



Établissement Public de Santé de Bellême
SSR
(Soins de Suite et de Réadaptation)
EHPAD / UPAD : La Rose des Vents
(Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes)
(Unité pour Personnes Agées Désorientées)
4 & 28 Rue du Mans - BP 104 - 61130 BELLÊME
Tél : 02.33.85.33.85
Fax : 02.33.73.09.16

PROJET MEDICO -SOIGNANT

2024-2028



Etablissement Public de Santé de Bellême

4 et 28 rue du Mans - 61130 Bellême

Standard : 02 33 85 33 85 Fax : 02 33 73 09 16

www.hopital-belleme.fr

INTRODUCTION

Le projet médico-soignant décrit pour les 5 ans à venir les projets de pérennisation, modification, amélioration et déploiement d'activités et le renforcement des compétences soignantes. Il se découpe en deux parties : l'une médicale, l'autre soignante.

Il s'agit pour les médecins et les professionnels d'imaginer l'hôpital de demain et de définir les lignes directrices de sa stratégie médico-soignante.

Ce projet se base sur :

- La nécessité de respecter des valeurs essentielles telles que :
 - Les principes de service public.
 - La loi du 4 mars 2002 concernant les droits des patients et la charte du patient hospitalisé.
 - La loi du 02 mars 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
 - La charte de la personne âgée dépendante et celle de la personne accueillie.
 - Les codes de déontologie et les règles d'éthique.
 - La loi Léonetti de 22 avril 2005 et la loi du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie.
- L'obligation de mettre en œuvre toutes les règles de sécurité et tous les moyens permettant d'atteindre un niveau de qualité optimale dans la prise en soins et l'accompagnement de nos patients, résidents et nos collaborateurs.
- La nécessité de maîtriser les coûts d'investissement et d'exploitation, dans un contexte d'inflation et de responsabilité sociétale des entreprises.
- La volonté d'optimiser les conditions de travail du personnel, confronté chaque jour à l'alourdissement de la dépendance des personnes accueillies.
- La nécessité de poursuivre les coopérations avec les autres établissements publics et privés sanitaires et médico-sociaux et les professionnels de la ville du territoire de santé

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET MEDICO - SOIGNANT

1) COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Comme toute démarche participative, la formalisation du projet médico-soignant 2024-2028 a nécessités de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire.

Le groupe de travail est composé de :

Fonction	Nom-prénom
Direction -	JAMMET Philippe
Président de la CME - Référent du groupe	Dr DO Anh Taï
Médecin autorisé SSR	Dr NEBOUT Benoît
Médecin autorisé SSR	Dr SANTAMARIA Aurora
Médecin autorisé SSR	Dr CANADAS LOPEZ Pilar
Cadre SSR-EHPAD	GARNIER Valérie
Cadre EHPAD-UPAD	DUBUT Evelyne
Cadre EHPAD	FOUASNON Bernadette
Pharmacien	ROYER Magali
Responsable Finances	LEGENDRE Virginie
Responsable Qualité/Gestion des risques	GOYER Elodie
1 IDE de SSR	BOTHE Océane
1 IDE d'EHPAD	LEMONIER Gina
1 AS/ASHQ de SSR	LEGROS SANDRINE (AS)
1 AS/ASHQ d'EHPAD	MOUHOT Florence (AS)
1 Psychologue	LEMARIE Chloé
1 Assistante sociale	OLIVIER Stéphanie
1 Kinésithérapeute	PAILLARD Anne-Laure
1 Ergothérapeute	DUVAL Chloé
1 Diététicienne	ASTORG Maureen
IDE référente douleur	LAGOUTTE Sabrina
IDE soins palliatif	CLEMENT Marika

2) PLANNING DE REUNIONS

Le planning des réunions a été élaboré sur la période de mars à juillet 2023. Les réunions ont fait l'objet d'une convocation avec un ordre du jour diffusé à tous les membres.

DATES DES REUNIONS	HEURE	LIEU	OBJET DE LA REUNION
06 mars 2023	09h00 à 10h30	Salle des Commissions (Bâtiment Napoléon III)	Bilan du projet médical 2017-2021 Validation des thématiques à traiter
20 mars 2023			Description par thématique : - Fonctionnement actuel - Forces – Faiblesses - Enjeux - Objectifs
03 avril 2023			
24 avril 2023			Regroupement des objectifs sous les axes (à définir)
22 mai 2023			Rédaction des fiches actions pour chaque objectif Relecture du projet médico soignant
12 juin 2023			
26 juin 2023			
03 juillet 2023			

3) OBJECTIFS DE TRAVAIL

Le groupe de travail s'est fixé comme objectif de définir un projet médico soignant réaliste et répondant aux besoins de la population et au contexte économique et social actuel.

