisciplinaire permet :

- d'accompagner les personnes accueillies dans leur épanouissement personnel ;
- de promouvoir leur autonomie dans la gestion de leur vie quotidienne et de leurs activités ;
- de mettre en œuvre un accompagnement adapté en tenant compte de ses souhaits, capacités et difficultés.

#### ***Les modalités d'admission***

Quelle que soit l'unité « médico-sociale » ou USLD hors SSIAD, une commission d'admission bi-mensuelle se réunit avec médecins et encadrement afin d'étudier les différents dossier et aiguiller au mieux les personnes accueillies en fonction de leurs besoins et des places disponibles.

### **b) Les Unités de Vie Protégées (UVP)**

Intégrées à l'activité d'EHPAD, les UVP (36 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire) de La Grafenbourg sont des unités spécialement conçues tant au niveau architectural qu'en termes de prise en charge pour **offrir aux résidents atteints de maladies d'Alzheimer ou apparentées, un confort de vie et un environnement adapté.**

#### ***Les missions des UVP***

Il convient de distinguer les missions spécifiques pour les résidents des UVP de celles proposées aux aidants par l'intermédiaire des lits d'hébergement temporaire.

Ainsi, pour les résidents, les missions sont de permettre :

- d'offrir un lieu d'hébergement sécurisé, proposant des animations et activités adaptées ;
- de promouvoir l'autonomie des personnes et de rassurer les familles par un accompagnement adapté et personnalisé en tenant compte des possibilités de chacun

Pour les aidants, les missions de l'hébergement temporaire des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées sont :

- d'apporter des solutions de répit en permettant de libérer du temps aux aidants, assurant ainsi la prévention de l'épuisement des aidants ;
- de rompre l'isolement des personnes ou de leurs proches ;
- de préparer l'entrée en établissement, l'hébergement temporaire assure ainsi l'accompagnement de la personne âgée dans son évolution et participe avec l'aidant à une éventuelle entrée en établissement.



#### ***Les modalités d'admission***

Pour permettre l'admission d'une personne en unité de vie protégée, un diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées doit être posé par une consultation mémoire ou un médecin spécialiste. Toutefois, aucune prescription médicale n'est requise. Par ailleurs, la personne admise doit être mobile, valide et ne pas présenter de comportement relevant d'une admission en unité psychiatrique.

## **c) Accueil de jour**

Disposant d'une capacité d'accueil de 12 places, l'accueil de jour de l'hôpital La Grafenbourg est composé d'une équipe pluridisciplinaire et d'espaces spécialement conçus pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

### ***Les missions de l'Accueil de jour***

L'accueil de jour a pour vocation d'accueillir sur la journée, une ou plusieurs fois par semaine, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées pour leur permettre de réaliser des activités adaptées contribuant à entretenir leur autonomie et offrant un temps de répit pour leurs aidants à domicile.

La prise en charge s'articule autour de temps d'accueil, d'activités thérapeutiques adaptées, de temps de convivialité, de moments de repos.

Les activités thérapeutiques sont articulées autour de quatre axes que sont la stimulation cognitive, la nutrition, le bien être et l'estime de soi avec la possibilité de réaliser des activités en extérieur et des séances de relaxation et de détente ainsi que des activités physiques adaptées.



### ***Les modalités d'admission***

L'admission des personnes en accueil de jour est articulée autour de deux temps. Le premier temps est l'étude du dossier par le médecin responsable consistant à évaluer le dossier et valider l'entrée (commission d'admission). Un second temps est organisé avec la personne accueillie, son entourage et l'équipe du service afin de permettre de disposer de l'ensemble des éléments et définir la prise en charge dédiée qui pourra être réalisée sur avis du médecin responsable et acceptation par la Direction de l'établissement.

### **c) Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

Le SSIAD La Grafenbourg dispose depuis 2004 de 40 places et vient compléter l'offre dédiée aux personnes âgées du territoire de Brumath. Il propose sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers techniques ou de base, de réadaptation et d'accompagnement psychologiques aux personnes âgées de plus de 60 ans malades et/ou dépendantes ainsi que des prestations de soins techniques et accompagnement dans l'accomplissement de certains actes de la vie quotidienne.

#### ***Les missions du SSIAD***

Le SSIAD La Grafenbourg a pour missions :

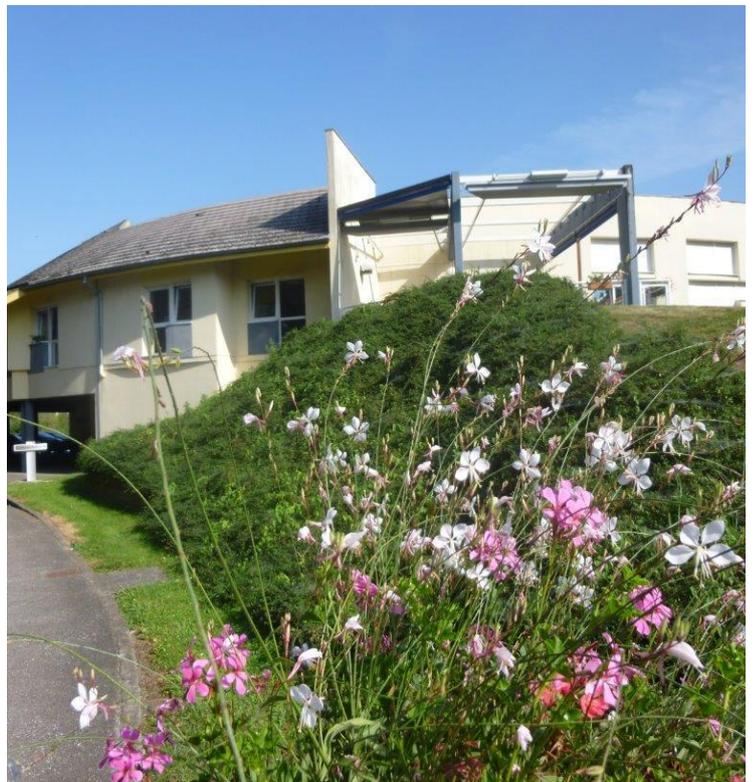
- de permettre le maintien à domicile et ainsi de prévenir ou retarder la dégradation de l'état de santé de la personne âgée.
- d'éviter ou écourter l'hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile.
- de faciliter les retours à domicile ou en établissement non médicalisé à la suite d'une hospitalisation.
- de retarder ou préparer l'admission en institution.

#### ***Les modalités d'admission***

Les patients sont admis sur dossier et sur prescription médicale par l'infirmière coordinatrice. L'admission est effective sous réserve du respect des conditions de prise en charge décrites dans le règlement de fonctionnement et des places disponibles.

L'infirmière coordinatrice assure ensuite une première visite et élabore un plan individualisé de soins décrivant :

- Les actes effectués par les infirmiers, aides-soignants, la nature de la prise en charge (aide aux transferts, toilettes, habillage etc.).
- Les visites au domicile des patients (jours, tranche horaire de passage etc.).
- Le matériel médical nécessaire.
- Les aménagements nécessaires (lieu de soins défini, accessible, propre et respectant l'intimité du patient etc.).
- Le petit matériel d'hygiène nécessaire.



Les actes de soins infirmiers sont réalisés par des infirmiers libéraux sous convention avec le SSIAD ; d'autres professionnels paramédicaux en partenariat avec le SSIAD peuvent également être amenés à participer à la prise en charge de la personne (exemple : ergothérapeute pour les aides techniques et adaptations du domicile etc.)

### ❖ 3.3. Les axes stratégiques du projet médical 2020-2024

---

Le projet médical du Centre Hospitalier de La Grafenbourg est défini pour les cinq années à venir. La stratégie médicale de l'établissement lui permet de s'adapter aux évolutions majeures de son environnement et de répondre ainsi aux obligations du service public sur son territoire et aux besoins de la population.

Le Centre Hospitalier La Grafenbourg se fixe ainsi comme ambition d'accompagner la population âgée à chaque étape en se positionnant comme acteur de proximité proposant une offre spécialisée et dédiée en sanitaire comme en médico-social.

Le présent projet médical 2020-2024 du CH La Grafenbourg permet ainsi de répondre au vieillissement de population, à l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques et des profils de patients pluri-pathologiques. De plus, il traduit la volonté médicale d'optimiser les parcours de santé dans une logique d'organisation territoriale de l'offre de soins conformément au Projet Régional de Santé et aux objectifs fixés par les Projet Médical Partagé du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle.

Enfin, il s'inscrit dans une dynamique de réseaux, de relations de partenariats avec les principaux acteurs du secteur public de la région permettent au CH La Grafenbourg d'offrir une offre complète à la personne âgée prise en charge/accueillie.

La qualité des relations avec les médecins correspondants tant hospitaliers que de ville ainsi que sa qualité de prise en charge sont reconnues par la population du bassin et deviennent le critère différenciateur majeur de sa proposition de services.

Le projet médical 2020-2024 de la Grafenbourg est ainsi articulé autour de **sept axes principaux** :

- ✓ **Axe n°1**: Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale
- ✓ **Axe n°2** : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration
- ✓ **Axe n°3** : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement
- ✓ **Axe n°4** : Poursuivre la fluidité du parcours interne
- ✓ **Axe n°5** : Optimiser le dossier patient
- ✓ **Axe n°6** : Réussir la fusion avec l'EHPAD La Roselière
- ✓ **Axe n°7**: Développer les liens ville-hôpital-médico-social

## ✓ Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

---

Ce premier axe structurant du projet médical 2020-2024 vise à consolider l'activité sanitaire et développer les activités médico-sociales proposées par le Centre Hospitalier La Grafenbourg dans un souci de **maintien de la qualité de prise en charge et de réponse aux besoins de la population locale dans le respect des réglementations en vigueur, des recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM et de la certification qualité.**

Dans le cadre de cet axe, **douze objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Objectif n°3.1:** Poursuivre et développer le recours aux techniques innovantes non médicamenteuses.
- **Objectif n°3.2 :** Développer le recours à l'éducation thérapeutique pour la prévention des chutes en hôpital de jour de Soins de Suite et de Réadaptation (HDJ SSR).
- **Objectif n°3.3 :** Assurer la prévention des chutes en EHPAD.
- **Objectif n°3.4 :** Maintenir la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et de rééducation du patient en SSR.
- **Objectif n°3.5 :** Envisager un atelier extérieur pour les patients HDJ SSR.
- **Objectif n°3.6 :** Améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie et développer les soins palliatifs.
- **Objectif n°3.7 :** Proposer un accompagnement aux aidants.
- **Objectif n°3.8 :** Poursuivre les Evaluations des Pratiques Professionnelles (réitération et nouvelles EPP).
- **Objectif n°3.9 :** Mettre en place une coordination médicale au sein des EHPAD Bon séjour et La Roselière.
- **Objectif n°3.10 :** Mettre en avant et valoriser la satisfaction des familles et la qualité de prise en charge.
- **Objectif n°3.11 :** Assurer la qualité et le confort de vie des résidents en EHPAD.
- **Objectif n°3.12 :** Dynamiser l'activité en USLD.

## Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

### ➤ Objectif n°3.1 : Poursuivre et développer le recours aux techniques innovantes non médicamenteuses

Les équipes médicales et soignantes du Centre Hospitalier La Grafenbourg s'attachent, lorsque cela est possible, à recourir aux techniques innovantes non médicamenteuses au sein de tous les services de l'établissement et en équipe pluridisciplinaire. Elles ont pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien-être et la prévention de la iatrogénie. Les techniques telles que la Résonance par Stimulation Cutanée (RESC) et le Snoezelen sont d'ores et déjà bien en place au sein de l'établissement auprès des patients comme des résidents. Certaines approches comme la médiation animale sont également utilisées au sein de certains services de l'établissement et le but est d'envisager son application à d'autres services dans la mesure du possible.

Dans le prolongement de cette approche multisensorielle, les professionnels de La Grafenbourg souhaitent ainsi développer de nouvelles techniques telles que l'aromathérapie, la technique Montessori tout en renforçant et valorisant les actions déjà en place. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été identifiées et sont présentées ci-dessous.

Dans le cadre de cet objectif, **neuf actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Créer en interne une équipe mobile RESC (sous réserve d'attribution de moyens humains et financiers complémentaires)
- **Action n°2** : Créer une consultation RESC (pour le personnel et les patients) – en lien avec la demande de financement CLACT\*
- **Action n°3** : Mettre en place l'aromathérapie à l'échelle de l'établissement
- **Action n°4** : Former le personnel à la RESC niveau 1, 2 et 3
- **Action n°5** : Acquérir du matériel d'aromathérapie dans tous les services
- **Action n°6** : Former le personnel à l'aromathérapie
- **Action n°7** : Poursuivre la pratique du Snoezelen et la diffusion de cette technique (formations internes, partage d'expérience)
- **Action n°8** : Poursuivre et développer la pratique de la technique Montessori pour la personne âgée (déjà en place à l'Accueil de Jour)
- **Action n°9** : Poursuivre la médiation animale et l'étendre sur d'autres services

\*CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.2 : Développer le recours à l'éducation thérapeutique pour la prévention des chutes en Hôpital de Jour SSR**

---

Les conséquences des chutes sur la vie de la personne âgée sont importantes et se répercutent sur l'ensemble de sa vie et son devenir. Face à la patientèle âgée accueillie en hôpital de jour SSR au sein de l'établissement et à son rôle clef dans la prise en charge et la prévention du patient âgé chuteur, l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJ SSR souhaite mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique spécifique. Le développement de l'éducation thérapeutique pour le patient âgé chuteur en complément de la prise en charge rééducative, prend tout son sens, permettant ainsi d'éviter la survenue de la récurrence et contribuant au maintien à domicile, mission principale du service.

Pour être en mesure d'aboutir à la labellisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient âgé chuteur, les professionnels de santé ont identifié un certain nombre d'actions à mettre en place sur la période 2020-2024.

Dans le cadre de cet objectif, **cinq actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Construire et écrire un programme d'éducation thérapeutique avec l'équipe pluridisciplinaire au sein de l'HDJ sur la prévention des chutes chez le patient âgé en cohérence avec l'attendu du dossier de labellisation ARS.
- **Action n°2** : Visiter des services où il existe un programme d'éducation thérapeutique « prévention des chutes du patient âgé ».
- **Action n°3** : Monter et déposer un dossier de demande de labellisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.
- **Action n°4** : Former les équipes à l'éducation thérapeutique.
- **Action n°5** : Communiquer sur le programme d'éducation thérapeutique.

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.3 : Assurer la prévention des chutes au sein des EHPAD**

---

La prévention des chutes est depuis plusieurs années une préoccupation majeure au sein de l'établissement et a donné lieu à la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dont les objectifs étaient de diminuer le nombre de chutes, de diminuer la gravité des chutes, de repérer les chuteurs potentiels, de développer la prévention des chutes.

Cette EPP a permis d'aboutir à la mise en place d'un certain nombre d'actions et protocoles en lien comme la formalisation d'une fiche de déclaration de chute accessible à l'ensemble des professionnels et informatisée, la création d'un parcours de marche à l'extérieur, un atelier « équilibre » suivi par les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, la mise en place de référents chutes.

Enfin, les fiches de déclaration de chute sont traitées régulièrement par le service qualité qui effectue un retour par service et unité afin d'assurer un suivi. Les actions identifiées dans le cadre de cet objectif viennent donc compléter les dispositifs déjà en place au sein de La Grafenbourg.

Dans le cadre de cet objectif, cinq actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : Recenser les fiches de déclaration de chutes en EHPAD et identifier les actions en lien
- **Action n°2** : Assurer l'étude et le retour des fiches de chute en staff pluridisciplinaire au sein des différents services/unités
- **Action n°3** : Sensibiliser régulièrement le personnel sur la nécessité de déclarer les chutes (fiches chutes)
- **Action n°4** : Mettre en place les actions issues des analyses réalisées en staff pluridisciplinaire
- **Action n°5** : Poursuivre les ateliers gymnastique et équilibre pour maintenir les acquis et éviter les chutes (prévention)

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°4.4 : Maintenir la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et de rééducation du patient en SSR**

L'établissement dispose à ce jour d'une autorisation de SSR polyvalent, pourtant, les patients pris en charge ont une moyenne d'âge de plus de 80 ans et sont polypathologiques. L'établissement à l'échelle régionale et nationale apparaît donc comme « polyvalent » ne permettant pas d'être identifié comme un acteur de proximité répondant aux besoins relatifs à la personne âgée contrairement aux SSR disposant d'une autorisation PAPD (Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes ou à risque de dépendance). Ainsi, une des actions identifiées dans le cadre de cet objectif est donc de permettre cette reconnaissance pour le service de SSR de l'établissement.

Par ailleurs, le service de SSR s'inscrit et respecte les modalités de prise en charge répondant aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles qui sont d'assurer ou réévaluer le bilan médico-psycho-social, de réaliser un projet thérapeutique personnalisé réévalué périodiquement, d'accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en lien avec le patient et son entourage.

Les équipes pluridisciplinaires s'attachent à offrir aux patients une rééducation quotidienne et pluridisciplinaire afin de garantir et maintenir la qualité de leur prise en charge reconnue tant par les patients que les adresseurs. Les actions identifiées au sein de cet objectif ont été définies en ce sens.

Dans le cadre de cet objectif, quatre actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : Disposer de la reconnaissance SSR PAPD : dépôt de dossier de modification autorisation pour la reconnaissance « PAPD »
- **Action n°2** : Poursuivre la rééducation intensive (prise en charge journalière d'au moins une séance MK/ergothérapeute par patient)
- **Action n°3** : Conventionner avec les services d'orthopédie pour la prise en charge ortho gériatrique (Haguenau; Strasbourg) en lien avec le GHT
- **Action n°4** : Développer la prise en charge d'ergothérapie tout au long de la prise en charge (en fonction des financements et moyens alloués)

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.5 : Envisager la création d'un atelier extérieur pour les patients HDJ SSR**

---

L'hôpital de jour SSR dispose d'un espace dédié à la prise en charge des patients. Toutefois, au sein même de cet espace, aucun accès à l'extérieur n'a été initialement prévu. Dans l'intérêt de la prise en charge des patients, les professionnels souhaiteraient, dans la limite des possibilités financières et architecturales, être en mesure de proposer un espace extérieur afin de proposer un atelier extérieur et compléter la prise en charge des patients. L'atelier extérieur envisagé devrait permettre un accès sécurisé aux patients sous la surveillance des professionnels tout en restant dans l'enceinte du service.

Dans le cadre de cet objectif, **deux actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Créer un espace extérieur sécurisé en HDJ SSR pour la réalisation d'un atelier
- **Action n°2** : Permettre aux patients d'accéder en toute sécurité à un espace extérieur depuis l'HDJ sans nécessité de détacher un soignant (optimiser le temps des soignants « accompagnateurs »)

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.6 : Améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie et développer les soins palliatifs**

En tant qu'établissement spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée que ce soit en sanitaire ou en médico-social, la fin de vie est un sujet majeur et est abordé sur l'ensemble des services de l'établissement par tous les professionnels. Les équipes s'attachent à ce que les patients en fin de vie puissent être accompagnés au sein de leur lieu de vie, par les professionnels qu'ils connaissent, en maintenant leur confort de vie et en s'adaptant à leurs habitudes de vie. En cas de besoin de soins spécifiques palliatifs, un médecin spécialisé ainsi que des professionnels formés en soins palliatifs au sein de l'établissement sont sollicités. Par ailleurs, les équipes font intervenir si besoin une équipe mobile de soins palliatifs.

Par ailleurs, le projet médical partagé du GHT dans sa filière gériatrique inscrit les soins palliatifs comme un enjeu auquel les établissements participant à la prise en charge du patient âgé doivent répondre.

En réponse à ces enjeux, l'établissement souhaite aller plus loin et disposer d'une autorisation spécifique pour un lit dédié soins palliatifs en SSR.

Dans le cadre de cet objectif, **neuf actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Utiliser les outils déjà existants et poursuivre les actions mises en œuvre en soins palliatifs.
- **Action n°2** : Construire et rédiger un projet en vue de demander l'autorisation d'un lit identifié soins palliatifs en SSR.
- **Action n°3** : Poursuivre la formation du personnel en soins palliatifs.
- **Action n°4** : Faire participer les bénévoles à l'accompagnement des patients en fin de vie : proposer de faire des visites aux patients qui n'ont pas de famille, et rechercher des conventionnements avec des associations.
- **Action n°5** : Soulager la douleur physique et psychique en évaluant la douleur selon la procédure et assurant la traçabilité de celle-ci (en lien avec EPP fin de vie et douleur).
- **Action n°6** : Poursuivre les soins de confort (adapter les soins au confort et aux habitudes du patient).
- **Action n°7** : Assurer une alimentation « plaisir ».
- **Action n°8** : Accueillir et accompagner les familles et poursuivre l'intervention des psychologues.
- **Action n°9** : Maintenir la flexibilité des horaires de visites et donner la possibilité de rester 24 heures.

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.7 : Proposer un accompagnement aux aidants**

L'accompagnement des aidants est un enjeu national majeur. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) vient l'entériner; l'accompagnement et le répit des aidants doivent désormais être systématiquement traités dans les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

La Grafenbourg a mis en place plusieurs actions dans l'intérêt d'accompagner les aidants notamment en répondant aux besoins d'accueil temporaire (lits d'hébergement temporaire) dont l'objectif principal est de soulager les aidants principaux. Par ailleurs, l'accueil de jour et l'organisation de temps d'échange spécifique pour les aidants viennent compléter cet accompagnement. Toutefois, les professionnels souhaitent développer davantage cet accompagnement quel que soit le service de l'établissement et même en dehors. Les actions ci-dessous viennent ainsi compléter l'accompagnement des aidants déjà existant au sein de l'établissement.

Dans le cadre de cet objectif, **cinq actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Maintenir le café des aidants en accueil de jour (AJ) et l'élargir aux autres services de l'établissement .
- **Action n°2** : Poursuivre la mise en place de réunions d'informations dédiées aux aidants « Si on en parlait? » (AJ et HDJ). Communiquer sur cette réunion à l'échelle de l'établissement.
- **Action n°3** : Elargir aux intervenants extérieurs l'accès aux réunions d'information dédiées aux aidants. Créer des supports de communication et d'information pour les médecins traitants et autres partenaires pouvant diffuser l'information.
- **Action n°4** : Communiquer régulièrement sur les réunions destinées aux aidants.
- **Action n°5** : Favoriser le suivi individuel des aidants une fois le proche placé (psychologue, assistant du service social).

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.8 : Poursuivre les Evaluations des Pratiques Professionnelles**

L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est l'application de méthodes et d'outils d'amélioration des pratiques professionnelles, elles peuvent être réalisées dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective et constituent un programme d'actions pluridisciplinaire. L'EPP consiste à analyser l'activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients. Enfin, l'EPP nécessite une méthodologie particulière et doit être mesurée dans le dossier médical du patient ou par l'observation.

La culture de l'évaluation des pratiques professionnelles est présente au sein de l'ensemble des services de La Grafenbourg depuis plusieurs années en sanitaire comme en médico-social. Les thématiques à traiter sont sélectionnées en CME et la méthodologie ainsi que leur mise en œuvre sont réalisées en collaboration étroite avec le service qualité et gestion des risques. Le type de démarche choisie peut être un audit clinique ciblé, l'analyse des causes ou la revue de pertinence. Un tableau de bord EPP est réalisé, actualisé et adressé à l'HAS. Les thématiques EPP présentes dans le dernier tableau de bord EPP adressé à l'HAS en 2017 sont : la polymédication chez la personne âgée, la prévention du risque de chutes, l'évaluation de la douleur, la prescription de la contention, la prise en charge des escarres, la prévention des troubles nutritionnels chez la personne âgée, les troubles du comportement perturbateurs, la fin de vie, l'évaluation de l'adéquation entre la pathologie du patient âgé et les médicaments prescrits, les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez la personne âgée (Stopp-Start), la santé bucco-dentaire, les plaies et cicatrisations, l'évaluation de la douleur et sa traçabilité dans le dossier patient informatisé (DPI).

Les EPP restent une préoccupation importante pour la communauté médicale et les professionnels de l'établissement. C'est ainsi que les actions suivantes souhaitent être poursuivies sur les prochaines années.

Dans le cadre de cet objectif, **trois actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Sélectionner des EPP en fonction des besoins exprimés par les soignants.
- **Action n°2** : Maintenir la dynamique des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles en sélectionnant des EPP à réévaluer.
- **Action n°3** : Faire une EPP sur la maltraitance.

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.9 : Mettre en place une coordination médicale au sein des EHPAD Bon séjour et La Roselière**

---

L'établissement La Grafenbourg compte deux EHPAD, La Pommeraie et Le Bon séjour et à partir du 1er janvier 2019, par fusion, l'EHPAD La Roselière viendra compléter cette offre. A ce jour, la coordination médicale des EHPAD est différente selon le site. En effet, l'EHPAD La Pommeraie fonctionne avec des médecins salariés de l'établissement, prescripteurs qui assurent la coordination des équipes dans le cadre de la prise en charge des résidents. Sur l'EHPAD Le Bon séjour, les médecins traitants libéraux interviennent directement auprès de leurs patients résidant au sein de l'EHPAD et sont prescripteurs; la coordination médicale est assurée par un médecin non prescripteur. Ce fonctionnement est identique sur l'EHPAD La Roselière.

Comme beaucoup d'EHPAD au niveau national, la Grafenbourg est confronté à une difficulté d'attractivité et de recrutement de médecin coordonnateur laissant l'EHPAD Le Bon séjour sans médecin coordonnateur. La coordination médicale des EHPAD est essentielle pour les équipes de professionnels et les résidents. Afin d'apporter une solution à cette situation et dans le cadre de la fusion avec l'EHPAD La Roselière, il est envisagé de changer le fonctionnement de la coordination médicale des EHPAD Bon séjour et La Roselière.

Dans le cadre de cet objectif, **six actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Recruter un médecin salarié sur une fonction de médecin coordonnateur sur l'EHPAD La Roselière et sur une fonction de prescripteur au Bon séjour.
- **Action n°2** : Assurer un suivi médical régulier par les médecins traitants : sensibiliser les médecins traitants (médecin coordonnateur).
- **Action n°3** : Rétablir la commission de coordination gériatrique.
- **Action n°4** : Envisager l'intégration du périmètre du Bon séjour dans les astreintes médicales (en lien avec le conventionnement actuel avec l'EPSAN).
- **Action n°5** : Sécuriser avec les médecins de l'établissement la procédure d'appel d'urgence en cas d'absence de réponse des médecins traitants.
- **Action n°6** : Faciliter la liaison médicale avec les centres hospitaliers lors des transferts en sensibilisant les médecins traitants sur la traçabilité requise par le (DLU).

### Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

#### ➤ Objectif n°3.10 : Mettre en avant et valoriser la satisfaction des familles et la qualité de la prise en charge

Le centre hospitalier La Grafenbourg est un établissement reconnu pour la qualité de la prise en charge offerte aux patients et résidents tant par les usagers que par les adresseurs et autres acteurs du terrain. Les actions identifiées ci-dessous ont pour but de valoriser la satisfaction des patients, résidents et familles auprès des professionnels, des adresseurs et autres acteurs du territoire afin de poursuivre et maintenir la qualité de cette prise en charge.

Dans le cadre de cet objectif, **trois actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Partager les retours des questionnaires de satisfaction avec les équipes.
- **Action n°2** : Communiquer à l'extérieur sur la qualité de la PEC et la satisfaction des patients/résidents.
- **Action n°3** : Existence d'un site internet à jour contenant l'ensemble des informations sur la prise en charge des patients et résidents.

#### ➤ Objectif n°3.11 : Assurer la qualité et le confort de vie des résidents

La qualité et le confort de vie des résidents sont au cœur des préoccupations de l'établissement. Le respect des attentes de la personne âgée est une priorité pour les professionnels de l'établissement. La personne âgée est intégrée à un cadre de vie agréable, reçoit une aide et des soins adaptés et a une vie sociale dans le respect des préconisations et recommandations de l'ANESM.

Le projet de vie personnalisé en EHPAD est une priorité dont les objectifs sont de préserver et maintenir l'autonomie de la personne âgée ; assurer une qualité de vie et de bien-être en prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne ; réduire la souffrance psychique ; intégrer la personne dans l'établissement afin qu'elle se sente chez elle ; mettre en place un plan d'actions personnalisé (vie, soins, animations...) ; assurer une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire (implication du personnel dans une démarche qualitative et bienveillante).

Les **sept actions identifiées** dans le cadre de cet objectif ont pour but de permettre d'assurer et poursuivre la qualité et le confort de vie des résidents :

- **Action n°1** : Maintenir et améliorer l'autonomie des résidents le plus longtemps possible en intégrant une prise en charge rééducative.
- **Action n°2** : Sensibiliser régulièrement les équipes sur l'importance du projet de vie en assurant un suivi.
- **Action n°3** : Revoir l'environnement architectural du Bon séjour (en lien avec le plan d'actions établi dans le cadre de la mise aux normes accessibilité : travaux chambres, salle de bains...).
- **Action n°4** : Revoir l'espace salle à manger et les verrières du Bon Séjour.
- **Action n°5** : Rechercher des conventionnements pour permettre des consultations spécialisées sur place (dentaire, dermatologie...) ou en télémédecine.
- **Action n°6** : Prévenir et prendre en charge la déshydratation en EHPAD : envisager une EPP.
- **Action n°7** : Prévenir et prendre en charge les errances des résidents en EHPAD en lien avec EPP troubles du comportement.

Axe n°1 : Maintenir une offre de proximité et de qualité en adéquation avec les besoins de la population locale

➤ **Objectif n°3.12 : Dynamiser l'activité de l'Unité de Soins Longue Durée (USLD)**

---

L'Unité de Soins Longue Durée accueille des patients nécessitant un suivi médical rapproché, une surveillance et des soins médicaux permanents et constants ainsi qu'un accompagnement global en matière d'aide aux actes de la vie quotidienne. Contrairement aux services SSR ou à l'EHPAD La Pommeraie de l'établissement, l'unité de soins longue durée n'a pas eu de projet de réaménagement ou restructuration. Pourtant, les aspects architecturaux entraînent des conséquences sur le dynamisme de l'activité, la diversité des profils pris en charge et la qualité de la prise en charge. En effet, bien qu'il y ait de la demande pour une prise en charge en USLD, une partie des patients souhaitent ou nécessitent une prise en charge en chambre particulière ce qui n'est pas toujours possible.

L'aspect architectural apparaît donc essentiel pour l'USLD tant pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients accueillis que pour assurer un taux de remplissage respectant les objectifs fixés.

Les **trois actions** ci-dessous ont donc été identifiées en ce sens :

- **Action n°1** : Réaménager l'USLD sur le plan architectural (création de chambre individuelle) à long terme afin d'améliorer le remplissage.
- **Action n°2** : Proposer des tarifs différents entre chambre individuelle et chambre double (USLD) pour pallier à court/moyen terme aux problèmes de manque de chambres individuelles.
- **Action n°3** : Diversifier les profils des résidents pris en charge en USLD (sous condition de chambres individuelles).

## ✓ Axe n°2 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration

---

L'établissement La Grafenbourg dispose depuis 2009 d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Le circuit du médicament comporte 4 phases successives impliquant chacune différents acteurs et comportant des étapes qui leur sont propres. L'administration des médicaments a pour finalité l'apport du médicament au patient quels que soient le mode et la voie d'administration. En établissement de santé comme en EHPAD, ce circuit nécessite l'intervention de plusieurs professionnels :

- La prescription qui est un acte médical,
- La dispensation qui est un acte pharmaceutique,
- L'administration qui est un acte infirmier,
- Le suivi et la réévaluation qui est acte pluriprofessionnel (médecins, pharmaciens, soignants..).

Conformément à l'arrêté du 6 avril 2011, le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est réfléchi et organisé avec la prise en compte des recommandations et réserves de la procédure de certification HAS et les obligations liées au contrat de bon usage (CBU) des médicaments. La sécurisation du circuit du médicament est prioritaire (y compris dans les EHPAD) au Centre Hospitalier La Grafenbourg et doit mobiliser toutes les compétences.

La sécurisation médicamenteuse du patient s'inscrit dans le cadre de la politique de la gestion des risques mise en œuvre au sein de l'établissement. Cette sécurisation implique le développement de la culture qualité et gestion des risques en ce domaine, en prenant en compte les approches a priori et a posteriori de la gestion des risques, notamment le retour d'expérience. Elle nécessite également une organisation multidisciplinaire et multi-professionnelle afin de garantir son application tout au long du parcours du patient et de l'utilisateur.

**Cet axe spécifiquement dédié au circuit du médicament vise à répondre à plusieurs enjeux que sont, d'une part, lever les écarts constatés lors de la visite de certification HAS V2014 de mars 2018, et d'autre part, répondre aux exigences réglementaires relatives à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.**

Dans le cadre de cet axe, **quatre objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Objectif n°3.13** : Sensibiliser et responsabiliser les équipes au circuit du médicament.
- **Objectif n°3.14** : Assurer la traçabilité de l'administration en temps réel.
- **Objectif n°3.15** : Sécuriser le stockage.
- **Objectif n°3.16** : Développer l'information pharmaceutique et développer la culture de l'erreur positive.

## Axe n°2 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration

### ➤ Objectif n°3.13 : Sensibiliser et responsabiliser les équipes au circuit du médicament

---

Les accidents liés aux médicaments tiennent le premier rang dans les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins. La sécurité de la chaîne complète, allant de la prescription à la prise du médicament, doit être constamment renforcée en combinant les énergies des médecins, pharmaciens et équipe soignantes.

Ainsi, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse passe par la sensibilisation et la responsabilisation des équipes au circuit du médicament. Il s'agit plus particulièrement de formaliser et de mettre à disposition des professionnels des outils de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse : formation, présentation, retour d'expérience, fiche de poste,...

Dans le cadre de cet objectif, **six actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Présentation orale du circuit du médicament par le pharmacien pendant la journée d'accueil des nouveaux arrivants (30 à 45 min).
- **Action n°2** : Assurer une présentation à tous les professionnels (même manutentionnaire) sur le circuit du médicament et erreurs médicamenteuses.
- **Action n°3** : Sensibiliser une fois tous les 3-4 mois en équipe pluridisciplinaire et en présence des spécialistes les erreurs médicamenteuses.
- **Action n°4** : Retour CREX sur tout l'établissement.
- **Action n°5** : Fiche de poste référente IDE et référente Médicament.
- **Action n°6** : EPM (évaluation pratique médicale): médicament et circuit du médicament .

## Axe n°2 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration

### ➤ Objectif n°3.14 : Assurer la traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel

Une traçabilité insuffisante due à des dysfonctionnements liés aux logiciels métiers ou au réseau, l'absence de matériel de traçabilité mobile (tablette, PC intégré au chariot de dispensation...), limitent la sécurité de l'administration des médicaments et la notion de traçabilité en temps réel.

Au-delà des aspects techniques qui restent essentiels, la communication autour de la sécurisation du circuit du médicament est un point essentiel que les professionnels de l'établissement souhaitent développer afin d'assurer implication, responsabilisation et diffusion à l'ensemble des équipes.

Afin de soutenir la culture de la traçabilité de l'administration des médicaments et de garantir l'exhaustivité de la traçabilité, **deux actions** ont été identifiées par l'établissement La Grafenbourg :

- **Action n°1** : Mettre en place un encart sur les erreurs médicamenteuses et risques inhérents à la prise en charge médicamenteuse (dans Qualigraf : support de communication relatif à la qualité et la gestion des risques)
- **Action n°2** : Equiper avec du matériel nomade les équipes de soins (chariots mobiles, ordinateurs portables, Wifi) pour éviter la retranscription a posteriori, et ce sur tous les services de l'établissement.

### ➤ Objectif n°3.15 : Sécuriser le stockage

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient, du résident, de l'usager nécessite de sécuriser le stockage des médicaments d'une part à la pharmacie, et d'autre part dans les unités de soins.

L'automatisation des processus (procédures,...), l'amélioration de l'organisation de la bonne tenue des armoires à pharmacie dans les unités de soins, grâce à un accompagnement structuré dans les unités de soins sont autant de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour assurer la sécurité du stockage des médicaments.

Dans un souci d'améliorer et sécuriser ces aspects, les **six actions suivantes** ont été retenues :

- **Action n°1** : Améliorer les équipements permettant la fermeture permanente des armoires de médicaments en salle de soins
- **Action n°2** : Modifier les procédures en lien avec le circuit du médicament
- **Action n°3** : Réaliser des audits rapides pour constater de la mise en œuvre des solutions définies
- **Action n°4** : Proposer un accompagnement et une vérification par la Pharmacie pour toute modification de stockage de médicament
- **Action n°5** : Intégrer un chapitre dédié dans les procédures existantes PHA-16 et PHA-17 sur les hypertoniques (définitions, risques...) en intégrant les nouvelles dispositions pour le stockage
- **Action n°6** : Diffuser des procédures dans les unités de soins dans un délai compatible avec leur appropriation par les professionnels

## Axe n°2 : Améliorer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration

### ➤ Objectif n°3.16 : Développer l'information pharmaceutique et développer la culture de l'erreur positive

L'erreur médicamenteuse peut survenir à une ou plusieurs étape(s) du circuit du médicament entre autres, au moment des différentes étapes que sont la prescription, l'administration, la préparation, la dispensation ou le stockage. Les enjeux du signalement des événements indésirables liés au circuit du médicament sont nombreux et essentiels pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient ou de l'utilisateur.

En parallèle de la déclaration des erreurs médicamenteuses, la culture de l'erreur est encore à développer au sein de l'établissement afin notamment de permettre aux professionnels de mieux vivre les conséquences liées à ces erreurs. Il est important de voir chaque erreur comme l'opportunité d'une amélioration individuelle et collective.

Pour y répondre, l'établissement La Grafenbourg souhaite mettre en place des outils et des méthodes d'analyse qui doivent permettre le développement collectif d'une culture positive de l'erreur, ainsi que la libération de la parole des professionnels passant par un management et une communication efficace auprès des équipes.

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Développer l'information pharmaceutique par le pharmacien (COMEDIMS, présentation BUM/EM)
- **Action n°2** : Sensibiliser chaque trimestre sur une erreur possible (erreur médicamenteuse, iatrogénie...)
- **Action n°3** : Libérer la parole : donner la parole aux soignants sur les situations d'erreur
- **Action n°4** : Traiter et diffuser tout traitement d'une erreur médicamenteuse sur le site tout secteur confondu

### ✓ Axe n°3 : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement

---

Face aux difficultés financières de la majorité des établissements de santé et médico-sociaux, la notion d'activité est de plus en plus importante au sein des établissements.

La réforme de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation prévue par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 vient faire évoluer le modèle de financement de ce secteur et marque l'entrée dans la tarification à l'activité.

A compter du 1er mars 2017, les établissements de SSR sont financés sur la base d'une fraction majoritaire de 90% des anciennes modalités de financement (dotation globale), prix de journée et autres suppléments mentionnés à l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale et d'une fraction minoritaire de 10% des nouvelles modalités de financement (DMA) fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité prévue à l'article L162-23-3 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif transitoire est prévue jusqu'au 31 décembre 2019 avec une montée en charge progressive du modèle de financement fondé sur l'activité et le recueil PMSI. Par ailleurs, ces nouvelles modalités de financement vont permettre aux établissements SSR jusque là non financés pour leur activité de consultations externes de bénéficier peu à peu de rémunération sur ces activités.

Cette notion d'activité est un facteur clef permettant d'assurer la continuité et la pérennité d'un service et / ou d'un établissement.

Conscients de cette nécessité, les médecins de La Grafenbourg ont souhaité montrer leur implication sur le sujet et ont identifié **quatre grands objectifs** dans le cadre de cet axe :

- **Objectif n°3.18** : Proposer une offre de consultations externes en cohérence avec les financements prévus dans le cadre de la T2A SSR
- **Objectif n°3.19** : Bénéficier de l'optimisation du codage SSR à l'échelle du GHT
- **Objectif n°3.20** : Prendre en charge le patient le plus précocement possible et limiter les retards de sortie liées à des problématiques sociales en SSR
- **Objectif n°3.21** : Maintenir le bon niveau d'activité sur l'établissement

### Axe n°3 : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement

#### ➤ Objectif n°3.17 : Proposer une offre de consultations externes en cohérence avec les financements prévus dans le cadre de la T2A SSR

Comme indiqué en introduction de cet axe, la réforme du financement des activités de SSR qui repose sur un modèle mixte associant une part de financement à l'activité et des financements forfaitaires vise à prendre en compte les besoins spécifiques du SSR et ouvre de nouvelles perspectives d'activité pour l'établissement La Grafenbourg notamment sur les consultations externes.

Dans ce cadre, **trois actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Envisager la possibilité de valoriser comme consultations externes le temps passé en dehors de l'hospitalisation pour la restitution des bilans de rééducation
- **Action n°2** : Evaluer la possibilité de facturer en externe les bilans de rééducation
- **Action n°3** : Proposer des consultations externes RESC pour les patients sortis (sous réserve de financement permettant la mobilisation des professionnels pour la réalisation de ces consultations)

#### ➤ Objectif n°3.18 : Bénéficiaire de l'optimisation du codage SSR à l'échelle du GHT

Dans le cadre du déploiement de la réforme du financement des activités de SSR, l'optimisation du codage est essentielle pour assurer une valorisation pertinente l'activité de l'établissement La Grafenbourg et disposer des financements associés. Le codage PMSI tant médical que paramédical est une pratique déjà en place au sein de l'établissement qui nécessite une implication continue et une communication permanente. En parallèle, l'intervention d'un médecin DIM est toute aussi importante pour assurer une optimisation. Sur ce point, l'établissement s'appuie sur les actions en cours de mise en place au sein du GHT dans le cadre de l'application d'une organisation commune de territoire.

Dans ce cadre, **deux actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Mettre en place les actions à l'échelle de l'établissement en fonction des orientations et actions définies à l'échelle du GHT
- **Action n°2** : Poursuivre les actions de sensibilisation sur l'importance du codage PMSI et sa réalisation

### Axe n°3 : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement

#### ➤ Objectif n°3.19 : Prendre en charge le patient le plus précocement possible et limiter les retards de sortie liées à des problématiques sociales en SSR

---

Garantir la fluidité du parcours du patient, à la fois en amont et en aval de la prise en charge hospitalière, est un enjeu majeur pour l'établissement La Grafenbourg. Ainsi, il s'agira de poursuivre la dynamique de mise en œuvre d'une organisation territoriale coordonnée, intégrée et graduée en travaillant de concert avec le GHT et les acteurs terrain afin de repérer, de diagnostiquer et d'intervenir le plus précocement possible auprès du patient. Ce travail commun à l'échelle du GHT permettra de limiter les hospitalisations inutiles et/ou de diminuer la durée d'hospitalisation en anticipant le plus amont possible la sortie, et en intégrant les proches du patient dans ces réflexions. A l'échelle territoriale, la question de la sortie d'hospitalisation nécessite une grande coordination avec les professionnels de santé libéraux et le développement de partenariats entre les établissements de SSR, d'HAD, médico-sociaux et les services à domicile (SSIAD, SPASAD, SSAD) afin de limiter les retards de sortie, notamment vers les structures de SSR.

Cette problématique d'anticipation de la sortie a également un impact important sur l'établissement lui-même et nécessite au-delà d'actions GHT, la mise en place d'actions propres et adaptées à l'établissement afin d'assurer une bonne activité et une fluidité interne; le but étant de ne pas maintenir dans les lits des patients dont l'état de santé ne le nécessite pas. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été identifiées afin de poursuivre ces efforts et éviter les retards de sortie liées à des problématiques non médicales.

Dans le cadre de cet objectif, **trois actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : A l'échelle du GHT, il est envisagé la mise en place d'une consultation médecin/assistant social dès l'entrée. A l'échelle de La Grafenbourg, comme pour les établissements de petite taille aux moyens humains restreints, il est envisagé de mettre en place cette consultation pour les patients identifiés.
- **Action n°2** : Poursuivre le partenariat avec l'association GIPTA pour les patients ayant des problématiques liées à la mise sous tutelle afin de ne pas maintenir dans les lits des patients dont la prise en charge médicale et paramédicale n'est pas justifiée (en attente de placement).
- **Action n°3** : Assurer une information le plus en amont possible auprès des familles et de l'entourage sur la possibilité d'un retour ou non à domicile.

### Axe n°3 : Garantir un fonctionnement efficient et pérenne de l'établissement

#### ➤ Objectif n°3.20 : Maintenir un bon niveau d'activité sur l'établissement La Grafenbourg

---

A l'échelle de l'établissement La Grafenbourg, un certain nombre d'actions a été identifié dans le souci de maintenir un niveau d'activité suffisant et garantir la pérennité financière de l'établissement.

En sanitaire, le recueil et l'optimisation du codage ainsi que les démarches d'anticipation de la sortie sont des pistes évoquées pour maintenir un bon niveau d'activité. En HDJ, l'activité est limitée par le nombre de places insuffisant au regard de la demande croissante. Dans ce cadre, l'augmentation du capacitaire de l'HDJ SSR est une piste à envisager. En USLD, les objectifs d'activité fixés ne sont pas en mesure d'être atteints du fait notamment de la problématique architecturale évoquée dans l'objectif 11 de l'axe n°1; toutefois des pistes, notamment en lien avec les tarifs sont évoquées (cf objectif 11 axe n°1).

En médico-social, l'accueil de jour fait face à des difficultés de remplissage. Afin de pallier à celles-ci certaines actions ont ainsi pu être identifiées. Enfin, en EHPAD afin d'assurer une meilleure facturation et éviter les temps trop longs de « libération de chambre » non facturés, de nouvelles modalités à intégrer aux contrats de séjours sont à prévoir.

Dans un souci d'améliorer et sécuriser ces aspects, les **six actions suivantes** ont été retenues :

- **Action n°1** : Maintenir le niveau d'activité en SSR (HC et HDJ)
- **Action n°2** : Augmenter les places d'HDJ pour répondre à la demande croissante
- **Action n°3** : Poursuivre la démarche de « réactivité de remplissage » à toutes les étapes : organisation administrative, pallier et réagir rapidement en cas d'annulation d'entrée
- **Action n°4** : Atteindre les objectifs fixés en EHPAD, USLD, Accueil de jour (AJ)
- **Action n°5** : EHPAD : envisager la facturation des jours de « libération de la chambre » à intégrer aux contrats de séjours
- **Action n°6** : Améliorer l'attractivité de l'accueil de jour pour garantir le remplissage : communication sur la prise en charge AJ, horaires, transports

### ✓ Axe n°4 : Poursuivre la fluidité du parcours interne

---

L'établissement La Grafenbourg est confronté à une population vieillissante, et par conséquent à un essor de pathologies couplées à des troubles cognitifs. Ce constat implique une transformation en profondeur des structures de La Grafenbourg pour faire évoluer et simplifier les parcours proposés, et pour répondre aux besoins spécifiques de la population accueillie au sein de l'établissement.

Ainsi, cet axe traduit la volonté de l'établissement La Grafenbourg de fluidifier le « parcours patient » aux différents stades de sa prise en charge en facilitant le passage entre ses différents services (EHPAD, PASA, USLD et UVP). En effet, la prise en charge du patient conjugue l'action de nombreux professionnels en interne, ce qui doit conduire l'établissement à le rendre plus simple, rapide et coordonné.

L'établissement La Grafenbourg se modernisera en conséquence pour améliorer la qualité et la fluidité de la prise en charge sur le soin bien sûr, mais également sur les étapes amont du parcours, afin de faciliter l'orientation du patient et de l'utilisateur.

Pour ce faire, l'établissement La Grafenbourg a identifié **deux objectifs** :

- **Objectif n°3.22** : Mener des actions de sensibilisation aux troubles cognitifs.
- **Objectif n°3.23** : Fluidifier le parcours entre USLD, EHPAD et UVP en fonction du type de pathologies / évolution des pathologies, et le stipuler dans le contrat de séjour.

## Axe n°4 : Poursuivre la fluidité du parcours interne

### ➤ Objectif n°3.21 : Mener des actions de sensibilisation aux troubles cognitifs

Face à l'augmentation du nombre de patients et usagers atteints de troubles cognitifs pris en charge et/ou résidant à La Grafenbourg, la sensibilisation et la formation des équipes en EHPAD à la méthode NPIES, et la mise en place de la réitération EPP Troubles Cognitifs (TC) sont des actions primordiales pour pouvoir améliorer l'orientation de cette population et assurer leur repérage le plus en amont possible.

Dans ce cadre, **deux actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Proposer aux soignants la réalisation de test NPIES en EHPAD (en réunion pluridisciplinaire) :
  - sensibilisation des soignants à la possibilité de réaliser ce test pour leur permettre de mieux cibler et analyser les troubles des résidents
  - la réalisation de ces tests permettra par ailleurs d'assurer l'identification et l'orientation des résidents vers le PASA
- **Action n°2** : Reprise de l'EPP Troubles du comportement et élargir à d'autres troubles non identifiés initialement lors des précédentes EPP

### ➤ Objectif n°3.22 : Fluidifier le parcours entre USLD, EHPAD et UVP en fonction du type de pathologies / évolution des pathologies

La fluidification du parcours de la personne entre USLD, EHPAD et UVP a pour objectif la prise en charge à chaque stade de la maladie du patient/du résident/usager dans la structure la mieux adaptée à son besoin.

Dans ce cadre, **quatre actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Réaliser un audit complet de la chaîne sur l'admission des résidents (commission d'admission, services administratifs...)
- **Action n°2** : Analyser les situations particulières, identifier et mettre en place les actions d'amélioration. Définir un indicateur spécifique pour identifier une situation à étudier (exemple : lit libre pendant plus de X jours)
- **Action n°3** : Assurer une présence médicale en commission d'admission
- **Action n°4** : EHPAD : envisager la facturation des jours de « libération de la chambre » à intégrer aux contrats de séjours afin de diminuer le temps de libération de la chambre

### ✓ Axe n°5 : Optimiser le dossier patient

---

La fluidité des parcours de prise en charge dépend de la maîtrise du circuit de l'information médicale entre les différents acteurs de la prise en charge. Cette maîtrise suppose le développement d'outils numériques qui permettront de mieux communiquer entre les professionnels, les autres acteurs de la prise en charge et les patients.

L'établissement a un niveau d'informatisation assez satisfaisant dans la mesure où l'ensemble des services est équipé d'un dossier patient informatisé et adapté où tous les professionnels de santé assurent la traçabilité.

Les professionnels souhaitent poursuivre cette démarche d'informatisation et être en mesure de disposer également au sein du même outils d'éléments provenant de l'extérieur (compte-rendu d'hospitalisation, d'autres médecins extérieurs, résultats d'examens etc).

En parallèle, le soutien et l'accompagnement à la mise en place de la messagerie sécurisée permettra de sécuriser les échanges en interne.

Ainsi, l'axe 5 se décline en **deux objectifs** :

- **Objectif n°3.24** : Poursuivre l'informatisation du dossier patient (intégration des documents externes)
- **Objectif n°3.25** : Mettre en place la messagerie sécurisée en lien direct avec le Dossier Patient Informatisé (DPI)

➤ **Objectif n°3.23 : Poursuivre l’informatisation du dossier patient (intégration des documents externes)**

---

La poursuite de l’informatisation du dossier patient vise à permettre d’intégrer l’ensemble des informations au sein du même dossier y compris les éléments provenant de l’extérieur, qu’il s’agisse de compte-rendu d’hospitalisation, de consultation externe, ou tout autre examen. Aujourd’hui les éléments provenant de l’extérieur ne sont pas informatisés.

Dans ce cadre, **deux actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Intégrer dans le dossier informatisé les documents provenant de l’extérieur (encore sous format papier)
- **Action n°2** : Evaluer la possibilité de mettre en place un accès direct aux médecins traitants au dossier patient (depuis leur cabinet de ville) afin de faciliter les prescriptions

➤ **Objectif n°3.24 : Mettre en place la messagerie sécurisée en lien direct avec le Dossier Patient Informatisé (DPI)**

---

La messagerie sécurisée vient compléter la démarche de sécurisation des données médicales et l’informatisation de l’établissement. De nombreux professionnels de santé et notamment hors des murs de l’établissement sont amenés à intervenir auprès du patient et la communication entre acteurs autour du patient est indispensable. La messagerie sécurisée permet de poursuivre la démarche d’informatisation d’une part mais surtout vient appuyer et aider les professionnels à communiquer de manière sécurisée et adaptée.

Dans ce cadre, l’établissement La Grafenbourg souhaite généraliser l’accès à la messagerie sécurisée pour les professionnels mais aussi assurer un lien direct avec le dossier patient/résident informatisé afin que les éléments concernant le patient puissent être directement intégrés au dossier sans nécessité d’interventions manuelles.

Dans ce cadre, **une action** a été identifiée :

- **Action n°1** : Déployer au sein de l’établissement la messagerie sécurisée et permettre l’intégration directe dans le dossier informatisé

### ✓ Axe n°6 : Réussir la fusion avec l'EHPAD La Roselière

---

L'EHPAD La Roselière situé à Schweighouse est un établissement médico-social de 60 lits dont 1 lit d'hébergement temporaire et un PASA de 14 places sous direction commune avec La Grafenbourg depuis quelques années. Le rapprochement de ces deux établissements va se concrétiser par une fusion effective au 1er janvier 2019. De nombreuses actions ont d'ores et déjà été menées en commun en vue de préparer celle-ci notamment auprès des équipes. Le cadre de santé de La Roselière est intégrée aux réflexions communes avec la coordination des soins.

L'ambition majeure est de réussir la fusion, assurer un partage des pratiques entre les professionnels, la construction et le partage d'une identité commune. Peu à peu, les outils et protocoles sont partagés, les équipes intégrées aux discussions notamment celles en lien avec l'élaboration du présent projet d'établissement.