4) DOCUMENTS DE TRAVAIL

Ce projet a été alimenté par les données internes et externes suivantes :

- Bilan du précédent projet médical 2017-2021
- Loi du 02 janvier 2002 relative au secteur médico-social
- Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé
- Décret n°2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)
- Décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de des soins médicaux et de réadaptation (SMR)
- Schéma Régional de santé 2023-2028
- Les contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens CPOM sanitaire et médico-sociaux
- Le schéma de l'autonomie de l'Orne 2017-2021 (en cours de réactualisation)

LE BILAN DU PROJET MEDICAL 2017-2024

AXES	ACTIONS	ETAT DE REALISATION				COMMENTAIRES
		Non réalisé	En cours	En GP réalisé	Finalisé	
1	OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE EN SSR				✓	
	Renforcer l'attractivité du service de SSR				✓	
	Optimiser la pertinence des séjours en SSR			✓		Lettre de liaison à la sortie toujours à améliorer
	Développer l'éducation thérapeutique des patients		✓			PLANETH : réseau régional – convention non formalisée Agents formés à l'ETP en 2021 pour une mise en œuvre en 2022 Evaluer les protocoles des pathologies nécessitant des ETP établis
2	RENFORCER LA FILIERE GERIATRIQUE AUTOUR D'UN PARCOURS COORDONNE ET PLURIDISCIPLINAIRE					
	Développer les coopérations avec des SSR spécialisés en lien avec le projet médical du GHT		✓			inscrit dans le projet médico-soignant partagé
	Développer les coopérations avec les structures en amont		✓			Evaluation faite à domicile EHPAD du Theil sur Huisne intéressé mais s'est désisté
	Développer les coopérations avec les structures de PEC aval			✓		Convention avec le SSIAD du territoire Bretoncelles
3	RENFORCER LE ROLE DE L'HOPITAL COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE DANS LE CADRE DU GHT					
	Organiser une filière géronto-psychiatrique			✓		
	Organiser l'accès à des consultations mémoires	✓				Pas de médecin sur le territoire ni de médecin gériatre disponible
	Renforcer la visibilité et mieux structurer l'accueil temporaire				✓	
3	Développer les coopérations avec les professionnels libéraux du secteur		✓			Appel à des IDE libéraux pendant la crise COVID
	Déployer la télémedecine			✓		Matériel en place. L'organisation médicale sur le CHICAM est en cours de mise en place
	Développer des consultations avancées médico-chirurgicales		✓			Inscrit au PMPS GHT Non déployés sur site pour le moment

4	OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	☞ Valoriser l'activité de soins palliatifs en SSR			✓		Problématique temps IDE disponible
		☞ Optimiser la prise en charge de la douleur		✓			Formations douleur non réalisées en 2021. Second professionnel de formé DU douleur La crise sanitaire a limité les échanges inter-établissements
5	RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS	☞ Renforcer les compétences et poursuivre les évaluations			✓		Poursuivre les formations annulées en 2020

BILAN DU PROJET DE SOINS 2017-2021

AXES	OBJECTIFS	ETAT DE REALISATION				COMMENTAIRES	
		Non réalisé	En cours	En GP réalisé	Finalisé		
1	RENFORCER L'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE	Améliorer la formalisation et la réévaluation des projets thérapeutiques en SSR				✓	
		Renforcer le rôle des référents soignants auprès de leurs résidents en EHPAD	✓				Actions abandonnées suites à l'avis de la CSIRMT
2	GARANTIR LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET RESIDENTS	Favoriser l'appropriation par les équipes des recommandations de bonnes pratiques		✓			Transmissions élargies relancées. Culture de la transmission des connaissances par les soignants difficile à mettre en œuvre.
		Optimiser l'organisation soignante par la sectorisation des unités d'EHPAD			✓		2018 : effectifs prévus dans le cadre de la réforme du financement ne permettront pas de mettre en place une sectorisation
		Améliorer la gestion des troubles cognitifs et psychiatriques en EHPAD			✓		Systematisation du NPI-ES difficile du fait du manque de temps. Difficulté d'avoir une réponse positive du CPO malgré les appels systématiques
		Renforcer les dispositifs de prise en charge de la douleur		✓			Pas de référent douleur dans chaque service. Les réunions inter-établissements n'ont pas eu lieu en 2021 (Covid-19) Problème d'effectif IDE
		Renforcer les compétences disponibles et le partage des connaissances				✓	

3	AMELIORER LA COMMUNICATION ET LA COORDINATION AU SEIN DES SERVICES	Harmoniser les pratiques et structurer le management au sein de l'établissement		✓		Le logiciel qualité du GHT en cours de déploiement
		Optimiser la traçabilité des activités de soins dans le DPI pour valoriser les prises en charge			✓	Chapitres reparamétrés des protocoles de soins dans le dossier patient
		Améliorer les transmissions orales et écrites			✓	Transmissions écrites évaluées par les cadres mais non formalisées Les transmissions en temps réel ne sont pas assurées
4	RENFORCER LA CONTINUTE DE LA PRISE EN CHARGE AVEC LES INTERVENANTS EXTERIEURS	Promouvoir le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge et de sa sécurité		✓		Outils sur conciliation, biosimilaires et génériques.
		Organiser la traçabilité des interventions de professionnels extérieurs		✓		Pas de rencontres organisées en 2020 avec les pédicures podologues

LE SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET READAPTATION (SMR/SSR)

Contexte

L'accroissement du vieillissement de la population sur le territoire de santé doit entraîner un recours accru aux services de soins médicaux et de réadaptation, d'autant plus important que la politique poursuivie de maintien à domicile entraînera la nécessité de séjours ponctuels de réadaptation, de réajustement thérapeutique, de convalescence avant retour à domicile.

Le service de SMR accueille en hospitalisation complète des patients plutôt âgés en provenance d'établissements sanitaires, d'établissements médico-sociaux ou du domicile. Les patients sont pris en charge souvent après un épisode aigu médical ou chirurgical, traité dans un établissement de court séjour.