Cet axe se décline en **trois objectifs** structurants principalement liés au projet médical :

- **Objectif n°3.26** : Assurer la coordination médicale à La Roselière par le recrutement d'un médecin coordonnateur
- **Objectif n°3.27** : Mettre en place le circuit du médicament en lien avec la PUI de La Grafenbourg
- **Objectif n°3.28** : Favoriser l'utilisation du dossier patient informatisé à la Roselière

### ➤ **Objectif n°3.25 : Assurer la coordination médicale à La Roselière par le recrutement d'un médecin coordonnateur**

---

Le médecin coordonnateur est le garant de l'aboutissement du projet médical, il définit et fait le lien entre les différents professionnels intervenant au sein de l'EHPAD La Roselière, médecins de ville ou tout autre acteur intervenant dans la prise en charge du résident. Le recrutement d'un médecin coordonnateur assurant une partie de ses fonctions sur La Roselière et une partie sur La Grafenbourg permettra de mettre en place un accompagnement efficient au service de l'utilisateur, garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge et assurant le lien avec les autres services de l'établissement.

Dans ce cadre, **deux actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Recruter un médecin salarié sur une fonction de médecin co sur l'EHPAD La Roselière
- **Action n°2** : Poursuivre la mise en place d'une commission d'admission commune à La Grafenbourg et La Roselière

## Axe n°6 : Réussir la fusion avec l'EHPAD La Roselière

### ➤ Objectif n°3.26 : Mettre en place à La Roselière le circuit du médicament en lien avec la PUI de La Grafenbourg

Jusqu'à la fusion effective, l'EHPAD La Roselière fonctionnait avec les pharmacies de ville pour ce qui concernait les médicaments et les traitements des patients. La Grafenbourg, fonctionne depuis 2009 avec une PUI (Pharmacie à Usage Intérieure). Le rapprochement des deux établissements pose la question de la prise en charge du circuit du médicament en intégralité par la PUI La Grafenbourg. Pour ce faire et permettre de mettre en place ce nouveau fonctionnement, des actions comme notamment la mise en place du dossier patient informatisé et de fait, la prescription informatisée ont été mises en œuvre. Les médecins de ville chargés du suivi médical des résidents sont ainsi amenés à utiliser ce logiciel pour permettre à la PUI de disposer de toutes les informations nécessaires à la délivrance des traitements.

La mise en place du circuit du médicament, en lien avec la PUI de l'établissement La Grafenbourg, permettra de sécuriser la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD La Roselière. Dans ce cadre, **une action opérationnelle** a été identifiée :

- **Action n°1** : Etendre l'activité de la PUI du Centre Hospitalier La Grafenbourg à l'EHPAD La Roselière

### ➤ Objectif n°3.27 : Favoriser l'utilisation du dossier patient informatisé à la Roselière

Afin d'assurer la qualité des transmissions et de l'information nécessaire à la continuité de la prise en charge du patient, résident, usager à toutes les étapes de son parcours, il apparaît essentiel de poursuivre la mise en œuvre du Dossier Patient Informatisé (DPI) au sein de l'EHPAD La Roselière afin de généraliser son utilisation.

Pour ce faire, il s'agira pour l'établissement La Grafenbourg de poursuivre l'informatisation déjà en place avec le dossier patient et généraliser son utilisation par l'ensemble des professionnels, en mettant l'accent dans un premier temps sur la sensibilisation du corps médical.

Dans le cadre de cet objectif, **trois actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Poursuivre l'informatisation de La Roselière (en cours de mise en place)
- **Action n°2** : Evaluer la possibilité et les enjeux de mettre en place un accès direct aux médecins traitants au dossier patient (depuis leur cabinet)
- **Action n°3** : Informer et sensibiliser les médecins sur l'importance du dossier patient informatisé

### ✓ Axe n°7 : Développer les liens ville-hôpital-médico-social

---

Il existe depuis toujours des liens forts entre l'établissement La Grafenbourg, la médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux. Ces derniers considèrent la structure comme un établissement suffisamment ouvert et à l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Les coopérations en place sur la filière gériatrique du territoire ont d'ailleurs été soulevées dans le cadre des travaux GHT.

Pourtant, cette qualité de relation peut et doit encore s'améliorer, afin que les professionnels de l'établissement La Grafenbourg puissent mieux connaître les autres acteurs et renforcer les liens avec eux.

Renforcer, poursuivre et développer les coopérations avec les différents acteurs (médecins généralistes et spécialistes installés en ville, professionnels libéraux du territoire, acteurs sanitaires et médico-sociaux, réseaux...) présents sur le bassin d'attraction de l'établissement La Grafenbourg est donc une nécessité qu'il ne faut pas négliger.

Certaines activités réalisées au sein de l'établissement restent peu connues ou peu exploitées comme l'accueil de jour par exemple. Pour les autres services bien identifiés, l'enjeu est de maintenir et continuer de nourrir les relations avec les partenaires dans l'intérêt du patient, résident et usagers afin d'assurer un parcours complet et coordonné.

A cet égard, l'établissement La Grafenbourg a identifié **quatre objectifs** stratégiques :

- **Objectif n°3.29** : Favoriser les liens avec les adresseurs par le biais de la qualité de la prise en charge et poursuivre les actions de communication auprès des adresseurs
- **Objectif n°3.30** : Poursuivre la communication auprès des adresseurs sur l'accueil de jour
- **Objectif n°3.31** : Ouvrir à l'extérieur la possibilité de participer aux réunions d'information thématiques autour des aidants
- **Objectif n°3.32** : Evaluer l'intérêt de mettre en place des dispositifs de télémédecine sur l'établissement

## Axe n°7 : Développer les liens ville-hôpital-médico-social

➤ **Objectif n°3.28 : Favoriser les liens avec les adresseurs par le biais de la qualité de la prise en charge et poursuivre les actions de communication auprès des adresseurs**

Les médecins généralistes et les professionnels de santé libéraux constituent les partenaires naturels de l'établissement La Grafenbourg pour les activités médico-sociales. L'enjeu pour les équipes de La Grafenbourg est de davantage associer ces professionnels aux prises en charge de l'établissement afin de garantir aux patients et usagers une meilleure coordination de leurs parcours.

Il s'agit également de renforcer la lisibilité et la visibilité de l'offre de soins de l'établissement auprès des autres acteurs du territoire et poursuivre les collaborations existantes avec les établissements de santé partenaires notamment du GHT. Dans ce cadre, une action a été identifiée par l'établissement :

- **Action n°1** : définir et mettre en œuvre une politique de communication vis-à-vis des partenaires

➤ **Objectif n°3.29 : Poursuivre la communication auprès des adresseurs sur l'accueil de jour**

Le travail de communication mené par l'établissement La Grafenbourg auprès des adresseurs potentiels est à poursuivre et développer, notamment sur l'offre d'accueil de jour que propose l'établissement et qui reste encore peu connue et sous-utilisée alors qu'elle répond à un réel besoin de la population. Ainsi, plusieurs actions ont été identifiées par les équipes pour permettre de diffuser les informations, sensibiliser les acteurs du territoire et les aidants.

Dans ce cadre, trois actions ont été identifiées :

- **Action n°1** : Mener des actions de sensibilisation et de communication sur l'offre de prise en charge en accueil de jour auprès des médecins traitants, autres établissements et structures
- **Action n°2** : Travailler sur les horaires d'ouverture pour assurer une meilleure adaptation des horaires aux besoins des aidants et personnes accueillies
- **Action n°3** : Etudier l'impact de la problématique des transports sur l'activité d'accueil de jour

## Axe n°7 : Développer les liens ville-hôpital-médico-social

➤ **Objectif n°3.30 : Ouvrir à l'extérieur la possibilité de participer aux réunions d'information thématique autour des aidants**

---

Dans un contexte de fort vieillissement de la population, le rôle des aidants est central, ils sont de réels acteurs dans l'accompagnement du patient, du résident et de l'utilisateur plus largement. L'aidant permet le maintien à domicile le plus longtemps possible. Conscient de leur rôle mais aussi des difficultés auxquelles ils sont confrontés, l'établissement La Grafenbourg souhaite les accompagner et permettre d'étendre cet accompagnement aux aidants du territoire en plus de celui apporté aux aidants des usagers de la Grafenbourg.

Dans ce cadre, **deux actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Proposer et envoyer des supports d'information et de communication régulièrement aux médecins traitants
- **Action n°2** : Poursuivre la communication auprès des acteurs de terrains (associations, MAIA..) sur la possibilité de participer aux réunions des aidants à la Grafenbourg

➤ **Objectif n°3.31 : Mettre en place des dispositifs de télémédecine sur l'établissement**

---

La télémédecine fait l'objet d'une volonté politique forte se traduisant par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui prévoit notamment de permettre le remboursement par l'assurance maladie des actes de téléconsultation et de télé expertise. En parallèle, le programme ETAPES qui a permis de lever de nombreux freins juridiques et organisationnels sera poursuivi jusqu'à l'entrée en vigueur des tarifs conventionnels et demeure dans le cadre expérimental pour la télésurveillance.

Dans ce cadre, **trois actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Evaluer les dispositifs existants sur des établissements similaires
- **Action n°2** : Mettre en place de la télémédecine par un dossier de candidature auprès de l'ARS, tant pour le Bon Séjour/ Pommeraie que pour La Roselière, et ce dès 2018-2019.
- **Action n°3** : Evaluer l'intérêt pour l'établissement (avantages, inconvénients, coûts), et pour les résidents.



---

# LE PROJET DE SOINS

---



## ❖ Les axes stratégiques du projet de soins 2020-2024

---

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 charge en soins du patient/résident par un ensemble d'actions de nature préventive, curative, éducative, technique, relationnelle et palliative**. Elles ont pour but de promouvoir, protéger, maintenir, restaurer la santé physique et mentale, l'autonomie des personnes âgées et de les accompagner à chaque étape jusqu'à la fin de vie en USLD et EHPAD. Elles répondent aux besoins des patients et de leur entourage dans le cadre d'un projet de soins individualisé. **Ces soins sont réalisés en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec le patient/résident et son entourage.**

Le projet de soins du centre hospitalier La Grafenbourg vise à répondre aux différents enjeux identifiés par le projet de soins partagés du GHT en cohérence avec le Projet Médical Partagé et en déclinaison du projet médical propre à l'établissement et incluant la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement.

Ainsi, l'établissement a pour mission principale de **prendre en charge les personnes âgées dans le respect de leurs choix et l'évolution de leur environnement** dans une logique de parcours et en réponse aux besoins de la population âgée de proximité.

Le projet de soins 2019-2023 de la Grafenbourg est ainsi articulé autour de **sept axes principaux** :

- ✓ **Axe n°1** : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents
- ✓ **Axe n°2** : Poursuivre et systématiser la mise en place du projet individualisé
- ✓ **Axe n°3** : Rendre le patient/résident acteur de sa prise en charge
- ✓ **Axe n°4** : Accompagner les familles et entourage
- ✓ **Axe n°5** : Fluidifier les parcours patients / résidents
- ✓ **Axe n°6** : Informer et assurer le respect des droits des patients et résidents
- ✓ **Axe n°7** : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

## SOMMAIRE :

## ❖ Les axes stratégiques du projet de soins 2020-2024

✓	<b>Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents</b>	<b>86</b>
➤	<b>Objectif n°4.1</b> : Améliorer la prise en charge de la fin de vie	89
➤	<b>Objectif n°4.2</b> : Poursuivre et développer les techniques innovantes non médicamenteuses	90
➤	<b>Objectif n°4.3</b> : Améliorer la prise en charge de la douleur physique et psychique	91
➤	<b>Objectif n°4.4</b> : Améliorer la prise en charge nutritionnelle et le développement de techniques nouvelles	92
➤	<b>Objectif n°4.5</b> : Poursuivre la prise en charge rééducative	93
➤	<b>Objectif n°4.6</b> : Poursuivre la prévention et la prise en charge des chutes	94
➤	<b>Objectif n°4.7</b> : Améliorer la qualité des soins de nursing proposés aux patients et résidents	94
➤	<b>Objectif n°4.8</b> : Maintenir les actions en lien avec la prise en charge du risque d'escarres	95
➤	<b>Objectif n°4.9</b> : Maintenir les actions mises en œuvre dans le cadre de la contention	95
➤	<b>Objectif n°4.10</b> : Poursuivre la politique de lutte et de prise en charge de l'incontinence	96
➤	<b>Objectif n°4.11</b> : Adapter l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie Neuro- dégénérative	96
✓	<b>Axe n°2 : Poursuivre et systématiser la mise en place du projet individualisé</b>	<b>97</b>
➤	<b>Objectif n°4.12</b> : Poursuivre la mise en œuvre du projet de vie et son actualisation au sein de la Grafenbourg (EHPAD et USLD).	98
➤	<b>Objectif n°4.13</b> : Mettre en place le projet de vie à l'EHPAD La Roselière.	98
✓	<b>Axe n°3 : Rendre le patient/résident acteur de sa prise en charge</b>	<b>99</b>
➤	<b>Objectif n°4.14</b> : Etre à l'écoute de la volonté des patients et des résidents.	100
➤	<b>Objectif n°4.15</b> : Favoriser l'adhésion des patients et résidents dans leur prise en charge en les impliquant.	101
✓	<b>Axe n°4 : Accompagner les familles et entourage</b>	<b>102</b>
➤	<b>Objectif n°4.16</b> : Favoriser l'interaction et les relations avec les familles en créant un partenariat entre les familles et les équipes.	103
➤	<b>Objectif n°4.17</b> : Communiquer auprès des familles à l'aide d'outils simples et pédagogiques	104

## SOMMAIRE :

## ❖ 4.1. Les axes stratégiques du projet de soins 2020-2024

✓	<b>Axe n°5 : Fluidifier les parcours patients / résidents</b>	<b>105</b>
➤	<b>Objectif n°4.18</b> : Accompagner le résident au sein des différents services de La Grafenbourg lors d'un transfert interne.	106
➤	<b>Objectif n°4.19</b> : Favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge et éviter les ruptures en cas de transfert vers l'extérieur.	107
➤	<b>Objectif n°4.20</b> : Personnaliser l'accueil et garantir la qualité et la continuité de la prise en charge des patients et résidents provenant de l'extérieur.	108
✓	<b>Axe n°6 : Informer et assurer le respect des droits des patients et résidents</b>	<b>109</b>
➤	<b>Objectif n°4.21</b> : Poursuivre la promotion des droits des patients et résidents.	
➤	<b>Objectif n°4.22</b> : Travailler sur le droit à l'image.	
➤	<b>Objectif n°4.23</b> : Prévenir les risques de maltraitance et promouvoir la bientraitance.	
✓	<b>Axe n°7: Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins</b>	<b>112</b>
➤	<b>Objectif n°4.24</b> : Poursuivre la dynamique d'adaptation et de choix de matériel dans le but de faciliter la prise en charge par les soignants (équipement de rails...).	113
➤	<b>Objectif n°4.25</b> : Intégrer les équipes aux réflexions en lien avec les travaux et réaménagement des espaces.	113 114
➤	<b>Objectif n°4.26</b> : Développer un management au service de la qualité des soins.	
➤	<b>Objectif n°4.27</b> : Continuer à proposer régulièrement des formations adaptées aux besoins des équipes (formations internes; formations externes).	114
➤	<b>Objectif n°4.28</b> : Poursuivre le partage des pratiques inter et extra établissement (journée Alzheimer, journée EPSAN...).	115
➤	<b>Objectif n°29</b> : Développer des postes d'infirmière en pratique avancée (IPA) pour les pathologies chroniques telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson .	115

## ✓ Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

---

En cohérence avec le projet médical, l'axe n°1 vise à décliner en termes de soins, les objectifs et actions à développer en vue de maintenir, poursuivre et garantir la qualité de la prise en charge en soins des patients et résidents au sein de l'établissement La Grafenbourg incluant l'EHPAD La Roselière. L'ensemble des axes et objectifs concernent les différents services et unités de l'établissement. Les thèmes abordés sont pour la majorité déjà traités au travers d'actions et procédures. Toutefois, les professionnels de l'établissement souhaitent valoriser et aller plus loin dans un souci de maintien et d'amélioration continue de la qualité des soins proposés pour les patients et résidents.

Dans le cadre de cet axe, **onze objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Objectif n°4.1** : Améliorer la prise en charge de la fin de vie
- **Objectif n°4.2** : Poursuivre et développer les techniques innovantes non médicamenteuses
- **Objectif n°4.3** : Améliorer la prise en charge de la douleur physique et psychique
- **Objectif n°4.4** : Améliorer la prise en charge nutritionnelle et le développement de techniques nouvelles
- **Objectif n°4.5** : Poursuivre la prise en charge rééducative
- **Objectif n°4.6** : Poursuivre la prévention et la prise en charge des chutes
- **Objectif n°4.7** : Améliorer la qualité des soins de nursing proposés aux patients et résidents
- **Objectif n°4.8** : Maintenir les actions en lien avec la prise en charge du risque d'escarres
- **Objectif n°4.9** : Maintenir les actions mises en œuvre dans le cadre de la contention
- **Objectif n°4.10** : Poursuivre la politique de lutte et de prise en charge de l'incontinence
- **Objectif n°4.11** : Adapter l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie Neuro-dégénérative

## Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

### ➤ Objectif n°4.1 : Améliorer la prise en charge de la fin de vie

---

En tant qu'établissement orienté et spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées, la fin de vie a une place essentielle. Bien qu'il s'agisse d'une prise en charge déjà existante au sein de La Grafenbourg et qu'un certain nombre d'actions aient été mises en place, les professionnels de l'établissement ont souhaité la faire évoluer et l'ont ainsi identifiée comme un des objectifs principaux dans le cadre du projet médical et de soins de l'établissement 2019-2023.

Dans cette optique, **neuf actions** ont été retenues :

- **Action n°1** : Ré-informer les équipes sur les procédures et actions existantes sur la fin de vie suite à l'EPP fin de vie réalisée
- **Action n°2** : Etre en capacité de déclencher un temps d'échange pluridisciplinaire sur des cas concrets
- **Action n°3** : Evaluer les professionnels sur leur perception de la prise en charge de la fin de vie par le biais d'un questionnaire spécifique
- **Action n°4** : Développer l'utilisation de la fiche « fin de vie »
- **Action n°5** : Poursuivre la collaboration avec les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs
- **Action n°6** : Informer les équipes de la Roselière sur ce qui existe sur la Grafenbourg en lien avec la fin de vie
- **Action n°7** : Mettre en place des rencontres, temps de coordination médicale pour fluidifier et coordonner les équipes sur la fin de vie (avec EMSP)
- **Action n°8** : Utiliser la cible « altération de l'état général » et tracer systématiquement celle-ci dans le dossier patient informatisé dans le but de permettre aux soignants d'alerter sur une situation pouvant être identifiée ou évoluer vers une fin de vie
- **Action n°9** : Mettre à jour les procédures fin de vie en lien avec les actions identifiées

## Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

### ➤ Objectif n°4.2 : Poursuivre et développer les techniques innovantes non médicamenteuses

---

Convaincus des bienfaits des techniques innovantes non médicamenteuses sur les patients et les résidents pour les avoir déjà pratiquées, et en cohérence avec le projet médical, les soignants ont pour objectif de poursuivre l'utilisation de ces techniques et d'en développer de nouvelles dans le but de soulager la douleur des patients ou de les apaiser et ainsi améliorer la qualité de leur prise en charge.

De plus, l'établissement souhaite s'appuyer sur les professionnels formés ou en cours de formation pour poursuivre mais surtout développer le recours à ces techniques (Snoezelen, RESC, médiation animale). Par ailleurs, l'aromathérapie a été identifiée dans le projet médical comme une nouvelle technique qu'il serait intéressant de développer.

Les équipes de soins ont ainsi identifié **six actions** permettant d'atteindre cet objectif :

- **Action n°1** : Communication extérieure sur les techniques utilisées à la Grafenbourg (cf projet médical) et partager auprès du GHT (exemple: document douleur)
- **Action n°2** : Poursuivre et déployer la formation des professionnels à la RESC
- **Action n°3** : Permettre au mieux aux agents de pratiquer (RESC, Snoezelen)
- **Action n°4** : Proposer l'utilisation de l'aromathérapie (cf projet médical) et mettre en place des formations à l'aromathérapie (cf projet médical)
- **Action n°5** : Utiliser le Snoezelen pour apaiser le patient/résident (sous réserve de moyens)
- **Action n°6** : Equiper la salle de bain de La Roselière à la pratique Snoezelen

## Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

### ➤ Objectif n°4.3 : Améliorer la prise en charge de la douleur physique et psychique

---

De façon plus générale, la prise en charge de la douleur qu'elle soit physique ou psychique est une préoccupation majeure des équipes de soins et concerne des situations auxquelles les équipes sont régulièrement confrontées. Des EPP en lien avec la douleur ont été réalisées et continuent de l'être au sein de l'établissement donnant lieu à différentes actions. Cet objectif vise à poursuivre les actions identifiées mais aussi faire évoluer cette prise en charge à l'échelle des soignants en réponse aux besoins identifiés par les professionnels des différents services.

Dans cette optique, **sept actions** ont été retenues :

- **Action n°1** : Imaginer des pictogrammes type autonomie » pour la douleur.
- **Action n°2** : Créer un arbre décisionnel pour trouver des actions pluridisciplinaires (élimination des causes... logigramme procédure douleur) en favorisant les techniques innovantes non médicamenteuses.
- **Action n°3** : Poursuivre l'évaluation de la douleur à différents moments de la PEC (J,J+3 puis réévaluation cf procédures existantes et EPP).
- **Action n°4** : Rédiger un protocole sur prise en charge de la douleur avec un volet médicamenteux et non médicamenteux intégrant dans le volet non médicamenteux les actions réalisées par les professionnels paramédicaux, soignants et en lien avec le matériel.
- **Action n°5** : Sensibiliser sur le suivi des techniques non médicamenteux et les difficultés liées à l'évaluation de la souffrance psychique (Bon séjour, La Roselière).
- **Action n°6** : Poursuivre la traçabilité de la douleur sur l'ensemble de l'établissement à partir des échelles de douleur existantes.
- **Action n°7** : Poursuivre la réalisation d'audits cliniques ciblés sur l'évaluation de la douleur.

## Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

### ➤ Objectif n°4.4 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle et le développement de techniques nouvelles

---

La dénutrition des personnes âgées est un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est importante quel que soit le lieu de vie de la personne (à domicile ou en institution). Les facteurs qui influencent cette prévalence sont les caractéristiques de la personne âgée en termes de niveau de dépendance et de sévérité des pathologies mais aussi la qualité de la prestation alimentaire. La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus importante que les conséquences de la dénutrition sont nombreuses : diminution de l'autonomie, risque accru de développer des escarres, augmentation des prédispositions aux troubles de la marche, aux chutes et aux fractures entraînant la dégradation de la qualité de vie de la personne âgée.

Le centre hospitalier La Grafenbourg est confronté à des difficultés en lien avec la restauration et l'adaptation aux besoins liés à la prise en charge nutritionnelle. Par ailleurs, les résultats des questionnaires de satisfaction des résidents et patients mettent en avant comme point faible de l'établissement l'alimentation.

Au-delà de la volonté d'améliorer la prestation repas, les professionnels souhaitent améliorer la prise en charge nutritionnelle au sein de l'établissement, en assurant une réponse aux besoins des patients et résidents mais également en développant le recours à des techniques spécifiques dédiées aux patients atteints de maladies neuro-cognitives comme le manger-main. Un projet « manger main » a été élaboré il y a quelques années en équipe pluridisciplinaire à La Grafenbourg mais sa mise en œuvre a été suspendue.

Dans cette optique, **cinq actions** ont été retenues :

- **Action n°1** : Relancer et mettre en place le projet du manger main
- **Action n°2** : Mettre en place un logiciel de commandes de repas
- **Action n°3** : Répondre aux besoins des patients et résidents en termes de repas/alimentation en adéquation avec la prise en charge : identifier les besoins en termes de particularités alimentaires (régimes, allergies, textures, aversion) et les faire respecter par le prestataire
- **Action n°4** : Fluidifier la communication entre le prestataire et les équipes de soins
- **Action n°5** : Faire intervenir les professionnels formés pour la réalisation des tests sur les troubles de la déglutition (patients identifiés)

## Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

### ➤ Objectif n°4.5 : Poursuivre la prise en charge rééducative

La prise en charge rééducative est identifiée à l'échelle de l'ensemble de l'établissement comme essentielle tant dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation qu'auprès des résidents. Les professionnels de l'établissement ont la volonté, d'une part de poursuivre la prise en charge rééducative au sein des services et d'autre part, dans la mesure du possible et sous réserve de financement, de développer davantage cette prise en charge notamment au sein des EHPAD.

Aujourd'hui les rééducateurs salariés de l'établissement interviennent au sein des EHPAD La Pommeraie et Le Bon séjour. L'EHPAD La Roselière assure la rééducation des résidents par l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Ainsi, pour répondre à cet objectif, **six actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Sous réserve de financement et moyens supplémentaires : Permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge rééducative au cours de sa prise en charge par 2 intervenants/rééducateurs (cf projet médical)
- **Action n°2** : Proposer un accompagnement tout au long de la prise en charge du patient en SSR par les ergothérapeutes pour permettre l'accompagnement des équipes et l'autonomisation du patient
- **Action n°3** : Réaliser des évaluations autonomie (toilette-mobilisation) systématiques en EHPAD et USLD (ergo)
- **Action n°4** : Poursuivre le maintien à l'autonomie en EHPAD par le biais de la rééducation
- **Action n°5** : Permettre de mettre en place un suivi individuel neuropsychologique en EHPAD (sous réserve de moyens supplémentaires)
- **Action n°6** : Réaliser le NPIES pour les résidents identifiés comme ayant des troubles cognitifs par les professionnels (résidents ciblés) – Cf projet médical

### Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

#### ➤ Objectif n°4.6 : Poursuivre la prévention et la prise en charge des chutes

---

Comme décrit dans le projet médical, la prévention et la prise en charge des chutes sont une préoccupation majeure. La prévention des chutes est mise en œuvre au quotidien par les différents professionnels à la fois sur les aspects réaménagements (vigilance sur les tapis, meubles en EHPAD pouvant réduire la mobilité des personnes), que sur les traitements. Par ailleurs, une EPP a été élaborée entraînant la création d'une fiche de signalement spécifique et la mise en place d'un atelier équilibre ainsi que l'aménagement d'un parcours de marche. Cet objectif vise ainsi à poursuivre les actions mises en œuvre, assurer la sensibilisation continue des professionnels et développer davantage l'apprentissage des bonnes pratiques/gestes à adopter et mettre en place un programme d'éducation thérapeutique spécifique.

Ainsi, pour répondre à cet objectif, **quatre actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Poursuivre l'utilisation et la sensibilisation des équipes à l'utilisation des fiches de déclaration de chutes intégrée au dossier patient pour permettre leur recensement et leur traitement.
- **Action n°2** : Poursuivre l'atelier équilibre, l'utilisation du parcours de marche pour les patients et résidents avec les rééducateurs.
- **Action n°3** : Mettre en place l'éducation thérapeutique pour la prévention des chutes en HDJ SSR (cf projet médical).
- **Action n°4** : Apprendre aux résidents à se relever : transmettre les bonnes pratiques/gestes à adopter.

#### ➤ Objectif n°4.7 : Améliorer la qualité des soins de nursing des patients et résidents

---

Les soins de nursing représentent une part importante dans les soins des personnes âgées qui sont avec le temps de plus en plus dépendantes. En termes d'organisation, cela se traduit différemment selon les cas. Dans certaines situations le recours à des « baigneuses » est envisagée. L'objectif est d'assurer une régularité pour les patients et les résidents.

En ce sens, **une action** est identifiée :

- **Action n°1** : Optimiser et assurer une régularité sur les bains et douches. Envisager le recours à des postes de « baigneuses » (sous réserve de possibilités financières et humaines).

### Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

#### ➤ Objectif n°4.8 : Maintenir les actions en lien avec la prise en charge des escarres et sensibiliser les équipes

Les escarres ont donné lieu à une Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP) ayant permis d'une part de réaliser une enquête de prévalence pour l'évaluation du risque d'escarre afin d'en déterminer l'impact dans l'établissement. D'autre part, un référentiel a été rédigé dans le respect des recommandations des bonnes pratiques et en fonction des produits et matériels employés. Le dépistage systématique du risque d'escarre est l'objectif principal de la politique en place. Les ergothérapeutes ont été nommés référents sur l'usage du matériel adapté. Les actions identifiées dans le cadre de cet objectif visent à poursuivre cette démarche, améliorer la prévention et poursuivre la sensibilisation des équipes passant notamment par des actions de formation et d'information régulières par les référents ergothérapeutes.

Ainsi, pour répondre à cet objectif, cing actions ont été définies :

- **Action n°1** : Informer et expliquer aux équipes l'utilisation du matériel lors de la première installation.
- **Action n°2** : Former les équipes sur les alèses.
- **Action n°3** : Formaliser des fiches techniques « utilisation » du matériel spécifique.
- **Action n°4** : Mener des actions régulières d'information sur l'utilisation du matériel spécifique (1 fois par an par service).
- **Action n°5** : Réaliser une étude de coûts sur la location/achat du matériel anti-escarres.

#### ➤ Objectif n°4.9 : Poursuivre les actions en lien avec la contention

La contention a fait l'objet d'une Evaluation des Pratiques Professionnelle. Dans ce cadre, une procédure a été élaborée ainsi qu'un certain nombre d'actions telles que la prescription médicale spécifique et intégrée au dossier patient informatisé.

Cet objectif a comme actions principales de poursuivre les actions en place et d'assurer une information et une sensibilisation continue des professionnels :

- **Action n°1** : Poursuivre la sensibilisation des équipes à l'utilisation de la feuille prescription d'un acte de contention et au respect de la procédure associée.
- **Action n°2** : Poursuivre le recours à la contention comme dernière alternative et en tout état de cause après en avoir étudié le bénéfice risque en équipe pluridisciplinaire, avec le médecin.

### Axe n°1 : Maintenir et poursuivre la qualité de la prise en charge des patients et résidents

#### ➤ Objectif n°4.10 : Poursuivre la politique de lutte et de prise en charge de l'incontinence

L'incontinence urinaire a été choisie comme thématique Evaluation des Pratiques Professionnelles et a une nouvelle itération ayant donné lieu à la mise en place au sein de l'établissement d'un protocole spécifique qui définit la prise en charge de l'incontinence des patients et des résidents et qui concerne l'ensemble des professionnels soignants, médical et rééducateurs.

Par ailleurs, un item spécifique a été créé dans la fiche accueil informatisée des dossiers patients et résidents permettant d'assurer une évaluation à l'entrée et une information des équipes de soins donnant lieu à une réévaluation en équipe pluridisciplinaire. Par ailleurs, une attention particulière est portée au choix des protections/matériels employés et une évaluation des protections est réalisée. Enfin, les patients et résidents identifiés comme incontinents font l'objet d'un suivi particulier des changes tout au long de la prise en charge soit via le logiciel patient Cariatides (SSR) soit via le planning des changes disponible sur le répertoire U pour les autres services.

L'action identifiée dans cet objectif vise à poursuivre les évaluations régulières, l'information et le respect des procédures en place, il a donc été identifié comme **action** à mettre en place :

- **Action n°1** : Poursuivre les évaluations régulières des patients et résidents au cours des prises en charge et assurer le respect de la procédure et du suivi des changes (planification).

#### ➤ Objectif n°4.11 : Adapter l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénératives

La mesure 23 du plan Maladies neurodégénératives s'attache à l'adaptation des projets d'établissement et à la bonne prise en charge des personnes âgées touchées par ces pathologies. L'ensemble des maladies neurodégénératives ont en commun d'être des pathologies chroniques neurologiques évolutives, mais présentant des problématiques d'accompagnement différentes pour les personnes atteintes.

Les principales maladies neurodégénératives identifiées en EHPAD sont :

- la maladie d'Alzheimer ;
- la maladie de Parkinson ;
- la maladie à corps de Lewy ;
- la sclérose en plaques ;
- les dégénérescences fronto-temporales ;
- la maladie de Huntington.

Dans le cadre de cet axe, **deux objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Action n°1** : Faire un bilan de l'existant, selon les préconisations de l'ANESM.
- **Action n°2** : Développer les bonnes pratiques professionnelles, notamment par la formation des agents, la possible mise en œuvre d'un comité de pilotage.

## ✓ Axe n°2 : Poursuivre et systématiser la mise en place du projet de vie individualisé

---

Le projet de vie personnalisé ou individualisé est un engagement de l'établissement de prendre en compte la singularité de la personne accueillie pour adapter son accueil et ses services. Il s'agit d'une démarche dynamique de co-construction entre les professionnels, le résident et/ou sa famille. Institué par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007, le projet personnalisé précise que la qualité de la prise en charge d'un EHPAD repose sur le respect de la personne, de ses choix, de ses attentes afin de conserver son autonomie sociale, physique et psychique. Les objectifs sont d'assurer la continuité de vie des personnes dans l'institution en assurant leur bienveillance et le respect de leur identité, de leurs attentes et de leurs capacités. Le projet individualisé se veut évolutif dans le temps, prenant en compte les modifications de l'état physique et psychologique du résident. L'établissement La Grafenbourg a mis en place une organisation capable de répondre à cette exigence et recentre son fonctionnement à partir de dispositifs explicites, transparents pour les résidents, leurs familles ainsi que les soignants.

Dans ce cadre, l'établissement a mis en œuvre un certain nombre d'actions dont la mise en place d'un référent au sein de l'équipe de professionnel intervenant auprès du résident qui se charge de l'élaboration du projet. Ce projet de vie est révisé au minimum une fois par an. Le référent a comme rôle de connaître de façon fine les souhaits et habitudes du résidents ainsi que sa famille; il renseigne ou conseille un autre soignant dans l'accompagnement ou la prise en soin; il présente le nouveau résident en réunion pluridisciplinaire et définit son projet personnalisé; il est le lien privilégié avec la famille.

La mise en œuvre du projet individualisé du résident ou du patient en USLD est effective au sein des EHPAD La Pommeraie (y compris les UVP) et le Bon séjour. Toutefois, la démarche est en cours de systématisation au sein de l'EHPAD La Roselière. La volonté des professionnels de La Grafenbourg est de poursuivre la démarche et la mise à jour régulière et partager avec l'EHPAD La Roselière les pratiques déjà en place.

Dans le cadre de cet axe, **deux objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Objectif n°4.12** : Poursuivre la mise en œuvre du projet de vie et son actualisation au sein de la Grafenbourg (EHPAD et USLD).
- **Objectif n°4.13** : Mettre en place le projet de vie à l'EHPAD La Roselière.

*A noter que le présent projet d'établissement décline un volet spécifique projet de vie et d'animation.*

## Axe n°2 : Poursuivre et systématiser la mise en place du projet de vie individualisé

### ➤ Objectif n°4.12 : Poursuivre la mise en œuvre du projet de vie et son actualisation au sein de la Grafenbourg (EHPAD et USLD)

Dans un souci d'amélioration de la prise en charge et des conditions de vie du résident en EHPAD et USLD, les professionnels intervenant auprès des résidents et patients ont la volonté de poursuivre la mise en œuvre du projet de vie individualisé, la sensibilisation des personnels et l'amélioration des délais de mise à jour.

Ainsi, pour répondre à cet objectif, **deux actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Poursuivre les actions de sensibilisation sur l'importance des projets de vie (Bon séjour notamment).
- **Action n°2** : Revoir les délais de réalisation du projet de vie et adapter la procédure.

### ➤ Objectif n°4.13 : Mettre en place le projet de vie à l'EHPAD La Roselière

La mise en place du projet de vie à l'EHPAD La Roselière est une priorité. Des formations ont déjà été mises en œuvre et des référents ont été nommés permettant ainsi de généraliser cette pratique. L'expérience des professionnels de La Grafenbourg ainsi que les outils déjà mis en œuvre pourront être adaptés et développés pour une application sur l'EHPAD La Roselière dans un souci d'accompagnement et d'harmonisation des pratiques.

Pour répondre à cet objectif, **trois actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Former l'ensemble de l'équipe par les référents formés.
- **Action n°2** : Informer et expliquer à l'ensemble de l'équipe ce que cela implique, comment mettre en œuvre cette démarche.
- **Action n°3** : Déployer l'utilisation du projet de vie sur le dossier du résident informatisé en harmonisant les pratiques avec l'existant sur la Grafenbourg.

## ✓ Axe n°3 : Rendre le patient et résident acteur de sa prise en charge

---

L'autonomie du patient et du résident est le fil conducteur des réformes du système de santé. Elle inspire déjà la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Aujourd'hui et pour l'avenir, le patient comme le résident doit être acteur de sa prise en charge.

Les professionnels de la Grafenbourg s'attachent à ce que le patient comme le résident soit au centre de sa prise en charge et le soit en tant qu'acteur. Cela passe par l'information, la personnalisation et l'écoute des besoins et des habitudes de vie du patient. Ils s'attacheront à respecter au mieux les souhaits des patients et des résidents sans pour autant devoir impacter la cohérence et l'organisation des équipes. Par ailleurs, les professionnels ont la volonté de favoriser l'adhésion des patients et des résidents dans leur prise en charge afin de contribuer au respect de leur autonomie dans un souci constant d'amélioration continue de la prise en charge et des conditions de vie.

Dans le cadre de cet axe, **deux objectifs** spécifiques ont été identifiés :

- **Objectif n°4.14** : Etre à l'écoute de la volonté des patients et des résidents.
- **Objectif n°4.15** : Favoriser l'adhésion des patients et résidents dans leur prise en charge en les impliquant.

## Axe n°3 : Rendre le patient et résident acteur de sa prise en charge

➤ **Objectif n°4.14 : Etre à l'écoute de la volonté des patients et des résidents**

Etre à l'écoute des patients et des résidents constitue une valeur essentielle de l'établissement quels que soient la situation du patient et le service dans lequel il est accueilli. De plus, cette écoute permet au mieux de rendre les patients et résidents acteurs de leur prise en charge. Dans le cadre de cet objectif, les professionnels ont souhaité décliner des actions permettant de répondre aux besoins des patients en adéquation avec leur volonté tout en garantissant la qualité des soins et dans le respect de l'organisation de la prise en charge des équipes.

Pour répondre à cet objectif, **cinq actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Prendre en compte au mieux les habitudes de vie des résidents sans impacter la prise en charge.
- **Action n°2** : Poursuivre le projet thérapeutique du patient en SSR HC et échanger davantage sur cette personnalisation (objectifs de rééducation personnalisés).
- **Action n°3** : Permettre dans la mesure du possible d'effectuer des changements de chambre en cas d'« incompatibilité entre voisin de chambre ».
- **Action n°4** : Essayer de respecter au mieux les besoins horaires des patients en EHPAD (levers / couchers).
- **Action n°5** : Essayer de respecter au mieux les besoins horaires des patients sur le SSIAD en adéquation avec l'organisation des tournées.
- **Action 6** : Intégrer une question dans le questionnaire de sortie SSR sur le projet/objectif de rééducation.

## Axe n°3 : Rendre le patient et résident acteur de sa prise en charge

**➤ Objectif n°4.15 : Favoriser l'adhésion des patients/résidents dans leur prise en charge en les impliquant**

L'adhésion du patient comme du résident est un élément clef dans la prise en charge et ce, qu'il s'agisse d'une prise en charge à domicile dans le cadre du SSIAD, au sein des services d'hospitalisation ou en médico-social.

L'adhésion des patients et des résidents passent par l'information et la communication mais aussi au travers de l'apprentissage des bons gestes et techniques à appliquer. Ainsi, les professionnels, qu'il s'agisse des soignants, des psychologues ou rééducateurs, s'attachent à accompagner les patients et leur entourage dans l'apprentissage, l'acceptation et la conduite du changement.

Les **quatre actions** détaillées ci-dessous illustrent la volonté des professionnels de faire adhérer au mieux les patients et résidents :

- **Action n°1** : Informer les patients sur les aides techniques en place, leur expliquer et accompagner les changements.
- **Action n°2** : Apprendre aux patients/résidents les bons gestes et pratiques liées à leur pathologie/handicap (discours identique).
- **Action n°3** : Faire intervenir les équipes mobiles de gériatrie pour le suivi des aides techniques mises en place au domicile notamment.
- **Action n°4** : Poursuivre et renforcer l'accompagnement psychologique pour aider à l'acceptation du patient/résident sur sa situation.

## ✓ Axe n°4 : Accompagner les familles et l'entourage

---

La présence des familles et des proches est un facteur essentiel pour le bien-être de la personne âgée. Bien que l'entrée en institution soit souvent un moment de rupture entre la personne âgée et son entourage, il est fondamental de maintenir ces relations et cela est nécessaire pour assurer l'épanouissement du résident.

La reconnaissance de la place et de l'implication de la famille et l'entourage connaît un fort développement ces dernières années. Les textes législatifs et réglementaires ainsi que les rapports et études préconisent fortement l'intégration des familles. En parallèle, les aidants ont de plus en plus besoin d'être eux aussi accompagnés et soutenus.

De nombreux dispositifs sont déjà en place au sein de l'établissement permettant aux patients et surtout aux résidents de préserver les liens familiaux et amicaux : possibilité de partager un repas, de réaliser des visites mais aussi l'organisation d'évènements spécifiquement dédiés (exemple: café des aidants).

Les professionnels de l'établissement ont souhaité dans le cadre de cet axe traiter à la fois l'aspect informations, communications, implication des familles mais aussi poursuivre ou développer la mise en œuvre d'actions dédiées spécifiquement à leur accompagnement.

C'est dans l'optique de répondre à ces attentes que les professionnels de l'établissement ont souhaité développer les **deux objectifs** suivants :

- **Objectif n°4.16** : Favoriser l'interaction et les relations avec les familles en créant un partenariat entre les familles et les équipes.
- **Objectif n°4.17** : Communiquer auprès des familles à l'aide d'outils simples et pédagogiques.

## Axe n°4 : Accompagner les familles et l'entourage

➤ **Objectif n°4.16 : Favoriser l'interaction et les relations avec les familles en créant un partenariat entre les familles et les équipes**

La volonté principale de cet objectif est de créer un partenariat entre les familles et les équipes construit et formalisé passant par des temps d'échanges avec les équipes, la participation aux ateliers ou activités de leurs proches mais aussi par la poursuite et le développement d'actions qui leur seraient spécifiquement dédiées.

Pour répondre à cet objectif, **huit actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Mettre en place un entretien famille/médecin dès l'entrée puis sur demande tout au long de la prise en charge pour l'ensemble des unités.
- **Action n°2** : Poursuivre les entretiens familles cadre/médecins/référent/famille et généraliser à l'ensemble des services (1 fois par an en systématique et plus si demandé ou en fonction du besoin).
- **Action n°3** : Organisation de réunions d'information à thème (exemple: santé bucco-dentaire, troubles du comportement, nutrition,). Poursuivre la généralisation des réunions « et si on en parlait? » (café des aidants : AdJ, SSIAD, HDJ) à tous les services .
- **Action n°4** : Développer les informations aux familles concernant les différentes instances : CDU, réunion famille.
- **Action n°5** : Expliquer au mieux aux familles le projet de soins en lien avec état du résident (exemple : soins palliatifs, maintien au lit...).
- **Action n°6** : Proposer aux familles de participer aux différentes activités/atelier (animation, repas, goûter..). Associer les familles en HDJ par exemple (conseil aux familles). Ajouter une question au questionnaire de satisfaction.
- **Action n°7** : Projet de la création d'une charte pour définir la place des familles/entourage horaires de visite, respect, sonnette, place à table, « invités »...
- **Action n°8** : Permettre aux familles de libérer la parole et d'échanger sur leur souffrance, et de bénéficier d'un soutien par un psychologue : réalisation d'entretien, rencontrer la famille, temps d'écoute (augmentation du temps psychologue).

## Axe n°4 : Accompagner les familles et l'entourage

**➤ Objectif n°4.17 : Communiquer auprès des familles à l'aide d'outils simples et pédagogiques**

La communication est essentielle et d'autant plus difficile lorsque les familles et l'entourage sont face à des situations difficiles qui concernent leurs proches. Dans un souci de compléter les modalités d'information et de participation de l'entourage des patients, il est envisagé par les professionnels de mettre en place des outils simples et pédagogiques.

La mise en place de ces outils de communication n'a pas vocation à remplacer la communication orale et les temps d'échanges existants entre l'entourage et les équipes mais d'apporter de l'information complémentaire ou de rappeler certains éléments clefs relatifs à l'organisation et aux principes fondamentaux de l'établissement.

Pour répondre à cet objectif, **quatre actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Créer des affiches ludiques (type dessins humoristiques).
- **Action n°2** : Mettre en place des livrets thématiques d'information .
- **Action n°3** : Support de présentation powerpoint à faire défiler sur des tableau d'affichage dynamique.
- **Action n°4** : Créer, développer et permettre la diffusion via le site internet.
- **Action n°5** : Développer la communication en distanciel (tablettes)

## ✓ Axe n°5 : Fluidifier le parcours patients/résidents

---

La notion de parcours de santé est présente au sein de l'ensemble des documents stratégiques nationaux, régionaux en lien avec la santé. C'est ainsi que cette notion est un élément essentiel du projet médical partagé ainsi que du projet de soins partagé du GHT Basse Alsace Sud Moselle. En effet, un des objectifs poursuivis par la mise en place du GHT porte sur l'amélioration des parcours de vie, de santé et de soins permettant aux patients d'être sécurisé en tout point du territoire.

Il a été souligné au cours des différents COPIL GHT que l'organisation en lien avec le parcours de la personne âgée devra être maintenue du fait de son bon fonctionnement sur le territoire et le nombre important de coopérations déjà existantes.

En cohérence avec les différentes orientations, l'établissement La Grafenbourg a identifié trois objectifs concourant à la fluidité et à l'amélioration des parcours patients et résidents. Les aspects internes et externes sont ainsi abordés dans ce projet de soins venant compléter la fluidité du parcours interne développé dans le projet médical.

Pour ce faire, **trois objectifs** ont été identifiés :

- **Objectif n°4.18** : Accompagner le résident au sein des différents services de La Grafenbourg lors d'un transfert interne.
- **Objectif n°4.19** : Favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge et éviter les ruptures en cas de transfert vers l'extérieur.
- **Objectif n°4.20** : Personnaliser l'accueil et garantir la qualité et la continuité de la prise en charge des patients et résidents provenant de l'extérieur.

## Axe n°5 : Fluidifier le parcours patients/résidents

### ➤ **Objectif n°4.18 : Accompagner le résident au sein des différents services de La Grafenbourg lors d'un transfert interne**

---

La fluidité du parcours interne passe par l'accompagnement des résidents lors d'un besoin de changement de service, qu'il s'agisse d'un changement entre service médico-sociaux, de passage vers ou depuis les services d'hospitalisation.

Dans le cadre de cet objectif six actions ont été identifiées visant à accompagner davantage les résidents en cas de changement de service :

- **Action n°1** : Présentation de la personne avec échange direct soignant/soignant au moment des transmissions (la veille ou le jour du transfert).
- **Action n°2** : Créer une fiche de liaison valable pour tout l'établissement et l'informatiser.
- **Action n°3** : Rédaction d'une procédure sur les transferts internes.
- **Action n°4** : Créer une vidéo de visite virtuelle.
- **Action n°5** : Prévoir une visite du service de destination au préalable.
- **Action n°6** : Transfert des affaires par les équipes après avoir demandé à la famille sauf si celle-ci le fait elle-même.

## Axe n°5 : Fluidifier le parcours patients/résidents

➤ **Objectif n°4.19 : Favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge et éviter les ruptures en cas de transfert vers l'extérieur**

Cet objectif traite à la fois d'un transfert vers un établissement extérieur entraînant la « sortie » effective de l'établissement (vers un autre établissement ou à domicile) que des cas relatifs aux rendez-vous extérieurs (exemple : consultation d'un spécialiste par un résident ou un patient de l'établissement). Des actions spécifiques ont été identifiées en lien avec les résidents et ou patients atteints de troubles cognitifs.

Pour répondre à cet objectif, **neuf actions** ont été définies :

- **Action n°1 : RDV extérieur** : Impliquer les proches / familles – Informer par téléphone systématiquement les familles pour accompagner les patients/résidents.
- **Action n°2 : RDV extérieur** : Intégrer les prescriptions et une lettre de suivi transmission.
- **Action n°3 : RDV extérieur** : transmettre un feuillet avec n°téléphone pour contacter le service en cas de problème de prise en charge (hors urgence).
- **Action n°4 : RDV extérieur des patients présentant des troubles cognitifs** : créer un bracelet d'identification spécifique pour les résidents/patients atteints de troubles cognitifs. Monter un groupe pluridisciplinaire de réflexion.
- **Action n°5 : RDV extérieur des patients présentant des troubles cognitifs** : faire accompagner les résidents déments ou atteints de troubles cognitifs par un soignant du service adresseur (autant que faire se peut) en cas d'indisponibilité des familles – Problématique des patients sous tutelle - Sous réserve de moyens supplémentaires.
- **Action n°6 : Sortie/transfert de résidents atteints de troubles cognitifs** : appeler le service accueillant pour prévenir de la démence/maladie avancée.
- **Action n°7 : Sortie/transfert de résidents atteints de troubles cognitifs** : ajouter à la fiche de liaison un item déambulation et indications sur les spécificités de la prise en charge.
- **Action n°8 : Sortie/retour domicile** : contacter les prestataires extérieurs en cas de retour à domicile.
- **Action n°9 : Sortie/retour domicile** : équipe de rééducation : leur permettre la prise en charge jusqu'au domicile du patient (adaptation du lieu de vie, mise en place de techniques nécessaires). Assurer le relai psychiatrique en cas de sortie si nécessaire.

## Axe n°5 : Fluidifier le parcours patients/résidents

➤ **Objectif n°4.20 : Personnaliser l'accueil et garantir la qualité et la continuité de la prise en charge du patient/résident provenant de l'extérieur**

---

Cet objectif vise à personnaliser l'accueil des résidents et/ou patient venant d'un autre établissement. Les actions identifiées viennent compléter les procédures et ou actions déjà mises en œuvre au sein de l'établissement et contribuent à l'atteinte des objectifs identifiés dans le cadre du projet médical et de soins partagés du GHT notamment en vue d'éviter les ruptures de soins, assurer une coordination entre acteurs et réduire les ruptures de traitement médicamenteux

Pour répondre à cet objectif, **sept actions** ont été définies :

- **Action n°1** : Poursuivre la politique d'intégration/d'accueil et proposer une personnalisation de la chambre pour l'hébergement à l'arrivée du résident (cf projet de vie).
- **Action n°2** : Poursuivre les entretiens d'accueil et présenter les corps de métiers qui vont intervenir auprès du résident.
- **Action n°3** : Inciter les familles et résident à visiter le service en amont de l'admission.
- **Action n°4** : S'assurer que les traitements médicamenteux soient à jour et les aides techniques connues; récupérer les plans de soins et spécificités.
- **Action n°5** : Anticiper le trousseau et proposer un service d'identification des vêtements (étiquettes) par l'établissement (prestation payante) - Sous réserve de moyens matériels.
- **Action n°6** : Réactualiser les procédures (accueil/livret accueil et procédures de transfert).
- **Action n°7** : S'assurer que le patient/résident soit informé sur la possibilité d'amener leur propre matériel (fauteuil, aides techniques...) et en améliorer le suivi.

## ✓ Axe n°6 : Informer et assurer le respect des droits des patients/ résidents

---

L'établissement s'attache à mettre en place une approche commune au respect des droits des patients, de la promotion des libertés individuelles des personnes accueillies, quel que soit le secteur (sanitaire ou médico-social). Il s'engage à mettre en œuvre et respecter la charte du patient hospitalisé ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Les équipes veillent à respecter ces droits au quotidien, elles sont sensibilisées à l'existence de ces droits à travers l'affichage des chartes au sein de l'établissement mais aussi lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants. Les patients comme les résidents sont informés par le biais de livret d'accueil mais aussi par une communication des équipes en charge de leur accueil et tout au long de la prise en charge.

Sont ainsi abordées le respect de la vie privée, la personne de confiance, les directives anticipées, le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur, le respect des pratiques religieuses et philosophiques, le droit d'accès aux informations nominatives et le droit à la correction des données si nécessaire, le droit d'accès au dossier médical, le statut du majeur protégé, les plaintes et réclamation...

Par ailleurs, quel que soit le service, les professionnels assurent et garantissent le respect des droits et libertés des patients et des résidents qu'il s'agisse de la dignité, l'intégrité et l'intimité, la liberté de choix, la liberté d'aller et venir. Les droits et informations des patients font parties intégrantes de la prise en charge, de la politique de l'établissement ainsi que dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

Dans le cadre de cet axe, **trois objectifs** ont été identifiés :

- **Objectif n°4.21** : Poursuivre la promotion des droits des patients et résidents.
- **Objectif n°4.22** : Travailler sur le droit à l'image.
- **Objectif n°4.23** : Prévenir les risques de maltraitance et promouvoir la bientraitance.

**Axe n°6 : Informer et assurer le respect des droits des patients/  
résidents****➤ Objectif n°4.21 : Poursuivre la promotion des droits des patients  
et résidents**

---

Plusieurs actions ont été identifiées en vue de renforcer les droits des patients et des résidents au sein de l'établissement. Tout d'abord, l'établissement La Grafenbourg souhaite poursuivre et développer une communication plus explicite auprès de ses patients et résidents sur leurs droits (formation, site internet,...).

En outre, afin de renforcer le dialogue avec le patient et l'utilisateur, l'établissement a pour ambition de faire participer davantage les usagers en poursuivant sa politique d'intégration aux instances représentatives.

Dans le cadre de cet objectif, **sept actions** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Rédiger une page d'information à destination des soignants à la sortie de nouveaux textes réglementaires.
- **Action n°2** : Accompagner les aidants familiaux à la redéfinition de leurs droits vis-à-vis de l'accompagnement de leurs proches en institution.
- **Action n°3** : Rappeler les droits des tuteurs, personnes de confiance, consentements, directives anticipées.
- **Action n°4** : Poursuivre la réflexion sur la bientraitance et des risques a priori, prévention de la maltraitance.
- **Action n°5** : Poursuivre la politique d'intégration des usagers dans les instances.
- **Action n°6** : Développer le site internet (page sur les droits des personnes).
- **Action n°7** : Poursuivre les formations des professionnels en lien avec les droits des patients.

## Axe n°6 : Informer et assurer le respect des droits des patients/ résidents

### ➤ Objectif n°4.22 : Veiller au respect du droit à l'image

La protection du droit à l'image d'une personne physique repose sur le fondement du respect de la vie privée. Par définition, le droit à l'image d'une personne est le droit pour celle-ci d'autoriser ou de s'opposer à la fixation et à la diffusion de son image. Il doit être respecté lorsqu'est capté (photographié ou filmé) l'image d'une personne reconnaissable.