Ils présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique. Des patients plus jeunes peuvent également y être accueillis.

Fonctionnement actuel

Pathologies prises en soins :

- ☞ Suites opératoires et orthopédiques ;
- ☞ Les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre ;
- ☞ Les broncho pneumopathies ;
- ☞ Les complications des maladies chroniques ;
- ☞ Les complications de la fragilité liées à l'âge, réversibles ou non ;
- ☞ Syndrome dépressif et troubles psychiatriques ;
- ☞ Les poly-pathologies du sujet âgé ;
- ☞ Les suites d'AVC et de pose de pace maker ;
- ☞ Le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé ;
- ☞ Les pathologies neuronales suite à une pathologie aigüe ;
- ☞ Les troubles cutanés (escarres, troubles trophiques cutanés) ;
- ☞ Les soins palliatifs.

Objectifs des prises en soins :

Article R 6123-118 et 119.

Objectifs des prises en soins :

- ✓ Assurer des soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de nutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées.

- ✓ Assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux (restauration somatique et psychologique, rééducation orthopédique et neurologique, stimulation cognitive).
- ✓ Maintenir ou redonner de l'autonomie.
- ✓ Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention.
- ✓ Assurer le maintien et la socialisation de la personne âgée.
- ✓ Préparer un retour à domicile dans de bonnes conditions.
- ✓ Assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale, en engageant les demandes d'allocation et d'aide à domicile.

Parcours du patient de SMR/SSR

- ☞ Demande d'admission et de prise en soins via l'outil TRAJECTOIRE
- ☞ Accueil de patients provenant de services hospitaliers de court séjour d'un hôpital, provenant du domicile, hospitalisés par le médecin traitant, ou des EHPAD (interne ou externes) ;
- ☞ Le principe de proximité est privilégié ;
- ☞ Evaluation et élaboration de projets thérapeutiques individualisés et globalisés ;
- ☞ Prise en soins rééducative spécifique adaptée à la personne adulte (kinésithérapie, stimulation neurosensorielle etc.) ;
- ☞ Evaluation et réajustement des projets thérapeutiques ;
- ☞ Préparation à la sortie et des éventuelles interventions sur le lieu de vie.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconnaissance sur le territoire de Santé ✓ Structure de proximité permettant de répondre aux besoins de la population ✓ 2 lits identifiés Soins Palliatifs ; ✓ Qualité de la prise en soins et des accompagnements interdisciplinaires ✓ Mutualisation du système de soins via le Groupement Hospitalier de Territoire ✓ Travail en réseau ✓ Préparation à la sortie adaptée et individualisée 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Le taux d'occupation des lits est correct et stable mais peut être amélioré ✗ Manque de spécialités pour accueillir certaines pathologies ✗ Un seul professionnel sur certaines compétences ✗ Difficultés ponctuelles sur les sorties vers les EHPAD (places disponibles)

Enjeux

- Evoluer vers une activité de SSR/SMR aux décrets de 2022
- Maintenir les lits identifiés de soins palliatifs.

LE SERVICE D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Contexte

On observe, d'une part un vieillissement et une montée en charge importante des troubles cognitifs des résidents et, d'autre part une entrée en institution de plus en plus tardive et, par conséquent, une augmentation de la dépendance initiale majorant ainsi les besoins en soins.

L'entourage porte une attention de plus en plus marquée en ce qui concerne la qualité de l'accompagnement du résident.

Fonctionnement actuel

La moyenne d'âge des personnes accueillies au sein de l'EHPAD est élevée et la dépendance psychique et/ou physique y est fréquente. Les résidents sont majoritairement originaires du territoire.

L'EHPAD est divisé en 5 services :

- 3 unités d'EHPAD de 42, 73 et 74 lits ;
- 2 unités d'UPAD (unités sécurisées) de 12 et 14 lits.

Parcours du résident en EHPAD

La demande d'admission est reçue via TRAJECTOIRE.

L'admission se fait après avis de la commission d'admission, selon le protocole défini, en lien avec le médecin traitant.

Le parcours du résident est le suivant :

- ☞ Visites de pré-admission du futur résident et/ou de sa famille avec un psychologue et l'assistante sociale de l'établissement ;
- ☞ Accueil du résident (provenant du domicile ou d'une unité d'hospitalisation interne ou externe). Le principe de proximité est privilégié ;
- ☞ Evaluation et élaboration du projet d'accompagnement individualisé ;
- ☞ Accompagnement quotidien du résident ;
- ☞ Evaluation et réajustement du projet d'accompagnement ;