L'établissement a pour ambition de réfléchir aux modalités à mettre en œuvre pour intégrer le droit à l'image des patients/résidents.

En ce sens, **trois actions** ont été identifiées par les professionnels :

- **Action n°1** : Identifier ce qui est en place et étudier la réglementation en vigueur.
- **Action n°2** : Mettre en place les documents en lien avec l'accord du patient.
- **Action n°3** : Informer l'ensemble des acteurs de l'établissement sur les procédures et actions à mettre en œuvre.

### ➤ Objectif n°4.23 : Prévenir les risques de maltraitance et promouvoir la bientraitance

Dans le cadre des réflexions autour de la prévention des risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance, un comité éthique a été constitué au sein de l'établissement en tant que sous-commission de la CME afin de permettre entre professionnels de mener et échanger autour de situations éthiques rencontrées au sein de l'établissement.

Par ailleurs, dans le cadre de la démarche qualité, la notion de bientraitance et prévention de la maltraitance a été identifiée comme prioritaire sur les prochaines années.

Dans ce contexte, les professionnels de La Grafenbourg ont identifié les **sept actions** suivantes :

- **Action n°1** : Envisager une EPP sur le sujet.
- **Action n°2** : Revoir les procédures de signalement interne et externe du risque de maltraitance.
- **Action n°3** : Intégrer un temps de sensibilisation au risque de maltraitance à la journée d'accueil des nouveaux arrivants.
- **Action n°4** : Créer un outil d'autoévaluation des professionnels sur les risques de maltraitance.
- **Action n°5** : Poursuivre le comité éthique et la tenue de réunions régulières.
- **Action n°6** : Relancer les temps d'échanges courts avec les soignants sur des retours d'expérience (groupe psychiatrie).
- **Action n°7** : Pérenniser et généraliser l'intervention de la psychiatrie auprès des équipes .
- **Action n°8** : Inscrire cet axe de formation sur le plan pluriannuel.

## ✓ Axe n°7 : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

---

En miroir des actions menées pour améliorer la qualité des prises en charge des patients et l'accompagnement des résidents, l'établissement La Grafenbourg s'attache à améliorer les conditions d'exercice de ses professionnels en adaptant l'environnement et en veillant à la qualité de vie au travail de ses équipes. La construction des nouveaux bâtiments a été réalisée dans un souci d'améliorer à la fois le confort de vie des résidents et des patients mais aussi celui des professionnels de l'établissement. Il en est de même pour le matériel.

Par ailleurs, conscients que les compétences de ses professionnels font la force et la richesse de l'établissement, une attention particulière est portée à la formation et à la valorisation des équipes tout en assurant l'évolution et l'adaptation des métiers aux besoins. Cette politique s'articule en lien avec le DPC et afin de garantir la sécurité des soins.

Pour ce faire, **six objectifs** ont été identifiés :

- **Objectif n°4.24** : Poursuivre la dynamique d'adaptation et de choix de matériel dans le but de faciliter la prise en charge par les soignants (équipement de rails...).
- **Objectif n°4.25** : Intégrer les équipes aux réflexions en lien avec les travaux et réaménagement des espaces.
- **Objectif n°4.26** : développer un management au service de la qualité des soins.
- **Objectif n°4.27** : Continuer à proposer régulièrement des formations adaptées aux besoins des équipes (formations internes; formations externes).
- **Objectif n°4.28** : Poursuivre le partage des pratiques inter et extra établissement (journée Alzheimer, journée EPSAN...).
- **Objectif n°4.29** : Développer des postes d'infirmière en pratique avancée (IPA) pour les pathologies chroniques telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson .

### Axe n°7 : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

#### ➤ Objectif n°4.24 : Poursuivre la dynamique d'adaptation et de choix de matériel dans le but de faciliter la prise en charge par les soignants

L'établissement La Grafenbourg veille à assurer une harmonisation et une égalité au sein des différents services concernant le matériel à disposition des salariés. De plus, la direction s'attache à impliquer les professionnels dans le choix du matériel, leur entretien et leur renouvellement. Cette implication permet d'assurer un choix juste et adapté aux besoins des professionnels qui en usent au quotidien.

Les **deux actions identifiées** viennent confirmer cette volonté de maintenir et poursuivre cette dynamique :

- **Action n°1** : Impliquer les professionnels dans le choix du matériel pour prioriser le plan d'investissement.
- **Action n°2** : Réaliser un recensement du matériel et adapter le matériel aux besoins du service.

#### ➤ Objectif n°4.25 : Intégrer les équipes aux réflexions en lien avec les travaux et réaménagement des espaces

Dans la continuité de l'objectif précédent, l'établissement a la volonté d'intégrer les équipes aux réflexions menées sur la réorganisation des espaces permettant de réinvestir le travail en équipe pluri professionnelle dans une démarche collective et collaborative. Ce travail permettra également de recueillir les besoins des professionnels pour la mise en œuvre des projets de réhabilitation du Bon séjour.

Pour répondre à cet objectif, quatre actions ont été définies :

- **Action n°1** : Impliquer les équipes aux travaux et plus particulièrement en lien avec le planning de réhabilitation du Bon séjour.
- **Action n°2** : Communiquer et organiser la mise en œuvre de l'agenda des travaux de réhabilitation.
- **Action n°3** : Créer des espaces Snoezelen et de rééducation (EHPAD La Roselière).
- **Action n°4** : Réaménager les espaces de l'EHPAD Bon séjour (salle à manger et verrières).
- **Action n°5** : Aménager l'extérieur afin de permettre aux résidents et patients de profiter des espaces bois et parties ombragées de l'établissement.

### Axe n°7 : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

#### ➤ Objectif n°4.26 : Développer un management au service de la qualité des soins

Dans le cadre de cet objectif, cinq actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : former les encadrants.
- **Action n°2** : accompagner et soutenir les projets émanant des équipes (RESC, Aromathérapie).

#### ➤ Objectif n°4.27 : Continuer à former régulièrement les équipes (formations internes; formations externes)

Anticiper l'adéquation entre les compétences nécessaires au fonctionnement de l'établissement La Grafenbourg et les projets institutionnels, accompagner les équipes dans la bonne adéquation des ressources aux activités quotidiennes,... sont autant d'enjeux qui impliquent une formation continue des équipes. La formation a toujours été une préoccupation majeure pour l'établissement avec une volonté de respecter au plus près la volonté de chacun.

La formation interne a aussi une place à jouer importante qu'il est important de valoriser. Cela permet d'une part d'associer et impliquer les équipes et d'autre part de valoriser les compétences de chacun en lien avec le DPC.

Les quatre actions ci-dessous ont été identifiées en ce sens :

- **Action n°1** : Pérenniser le dispositif de formation permettant aux équipes de bénéficier des formations demandées et choisies.
- **Action n°2** : Faire un focus sur les besoins spécifiques des ASH.
- **Action n°3** : Valoriser et réaliser les formations internes :
  - Formation incendie 1 fois par an.
  - Formations rappel manutention .
  - Formations Snoezelen .
- **Action n°4** : Mettre en place des formations pluriannuelles (lien projet social)

### Axe n°7 : Poursuivre la formation et l'accompagnement des équipes de soins

#### ➤ Objectif n°4.28 : Poursuivre le partage des pratiques inter et extra établissement

Le partage d'expériences professionnelles par métier, en multidisciplinarité et en partenariat avec les acteurs de terrain fait partie des valeurs essentielles de l'établissement. En effet, les professionnels de l'établissement participent régulièrement à des journées en lien avec les acteurs du terrain. C'est le cas notamment dans le cadre de la journée Alzheimer organisée tous les ans et réunissant autour de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées tous les acteurs pouvant intervenir.

Par ailleurs, l'établissement, en partenariat avec l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), établissement psychiatrique situé sur la commune, organise des journées d'échanges et de partage autour de thématiques spécifiques et d'ateliers où différents professionnels interviennent. Ces échanges alimentent les pratiques des professionnels et sont enrichissants pour l'ensemble des acteurs. Il est donc envisagé de poursuivre ces actions.

En parallèle, et dans l'objectif de poursuivre le partage des pratiques, les échanges en interne sont à développer.

Dans ce cadre, trois actions en lien avec le partage des pratiques qu'elles soient inter ou extra établissement ont été identifiées :

- **Action n°1** : Etendre à tous les services le « retour d'expérience » systématique par les professionnels revenant de formation.
- **Action n°2** : Proposer des « stages découvertes » par convention avec d'autres établissements (GHT ou voisins) pour le personnel.
- **Action n°3** : Pérenniser l'organisation des événements externes :
  - Journée Alzheimer
  - Journée d'étude à l'EPSAN

#### ➤ Objectif n°4.29 : Développer des postes d'infirmière en pratique avancée

Dans le cadre de cet objectif, deux actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : Définir le besoin de la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou Parkinson.
- **Action n°2** : inscrire au plan de formation 2022-2023 le financement d'une place d'IPA.



---

# LE PROJET DE VIE ET D'ANIMATION

---



En association avec les représentants des familles, ce projet de vie a été élaboré dans le cadre d'une réflexion interservice et pluridisciplinaire. Il définit les axes prioritaires du plan d'action visant à mettre la personne âgée accueillie, résident ou patient, au centre de nos attentions et organisations.

Dans un centre hospitalier gériatrique comme celui de La Grafenbourg, l'articulation du champ médico-social et de la prise en charge sanitaire s'avère déterminante pour **penser l'établissement comme lieu de vie**, condition préalable indispensable au respect des droits et libertés des personnes accueillies. Le projet de vie est ainsi, avec le projet de soins, la pièce centrale du projet d'Etablissement.

### La démarche du projet de vie repose sur :

- ✓ Un questionnement sur la personne âgée en institution
- ✓ L'identification des potentialités du public accueilli
- ✓ Une réflexion sur les notions de respect de la personne, d'intimité, d'espace personnel, de liberté, de choix et de prise de décision de la personne âgée
- ✓ Une analyse des pratiques professionnelles et des risques de maltraitance
- ✓ Une anticipation des évolutions sociétales, des attentes et besoins des résidents et de leurs familles.

### La finalité du projet de vie :

**Elle est centrée sur le principal bénéficiaire : la personne âgée accueillie.**

Le projet de vie se réfère préalablement aux principes de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. Cette charte précise que « les personnes accueillies ont droit au respect absolu de leurs libertés et de leur dignité d'être humain », et s'inscrit dans une dynamique d'évolution permanente.

Le projet de vie s'appuie sur des valeurs professionnelles partagées, se réalisant à partir d'une volonté d'engagement collectif et permanent des professionnels dans une logique de progrès, d'évolution, et d'amélioration constante de la qualité des prestations. A cette fin l'évaluation des actions et des pratiques est analysée au regard des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui fournit le cadre institutionnel de références.

Dans ce cadre de références, **la qualité de vie** en établissement tient une place centrale (« Qualité de vie en EHPAD » – de l'accueil à son accompagnement. ANESM). **La qualité de vie** est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Ce concept renvoie à de **multiples dimensions**, tant objectives que subjectives :

- l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles
- ses sensations somatiques
- son état de santé psychologique
- son statut social,
- son environnement relationnel

Le concept a pour point central la notion de **perception**, de satisfaction de la personne. Cette importance conférée au **point de vue de la personne** ajoute à la complexité du concept : la qualité de vie est un critère d'appréciation censé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective.

Si la qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne en fonction de ses propres normes et valeurs, elle évolue également dans le temps, aux différents âges de la vie : elle renvoie donc à une situation à un moment donné susceptible d'évoluer et de se modifier. L'établissement doit donc mettre en œuvre les moyens requis pour s'adapter à ces différentes évolutions, et ce plus souvent à partir de l'actualisation des projets de vie individuels qui nourrissent le projet d'établissement.

### Les axes du projet de vie :

- 1) L'accueil de la personne en établissement
- 2) L'individualisation de l'accompagnement dans un fonctionnement collectif
- 3) La promotion du lien social

## ✓ Axe n°1 : L'accueil de la personne en établissement

---

Une mauvaise information ou une information insuffisante, une mauvaise compréhension, une méconnaissance du fonctionnement sont des facteurs de risque d'une mauvaise relation.

La personne âgée et ses proches doivent avoir tous les éléments en main pour prendre une décision éclairée, et ce dans un contexte fréquent d'admission en urgence et donc anxiogène. La verbalisation des « pertes » (du cadre de vie investi sentimentalement, de l'entourage familial, de certaines habitudes de vie...) et des « gains » (l'aide à la vie quotidienne, la diminution des charges domestiques, la sécurité en cas d'incident, la vie relationnelle...) permet de mettre en perspective les avantages et inconvénients de la décision d'admission.

### ○ Les enjeux :

- Connaître les besoins de la personne et ses attentes vis-à-vis de l'Ehpad.
- Connaître le point de vue de la personne elle-même sur les conditions de sa demande d'admission : les problèmes de santé, les limitations de l'offre existante d'aide et de soins à domicile, les limites ou le changement des supports relationnels et familiaux (par exemple, le décès du conjoint qui crée une trop grande solitude).
- Connaître le degré d'information de la personne, de sa participation et de son consentement ou assentiment à cette démarche.
- Aider la personne à envisager le proche avenir et à peser les différents scénarios.
- Améliorer la préparation à l'entrée des résidents, afin de dédramatiser l'arrivée dans l'établissement.
- Rassurer le résident et sa famille.
- Garantir un accompagnement de qualité dès l'entrée, adapté à la situation médicale et sociale du résident.
- Permettre au résident la meilleure intégration possible dans son nouveau milieu de vie.
- Mettre en place au niveau de l'équipe un accompagnement de qualité.
- Faire de l'accueil du résident un moment de convivialité.
- Faciliter l'appropriation de son nouveau lieu de résidence par la personne.

### ○ Les constats institutionnels :

- ✓ *Des documents institutionnels existants (contrats de séjour, livret d'accueil, plaquettes d'information) remis aux futurs résidents, mais pas toujours à jour (La Roselière).*
- ✓ *Une prise de contact des soignants avec le résident s'effectuant progressivement, d'abord à l'admission à travers le recueil des habitudes de vie, puis peu à peu avec le recueil de l'histoire de vie (étayant le projet de vie) et si possible déjà au moment de la visite de préadmission.*
- ✓ *Proposition faite aux familles de personnaliser la chambre de leur proche avec des effets personnels (un meuble, objets de décoration) afin d'atténuer pour certains le choc de l'entrée en institution.*
- ✓ *Des projets personnalisés réalisés systématiquement au C.H La Grafenbourg, en cours de développement sur l'EHPAD La Roselière, et ce en promouvant la co-construction et la réflexion interdisciplinaire.*
- ✓ *Une difficulté à recueillir les souhaits de fin de vie.*

### ➤ Objectif n°5.1 : Préparer et faciliter l'accueil dans l'établissement

---

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : actualiser en permanence les documents institutionnels.
- **Action n°2** : Personnaliser l'entrée en institution/dans la chambre avec des attentions individuelles (fleurs dans un vase, petit mot, gestes tendres...).
- **Action n°3** : Formaliser le droit à l'image au moment de l'admission à travers un document à insérer dans le livret d'accueil.
- **Action n°4** : Informer le résident et les familles sur la recherche des souhaits de fin de vie, et l'insérer dans le livret d'accueil.

## ❖ Axe n°2 : L'individualisation de l'accompagnement dans un fonctionnement collectif

---

L'accompagnement des usagers en établissement médico-social et hospitalier doit en permanence s'inscrire dans le cadre du respect des droits et libertés de chaque personne accueillie. Les contraintes de la vie collective, des organisations de travail ou des locaux peuvent être quelques fois contradictoires avec ces principes fondamentaux.

Si chaque résident a droit à sa vie privée, l'organisation, les règles de sécurité et de fonctionnement d'un établissement imposent en effet leurs propres contraintes à la liberté des résidents.

La vie en collectivité est une forme de vie nouvelle pour les personnes accueillies. Ce changement est important car il peut imposer des contraintes supplémentaires par rapport à la vie qu'elles menaient dans leur ancien domicile. L'atténuation des contraintes liées à la vie collective (souplesse de l'organisation, qualité des prestations proche de la qualité hôtelière, etc.) participe au sentiment de bien-être et à la qualité de vie.

Si chaque personne est reconnue dans les espaces de vie collective, non pas seulement comme un élément du groupe mais comme un individu à part entière, elle pourra se les approprier et les investir plus facilement. La personnalisation de l'accompagnement se concrétise à la fois dans l'aménagement des espaces mais aussi dans l'organisation de la vie quotidienne en tenant compte des contraintes de la vie collective.

### ○ Les enjeux :

- Respecter le rythme de vie et les habitudes de chacun.
- Mettre en place une organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette..
- Mettre en place une organisation personnalisée du coucher et de la nuit.
- Respecter l'intimité.
- Reconnaître la vie affective et intime des résidents.
- Prendre en compte l'équilibre nécessaire entre obligations et sécurité et respect de la liberté des résidents.
- Permettre de vivre sa propre spiritualité.
- Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité.

### ○ Les constats institutionnels :

- ✓ *Il existe une forte culture des projets de vie personnalisés au sein des services de La Grafenbourg, mais peu développée à La Roselière.*
- ✓ *La procédure d'élaboration des projets de vie personnalisés est bien connue des professionnels, avec la présence d'un référent par résident positionné dès l'admission et identifié par les familles.*
- ✓ *Le résident et/ou ses proches sont impliqués dans l'élaboration du projet de vie personnalisé.*
- ✓ *Respect du refus et de la non adhésion d'un résident à un projet.*
- ✓ *Le projet de vie personnalisé est présenté pour validation à la personne accueillie et/ou à son entourage, puis est décliné au sein du dossier patient informatisé (Cariatides). L'ensemble des professionnels de santé y ont accès.*
- ✓ *Il existe des formations annuelles des professionnels sur la bientraitance.*
- ✓ *Prise en compte du rythme du résident autant que possible (lever, toilette possible le soir, amplitude des repas, sieste, couchers).*
- ✓ *Absence de formalisation dans le contrat de séjour d'une annexe identifiant le bénéfice-risque en cas de restriction de la liberté d'aller-venir d'un résident désorienté.*
- ✓ *Célébration hebdomadaire de la messe catholique et du culte protestant.*
- ✓ *Un projet restauration en cours de réalisation à La Grafenbourg, mais d'ores et déjà respect des goûts et aversions de chacun.*

### ➤ Objectif n°5.2 : Individualiser l'accompagnement des résidents

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : systématiser et actualiser les projets de vie personnalisés à La Roselière.
- **Action n°2** : mettre en place un livre mémoire du résident afin de permettre après son décès à la famille et autres résidents de se recueillir.
- **Action n°3** : prévoir une cuisine adaptée dans chaque service pour permettre la réalisation d'ateliers cuisine thérapeutiques.
- **Action n°4** : Décliner dans les services le manger –main pour les résidents qui en ont besoin.
- **Action n°5** : développer les petit-déjeuners améliorés dans les services.

### ❖ Axe n°3 : La promotion du lien social

---

La vie sociale est l'ensemble des relations que le résident en Ehpad est amené à avoir avec d'autres personnes. Le rôle social est le comportement, la conduite ou la fonction d'une personne à l'intérieur d'un groupe, chaque individu ayant plusieurs rôles sociaux qui évoluent dans le temps et se transforment.

Le maintien des liens familiaux et des relations sociales à l'extérieur de l'établissement, la création de nouvelles relations tant avec les autres résidents qu'avec les professionnels qui les accompagnent sont des facteurs essentiels au sentiment de bien être global des résidents en Ehpad et USLD.

Si avec le très grand âge, les relations s'amenuisent et le réseau relationnel dans son ensemble se restreint, l'entrée en institution marque souvent une rupture avec les relations sociales existantes.

#### ○ **Les enjeux :**

- Ne pas couper le résident de ses liens sociaux.
- Faciliter les relations entre les résidents dans le cadre de la vie quotidienne.
- Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches.
- Multiplier et diversifier les possibilités de rencontre.
- Rendre possible les rencontres avec les autres citoyens de la ville/village.
- Favoriser l'exercice des droits civiques.
- Encourager la participation des proches.
- Reconnaître la place des proches dans l'accompagnement du résident.
- Optimiser la mise en relation dans le cadre des activités collectives d'animation sociale.
- Favoriser la participation du résident et des ses proches à la vie de l'établissement.

### ○ Les constats institutionnels:

- ✓ *Le projet d'animation a été actualisé à La Grafenbourg par les professionnels et les bénévoles;*
- ✓ *Le projet d'animation reste à écrire à La Roselière.*
- ✓ *Dans les deux établissements des équipes de bénévoles interviennent de façon régulière, pour des animations ou activités diversifiées.*
- ✓ *Les familles sont invitées aux anniversaires et fêtes calendaires.*
- ✓ *Le PASA de La Grafenbourg peut recevoir des familles pour le repas du dimanche et jours fériés.*
- ✓ *Les commissions des usagers (C.D.U à La Grafenbourg ou le Conseil de vie Social à La Roselière) se réunissent régulièrement, mais leur composition et fonctionnement doit être actualisés.*
- ✓ *Un projet intergénérationnel (avec enfants d'une crèche de Haguenau) est mis en œuvre à la Roselière comme à La Grafenbourg (maternelles et crèche de Brumath).*

### ➤ Objectif n°5.3 : Maintenir ou développer le lien social

Dans le cadre de cet objectif, neuf actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : Elaborer le projet d'animation à La Roselière, notamment en articulation avec celui de La Grafenbourg.
- **Action n°2** : organiser la possibilité d'une vie sociale après le diner pour les résidents qui le souhaitent;
- **Action n°3** : permettre aux résidents d'utiliser les nouvelles technologies dans leurs chambres (WIFI, smartphones, tablettes), en lien avec le projet architectural;
- **Action n°4** : permettre aux résidents de se remémorer les liens d'antan (projet d'écomusée, objets de la vie quotidienne d'antan...);
- **Action n°5** : renforcer à La Grafenbourg l'intergénérationnalité en invitant des enfants d'âge scolaire en EHPAD, sans forcément l'entremise d'un intervenant musical;
- **Action n°6** : offrir aux bénévoles la possibilité de participer aux formations internes dans l'établissement sur l'accompagnement des personnes âgées désorientées;
- **Action n°7** : Dynamiser le fonctionnement des instances de représentation des familles et résidents.
- **Action n°8** : organiser de manière systématique l'exercice du droit civique lors des élections;
- **Action n°9** : mettre en place un projet des usagers en lien avec les associations de bénévoles.



---

# LE PROJET HOTELIER

---



Le projet hôtelier est un des supports essentiels à la réalisation du projet de vie. Ce projet hôtelier se développe à partir de 4 prestations principales :

- La prestation restauration.
- Le prestation lingerie.
- L'entretien des locaux.
- La logistique.

## ✓ Axe n°1 : Une restauration au service des résidents, patients et familles

Le temps des repas constitue un moment privilégié et essentiel de plaisir, de sociabilité et de convivialité, en particulier pour les personnes âgées fragiles résidant en établissements d'hébergement. Ainsi, notre alimentation répond non seulement à des besoins physiologiques, mais revêt aussi une grande importance en apportant à notre corps un plaisir essentiel à notre bien-être et à notre santé. Améliorer l'environnement des repas autant que les repas eux-mêmes, c'est participer au bien-être des résidents les plus fragiles, c'est améliorer leur statut nutritionnel et ainsi retarder leur perte d'autonomie, c'est aussi et surtout stimuler et rendre le plaisir de manger et le plaisir de vivre. Dès lors l'alimentation plaisir est l'objectif majeur du projet restauration, car permettant de lutter au mieux contre le risque de dénutrition.

### ○ Les enjeux :

- Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité.
- Adapter la qualité du repas à tous niveaux de dépendance des résidents;
- Assurer une qualité constante des menus quelque soit la saison;
- Lutter contre la dénutrition;

#### Facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées

Psycho-socio-environnementaux	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie: entrée en institution	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours	Maladie Alzheimer Autres démences Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome Parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

### Restauration : Les constats institutionnels:

- ✓ *La qualité et diversité des repas n'est pas satisfaisante (200 FSEI sur une année).*
- ✓ *La part de déchet (gaspillage alimentaire) est évaluée à 30 % de la production de la cuisine.*
- ✓ *Les menus sont estimés trop copieux le soir, pas toujours adaptés à la culture alsacienne.*
- ✓ *Les mixés sont achetés en préparation sous-vide, n'offrant aucune diversité et qualité gustative.*
- ✓ *Le projet manger-mains, initié en 2014, n'a pas encore pu aboutir.*
- ✓ *Les erreurs dans le non-respect des régimes ou des aversions sont régulières.*
- ✓ *Les repas sont soit préparés au plateau (USLD et SSR) soit en bacs gastronomiques.*
- ✓ *Les résidents peuvent une fois/mois diner avec des tartes flambées, proposées par l'association des bénévoles.*
- ✓ *Le temps de diététicien (0,30 E.T.P) n'est pas suffisant pour répondre aux demandes des services soignants et au service restauration.*
- ✓ *La cuisine a été agrandie et modernisée en 2015, et propose tous les équipements modernes nécessaires.*
- ✓ *L'organisation du service restauration n'a pas fait l'objet de réflexion et de modernisation, depuis l'augmentation de la capacité de l'établissement : pas de corrélation entre la complexité du menu et le nombre de professionnels présents ces jours-là, pas de liaison froide en support d'organisation de week-end, absence de fiches techniques, sous-utilisation des équipements de cuisine, sous-effectif de cuisiniers qualifiés .*
- ✓ *La gestion de la cuisine est externalisée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, nécessitant des ajustements successifs dans l'organisation.*
- ✓ *Le prestataire de restauration est tenu par le marché d'optimiser le coût et la qualité des repas, de proposer et d'accompagner une réorganisation du service restauration.*
- ✓ *La gestion des commandes repas est informatisée depuis septembre 2018, mais non totalement fiable et ne concernant pas encore tous les services.*
- ✓ *La commission restauration se réunit peu, avec une participation variable des résidents et professionnels.*
- ✓ *Le CLAN ne se réunit pas depuis 2017.*

### ➤ **Objectif n° 6.1 : Proposer une restauration qualitative et adaptée aux attentes et besoins des patients et résidents**

Dans le cadre de cet objectif, **dix actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Relancer et optimiser le fonctionnement de la commission de restauration et du CLAN..
- **Action n°2** : Sécuriser la gestion informatisée des commandes repas.
- **Action n°3** : Mettre en place la fabrication interne des plats en texture modifiée et ce pour tous les plats proposés au menu.
- **Action n°4** : réorganiser le service restauration en augmentant l'effectif des cuisiniers qualifiés.
- **Action n°5** : mettre en place le manger-mains.
- **Action n°6** : soigner la présentation des plats et des tables.
- **Action n°7** : enrichir les repas pour limiter au mieux le recours aux C.N.O..
- **Action n°8** : élaborer le plan alimentaire au plus près de la saisonnalité des plats.
- **Action n°9** : développer les ateliers culinaires.
- **Action n°10** : augmenter le temps de diététicienne de 0,30 à 0,50 E.T.P.

## ✓ Axe n°2 : Consolider la prestation lingerie

---

Le service lingerie est un service à part entière, prestataire des autres unités de chaque établissement. Une prestation lingerie insatisfaisante peut être cause de nombreuses plaintes des familles.

### ○ Les enjeux :

- Respecter les principes de la réglementation RABC.
- Entretenir au mieux le linge des résidents.
- Entretenir au mieux les tenues des professionnelles.

### ○ Les constats institutionnels:

- ✓ *La lingerie de La Grafenbourg occupe des locaux récents et modernisés répondant aux exigences de la méthode RABC.*
- ✓ *la lingerie de la Roselière est obsolète, le matériel en fin de durée d'utilisation.*
- ✓ *L'entretien du linge plat des deux établissements est externalisé.*
- ✓ *Peu de FSEI sont enregistrées pour la prestation linge, sauf pour les poches non vidées des tenues du personnel.*

## ➤ Objectif n° 6.2 : Renforcer la qualité de prestation d'entretien du linge

---

Dans le cadre de cet objectif, deux actions opérationnelles ont été identifiées :

- **Action n°1** : Mutualiser la prestation lingerie entre La Grafenbourg et La Roselière.
- **Action n°2** : Homogénéiser les tenues des 2 établissements.
- **Action n°3** : Continuer à sensibiliser les personnels sur le respect des procédures (vider les poches des tenues).

## ✓ Axe n°3 : Consolider la prestation logistique et d'entretien

---

### Entretien des locaux : les enjeux :

Assurer une prestation de nettoyage garante de la maîtrise du risque infectieux sur le secteur sanitaire, et conforme aux attentes des familles et résidents pour l'hygiène et la propreté des chambres et locaux.

### La prestation logistique et d'entretien : Les constats institutionnels:

- ✓ *Des plans de nettoyage, avec traçabilité, existent dans les différentes structures.*
- ✓ *Le nettoyage complet mensuel des chambres n'est pas toujours réalisé.*
- ✓ *Le nettoyage quotidien des chambres est quelques fois estimé insatisfaisants par les familles.*
- ✓ *Les équipements de nettoyage (auto-laveuses) ne sont pas assez nombreux.*

## ➤ Objectif n° 6.3 : Contribuer à la prévention des infections associées aux soins

---

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Uniformiser les procédures de nettoyage entre La Grafenbourg et l'EHPAD La Roselière.
- **Action n°2** : Analyser le besoin en terme de surface dans les différents sites à entretenir, rendre efficiente l'organisation de la prestation entretien.
- **Action n°3** : Créer et uniformiser des outils de traçabilité (fiches réflexe, pictogrammes) utilisables et adaptés au public des ASH.
- **Action n°4** : Formaliser la fiche de fonction, les profils de postes des ASH dans les différents secteurs.

## ➤ Objectif n° 6.4 : Assurer la satisfaction des familles quant à la propreté des chambres et locaux

---

Dans le cadre de cet objectif, **deux actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Respecter le plan de nettoyage mensuel des chambres.
- **Action n°2** : Acheter des auto laveuses.

---

# LA POLITIQUE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES

---



## SOMMAIRE

❖ <b>INTRODUCTION : constats institutionnels et enjeux</b>	<b>136</b>
✓ <b>Axe n°1 : Rechercher la satisfaction des patients, résidents, usagers et familles</b>	<b>138</b>
➤ <b>Objectif 7.1</b> : Evaluer la satisfaction	138
➤ <b>Objectif 7.2</b> : Gérer les plaintes et les réclamations	138
✓ <b>Axe n°2 : Respecter les droits des patients et accroître l'implication des usager</b>	<b>139</b>
➤ <b>Objectif 7.3</b> : Promotion de la bienveillance	139
➤ <b>Objectif 7.4</b> : Développer la réflexion éthique	139
➤ <b>Objectif 7.5</b> : Développer les droits des patients	139
✓ <b>Axe n°3 : Améliorer les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les évaluations et des indicateurs</b>	<b>140</b>
➤ <b>Objectif 7.6</b> : Les procédures de certifications et d'évaluations internes/externes et le suivi des plans d'actions	140
➤ <b>Objectif 7.7</b> : Les indicateurs et tableaux de bord	140
➤ <b>Objectif 7.8</b> : Les audits, patients traceurs et E.P.P	140
✓ <b>Axe n°4 : Développer la culture de la qualité et de la sécurité</b>	<b>141</b>
➤ <b>Objectif 7.9</b> : Poursuivre la gestion des risques à priori	141
➤ <b>Objectif 7.10</b> : Poursuivre la gestion des risques à posteriori	141
➤ <b>Objectif 7.11</b> : Assurer un dispositif de vigilances et veille réglementaire	141
✓ <b>Axe n°5 : Sécurité des biens et des personnes</b>	<b>142</b>
➤ <b>Objectif 7.12</b> : Consolider la politique de prévention de sécurité des biens et des personnes	143
✓ <b>Axe n°6 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse</b>	<b>144</b>
➤ <b>Objectif 7.13</b> : Définir et analyser les risques du processus de prise en charge médicamenteuse	146
➤ <b>Objectif 7.14</b> : Sécuriser le processus par l'informatisation	146
➤ <b>Objectif 7.15</b> : Poursuivre les analyses de risques	147
➤ <b>Objectif 7.16</b> : Former et sensibiliser les personnels	147
➤ <b>Objectif 7.17</b> : Evaluer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	147
➤ <b>Objectif 7.18</b> : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	147
✓ <b>Axe n°7 : Gestion du risque infectieux</b>	<b>148</b>
➤ <b>Objectif 7.19</b> : Consolider la gestion du risque infectieux	

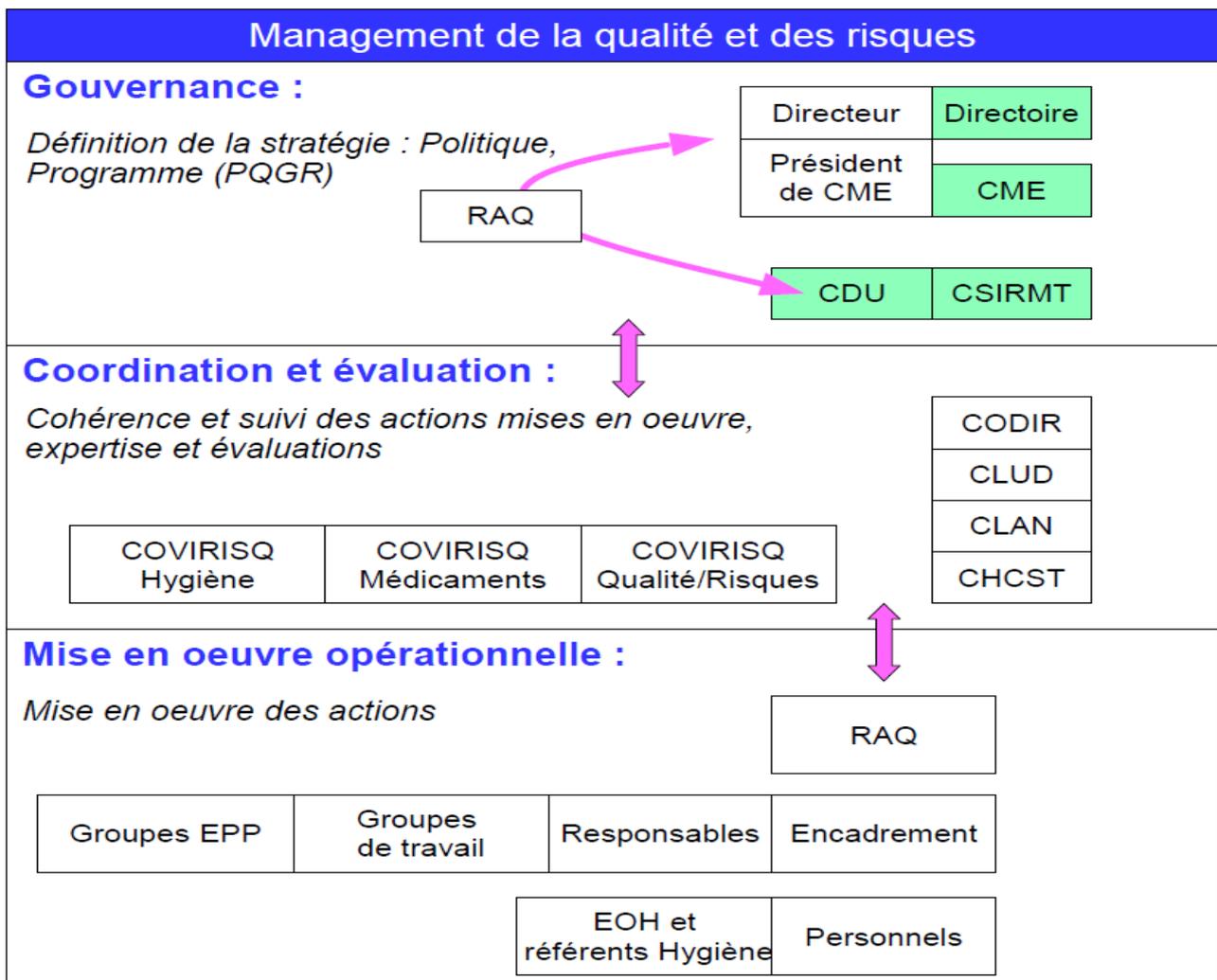
La démarche qualité et de gestion des risques en place au niveau de l'établissement a évolué et a été évaluée au travers de quatre démarches de certification auprès de la HAS pour son secteur sanitaire (SSR, USLD) et deux démarches initiales d'évaluations internes et externes pour les services du secteur médico-social (SSIAD, EHPAD et ADJ).

Systématiquement, l'établissement recherche l'amélioration la prise en charge du patient pour répondre au mieux à ses besoins, le perfectionnement de ses pratiques professionnelles, la maîtrise de ses risques pour une plus grande sécurité.

Cette démarche souhaitée par la Direction est coordonnée par une responsable qualité, en concertation avec la Coordination des soins et l'assistance des cadres de santé et des responsables de service. L'ensemble du personnel de part son comportement, le respect de l'organisation en place, la traçabilité des actions réalisées, le signalement des dysfonctionnements et sa participation aux réflexions sur les pratiques, fait vivre cette volonté de qualité de service.

La démarche qualité et de gestion des risques de l'établissement est pilotée par le COVIRISQ-Qualité-Risques, sous-Commission de la CME.

La politique qualité et de gestion des risques est élaborée par le Directeur et Président de CME en collaboration avec la Responsable qualité de l'établissement. Elle s'appuie sur les propositions des usagers de la Commission Des Usagers, les éléments issus des enquêtes de satisfaction et déclaration des événements indésirables et les avis de la CSIRMT.



## ○ Les constats institutionnels :

- ✓ *La politique qualité est déclinée dans un plan d'actions pluriannuel : le Programme Qualité et de Gestion des Risques (PQGR) comportant les différents plans d'actions de l'établissement.*
- ✓ *Le Programme d'Amélioration de la Qualité de la Sécurité des Soins (PAQSS) est l'une de ses composantes (il s'agit essentiellement du compte qualité avec les programmes pour la maîtrise du risque infectieux et pour la qualité de la prise en charge médicamenteuse).*
- ✓ *Les réunions de direction (CODIR) permettent un suivi hebdomadaire des incidents et de l'avancée de plans d'actions*
- ✓ *L'établissement s'est doté d'un logiciel Qualité et de gestion des risques, Ageval. Il facilite les signalements internes, la consultation de la gestion documentaire, le suivi de plans d'actions et d'indicateurs, la réalisation des enquêtes de satisfaction.*
- ✓ *Des outils de communication sont mis en place comme une page d'information spécifique à la qualité et gestion des risques nommée Qualigraf, une page d'information pour relater de la tenue d'une CREX avec Vigigraf et un bulletin mensuel de déclaration des FSEI.*

## ○ Les enjeux :

- L'ensemble des professionnels doit se sentir en permanence engagé dans une même volonté de **respect de la personne accueillie, d'amélioration des pratiques** et de **sécurité**.
- La mise en œuvre du projet médical et du projet de soins exige de pouvoir s'appuyer sur les principes de la démarche qualité et de la gestion des risques.
- Il importe également que dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), l'établissement cherche aussi à **harmoniser ses pratiques avec les établissements partenaires pour faciliter le parcours patient** au sein des différentes filières de soins. Pour l'établissement cela consiste à participer dans la mesure de ses possibilités, aux travaux du GHT, notamment au niveau d'une procédure de certification synchronisée et de conserver ses spécificités dans une organisation plus complexe.

En interne, ce défi d'engagement repose essentiellement sur 7 axes :

<b>Respect de la personne accueillie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Axe 1</b> : Rechercher la satisfaction des patients, résidents, usagers et familles.</li> <li>➔ <b>Axe 2</b> : Respecter les droits des patients et accroître l'implication des usagers</li> </ul>
<b>Amélioration des pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Axe 3</b> : Améliorer les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les évaluations et des indicateurs.</li> </ul>
<b>Sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <b>Axe 4</b> : Développer la culture de la qualité et de la sécurité.</li> <li>➔ <b>Axe 5</b> : Sécurité des biens et des personnes.</li> <li>➔ <b>Axe 6</b> : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.</li> <li>➔ <b>Axe 7</b> : Gestion du risque infectieux.</li> </ul>

## ✓ **Axe n°1 : Rechercher la satisfaction patients, résidents, usagers, familles et personnels**

---

La recherche de la satisfaction des patients, résidents, usagers et familles repose sur leur écoute et la prise en compte dans la mesure du possible de ces informations. Des enquêtes de satisfaction annuelles sont menées pour les services d'EHPAD, d'USLD, du SSIAD, de l'ADJ. Un questionnaire de sortie ou de fin de prise en charge est employé pour les personnes accueillies en SSR Hospitalisation complète et hôpital de jour. Le personnel est également interrogé périodiquement pour alimenter les réflexions sur la qualité de vie au travail.

### ➤ **Objectif n°7.1 : Evaluer la satisfaction**

---

Mesurer la satisfaction des patients est le moyen de s'assurer que les organisations et services en place répondent aux besoins et attentes de personnes accueillies et suivies.

- **Action n°1** : Poursuivre le suivi du recueil de la satisfaction auprès des résidents, patients, usagers et personnels des différents services de La Grafenbourg.
- **Action n°2** : Evaluer la satisfaction des personnes suivies en Hébergement temporaire au niveau de l'EHPAD sous forme de questionnaire de sortie.
- **Action n°3** : Evaluer la satisfaction des personnels et personnes suivies à l'EHPAD La Roselière
- **Action n°4** : Favoriser le rôle décisionnel à la Commission Des Usagers, en demandant systématiquement qu'elle se prononce sur des actions d'amélioration et en les affichant dans les services.

### ➤ **Objectif n°7.2 : Gérer les plaintes et les réclamations**

---

Un dispositif de gestion des plaintes et réclamations est en place. La communication et la transparence de l'institution sur son fonctionnement se veulent la règle. La Commission Des Usagers est désormais informée des événements indésirables graves survenant au niveau de l'établissement.

- **Action n°1** : Faire un retour au niveau des équipes lorsque de nouvelles dispositions devant être mises en place le sont à la suite d'une plainte.

## ✓ Axe n°2 : Respecter les droits des patients et accroître l'implication des usagers

La charte du patient hospitalisé, la charte de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont largement diffusées. La bientraitance est également régulièrement intégrée au plan de formation de l'établissement. Au quotidien, l'établissement doit demeurer vigilant sur la diffusion des valeurs humaines permettant de garantir systématiquement les droits individuels (intimité, dignité, discrétion, liberté d'aller et venir, informations...) des résidents et des patients.

### ➤ Objectif n°7.3 : Promotion de la bientraitance

L'établissement accueille des personnes fragiles, vulnérables. L'établissement doit demeurer vigilant sur le risque de maltraitance par une sensibilisation permanente de son personnel et par la promotion de la bientraitance.

- **Action n°1** : Instaurer au niveau de l'accueil des nouveaux arrivants une présentation sur la Bientraitance.
- **Action n°2** : Réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur le risque de Maltraitance et la promotion de la Bientraitance.

### ➤ Objectif n°7.4 : Développer la réflexion éthique

Le respect des droits de chacun en institution, le maintien des liens familiaux ou amoureux, la fin de vie... sont autant de situations fréquentes, présentant un risque de dépersonnalisation. C'est à l'établissement d'identifier ces situations et de trouver des réponses spécifiques et réaliser des arbitrages adaptés.

- **Action n°1** : Développer la réflexion éthique au niveau de l'établissement.
- **Action n°2** : Sensibiliser le personnel aux questions éthiques.
- **Action n°3** : Identifier les questions éthiques liées à l'activité de l'établissement.

### ➤ Objectif n°7.5 : Développer les droits des patients

L'établissement dispose d'un secteur médico-social et d'un secteur sanitaire. Il a opté pour une instance commune en abordant en session plénière les points relatifs à la vie de l'établissement et à la qualité de la prise en charge et en session restreinte les plaintes et réclamations. La Commission Des Usagers (CDU) en place dans l'établissement mérite cependant d'être soutenue et dynamisée dans son mode de fonctionnement.

- **Action n°1** : Tenir au minimum 4 réunions annuelles.
- **Action n°2** : Etoffer la composition de l'instance.
- **Action n°3** : Proposer à la fin de chaque CDU un mini Plan d'actions à afficher dans les services.
- **Action n°4** : Articuler le CVS de La Roselière et la CDU de La Grafenbourg.

## ✓ Axe n°3 : Améliorer les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les évaluations et des indicateurs

### ➤ Objectif n°7.6 : Les procédures de certification et d'évaluations internes /externes et le suivi des plans d'actions

Les procédures de certifications pour le secteur sanitaire et d'évaluation interne, externe en médico-social sont des moments d'évaluation de l'établissement permettant de confronter à un regard tiers les mesures en place et leur suivi (Compte qualité, plan d'actions E.I/E.E). La vie hospitalière est également jalonnée de divers projets, apportant chacun leur plan d'actions : Projet d'établissement, CPOM, convention tripartite, GHT, DUERP, CLACT...

La difficulté est de suivre chacun d'entre eux sans se disperser et gaspiller ses efforts.

- **Action n°1** : Faire un retour régulier au Responsable qualité des actions menées.
- **Action n°2** : Faire émerger en fonction des thématiques des personnes ressources au niveau des professionnels des services pour élargir la responsabilité des actions à entreprendre. C'est aussi en responsabilisant davantage les acteurs du terrain, que la démarche qualité doit se diffuser au sein des équipes.
- **Action n°3** : Faire un état des lieux de la démarche qualité au niveau de L'EHPAD de La Roselière.

### ➤ Objectif n°7.7 : Les indicateurs et tableaux de bord

Il n'est pas de qualité sans mesure. Les évaluations de la satisfaction (vues précédemment), le suivi des indicateurs nationaux (IPAQSS, ICALIN, ...), des indicateurs régionaux (CAQES...), des indicateurs propres à l'établissement en matière de qualité et sécurité des soins et des indicateurs spécifiques sont autant d'éléments d'information facilitant l'identification des points d'amélioration au niveau de l'établissement, notamment pour la mise à jour de son Compte qualité et pour ses évaluations internes. Le défi pour l'établissement est de sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour un meilleur pilotage des actions à entreprendre et maîtriser au mieux ses efforts.

- **Action n°1** : Faire vivre le guide des indicateurs de l'établissement en le réajustant et en communiquant régulièrement les résultats.
- **Action n°2** : Continuer à faire profiter le secteur médico-social des mêmes exigences que pour le sanitaire au niveau du suivi des indicateurs et de leur progression.

### ➤ Objectif n°7.8 : Les audits, patients traceurs et E.P.P

Observer sur le terrain permet une plus grande connaissance de ses processus, une identification incontestable des écarts et confronte également l'encadrement aux problématiques du terrain.

- **Action n°1** : Poursuivre les démarches d'évaluations par audits et patients traceurs.

## ✓ Axe n°4 : Consolider la culture de la qualité et de la sécurité.

### ➤ Objectif n°7.9 : Poursuivre la gestion des risques a priori :

Les analyses de risques permettent d'anticiper d'éventuels dysfonctionnements. Elles recensent au travers d'une cartographie les éléments prioritairement à maîtriser. La gestion des risques a priori s'effectue pour les différents processus. La rédaction d'un Compte Qualité dans la démarche de certification rentre également dans cette approche ainsi que la gestion des plans de crise.

- **Action n°1** : Poursuivre les mises à jour et le suivi du Compte qualité
- **Action n°2** : Mettre à jour les cartographies de risques et intégrer les analyses de risques par processus réalisées au niveau du Compte qualité.

### ➤ Objectif n°7.10 : Poursuivre la gestion des risques a posteriori

La charte d'incitation au signalement est un élément incontournable pour aider au développement de la culture de l'erreur positive. Il importe que l'établissement communique régulièrement en interne sur les actions entreprises pour les corriger. Les événements indésirables graves, font l'objet d'un signalement externe à l'ARS mais aussi d'une analyse en Comité de Retour d'Expérience. La Commission des Usagers en est informée. C'est en démontrant l'utilité des Comités de Retours d'Expérience que les déclarations des événements indésirables gagneront en intérêt pour la sécurité des soins. Les CREX doivent devenir un outil parmi d'autres, ne pas susciter la crainte des personnels et faciliter la libération de la parole pour véritablement améliorer les process.

- **Action n°1** : Poursuivre la communication sur l'intérêt des signalements dans une culture positive de l'erreur et rester vigilant à toutes dérives éventuelles.
- **Action n°2** : Communiquer au niveau de l'établissement sur la tenue des CREX et les mesures prises notamment par le biais du support en place Vigigraf.
- **Action n°3** : Faire davantage de CREX, pas uniquement ciblée sur le médicament.
- **Action n° 4** : Développer à La Roselière une culture qualité, en convergence avec celle de La Grafenbourg

### ➤ Objectif n°7.11 : Assurer un dispositif de vigilances et veille règlementaire

En s'appuyant sur l'informatique, les déclarations en lien avec les différentes vigilances doivent être plus aisées (matérovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, identitovigilance...). Les circuits doivent être périodiquement revus et adaptés au gré des évolutions.

- **Action n°1** : Inviter chaque référent de vigilance à communiquer davantage sur sa discipline (veille, déclarations réalisées...) au travers des commissions, sur le support Qualigraf, en réunions de service...

## ✓ Axe n°5 : Garantir la sécurité des biens et des personnes.

L'article L311-3-1° du CASF dispose que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ».

De plus, l'instruction n°SG/HFDS/DGS/2017/219 du 04 juillet 2017 précise les mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle vise à renforcer la politique de sécurité des établissements sanitaires et médico-sociaux et précise les mesures à mettre en œuvre par les établissements concernés, le rôle des ARS ainsi que des différentes directions régionales.

La sécurité des biens et des personnes est assurée dans l'établissement par l'application de la réglementation relative au fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, et l'organisation interne mise en place (sécurité des locaux, sécurité sanitaire, éléments graves, plan Vigipirate, plan blanc...). La politique globale de sécurité de l'établissement est définie et revue périodiquement pour s'assurer qu'elle reste pertinente et appropriée. Elle traite de la sécurisation de l'établissement en « temps normal », d'une sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou suspicion d'attentat à proximité de l'établissement, les mesures spécifiques à la sécurité des systèmes d'informations, l'organisation d'exercices.

### ***La mise en œuvre de la réglementation***

*Parmi cette réglementation, il peut notamment être relevé les dispositions suivantes :*

- ❖ Règlement de sécurité contre les risques incendies et de panique dans les Etablissements Recevant du Public (ERP).
- ❖ Arrêté relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production d'eau chaude sanitaire.
- ❖ Circulaire 2009-79 relative à l'application du plan canicule.
- ❖ Article R 313-31 pour la mise en place dans les établissements d'un système d'alimentation autonome en énergie.
- ❖ Circulaire 2011-377 relative à la maîtrise du risque infectieux dans le secteur médico-social.
- ❖ Décret 2001-1016 portant création d'un Document Unique relatif à l'Évaluation des Risques pour la Santé et la Sécurité des travailleurs (DUERP).
- ❖ Instruction du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation des établissements de santé.
- ❖ Instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements médico-sociaux.

### ○ **Les enjeux :**

- Garantir la sécurité des biens et des personnes dans chaque établissement.
- Respecter la réglementation relative aux dispositifs de sécurité dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux.
- Identifier et prévenir de manière continue, au moyen du DUERP, les risques potentiels dans l'établissement pour les professionnels.
- Développer une culture de la vigilance et de sûreté chez l'ensemble des professionnels de l'établissement.

## Axe n°5 : Sécurité des biens et des personnes

### ○ Les constats institutionnels:

#### *L'organisation interne de l'établissement :*

- ✓ Des contrats de maintenance sont conclus pour chaque installation technique (ascenseurs, système de sécurité incendie, réseaux électriques, chauffage...).
- ✓ Des contrôles réglementaires périodiques réalisés (électricité, incendie, systèmes de pesée, portes automatiques).
- ✓ Une astreinte du service technique 24h/24.
- ✓ Des réunions régulières du CHSCT.
- ✓ Un document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé chaque année.
- ✓ Des demandes de subventions déposées chaque année dans le cadre de CLACT.
- ✓ Des contrôles microbiologiques en cuisine par un organisme agréé.
- ✓ Des formations adaptées aux risques (incendie, HACCP en cuisine, Santé Sécurité au Travail (SST)) pour chaque service.
- ✓ Des conventions signées avec les établissements hospitaliers du territoire.
- ✓ Un agenda d'accessibilité programmé (Ad'AP) validé par la préfecture en août 2018.
- ✓ Une culture et une procédure affirmée de gestion des événements indésirables.
- ✓ Une procédure d'alerte avec l'ARS qui est opérationnelle (signalement à l'ARS d'événements graves ou de situations à déclaration obligatoire, informations de vigilance ou d'alerte diffusées par l'ARS...).
- ✓ Un système de détection des fugues des résidents.

### ➤ **Objectif n°7.12 : Consolider la politique de prévention de sécurité des biens et des personnes**

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Fiabiliser la détection anti-fugue des résidents.
- **Action n°2** : Intégrer La Roselière dans le DUERP de La Grafenbourg.
- **Action n°3** : Etablir un calendrier pluriannuel d'exercices pratiques incendie, avec mise en situation d'évacuation des publics.
- **Action n°4** : Etablir un plan d'action et réaliser les travaux d'accessibilité et de sécurité conformément à l'agenda d'accessibilité programmé.

## ✓ **Axe 6 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse**

---

### ○ **Les constats institutionnels:**

- ✓ L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.
- ✓ Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées de manière régulière.
- ✓ Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est prévu, ainsi que l'informatisation de la prescription alimentant le plan de soins (objectif D3 de l'appel à projet HOP'EN).
- ✓ Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, sont actualisés, validés et sont mis à la disposition des professionnels.
- ✓ Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé.
- ✓ Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels. L'établissement bénéficie d'un temps de pharmacien dédiée à la conciliation médicamenteuse.
- ✓ Les modalités assurant la sécurisation du circuit du médicament sont définies.
- ✓ Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.
- ✓ Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).
- ✓ L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbidité évitable.
- ✓ Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement (pec méd. du patient âgé). La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.
- ✓ Une organisation générale pluri-professionnelle de la prescription antibiotique est en place.
- ✓ Un système de dispensation contrôlée est utilisé. Un programme de formation continue des professionnels de santé est en place dans l'établissement.
- ✓ Un guide et des protocoles de bon usage de prescription sont diffusés aux professionnels.
- ✓ La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.
- ✓ Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place.
- ✓ Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi d'indicateurs.