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'intégration dans une structure portant également une activité sanitaire permet à l'EHPAD de disposer : <ul style="list-style-type: none"> - d'une présence soignante plus importante, - des modalités d'accès à un plateau technique de base formalisées - des possibilités d'hospitalisation en lits de SSR/SMR d'accès rapide et adapté à la population gériatrique (réduction des passages aux urgences ou des hospitalisations en court séjour) ✓ Une homogénéisation des pratiques médicales et soignantes sur l'ensemble de l'établissement ✓ Travail en réseau (équipe mobile de soins palliatifs, CMP, équipe mobile gériatrie, consultation dermato à distance) ✓ Un travail de pré-admission réalisé avec les résidents et les familles pour faciliter l'entrée et l'intégration ✓ Des projets d'accompagnement individualisés ✓ Diversité des compétences (kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicien, psychologues, assistante sociale, animateurs) ✓ Le renforcement des activités occupationnelles (animateurs, moyens matériels, bénévoles, représentant du culte...) ✓ Dossier de l'usager informatisé ✓ Des bâtiments récents et accueillants, proposant des chambres seules équipées de salle d'eau, de 3 chambres doubles pour les couples et d'espaces bien-être et de détente ✓ Matériels de manutention et de transferts assurant le confort, la sécurité du résident et améliorant les conditions de travail du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Le taux d'occupation des lits est correct et stable mais peut être amélioré ✗ Manque de spécialités pour accueillir certaines pathologies ✗ Un absentéisme croissant et difficultés de recrutement de personnel qualifié ✗ Difficultés d'accès et délai pour l'accès à des consultations spécialisées ✗ Augmentation du niveau de dépendance ✗ Hétérogénéité de résidents au sein de chaque service souffrant de pathologies nécessitant un accompagnement différencié (dépendances, démences sévères et troubles psychiatriques) ✗ Des difficultés organisationnelles, liées à des services de grandes tailles (nombre de résidents et taille des équipes) ✗ Des contraintes architecturales qui conditionnent le fonctionnement et les conditions de vie et de travail.

Enjeux

Il s'agit pour l'Etablissement Public de Santé de Bellême de continuer à jouer un rôle clé dans l'accompagnement des personnes accueillies et dans la coordination gériatrique locale, en lien avec le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) et les autres partenaires et en poursuivant le développement des réseaux.

Il faut donc penser l'accompagnement de la personne âgée dépendante de manière coordonnée afin de pouvoir pérenniser et renforcer, autant que faire ce peut, le maintien de l'autonomie, et de la vie sociale.

L'UNITE POUR PERSONNES AGEES DESORIENTEES (UPAD)

Contexte

L'U.P.A.D. est un lieu de vie sécurisé qui a pour mission d'accompagner les personnes souffrant de troubles cognitifs (pertes de mémoire, difficultés à exercer les actes de la vie quotidienne...) et de déambulation (désorientation dans le temps et l'espace) afin de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'objectif d'une telle structure est de :

- permettre aux résidents de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités ;
- maintenir une communication autre que la parole lorsque celle-ci n'est plus possible ;
- tenir compte des modifications du comportement ;
- favoriser le maintien des repères spatio-temporels ;
- proposer des activités en s'adaptant à l'évolution de la maladie ;
- veiller à garder un environnement sécurisant et bienveillant.

Fonctionnement actuel

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents aussi longtemps que possible. Dans cet esprit, le personnel sollicite les résidents pour accomplir les gestes essentiels quotidiens plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ».

Au sein de l'UPAD, il s'agit d'accompagner les résidents aux besoins spécifiques dans une structure adaptée, centrée autour d'un lieu de vie qui permet de concilier sécurité et liberté.

Le projet d'accompagnement est axé sur le maintien des capacités cognitives et physiques préservées de la personne, du lien social et de la qualité de vie.

Parcours du résident en UPAD

La demande d'admission est reçue via TRAJECTOIRE.

L'admission se fait après avis de la commission d'admission, selon le protocole défini, en lien avec le médecin traitant.

Le parcours du résident est le suivant :

- ☞ Visites de pré-admission du futur résident et/ou de sa famille avec un psychologue, le cadre de santé du service et l'assistante sociale de l'établissement ;
- ☞ Accueil du résident (provenant du domicile ou d'une unité d'hospitalisation interne ou externe). Le principe de proximité est privilégié ;
- ☞ Evaluation et élaboration du projet d'accompagnement individualisé ;
- ☞ Accompagnement quotidien du résident ;
- ☞ Evaluation et réajustement du projet d'accompagnement ;

L'accompagnement associe des techniques d'écoute active, de gestion des émotions, de communication et chaque journée est rythmée par des activités variées choisies selon les objectifs propres à chaque personne, en lien avec le projet d'accompagnement individualisé.

La famille est associée au projet d'accompagnement individualisé dès la pré-admission.

Forces	Faiblesses
✓ Taux d'occupation élevé ✓ Ratio de personnel	✗ Absence de reconnaissance financière par les tutelles ✗ Peu d'AMP sur le service

Enjeux

Conserver l'activité d'UPAD pour répondre aux besoins de la population locale et la pérenniser par une reconnaissance des tutelles.

LA POLITIQUE MEDICALE

Les nouveaux objectifs du projet médical de l'Établissement Public de Santé de Bellême ont été définis par un groupe de travail pluridisciplinaire, après une réflexion fondée sur l'analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs de la population du territoire de santé, une étude de l'offre de soins existante, une analyse de l'activité de l'établissement et un bilan des points forts et des points faibles de l'établissement dans son ensemble.

Il s'agit d'envisager l'avenir de l'établissement en lien direct avec les impératifs de santé publique, tout en respectant la vocation de l'hôpital et ses particularités.

L'Établissement Public de Santé de Bellême est un établissement de santé de proximité, partie prenante du système de santé et acteur incontournable de l'accompagnement gériatrique sur son territoire de santé. Son positionnement géographique entre plusieurs centres hospitaliers de recours doit être envisagé comme un atout dans son rôle de lien entre les établissements de santé et la ville.

Les lits sanitaires, dont il dispose, permettent une prise en soins de proximité avec la participation essentielle de la médecine libérale qui intervient à l'hôpital.

Le développement de coopérations avec les hôpitaux de recours permet de renforcer la qualité de la prise en soins.

C'est pourquoi l'établissement entend, dans le cadre de sa politique médicale et de ce projet d'établissement répondre aux objectifs suivants :

- ☞ Être un maillon fort de la filière gériatrique sur le territoire de santé
- ☞ Contribuer à l'organisation de la permanence des soins
- ☞ Renforcer et développer sa vocation de plateforme sanitaire et médico-sociale de proximité proposant une offre de soins diversifiée
- ☞ Garantir la sécurité et la qualité de la prise en soins et d'accompagnement par la mise en œuvre d'une politique de qualité et sécurité des soins, qui intègre le renforcement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

La philosophie des soins est fondée essentiellement sur des valeurs humaines, une approche de l'homme et de la santé.

✓ La finalité des soins

Les soins infirmiers sont un ensemble d'actes de vie. Ils répondent à des besoins spécifiques, exprimés par une personne, sujet unique et qui doit être respecté et pris en charge comme tel.

Les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des soignants :

- De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologiques, sociales, économiques et culturelles.
- De prévenir et d'évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement
- De concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir un diagnostic.
- De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.
- D'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin
- De participer à la surveillance clinique des patients et résidents et à la mise en œuvre des thérapeutiques prescrites.
- De favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social.
- D'accompagner les patients en fin de vie et, autant que de besoin, leur entourage.

Le projet de soins s'inscrit également dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité qui se concrétise tous les quatre ans par la mise en œuvre de la procédure de certification auprès de la Haute Autorité de Santé et tous les cinq ans par l'évaluation de l'EHPAD.

Le projet de soins est le projet de tous les professionnels qui concourent à la prise en soins au lit du patient ou du résident : soignants, paramédicaux, éducatifs, médico-techniques, etc.

Il a pour finalités :

- D'optimiser la prise en soins du patient et du résident au quotidien, dans le respect des missions imparties à l'établissement et des moyens dont dispose celui-ci pour exercer son activité

- De permettre au personnel d'exercer sa tâche dans le respect de la déontologie et de l'éthique des soins, des droits des personnes accueillies et des bonnes pratiques.

Il réaffirme les soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation en tant que réponses spécifiques de nature technique, relationnelle et éducative apportées aux besoins des patients et des résidents.

La politique de soins doit permettre à chacun de :

- Se référer à un système de valeurs communes, qui guident au quotidien les actes de chaque soignant
- Partager une vision de l'avenir qui donne du sens au quotidien
- Définir et formaliser des axes prioritaires et des objectifs de travail, qui prennent en compte les nouvelles orientations médicales de l'établissement.

✓ Les valeurs fondamentales

Les valeurs fondamentales retenues par l'établissement sont :

- **Le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain** : accueillir l'autre dans sa différence, le prendre en compte dans sa globalité et dans son environnement sont les éléments prépondérants qui caractérisent la pratique quotidienne des soignants ;
- **La compétence professionnelle** : développer les compétences qui garantissent la qualité des soins, savoir s'adapter aux évolutions, sont des exigences fortes de notre métier soignant ;
- **La responsabilité professionnelle** : l'infirmier est responsable des actes qu'il assure dans son rôle propre. La responsabilité du personnel paramédical et soignant est primordiale dans l'Etablissement où la présence médicale n'est pas constante.

L'établissement vise à assurer des soins et un accompagnement de qualité, adaptés et individualisés dans le respect du patient et du résident. A ce titre, la mise en œuvre de la politique de soins passe par un projet de soins, d'une part, et par le projet des usagers qui visent à promouvoir le respect des droits des usagers et la bientraitance et d'autre part, par le projet de vie de l'EHPAD pour le secteur médico-social.

1. INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN SOINS

Fonctionnement actuel en SMR/SSR

Avant l'entrée, le dossier de liaison reçu via TRAJECTOIRE est utilisé pour préparer la chambre et les dispositifs médicaux ou d'aides indispensables.

A l'entrée, les professionnels organisent l'individualisation des prises en soins :

- Réalisation de bilans initiaux dans différents domaines à l'aide d'outils intégrés au dossier patient (habitudes de vie, autonomie et dépendance (PMSI), douleur, nutrition, risque d'escarres, conciliation médicamenteuse...)
- Définition d'un projet de soins pour chaque patient en concertation pluridisciplinaire. Le projet est exposé au patient oralement par l'IDE pour recueillir son consentement, qui est tracé dans le dossier
- Déclinaison d'un plan de soins associé au projet de soins

Au cours du séjour, le plan de soins est réajusté en fonction des besoins du patient, évalué quotidiennement via la grille de dépendance (PMSI). Les transmissions pluridisciplinaires réalisées chaque semaine permettent de faire le point sur le projet de soins, son réajustement est tracé dans le dossier.

La présence de professionnels spécialisés sur place permet d'assurer une prise en soins multidisciplinaire adaptée aux populations spécifiques (assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologues, diététicienne,...).

L'établissement vient de changer de logiciel dossier patient. Il s'agit d'un logiciel commun à tous les établissements du GHT.

Des difficultés peuvent être rencontrées pour l'accueil de certaines populations, par rapport aux locaux notamment (patients déambulant...).