## Axe 6 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

### ○ Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

---

Plus particulièrement dans le cadre du CAQES les actions suivantes sont définies et engagées :

- Formation spécifique du personnel à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique.
- Déploiement de la conciliation médicamenteuses en SSR : action dans le cadre du projet médical commun du GHT avec analyse des risques d'erreurs médicamenteuses et priorisation de cette pratique pour les patients ou situations les plus à risque.
- Amélioration du bon usage des antibiotiques: engagement de suivi de la réévaluation à 48-72 heures des prescriptions antibiotiques
- Engagement de prescription dans le répertoire des génériques et biosimilaires en cas d'initiation de traitement dans notre établissement pour les prescriptions exécutées en ville
- L'établissement s'engage à sensibiliser les professionnels de santé hospitaliers en favorisant le recours aux biosimilaires.

### ○ Les objectifs stratégiques de développement de la qualité de prise en charge médicamenteuse

---

Conformément à l'arrêté du 6 avril 2011, le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est réfléchi et organisé avec la prise en compte des recommandations et réserves de la procédure de certification HAS, et les obligations liées au contrat de bon usage (CBU) des médicaments. La sécurisation du circuit du médicament est prioritaire non seulement en secteur sanitaire, mais également en EHPAD.

En cohérence avec la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse repose sur **cinq objectifs** :

- **Objectif 1** : Définir et analyser les risques du processus de prise en charge médicamenteuse
- **Objectif 2** : Sécuriser le processus par l'informatisation
- **Objectif 3** : Poursuivre les analyses de risques
- **Objectif 4** : Former et sensibiliser les personnels
- **Objectif 5** : Evaluer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

## Axe 6 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

### ➤ Objectif n°7.13 : Définir et analyser les risques du processus de prise en charge médicamenteuse

Le processus de prise en charge médicamenteuse en secteur sanitaire et en secteur médico-social doit être intégralement détaillé au niveau de chacune de ses étapes : Prescription, Dispensation, Préparation, Approvisionnement, Détention et stockage, Transport, Information du patient, Administration, Surveillance. Des protocoles, des documents d'enregistrement sont en place mais il manque une vue d'ensemble que peut offrir un Manuel qualité.

Par ailleurs, les analyses de risques effectuées sur le processus de prise en charge médicamenteuse ne sont pas suffisamment mises en avant. Elles ont pourtant un rôle au niveau de la sensibilisation des personnels.

Dans le cadre de cet objectif, **cinq actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Poursuivre la formation des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse
- **Action n°2** : Rédiger un manuel qualité pour chapeauter les procédures en place
- **Action n°3** : Intégrer des analyses de risques à la documentation
- **Action n°4** : Poursuivre l'analyse pharmaceutique des ordonnances et répondre aux indicateurs CAQES
- **Action n°5** : Agir sur la conciliation médicamenteuse dans le cadre des actions menées en GHT.

### ➤ Objectif n°7.14 : Sécuriser le processus par l'informatisation

L'informatisation des étapes du processus de prise en charge médicamenteuse apporte une plus grande sécurisation des pratiques. L'objectif n°2 de l'axe 2 du projet médical aborde la traçabilité de la prise médicamenteuse en temps réel.

Dans le cadre de cet objectif, **cinq actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n° 1** : S'assurer de la conformité des différentes étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse au niveau des éléments informatisés (prescription, dispensation, administration...) au regard de la réglementation en vigueur et des bonnes pratiques (indicateurs CAQES et IPAQSS).
- **Action n° 2** : Employer un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) certifié.
- **Action n° 3** : Développer la sérialisation au niveau des approvisionnements (Cf : volet SIH)
- **Action n°4** : Suivre et corriger les dysfonctionnements générés par l'informatisation
- **Action n°5** : Déployer ces mêmes outils à l'EHPAD La Roselière

## Axe 6 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

### ➤ Objectif n°7.15 : Poursuivre les analyses de risques

---

Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'un signalement interne, d'une analyse et d'une communication au sein de l'établissement avec les outils en place.

La consolidation de la culture de la qualité et de la sécurité abordé en **axe 4**, s'applique d'autant plus à la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

### ➤ Objectif n°7.16 : Former et sensibiliser les personnels

---

Ce point est abordé en partie au niveau de l'**axe 2** du projet médical. En revanche, d'autres actions sont à poursuivre, elles sont au nombre de **trois pour remplir cet objectif** :

- **Action n°1** : actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé .
- **Action n°2** : Des actions visant au bon usage des médicaments sont menées
- **Action n°3** : Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi d'indicateurs.

### ➤ Objectif n°7.17 : Evaluer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

---

L'**axe 3** de la Politique qualité et de gestion des risques sur l'amélioration des pratiques professionnelles en s'appuyant sur les évaluations et les indicateurs s'applique à la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La réalisation d'audits spécifiques sur des étapes du processus du circuit du médicament et le suivi des indicateurs CAQES sont des éléments d'évaluations à consolider.

### ➤ Objectif n°7.18 : Développer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

---

- **Action n° 1** : Déploiement de la procédure GHT - Procédure de gestion des produits pharmaceutiques lors de transferts de patients.
- **Action n° 2** : Audit périodique de la traçabilité de la réévaluation des prescriptions antibiotiques à 48-72 heures en lien avec le CLIN et via le bulletin CLIN d'ŒIL.
- **Action n°3** : Actions de sensibilisation des soignants et des prescripteurs sur le thème du bon usage du médicament, les prescriptions de génériques et biosimilaires et des erreurs médicamenteuses.

## ✓ Axe 7 : Maitriser la gestion du risque infectieux

La maîtrise du risque infectieux, à travers la lutte contre les infections nosocomiales et les infections associées aux soins, est un élément incontournable et primordial à la sécurité des soins et la gestion des risques. Le développement des B.M.R et B.H.R.E, les contextes épidémiques comme celui du COVID-19 majorent la rigueur nécessaire dans cette maitrise du risque.

A cette fin, une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux. A cette fin l'établissement a constitué en son sein, un comité de lutte contre les infections nosocomiales comme exigé par le code de la santé publique. La constitution et son fonctionnement sont conformes à la réglementation en vigueur.

Le CLIN comporte un temps de médecin hygiéniste et d'une infirmière hygiéniste, constituant l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Le CPIAS intervient si nécessaire en soutien à l'établissement.

Sous la coordination du président du CLIN et de l'infirmière hygiéniste, des référents sont présents et actifs dans chaque service. Le COVIRISQ Hygiène, sous commission de la CME, est l'instance consultative où se retrouve débattue la politique institutionnelle de maîtrise du risque infectieux, concrétisée par son plan d'actions annuel et son rapport annuel d'activité. Sa composition est pluri disciplinaire et il se réunit 3 fois par an.

La cellule COVID a par ailleurs été créée pendant la pandémie. Constituée de médecins cadres, directeurs, EOH, responsables de service, elle s'est réunie autant que nécessaire pendant les mois de la crise sanitaire. Lien d'échange et de débats pluridisciplinaire, elle a été le socle collégial aux décisions médicales, soignantes et organisationnelles prises pendant cette période d'épidémie

### ○ Les constats institutionnels:

#### 1 ) prévention des infections nosocomiales

- ✓ La technique des soins est détaillée au travers de protocoles répondant aux bonnes pratiques dans les domaines du soins, de la gestion des déchets, de l'hygiène des locaux, de la gestion de l'eau, de la maîtrise du risque sanitaire en Restauration et en Lingerie
- ✓ Les opérations de maintenance technique et de contrôle sont réalisées (prévention légionnelles par exemple). Les actions curatives à entreprendre sont développées permettant un gain de réactivité en pareil cas. Les circuits de signalements internes et externes sont établis.

#### 2) surveillance des infections nosocomiales

- ✓ L'établissement participe aux enquêtes nationales et régionales et compare ses résultats aux établissements ayant des activités de soins similaires.
- ✓ Le suivi épidémiologique est réalisé: IAS, BMR, AES, suivi et déclaration des épidémies saisonnières. Les plans de crises en lien avec le risque infectieux sont établis.
- ✓ L'émergence de BMR et de BHRE impacte tous les services de soins de l'établissement dans leur organisation, l'application des procédures, les prises en charge des patients et résidents

### Axe 7 : Gestion du risque infectieux

#### 3) surveillance de l'environnement

- ✓ Une cellule de crise, prévue dans le plan blanc, est constituée et se réunit pour déterminer et mettre en place les actions requises pour la maîtrise du risque infectieux ou la gestion épidémique, telle que la grippe ou le COVID-19.
- ✓ L'EOH et le Responsable de la qualité et des risques associés aux soins coordonnent leurs actions.
- ✓ L'EOH est informée de toute FSEI en lien avec l'Hygiène au niveau de l'établissement.
- ✓ Un plan de prévention de légionnelles est mis en place dans l'établissement.

#### 4) La définition d'actions d'information et de formation

- ✓ Des actions de sensibilisation et formation sont menées auprès des nouveaux arrivants, et des présentations ou formations internes sont proposées à l'occasion de la mise en place de certaines procédures complexes
- ✓ Des réunions d'information institutionnelles d'information sont programmées autant que nécessaire, en sollicitant notamment le médecin hygiéniste du Centre Hospitalier de Haguenau.
- ✓ Diffusion mensuelle du CLIN d'œil.
- ✓ Audits sur les bonnes pratiques des mesures barrières réalisés sur le terrain par l'infirmière hygiéniste.
- ✓ Des actions de promotion de la vaccination du personnel sont développées et adaptées (vaccination avec chariot dans les services).
- ✓ Les procédures RABC sont respectées en lingerie, les agents formés.
- ✓ Diffusion d'un compte rendu des réunions de la cellule COVID au près des professionnels et des services

#### 5) L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales

- ✓ Des évaluations des protocoles en place sont menées au niveau des professionnels. Leurs résultats sont présentés en COVIRISQ-Hygiène mais également restitués au travers de la page de communication CLIN d'œil diffusée mensuellement au niveau de l'établissement.
- ✓ Des indicateurs sont régulièrement suivis, présentés et discutés en COVIRISQ – Hygiène. Des actions d'améliorations sont mises en œuvre pour corriger les écarts constatés à l'occasion d'évaluation et du suivi de ces indicateurs.

### ➤ Objectif n°7.19 : Consolider la gestion du risque infectieux

Pour répondre à cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été définies :

- **Action n° 1** : Demander le financement d'un 0,20 E.T.P supplémentaire d'IDE Hygiéniste dans le cadre du prochain CPOM.
- **Action n°2** : Renforcer la sensibilisation des professionnels aux précautions requises par les situations d'E.R.G, d'épidémie de grippe ou de COVID-19.
- **Action n°3** : Renforcer l'hygiène des locaux en cas de situations d'E.R.G et d'épidémie.
- **Action n°4** : Evaluer la suppression des laves-bassins et leur remplacement par les bassins et urinoirs en usage unique.



---

# LA DEMARCHE ENVIRONNEMENTALE

---



# LA DEMARCHE ENVIRONNEMENTALE

En 1992, le Sommet de la Terre à Rio, tenu sous l'égide des Nations unies, officialise la notion de développement durable et celle des trois piliers (économie/écologie/social) : un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

Selon l'ANAP, le développement durable est un levier de la performance des ESMS leur permettant de répondre à leur responsabilité sociétale en « améliorant la qualité des soins et l'accompagnement des usagers, les conditions au travail des professionnels et la situation économique ».

Les questions de développement durable sont devenues prégnantes dans les questions de société et de l'implication citoyenne. Le Centre Hospitalier La Grafenbourg est un lieu ouvert et en interaction avec le monde et son territoire. L'établissement a souhaité en conséquence définir une politique de développement durable, soit dans les pratiques quotidiennes soit dans des projets institutionnels, et ce toujours à partir d'une sensibilisation des publics accueillis et des professionnels.

## ○ Les enjeux :

- Rechercher une consommation raisonnée et maîtrisée :
  - Dans le domaine des économies d'énergie par une diminution des coûts ; par l'ancrage de réflexes au quotidien (interrupteurs, fermeture des radiateurs pendant l'aération des locaux...).
  - Dans le domaine des économies de papier : trier les déchets, ne pas imprimer inutilement ;
  - Dans le domaine de la restauration, en évitant le gaspillage de nourriture et en privilégiant les circuits d'approvisionnements locaux ;
- Développer une attention éco-citoyenne des résidents et des professionnels par des activités éducatives et de sensibilisation écologique.
- Contribuer à la préservation de l'environnement du site et de ses nombreux espaces verts et boisés.
- Favoriser le covoiturage auprès des salariés.

## ○ Les constats institutionnels:

- ✓ *L'objectif de développement durable, identifié dans le précédent projet d'établissement, n'a pas par la suite fait l'objet ou d'actions définies et suivies ;*
- ✓ *Les pratiques de tri de déchets sont incomplètes (ne concernent pas le verre, le papier...);*
- ✓ *Le gaspillage alimentaire est très important (évalué à 30 % de la production alimentaire);*
- ✓ *Le marché restauration intègre une clause d'objectif environnemental;*
- ✓ *Les axes d'une politique d'économies d'énergie n'ont pas été précisés;*
- ✓ *Les panneaux solaires de production d'ECS ne sont pas opérationnels;*
- ✓ *L'entretien des espaces verts et du bois n'a pas fait l'objet d'une réflexion environnementale spécifique ( arrosage, produits phytosanitaires, espèces végétales...).*

# LA DEMARCHE ENVIRONNEMENTALE

## ➤ Objectif n°8 : Impulser et structurer une démarche de développement durable

Dans le cadre de cet objectif, **5 actions opérationnelles** ont été identifiées :



- **Action n°1** : Structurer la démarche de développement durable
  - 1) Définir la gouvernance de la démarche « développement durable »
    - Impliquer le comité de direction
    - Réaliser une charte d'engagement : document stratégique à communiquer en interne et en externe
    - Identifier un directeur référent
  - 2) Composer un comité de pilotage avec des sous-groupes thématiques composés d'agents et d'ambassadeurs
- **Action n°2** : Développer les achats éco-responsables
- **Action n°3** : Sensibiliser les professionnels et résidents à la politique de développement durable et aux économies d'énergie
- **Action n°4** : Mettre en place une politique complète de tri des déchets;
  - Etablir un diagnostic quantitatif et qualitatif pour établir un état des lieux pour les déchets recyclables papier-cartons, les déchets verts, les déchets ménagers, les DASRI, le verre et les autres.
  - Mise en œuvre d'un plan d'action
- **Action n°5** : Intégrer les priorités environnementales dans l'entretien des espaces verts
  - Remplacer les produits phytosanitaires cancérigènes
  - Organiser une tonte raisonnée

### DOCUMENTS DE REFERENCE :

**FHF ADEME- guide de l'éco-responsabilité (avril 2015)**

### DOCUMENTS DE REFERENCE :

**ADEME- guide de l'éco-responsabilité (avril 2015)** <http://www.ecoresponsabilite.ademe.fr/>

Outils utiles sur le développement durable sur le site de l'HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_923671/fr/des-outils-utiles-sur-le-developpement-durable](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_923671/fr/des-outils-utiles-sur-le-developpement-durable)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_916883/fr/contexte-et-enjeux-du-developpement-durable](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_916883/fr/contexte-et-enjeux-du-developpement-durable)

**Guide sur l'organisation de la gestion des déchets de l'ANAP** <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organisation-de-la-gestion-des-dechets-optimiser-le-traitement-et-reduire-la-signature-environnementale/>

**La stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable 2015-2020 :**

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/En-bref-la-strategie-nationale-de.html>

---

# L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

---



# L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

La construction du système d'information hospitalier (SIH) doit être centrée sur le patient/résident, s'appuyer sur ses trajectoires, permettre sa prise en charge coordonnée et sécurisée. Le SIH doit apporter une réelle valeur ajoutée aux professionnels de l'établissement et vient en appui/support des pratiques.

Le schéma directeur du système d'information structurant la construction du SIH se veut transversal car concernant l'ensemble des activités de l'établissement et tous les professionnels dans leurs métiers.

Son objectif est de définir une perspective d'évolution répondant aux besoins de la gestion de l'information au sein de l'établissement, tout en soutenant les orientations stratégiques prises par l'établissement. Ainsi, le schéma directeur doit accompagner ces chantiers stratégiques et optimiser son fonctionnement. Il doit également être ouvert au service du partage, ce qui nécessite de travailler à l'interopérabilité des systèmes d'information du territoire et entre les établissements ou acteurs du champ sanitaire et médico-social (SDSI GHT). Le SIH doit bien entendu essayer d'anticiper les évolutions techniques futures, toujours plus rapides et restructurantes.

## ○ Les enjeux :

Etablissement partie au G.H.T Basse Alsace Sud Moselle, le Centre Hospitalier La Grafenbourg définit désormais les orientations stratégiques de son S.I.H dans le cadre du schéma directeur validé par le comité stratégique du G.H.T (SDSI GHT). En s'adossant à l'expertise, aux moyens humains et techniques d'établissements parties ou support du G.H.T, le Centre Hospitalier La Grafenbourg accède désormais à ces ressources partagées et à la garantie de répondre aux mieux aux évolutions juridiques et techniques de son système d'information.

Ainsi la mise en œuvre le **Règlement Général de Protection des données (R.G.P.D)** peut être réalisée avec l'accompagnement d'établissements hospitaliers du G.H.T, et donc dans des conditions maîtrisées et favorables.

Le principe de convergence des systèmes d'information hospitalier étant l'un des objectifs principaux des G.H.T, la perspective de changer de dossier patient informatisé d'une part, et de logiciel de gestion d'autre part, apparaît comme un enjeu essentiel de l'évolution du S.I.H de l'établissement. A l'issue de 10 ans d'expérience et de pratiques sur le terrain, les équipes soignantes et médicales restent attachées à l'utilisation du logiciel patient, Cariatides (en place sur la structure). Dès lors l'abandon de cette application, utilisée fortement en secteur psychiatrique et médico-social, au bénéfice du logiciel dossier patient DXCARE plus implanté en secteur sanitaire (Les HUS notamment) serait perçu comme une décision inadaptée et arbitraire.

La sécurité du système d'information de l'établissement est aujourd'hui, comme elle le sera demain, assurée par un ou des établissements tiers, notamment sur les activités d'infogérance et d'hébergement des données. Cette externalisation ne peut cependant se substituer à toute présence physique d'informaticien sur site, ressource dont l'établissement n'avait jamais disposé à ce jour avec un poste spécifique.

# L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

## ○ Les constats institutionnels:

- ✓ *L'établissement ne dispose pas de ressources internes en informatique, l'aide aux utilisateurs étant assuré localement par la qualitiicienne, et ce sur du temps pris sur la gestion qualité.*
- ✓ *La présence d'un technicien informatique sur site est devenu indispensable pour assurer une aide efficace et rapide auprès des utilisateurs.*
- ✓ *L'établissement sécurise la maîtrise de son système d'information par le recours efficient à des contrats conclus avec le GIP Symaris pour la fourniture de services informatiques, l'infogérance et l'hébergement de données et comme éditeur du logiciel Cariatides.*
- ✓ *L'établissement ne dispose pas des compétences propres pour assurer une prospective de l'évolution de son système d'information, anticiper les évolutions techniques et réglementaires.*
- ✓ *L'absence de maîtrise interne du système d'information n'en permet pas l'intégration dans une stratégie d'établissement.*
- ✓ *La recherche de mutualisation des ressources informatiques est prioritaire afin d'assurer une expertise et une continuité du fonctionnement du système d'information (en lien avec le GHT).*
- ✓ *L'activité d'infogérance du GIP Symaris est susceptible d'être supprimée en 2022.*
- ✓ *L'élaboration du futur schéma directeur du système d'information sera définie au regard des priorités du GHT BASM.*
- ✓ *La réponse technologique de l'établissement est insuffisante : pas d'accès WIFI pour les résidents, peu de recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), sites internet des deux établissements obsolètes et non actualisés, nécessité de développer l'informatique mobile dans les soins pour éviter une saisie différée sur le logiciel de soins.*
- ✓ *Une mutualisation des moyens est engagée avec le Centre Hospitalier de Haguenau : mise à disposition de temps d'informaticien (0,40 E.T.P), délégation confiée au DSI du CHH comme DPO, pour participer à la cellule d'identito-vigilance du GHT, et l'engagement dans les appels à projet HOP'EN.*
- ✓ *L'établissement doit définir et engager son plan d'action du RGPG pour respecter l'échéance de 2021.*
- ✓ *L'établissement doit garantir l'effectivité des nouvelles dispositions RGPD en vigueur depuis 2018, en prônant le respect des droits des patients dans le cadre du traitement de leurs données personnelles sous toutes leurs formes*

# L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

## ➤ **Objectif n°9.1 : Maitriser et développer le SIH comme enjeu stratégique**

---

Dans le cadre de cet objectif, **six actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Engager une coopération avec le Centre Hospitalier de Haguenau (ou d'autres membres du GHT) pour mutualiser des ressources informatiques (D.P.O commun) et s'adosser à l'expertise d'une DSIH.
- **Action n°2** : Considérer le SI comme un objectif stratégique, et intégrer cette priorité dans le plan pluriannuel d'investissement et la recherche de coopération inter-établissements.
- **Action n°3** : Evaluer les conditions de la transition d'un retrait de l'infogérance de Symaris (catalogue de services et hébergement de données).
- **Action n°4** : Elaborer un schéma directeur du système d'information conjointement avec les orientations du GHT et l'expertise du Centre Hospitalier de Haguenau, notamment pour assurer la sécurité du SIH;
- **Action n° 5** : Atteindre dans le cadre de GHT les prérequis du programme HOP'EN afin de mettre en œuvre 3 domaines :
  - **Domaine D2** : Développer le DPI et l'interopérabilité avec le DMP.
  - **Domaine D3** : Informatiser la prescription alimentant le dossier de soins.
  - **Domaine D6** : Communiquer et échanger avec les partenaires.

# L'ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

## ➤ Objectif n°9.2 : Garantir le respect des dispositions RGPD au sein de la Grafenbourg

---

Le RGPD est entré en vigueur le 25 mai 2018. L'hôpital la Grafenbourg engage les actions attenantes pour se conformer aux exigences de ce texte en terme de gestion du traitement des données à caractère personnel des patients, résidents et des personnels. L'objectif du RGPD, dans ce contexte, est d'assurer la sécurité des données de santé et des données RH.

Le contexte actuel, dû à l'accroissement du nombre de données traitées quotidiennement, impose un élargissement des moyens de protection et de sécurité des données personnelles. Au-delà de l'enjeu de sécurisation des données de santé, le non-respect des obligations représentent également un risque financier pour l'établissement.

En lien avec la qualité, un déploiement des normes RGPD a été initié au sein de la Grafenbourg, pour prévenir tout risque de non-conformité en cas de contrôle de la CNIL dans l'établissement. Ce processus aura notamment à cœur d'intégrer les personnels soignants et administratifs à la réflexion afin de pouvoir mettre en place des mesures proactives et dynamiser la conformité sur le long terme.

La mise en œuvre du RGPD a été engagée, dans un premier temps par la nomination d'un délégué à la protection des données, mutualisé avec le Centre hospitalier de Haguenau, et cela par convention signée avec la direction des systèmes d'information hospitaliers de cet établissement.

Dans le cadre de cet objectif, **six actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action n°1** : Création d'une cellule RGPD, en lien avec la déléguée à la protection des données du GHT
- **Action n°2** : Sensibiliser les agents à la problématique RGPD par des réunions d'information dans les différents services administratifs et de soins
- **Action n°3** : Création d'un registre compilant l'ensemble des traitements de données présents dans tout l'établissement
- **Action n°4** : Analyser les risques présents dans l'établissement en termes RGPD
- **Action n°5** : Mise en œuvre d'un plan d'action spécifique visant à protéger les données personnelles, par l'ajout de mesures de sécurité supplémentaires notamment sur les outils informatiques
- **Action n° 6** : Mise en place de bonnes pratiques afin de pérenniser la sécurité des données personnelles

---

# LE PROJET SOCIAL

---



## SOMMAIRE

❖ INTRODUCTION : CONSTATS ET ENJEUX	164
❖ Les axes stratégiques du projet social 2020-2024	164
✓ <b>Axe n°1 : Moderniser les relations sociales par la promotion de l'information et de l'information</b>	165
➤ <b>Objectif n°10.1</b> : Favoriser l'expression des professionnels	
➤ <b>Objectif n°10.2</b> : Promouvoir un dialogue social constructif	
✓ <b>Axe n°2 : Consolider la GPMC</b>	166
➤ <b>Objectif n°10.3</b> : Anticiper les besoins d'évolution et de développement des compétences des salariés	166
➤ <b>Objectif n°10.4</b> : Mettre en place des tableaux de bord pour l'aide à la décision	167
➤ <b>Objectif n°10.5</b> : Impulser une politique de mobilité et favoriser la mobilité choisie	167
➤ <b>Objectif n°10.6</b> : Rédiger ou actualiser les fiches de postes	167
➤ <b>Objectif n°10.7</b> : Faire de la formation continue le levier de la GPMC	168
✓ <b>Axe n°3 : Améliorer les conditions de travail</b>	170
➤ <b>Objectif n°10.8</b> : Poursuivre la politique d'amélioration de l'environnement de travail	
➤ <b>Objectif n°10.9</b> : Poursuivre la politique d'acquisition d'équipements et de matériel adapté pour diminuer la pénibilité et le risque d'accident	
➤ <b>Objectif n°10.10</b> : Redéfinir les modalités de compensation de l'absentéisme	
➤ <b>Objectif n°10.11</b> : Résorber l'emploi précaire	
✓ <b>Axe n°4 : Penser « organisation de travail » pour concilier vie privée et vie professionnelle</b>	171
➤ <b>Objectif 10.12</b> : Informer les professionnels sur les organisations du travail	171
✓ <b>Axe n°5 : Développer la qualité de vie au travail (repérer, prévenir, soutenir)</b>	172
➤ <b>Objectif n°10.13</b> : Reconnaître et soutenir l'encadrement de proximité dans le déploiement de la qualité de vie au travail	172
➤ <b>Objectif n°10.14</b> : Accompagner les personnels en difficulté pour préserver leur santé et emploi	172
➤ <b>Objectif n°10.15</b> : Prévenir les risques psycho-sociaux (R.P.S)	173
➤ <b>Objectif n°10.16</b> : Renforcer la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux agents	173

Le projet social est une composante légale du projet d'établissement, précisé par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 qui en définit le contenu : « Les objectifs généraux de la politique sociale ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs ».

***Les thématiques du projet social sont également précisées :***

- Modernisation des relations sociales : la promotion de l'information et de la communication.
- Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- Approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines.
- Conditions de vie au travail.
- Organisation du travail.
- Formation initiale continue.