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Temps d'échanges pluridisciplinaires ✓ Prise en soins individualisée tout au long du séjour ✓ Traçabilité du projet de soin initial et de sa réévaluation, du consentement du patient et/ou de ses proches en cas d'incapacité ✓ Intervention des professionnels transversaux en interne ✓ Travail en réseau (partenariats extérieurs) ✓ Niveau d'équipement et disponibilité des matériels permettant de s'adapter à chaque patient ✓ Objectifs du projet de soin diversifié et personnalisé (objectifs sociaux, psycho...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Manque d'exhaustivité des informations dans les dossiers de liaison en amont ✗ Multiplication des supports de planification et de suivi (DPI, planification murale, papiers) ✗ Locaux non adaptés à certaines populations ✗ Personnel unique sur certaines compétences

Fonctionnement actuel en EHPAD-UPAD

Avant l'entrée, un entretien de pré-admission est effectué. Il permet de recueillir des éléments pour préparer l'accueil du résident.

A l'entrée, les plans de soins sont formalisés par les IDE du service au regard des éléments existants et réajustés les jours suivants au regard des observations établies par l'équipe. La grille de dépendance (AGGIR) est réalisée entre 10 et 15 jours après l'admission.

Les projets d'accompagnements individualisés sont établis au plus tôt dans les trois premiers mois qui suivent l'arrivée sur la base d'éléments d'observations listées dans le dossier par les psychologues en lien avec les professionnels concernés. 80% des PAI des résidents sont formalisés en EHPAD et 92% en UPAD. La présentation au résident et/ou à ses proches est réalisée dans la majorité des cas. La réalisation des PAI repose principalement sur les psychologues (pilotes PAI) et reste une charge de travail importante.

Des référents soignants sont désignés. Chaque référent est responsable de 3 à 4 résidents. La fonction des référents reste limitée même si elle est définie dans une fiche de mission.

Au cours du séjour, les transmissions orales permettent de réajuster les modalités d'accompagnement mais les plans de soins ne sont pas systématiquement remis à jour au regard des éléments apportés. Les projets d'accompagnement individualisés et plans de soins sont peu ou pas consultés/utilisés par les professionnels.

Les grilles AGGIR sont remises à jour au minimum tous les ans dans chaque service.

Il est prévu de changer de logiciel dossier patient et de déployer la traçabilité au lit du résident.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Commission d'admission hebdomadaire pluridisciplinaire ✓ Visite de pré-admission permettant de préparer l'entrée des résidents de manière individualisée ✓ Outils de formalisation des PAI simples et accessibles ✓ Intervention des professionnels transversaux pour des accompagnements individualisés en interne et en externe (pédicure-podologue, orthophoniste,...) ✓ Travail en réseau (partenariats extérieurs) 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Manque d'exhaustivité des informations dans les dossiers de liaison avant l'entrée et en retour d'hospitalisation ✗ Plans de soins informatisés non systématiquement actualisés, peu utilisés au quotidien ✗ Multiplication des supports de planification et de suivi (DPI, papiers) ✗ Grandeur des services, de l'établissement et ratio de personnel ✗ Culture de personnalisation de l'accompagnement peu développée ✗ Manque d'appropriation du rôle du référent

Contexte-Enjeux

- Réduction des dépenses et donc stabilisation du nombre de postes autorisés sur l'établissement
- Evolution des exigences dans le cadre de l'évaluation des établissements médico-sociaux.

2. QUALITE DES PRATIQUES SOIGNANTES ET MEDICO-TECHNIQUES

Fonctionnement actuel

La Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) se réunit 3 fois par an afin de définir les plans d'actions relatifs à la prise en soins des patients et des résidents et travailler sur les pratiques et organisations de travail.

Dans le cadre d'Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), des groupes de travail pluridisciplinaires et multi-secteurs se réunissent régulièrement sur les principales thématiques de soins (douleur, escarres, chutes, soins palliatifs, dénutrition...). Des évaluations des pratiques sont réalisées selon différentes modalités environ tous les 2 ans. Les procédures et protocoles de pratiques professionnelles sont formalisés en groupes de travail et validés en instances (CME et CSIRMT).

En EHPAD, des réunions d'échanges pluridisciplinaires permettent de mener une réflexion sur des situations particulières et des pratiques.

L'établissement assure des coopérations avec plusieurs structures permettant ainsi d'organiser le travail en réseau sur certains thèmes : équipe mobile de soins palliatifs, CMP, réseau de télémédecine sur la Normandie.

L'établissement participe à des échanges inter-établissement : CLAN inter-établissement, CSIRMT du GHT...

Forces	Faiblesses
✓ Groupes de travail sur les principales thématiques de prise en soins	✗ Absence de formation initiale et manque d'expérience des nouveaux professionnels arrivants (ASHQ)
✓ Formations soutenues des professionnels sur différentes thématiques dont formations diplômantes (DU)	✗ Hétérogénéité des pratiques ✗ Hétérogénéité des organisations (entre et au sein des services)
✓ Pratiques formalisées (protocoles, procédures)	✗ Manque d'appropriation des protocoles et procédures
✓ Évaluations régulières des pratiques et suivi d'indicateurs associés dans des domaines prioritaires	✗ Manque d'exhaustivité des informations (traçabilité) ✗ Disponibilité du personnel médical
✓ Gestion des compétences rares	✗ Absence de formalisation de l'organisation des transmissions élargies
✓ Détachement des professionnels référents	✗ Peu de contact avec les autres structures du GHT
✓ Accueil régulier de stagiaires et d'étudiants	

Contexte-Enjeux

Les recommandations de pratiques professionnelles sont en constantes évolutions et nécessitent une veille permanente.

La qualité des pratiques soignantes et médico-techniques dépendra de la capacité de l'établissement à développer et maintenir le niveau de compétences de ses professionnels, ainsi qu'à fidéliser le personnel.

3. CONTINUITÉ ET COORDINATION DE LA PRISE EN SOINS

La continuité et la coordination de la prise en soins s'intègre dans le parcours du patient/résident. Elles doivent permettre d'adapter l'accompagnement du patient et du résident en fonction de ses besoins et de pouvoir assurer la prise en soins en aval.

Fonctionnement actuel

A l'entrée :

La continuité de la prise en soins est assurée par :

- En amont de l'arrivée : la disponibilité des dossiers de pré-admission et du dossier issu de l'outil TRAJECTOIRE du patient/résident
- A l'arrivée du patient/résident : la présence des comptes rendus médicaux dès l'entrée et d'un dossier de liaison infirmier (en cas de prise en soins par une structure externe avant l'arrivée).

En EHPAD, une visite de pré-admission (psychologue et assistante sociale) permettant un recueil d'informations direct auprès des proches et/ou des aidants et du résident le cas échéant. Ces informations sont notées dans le dossier informatisé et permettent à l'équipe de préparer en amont l'arrivée du futur résident.

L'assistante sociale prend contact, le cas échéant, avec les structures d'aide à domicile (SSIAD, UNA, ADMR...) ou les services sociaux pour obtenir des informations sur l'accompagnement social avant l'entrée dans le service ou l'hospitalisation (contexte de vie, aides sociales en place...).

Des check-list sont utilisées à l'entrée de chaque patient ou résident en SMR/SSR et en EHPAD afin de recueillir l'ensemble des données administratives, médicales ou soignantes nécessaires à la continuité des soins.

Les documents d'entrée sont conservés dans le dossier du patient de manière informatisée et papier. L'exploitation de ces documents passe par une synthèse réalisée par les IDE du service.

Au cours du séjour :

La coordination de la prise en soins en interne est assurée par :

- La traçabilité des actes réalisés au cours du séjour par les différents intervenants dans le dossier informatisé
- Des transmissions orales réalisées plusieurs fois par jour au sein de l'équipe paramédicale
- Des transmissions orales « élargies » (une fois par semaine en SMR/SSR, ponctuellement en EHPAD)

Plusieurs supports de traçabilité sont utilisés selon les services.

En SMR/SSR : une planification murale permet de planifier la réalisation d'actes spécifiques (actes infirmiers, de nursing, régime, contention...).

Chaque agent possède une feuille de soins sur laquelle il note les principales informations issues des transmissions.

Les professionnels notent sur une feuille de traçabilité au cours des soins les différents éléments de prise en soins qui seront reportés sur le dossier informatisé.

En EHPAD : un cahier de liaison établi pour chaque médecin permet de relever les problèmes à voir pour chaque résident. Ce cahier vient en complément de la traçabilité dans le dossier patient.

Une synthèse des transmissions orales est réalisée par secteur pour l'ensemble de l'équipe sur un document spécifique. Ce document assure le relais d'information entre les équipes.

Dans certains services, un tableau de synthèse permet de tracer des informations importantes pour la continuité des soins. Il sert notamment pour les agents qui n'ont pas été en poste depuis un certain temps dans le service.

L'agenda du service est imprimé pour la semaine depuis le logiciel dossier patient. Certains documents sont également imprimés pour assurer des transmissions à différents professionnels.

En UPAD : une planification murale est en place. Elle permet d'organiser les soins de nursing et les animations.

Les interventions de professionnels extérieurs (CMP, pédicure, orthophoniste, bénévoles soins palliatifs...) sont organisées à l'aide de certains documents d'échanges (demande de prise en soins ou de visites par exemple). Les transmissions sont réalisées de manière hétérogènes par les intervenants (orales, écrites...).

A la sortie ou en cas de prise en soins externe :

La continuité de la prise en soins est organisée autour :

- De la prise de rendez-vous et la programmation des examens dans l'agenda selon un protocole établi
- De la transmission sous pli d'un dossier de liaison aux correspondants externes
- De l'envoi de la lettre de liaison à la sortie (SMR/SSR) au médecin traitant

Le retour à domicile de patients ou résidents peut également être préparé par une visite à domicile en équipe pluridisciplinaire selon les besoins (ergothérapeute, kinésithérapeutes, psychologues, assistante sociale) et la mise en place des aides à domicile.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le recueil d'informations avant l'entrée est organisé (Outil TRAJECTOIRE, visites de pré-admission...) ✓ Dossier patient informatisé permettant de faciliter les transmissions et la création de documents de liaison ✓ Temps dédié aux transmissions et communication entre professionnels organisée ✓ Préparation à la sortie en interdisciplinarité ✓ L'établissement fait partie d'un GHT avec un projet médico-soignant commun (en cours d'actualisation) et un logiciel dossier patient/résident commun ✓ Travaux en réseau avec le DAC pour l'entrée/sortie de patients-résidents ✓ Présence infirmière permanente (IDE de nuit) 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Dossier TRAJECTOIRE parfois incomplet ou mal renseigné ✗ Documents à l'entrée parfois incomplets (transmissions des structures d'aides à domicile, dossiers de liaison) ✗ Retour de consultation / hospitalisation sans CR, pas de consignes immédiates ✗ Tous les intervenants extérieurs ne tracent pas dans le dossier informatisé ✗ Absence de conventions avec certains professionnels externes intervenant ✗ Multiplication des supports (agenda papier, informatique, fiches de transmissions...) ✗ Validation des actes AS/ASHQ non systématique en EHPAD et UPAD ✗ Transmissions écrites AS/ASHQ non systématique et pas de transmissions ciblées

4. COMPETENCES

Fonctionnement actuel

En SMR/SSR et en EHPAD

L'établissement est doté de compétences pluridisciplinaires.