Le projet social doit faire l'objet d'une concertation : il est négocié par le directeur avec les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement et son application doit faire l'objet d'un suivi par le CTE. Dans ce cadre, il représente une véritable opportunité de management et un outil stratégique interne en permettant de :

- Favoriser le dialogue social.
- Développer une approche participative de la GRH.
- Décloisonner les équipes et les projets : permettre à chaque salarié d'avoir une vision d'ensemble des objectifs du projet d'établissement.
- Permettre une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

***Le projet social a deux objectifs prioritaires :***

- Contribuer à la mise en œuvre du projet d'établissement, les ressources humaines en étant la principale richesse. En sus des moyens techniques et logistiques, ce sont bien les moyens humains qui assurent la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, contribuant ainsi très largement, directement ou indirectement selon les métiers « au prendre soin », vocation première d'un établissement de santé.
- Assurer au personnel la meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne, dans ses conditions de travail et donner du sens à l'action des femmes et des hommes qui concourent à l'activité du Centre Hospitalier.

Le projet social s'attache à consolider le lien social au sein des équipes, entre les différentes catégories d'acteurs, par la conscience mutuelle de l'utilité de chacun et de la reconnaissance de son travail.

C'est dans cet esprit que les membres du groupe projet social ont mené une réflexion qui s'est appuyée sur :

- Le bilan du projet social du précédent projet d'établissement, l'avenant de 2013 et le compte qualité.
- Les objectifs nationaux prioritaires, dont la prévention des risques psychosociaux (R.P.S) et de la qualité de vie au travail (Q.V.T).

### ○ Les enjeux :

La modernisation de la politique des ressources humaines des établissements hospitaliers représente un véritable défi, compte tenu de l'évolution de la valeur du travail dans notre société, et des attentes des professionnels quant à leurs conditions de travail et à leur demande de légitime reconnaissance.

Si ces attentes, valeurs et motivations sont quelques fois en décalage avec l'ancienne culture hospitalière traditionnelle, l'établissement doit cependant pouvoir s'appuyer sur des professionnels qualifiés et impliqués pour assurer sa vocation première de continuité et de qualité des soins prodigués aux patients et résidents. L'excellence d'un hôpital est inhérente à l'implication de ses ressources humaines. Ce sont bien les femmes et les hommes de l'établissement qui le font fonctionner, avancer et s'améliorer.

Les enjeux, d'ores et déjà rencontrés au CH La Grafenbourg, sont multiples :

- Développer la promotion professionnelle, comme réponse aux besoins de l'établissement et aux attentes d'évolution des agents.
- Prévenir l'absentéisme et l'usure professionnelle.
- Développer une gestion des effectifs pro-active et dynamique.
- Améliorer les conditions de travail.
- Prévenir les accidents de travail et rechercher l'amélioration de la santé au travail.
- Améliorer le processus de construction du plan de formation pluriannuel de l'établissement.
- Poursuivre un management des professionnels favorisant l'investissement collectif.
- Développer le dialogue social.
- Permettre à l'établissement d'être encore plus attractif dans ses recrutements, et ce dans un contexte de pénurie croissante de professionnels médicaux et soignants.

## ✓ **Axe n°1 : Moderniser les relations sociales par la promotion de l'information et de l'expression du dialogue social**

---

### ➤ **Objectif n°10.1 : Favoriser l'expression des professionnels**

---

Favoriser l'expression des professionnels au sein de l'établissements et des différents services c'est permettre aux agents de s'exprimer sur les différents projets, organisations, de communiquer sur leur métier, c'est les reconnaître en tant que personne et professionnel comme acteur à part entière au sein de la structure

Dans le cadre de cet objectif, les **quatre actions opérationnelles** suivantes ont été identifiées :

- **Action 1** : Favoriser la participation des professionnels basée sur le volontariat.
- **Action 2** : Promouvoir des actions de communication des agents de faire connaître aux autres professionnels leur métier ou les projets de leur service .
- **Action 3** : Refaire régulièrement une enquête de satisfaction des personnels.
- **Action 4** : Mettre en place d'une boîte à idées à destination des professionnels.

## ➤ Objectif n°10.2 : Promouvoir un dialogue social constructif

### ○ Les constats institutionnels :

- ✓ *Le bon fonctionnement des instances du dialogue social : CHSCT et CTE est nécessaire pour la mise en œuvre d'un dialogue social efficient. C'est le gage d'un dialogue social structuré en faveur de l'expression des personnels de l'établissement.*
- ✓ *Ces instances sont constituées mais les dates sont parfois transmises tardivement.*
- ✓ *La prise en compte des préoccupations des professionnels passe par la qualité des relations entretenues avec les organisations syndicales.*

Dans le cadre de cet objectif, les **trois actions opérationnelles** suivantes ont été identifiées :

- **Action 1** : Réunir les instances avec la régularité imposée par les textes en vigueur.
- **Action 2** : Etablir un calendrier prévisionnel des instances pour favoriser la présence, la préparation (notamment concertation pour ODJ CHSCT) et la participation des représentants du personnels, et de s'assurer de l'envoi dans les temps des convocations et dossiers de séances.
- **Action 3** : Mise en place d'une réunion mensuelle « coordonnateur des soins et cadres de santé / représentants du personnel ».

## ✓ Axe n°2 : Consolider la G.P.M.C

La GPMC est une gestion anticipative et préventive des ressources humaines. Elle doit contribuer à rechercher la meilleure adéquation possible entre les besoins et les ressources, tant en nombre qu'en compétences.

## ➤ Objectif n°10.3 : Anticiper les besoin d'évolution et de développement des compétences des salariés

### ○ Les Constats institutionnels :

- ✓ *Les diplômes ainsi que les attestations de formation sont archivés dans les dossiers des personnels. Cependant, l'établissement ne dispose pas de base de données centrale des compétences et diplômes des personnels.*
- ✓ *Depuis 2006, un tableau de suivi des effectifs permet un pilotage des recrutements et des remplacements, soumis aux contraintes budgétaires et à la pénurie de personnel sur le marché du travail concernant certaines catégories (masseur kinésithérapeute...).*

Dans le cadre de cet objectif, les **deux actions opérationnelles** suivantes ont été identifiées :

- **Action 1** : Créer un tableau de suivi des départs en retraite sur 5 ans.
- **Action 2** : Réaliser suivi régulier du tableau des effectifs et perfectionner le modèle en place.

## Axe n°2 : Consolider la G.P.M.C

### ➤ Objectif n°10.4 : Mettre en place des tableaux de bord pour l'aide à la décision

#### ○ Constats institutionnel :

- ✓ Ces tableaux sont à généraliser et actualiser pour un partage de données afin de réaliser annuellement le bilan social.

- **Action 1** : Elaborer des tableaux de bord institutionnels : pyramide des âges par métier pour anticiper les départs à la retraite, arrivées et départs (motifs), taux turn over par service, absentéisme (motifs et durée).

### ➤ Objectif n°10.5 : Impulser une politique de mobilité et favoriser la mobilité choisie

#### ○ Les Constats institutionnels :

- ✓ Encourager la mobilité interne est un gage d'évolution des compétences des professionnels mais aussi d'intérêt au travail dans un contexte d'allongement de la durée des carrières Mettre en place une bourse d'emploi interne à l'établissement.
- ✓ Contexte de la fusion avec la Roselière et donc élargissement du périmètre des services.
- ✓ Le recueil des souhaits se fait lors de l'entretien d'évaluation.
- ✓ Mobilité annuelle pour les agents de nuit de 15 jours en poste de jour.
- ✓ Essai possible par exemple 2 jours, notamment pour SSIAD ou UVP (services « spécifiques »).

- **Action 1** : Elaborer un outil d'identification des souhaits de mobilité du personnel.
- **Action 2** : Publier systématiquement les postes vacants en interne avec les profils de poste.
- **Action 3** : Formaliser les pratiques de changement de service pour les services spécifiques (journées d'immersion).

### ➤ Objectif n°10.6 : Rédiger ou actualiser les fiches de postes

#### ○ Constats institutionnel :

- ✓ La fiche de poste est un outil de management, de recrutement et d'évaluation des compétences et permet la clarification des responsabilités de chacun sur des missions explicites.
- ✓ Quelques fiches de poste existent mais sont peu souvent actualisées et utilisées et sont donc peu connues des professionnels.

- **Action 1** : Rédiger ou actualiser les fiches de postes par service.
- **Action 2** : systématiser le recours à la fiche de poste pour l'entretien annuel d'évaluation et le recrutement.
- **Action 3** : Intégrer les fiches de poste sur AGEVAL afin qu'elles soient accessibles à l'ensemble du personnel.

## ➤ Objectif n°10.7 : Faire de la formation continue le levier de la GPMC

La formation continue permet d'adapter les compétences des agents à l'activité de l'établissement et de maintenir ou d'acquérir de nouvelles compétences, voire de se réorienter.

### ○ Les Constats institutionnels :

- ✓ *Le plan de formation est établi annuellement en tenant compte notamment des priorités retenues dans le projet d'établissement et des exigences découlant de la réglementation. Il prend également en compte dans la mesure du possible les demandes individuelles des agents.*
- ✓ *Une grille d'entretien est formalisée pour les entretiens annuels d'évaluation. Les sujets abordés sont la formation, le projet professionnel, les perspectives et objectifs.*
- ✓ *Un nombre important de professionnels sont formés chaque année. L'équité est respectée afin que tout le monde puisse bénéficier de formations.*
- ✓ *La promotion interne des agents est favorisée pour certains métiers en fonction des besoins.*

Dans le cadre de cet objectif, **quatre actions opérationnelles** ont été identifiées

- **Action 1** : Définir les modalités d'accès aux études professionnelles et en informer les agents, revoir - équilibre postes vacants / non vacants en cas de promotion professionnelle).
- **Action 2** : Mise à disposition des catalogues de formation.
- **Action 3** : Mise en place d'un plan de formation pluriannuel sur 5 ans.
- **Action 4** : Organiser à destination des personnels une information sur le CPA et plus largement sur le dispositif relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

✓ **Axe n°3 : Améliorer les conditions de travail**

---

➤ **Objectif n°10.8 : Poursuivre la politique d'amélioration de l'environnement de travail**

---

○ **Les constats institutionnels :**

- ✓ *Fortes disparités en fonction des services : les nouveaux bâtiments sont mieux aménagés lumineux et fonctionnels. Les bâtiments plus anciens notamment le bon séjour ne permettent pas toujours aux professionnels d'exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes notamment en cas de fortes chaleurs (2<sup>ème</sup> étage, office...)*
- ✓ *Les vestiaires et salles de pause sont présents mais certains sont exigus ou peu chaleureux (ex : Roselière).*

Dans le cadre de cet objectif, **deux actions opérationnelles** ont été identifiées

- **Action 1:** Poursuivre la politique de rénovation pour optimiser l'ergonomie des postes et les conditions de travail des professionnels, en lien avec le plan d'investissement de l'établissement.
- **Action 2 :** Associer les cadres et professionnels de terrain à la définition et la priorisation des besoins à satisfaire.

## Axe 3 : Améliorer les conditions de travail

➤ **Objectif n°10.9 : Poursuivre la politique d'acquisition d'équipements et de matériel sécurisé adapté pour diminuer la pénibilité et le risque d'accident**

○ **Les Constats institutionnels :**

- ✓ *L'établissement acquiert chaque année du matériel dans le cadre du plan d'investissement. Certains matériels et équipements impactent directement les conditions de travail des agents.*

Dans le cadre de cet objectif, **deux actions opérationnelles** ont été identifiées :

- **Action 1** : Poursuivre dans le cadre du plan d'investissement les achats de matériel et d'équipement spécifiques visant à prévenir les TMS et prendre en compte les attentes des professionnels dans le choix des équipements qu'ils utilisent.
- **Action 2** : Continuer à associer (notamment dans le cadre du CLACT et du CHSCT) les représentants du personnel des achats d'équipements et matériels qui améliorent les conditions de travail des professionnels.

➤ **Objectif n°10.10 : Redéfinir les modalités de compensation de l'absentéisme**

○ **Les Constats institutionnels :**

- ✓ *Le taux d'absentéisme atteint depuis plusieurs années des niveaux très supérieurs à la moyenne nationale, notamment sur l'EHPAD La Roselière (taux de 17 %).*

Dans le cadre de cet objectif, **4 actions opérationnelles** ont été identifiées:

- **Action 1** : Etudier la mise en place d'un pool de remplacement inter services (La Grafenbourg/La Roselière).
- **Action 2** : Etablir liste de personnes à solliciter : étudiants (notamment pour les remplacements le week end) en lien avec sites d'emplois spécialisés, retraités (avec avantages de bien connaître l'établissement), vacanciers notamment ceux qui peuvent revenir plusieurs années.
- **Action 3** : Mettre en place un outil permettant de mieux connaître l'absentéisme (par service, global de l'établissement) et d'analyser les absences et les types d'absence en fonction du lieu d'exercice, des horaires, du métier.
- **Action 4** : Etablir une valorisation précise des remplacements au « pied levé », à valider en CTE.

## Axe 3 : Améliorer les conditions de travail

➤ **Objectif n°10.11 : Résorber l'emploi précaire**○ **Les Constats institutionnels :**

- ✓ *Turn over important en lien avec le nombre de CDD et de contrats aidés.*
- ✓ *Accompagnement des premiers jours d'un nouveau professionnel est chronophage pour les autres professionnels de l'équipe.*

Dans le cadre de cet objectif, l'établissement a identifié **trois actions opérationnelles** :

- **Action 1** : Maintenir dans le temps une politique favorisant la stagiairisation des personnels contractuels avec suivi annuel des stagiairisations.

✓ **Axe n°4 : Penser « organisation de travail » pour concilier vie privée et vie professionnelle**○ **Les Constats institutionnels :**

- ✓ *Les plannings sont une source fréquente d'inquiétudes pour les professionnels et chronophage pour les cadres.*
- ✓ *Les professionnels souhaitent une communication la plus anticipée possible pour planifier leur vie personnelle.*
- ✓ *Le délai de 15 jours au moins avant application du planning est en général respecté.*
- ✓ *Le télétravail se développe, et l'établissement met pour cela des P.C à disposition des agents.*

➤ **Objectif n°10.12 : Informer les professionnels sur les organisations de travail**

Dans le cadre de cet objectif, l'établissement a identifié **trois actions opérationnelles** :

- **Action 1** : Rédiger un guide du temps de travail, précisant les droits à congés et autorisations d'absence.
- **Action 2** : Acquérir un logiciel de gestion du temps de travail.
- **Action 3** : Rédiger une procédure de remontées des insalubres et de gestion des RTT .

- ✓ **Axe n°5 : Développer la qualité de vie au travail (repérer, prévenir, soutenir)**

### ➤ **Objectif n°10.13 : Reconnaître et soutenir l'encadrement de proximité dans le déploiement de la qualité de vie au travail**

Les fonctions de cadres de proximité ont évolué ces dernières années sous l'influence de plusieurs facteurs : exigences des usagers et de leurs familles, évolution de l'offre de soins, équilibre financier, réunions intentionnelles, T2A et diminution DMS, implication forte dans la démarche qualité / gestion des risques. Les tâches administratives et de gestion ont augmenté, en même temps le cadre de santé à un rôle essentielle d'animateur d'équipe qui doit accompagner le changement, repérer et signaler les agents en difficulté.

#### Les Constats institutionnels :

- ✓ *Les plannings tiennent compte des desideratas des agents et sont transmis dans le délai légal.*
- ✓ *Il y a une distinction clairement établie entre CA et récupérations (on peut rappeler en priorité un agent sur une récupération).*
- ✓ *Les arbitrages sont sollicités auprès du directeur en réunion de direction, si difficultés de remplacement.*

- **Action 1** : Mettre en place entre cadres de santé un temps de concertation régulier sur la gestion des remplacements dans les services.

### ➤ **Objectif n°10.14 : Accompagner les personnels en difficultés pour préserver leur santé et emploi**

#### ○ Les Constats institutionnels :

- ✓ *Au cours de leur carrière les agents sont confrontés à la maladie aux accidents (professionnels ou de vie). Ces situations difficiles sont gérées par la Direction (directeur et DRH et DS), la médecine du travail, le comité médical et la cadre du service concerné.*
- ✓ *Des actions d'aménagement de poste ou de reclassement peuvent être prononcées. L'objectif est de maintenir une efficience du service tout en maintenant l'implication des agents concernés.*

- **Action 1** : Faire mieux connaître le SST aux professionnels de l'établissement.
- **Action 2** : Evaluer l'efficacité du tableau de suivi des visites médicales du personnel et apporter les améliorations nécessaires pour un meilleur suivi.
- **Action 3** : Dépister et reconnaître la souffrance psychique en impliquant les cadres et la direction.
- **Action 4** : Mettre en place un suivi individualisé par la direction des situations complexes d'absence.

### ➤ Objectif n°10.15 : Prévenir les risques psycho-sociaux (R.P.S)

**Définition** : Le terme RPS désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, etc.

Dans le cadre de cet objectif , l'établissement a identifié **quatre actions opérationnelles** :

- **Action 1** : Etablir un diagnostic des risques dans l'établissement en y associant les professionnels de l'établissement et rédiger un plan d'actions.
- **Action 2** : Organiser la possibilité d'un suivi psychologique ponctuel individuel et en groupe de parole avec un temps de psychologue (extérieur) dédié au personnel.
- **Action 3** : Permettre aux professionnels de bénéficier de séances et former plus de professionnels .
- **Action 4** : Intégrer un suivi du plan d'actions sur la QVT en CHSCT (une fois par an).

### ➤ Objectif n°10.16 : Renforcer la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux agents

Les conditions d'accueil et d'intégration des stagiaires et des nouveaux embauchés peuvent avoir des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et des résidents. Il s'agit de donner les moyens au nouvel arrivant de prendre ses fonctions dans les meilleures conditions.

#### ○ Les Constats institutionnels :

- ✓ *Livret d'accueil.*
- ✓ *Journée des nouveaux arrivants organisée plusieurs fois par an.*
- ✓ *Encadrement et accompagnement à la prise de poste et tuilage (si fonction unique) dans la mesure du possible.*

- **Action 1** : Réactualiser le livret d'accueil des nouveaux professionnels, suite à la fusion.
- **Action 2** : Mieux faire connaître le CGOS lors d'une nouvelle embauche (à intégrer dans le livret d'accueil et journée nouveaux arrivants).
- **Action 3** : Solliciter chaque nouveau professionnel quelques mois après l'embauche pour un rapport d'étonnement.



---

# LA POLITIQUE DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

---



# LA POLITIQUE DE COMMUNICATION

La communication institutionnelle doit permettre d'organiser, de partager et donner à comprendre l'action de l'établissement. Cette communication est développée selon 2 axes : en interne et vers l'extérieur. Avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, de nouveaux supports ont fait leur apparition (sites internet, réseaux sociaux, applications mobiles) , rendant nécessaire une maîtrise accrue de l'information.

## Les constats institutionnels :

### *L'organisation du travail :*

- ✓ L'ensemble des notes des services est diffusé par affichage, et sur l'intranet de l'établissement aux cadres des services. Certaines notes ne parviennent pas aux destinataires.
- ✓ Le site intranet de l'établissement ne permet pas à tous les professionnels de consulter a majorité des documents institutionnels, tels que les procédures et protocoles en cours, les comptes rendus de réunions (CHSCT, CVS par exemple), les modèles de documents à utiliser, les informations relatives aux personnes accueillies...
- ✓ Tous les services ne disposent pas d'adresse mail spécifique.
- ✓ Une réunion Cadre supérieur-cadres/IDEC a lieu chaque mois.
- ✓ Des réunions de service ont lieu régulièrement, dont la fréquence donne satisfaction pour 62,10 % des professionnels et qui sont estimées efficace pour 59,46 %\*
- ✓ Les réunions de service ne donnent pas lieu à compte rendu ??
- ✓ Une réunion institutionnelle du personnel a seulement lieu pour chaque début de nouvelle année.
- ✓ Près de 86 % des professionnels estiment que les moyens de communication de l'établissement sont efficaces\*.
- ✓ La communication interne de leur service est jugée par les agents satisfaisante à 72 %, mais seulement à 47 % en communication inter-services\*.
- ✓ L'annuaire interne est peu souvent actualisé.
- ✓ Les mouvements du personnel sont diffusés systématiquement sur Lagraf'engage, plus rarement en notes d'information.

*\*(enquête de la satisfaction des personnels sur la qualité de vie au travail au CH La Grafenbourg, octobre 2017 )*

# LA POLITIQUE DE COMMUNICATION

## Les enjeux de la communication interne :

La communication interne contribue à la cohérence de toutes les activités traitées par l'établissement. Elle doit donc être transversale et adaptée aux spécificités des destinataires concernés : professionnels, personnes accueillies, représentants légaux et/ou familles, intervenants, visiteurs. Vis-à-vis des équipes, la communication doit tendre à accompagner le changement des organisations de travail et des pratiques professionnelles. Elle permet alors de fédérer et motiver les professionnels. Il est important qu'elle puisse valoriser l'établissement et le travail des professionnels.

## Les enjeux de la communication externe :

La communication externe doit permettre à l'établissement de valoriser ses savoir-faire et compétences, et d'autre part d'être clairement identifié par les familles et partenaires institutionnels pour les missions réalisées.

L'établissement relève d'une longue histoire, mais demeure relativement peu connu en dehors de son territoire d'implantation. Faire connaître l'établissement est de plus en plus important dans le contexte de financements suite à appel à projet, et pour attirer des candidatures de professionnels soignants et médicaux dans un contexte de pénurie et concurrence.

### *Les documents institutionnels :*

- ✓ Les supports à la communication interne sont diversifiés et couvrent mensuellement l'ensemble des champs d'activité : « LAGRAF'en page » diffusé par la direction, « Le Clin d'œil » en bulletin d'information sur l'hygiène, « Qualigraf » présentant les actions de la politique qualité.
- ✓ Il n'existe pas de charte graphique, ni d'unité dans la forme des documents utilisés .

### *La communication institutionnelle extérieure :*

- ✓ L'établissement communique dans les médias sur ses temps forts (fête d'été, animations...) mais peu sur son fonctionnement et son activité;
- ✓ L'établissement est un partenaire régulier du Conseil Départemental lors de la semaine bleue, en organisant des conférences ou ateliers.
- ✓ L'établissement ne fait pas de porte ouverte, mais organise annuellement une fête d'été ainsi qu'une réunion avec les familles. L'information donnée sur ces événements est quelques fois insatisfaisante pour les familles.
- ✓ Le site web de La Grafenbourg est mis à jour ponctuellement, mais est peu en interaction avec l'actualité de l'établissement, et doit être complètement reconstruit.
- ✓ Le Centre Hospitalier La Grafenbourg n'est pas présent sur les nouveaux réseaux d'information (Facebook, Twitter, etc..).

## ❖ Les objectifs stratégiques 2020-2024

---

### ➤ Objectif n°11.1 : Améliorer la visibilité de La Grafenbourg

---

Dans le cadre de cet objectif, l'établissement a identifié **six actions opérationnelles** :

**Action 1** : Recréer un site web.

**Action 2** : Actualiser le livret d'accueil et les plaquettes de l'établissement (SSIAS, Accueil de jour...)

**Action 3** : Communiquer régulièrement dans les médias (DNA) sur les projets ou problématiques de l'établissement.

**Action 4** : Mettre à jour les données de l'établissement sur les différents supports physiques existants (annuaire médico-social, pages jaunes, FHF), et développer sa visibilité dans le GHT et dans le parcours de soins du territoire.

**Action 5** : Améliorer la communication auprès des usagers (patients, résidents et familles) : développer l'information des publics de l'établissement et la communication des actions et de la vie de l'établissement afin de susciter l'adhésion des usager (courrier d'information biennuel ?)

**Action 6** : Organiser par structure des réunions d'information avec les résidents/familles.

**Action 7** : Développer une communication audiovisuelle (support télévisé dans les accueils).

### ➤ Objectif n°11.2 : Améliorer la communication en interne

---

**Action 1** : Diversifier les articles dans La Graf en page (focus sur les services, les métiers..)

**Action 2** : Créer un réseau intranet pour permettre aux professionnels d'accéder aux informations nécessaires à leurs fonctions (procédures qualité, notes de service, comptes rendus de réunions...)

**Action 3** : Mettre en place une charte graphique.

**Action 4** : Réaliser une charte de communication en réunion, développer des supports de communication communs (modèles power point, courriers...) en lien avec la charte graphique.

**Action 5** : Actualiser les panneaux d'affichage.

**Action 6** : Systématiser les compte rendus de réunions (réunion de services,...).



---

# ANNEXES

---

# LE LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE EN SANTE

Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnels	SSIAD	EHPAD	USLD	S.S.R
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.	X	X	X	X
Mission de responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.	X	X	X	X
Elaboration, rédaction du projet d'établissement ou de service.	X	X	X	X
Les attentes de la personne et le projet personnalisé.	X	X	X	
Concilier vie en collectivité et person-nalisation de l'accueil et de l'accompagnement.		X	X	
L'ouverture de l'établissement a et sur son environnement.	X	X	X	X
Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD		X	X	
Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile	X			
L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)		X		
Le questionnaire éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux.	X	X	X	
Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet Ehpap		X	X	
Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet Ehpap		X	X	
Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile	X			
Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement	X	X	X	X
Programme Qualité de vie en Ehpap		X	X	
L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social		X	X	

<b>Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnels</b>	<b>SSIAD</b>	<b>EHPAD</b>	<b>USLD</b>	<b>S.S.R</b>
L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation	X	X	X	X
L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes		X	X	
L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes	X			
L'accompagnement à la santé de la personne handicapée	X	X	X	X
Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile	X			
Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.	X	X	X	

# MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur organise les soins et contribue à la qualité de la prise en charge des résidents des EHPAD. Les missions du médecin coordonnateur sont régies par l'article D312-158 du CASF modifié par décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 :

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum une fois par an.

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;

7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire ;

9° Elabore un dossier type de soins ;

# MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ;

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur **en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux** ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.

Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, **lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription**. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

## Principes éthiques

Le médecin coordonnateur s'engage à observer les principes éthiques suivants :

- Respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des résidents
- Liberté de choix des résidents quant aux prestations offertes
- Garantie d'une prise en charge et en soins de qualité, adaptées aux besoins des résidents, favorisant leur développement, autonomie et insertion et respectant leur consentement éclairé
- Respect de la confidentialité des informations concernant les résidents et facilitation de l'accès à toute information ou document concernant leur prise en charge

## Participation à la bonne conduite de l'établissement

Le médecin coordonnateur participe à la bonne conduite de l'établissement au travers des actions suivantes :

- Contribuer au développement de la qualité (anticipation des besoins des résidents et amélioration des pratiques) et à la gestion des risques (détection et signalement des dysfonctionnements)
- Participer à la limitation des dépenses de santé par l'utilisation rationnelle des médicaments et produits médicaux

# Présentation de l'établissement

En 2009-20104, important projet architectural avec une extension et réhabilitation du SSR, des secteurs logistiques, de l'EHPAD La Pommeraie



- Quelques chiffres :

- **Effectifs : 311 agents**

- Une équipe administrative de 11 personnes,
- 5 médecins salariés, médecins de ville pour deux des EHPAD
- 1,5 pharmaciens, 3 préparatrices (P.U.I)
- 1 Coordonnateur des soins + 3 Cadres de santé
- IDE : 33 soignants
- AS/AMP : 116 soignants
- ASH : 69 agents
- Rééducation : kiné – ergos : 7 professionnels
- Autres : psychologues, neuropsychologue, diététicienne, assistante sociale, animatrices,
- Service technique : 5 personnes
- Restauration, blanchisserie : 16 personnes

- **Budget consolidé : 17 200 000€**