Les entretiens professionnels sont organisés annuellement et permettent d'évaluer les compétences et de fixer des objectifs. L'entretien de formation permet de compléter le bilan réalisé au cours de l'entretien professionnel et d'établir la liste des souhaits de formations de chaque agent.

Le détachement des professionnels spécialisés est organisé pour la douleur, soins palliatifs, PMSI, soins de support et identitovigilance.

Les personnels suivent régulièrement des formations dispensées par des organismes externes ou en internes (douleur, chutes, manutention, hygiène...). Les évolutions de carrière sont favorisées. Des formations sont organisées en lien avec les recommandations de la HAS.

Des groupes de travail existent au sein de l'établissement et permettent d'évaluer et d'améliorer les pratiques professionnelles sur différentes thématiques clefs.

Des besoins existent en ce qui concerne les formations spécialisées, notamment sur la prise en soins du handicap ou la géroto-psychiatrie. Certaines compétences manquent (ASG, AES...).

Les AS/ASHQ sont encadrés par les IDE du service (transmissions de connaissances, de techniques, organisation des accompagnements).

Forces	Faiblesses
✓ Diversité des formations	✗ Absence de formation initiale et manque d'expérience des nouveaux professionnels arrivants (ASHQ)
✓ Déploiement de formations en interne (compétences en interne)	✗ Manque de connaissances en gérontopsychiatrie
✓ Formations diplômantes	✗ Glissement de tâches IDE (tâches administratives et coordination médicale)
✓ Compétences transversales diversifiées (kiné, ergo, psycho, assistante sociale, diététicien)	✗ Glissement de tâches AS/ ASHQ du fait des difficultés de recrutement (ASHQ sur des postes AS)
✓ Partage de compétences et collaboration pluri-professionnelle-Travail pluridisciplinaire	

Contexte et enjeux

Difficulté de recrutement et d'employabilité.

LES ORIENTATIONS MEDICALES POUR LES 5 PROCHAINES ANNEES

Les axes prioritaires retenus sont autant de défis majeurs que la Direction et le Personnel de l'établissement auront à relever pour permettre la réalisation des orientations stratégiques.

1. LES AXES PRIORITAIRES

	ORIENTATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
ORIENTATION 1	OPTIMISER LA PRISE EN SOINS EN SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SSR / SMR)	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Développer les coopérations du SSR / SMR avec les partenaires du territoire et structures spécialisées ☞ Promouvoir le rôle du patient comme acteur de son accompagnement en consolidant l'éducation thérapeutique en SSR / SMR
ORIENTATION 2	VALORISER LES SEJOURS EN SSR / SMR ET EN EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Optimiser la pertinence et la valorisation des séjours
ORIENTATION 3	DEVELOPPER LA FILIERE GERIATRIQUE AUTOUR D'UN PARCOURS COORDONNE PLURIDISCIPLINAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Renforcer les coopérations pour fluidifier les parcours (amont/aval) ☞ Renforcer la prise en soins des troubles du comportement et psychiatriques
ORIENTATION 4	RENFORCER LE ROLE DE L'HOPITAL COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Consolider les partenariats avec les professionnels libéraux du territoire ☞ Déployer la télémedecine et les consultations avancées
ORIENTATION 5	OPTIMISER LA QUALITE DES ACCOMPAGNEMENTS SUR DES THEMES SPECIFIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Consolider la prise en soins palliative en EHPAD et SSR / SMR ☞ Consolider les évaluations et la prise en charge de la douleur en EHPAD notamment par le déploiement des approches non médicamenteuses

	ORIENTATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
ORIENTATION 6	AMELIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET LA CONTINUITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Optimiser les organisations de travail en EHPAD pour renforcer la qualité des accompagnements ☞ Optimiser la traçabilité des actes et transmissions internes / externes ☞ Renforcer le rôle des référents résidents
ORIENTATION 7	AMELIORER LA QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ACCOMPAGNEMENTS ET PRISES EN SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Favoriser l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et l'harmonisation des pratiques professionnelles

2. LES PLANS D' ACTIONS

Chaque objectif se décline en « fiches actions ». Ces fiches actions détaillent les actions concrètes qui seront mises en œuvre et comprennent :

- ☛ Les actions à mener
- ☛ Les acteurs de l'action
- ☛ Les modalités de suivi avec des indicateurs
- ☛ Les moyens nécessaires
- ☛ L'échéancier

AXE 1 : OPTIMISER LA PRISE EN SOINS EN SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SSR / SMR)

OBJECTIF N°1.1: DEVELOPPER LES COOPERATIONS DU SSR / SMR AVEC LES PARTENAIRES DU TERRITOIRE ET STRUCTURES SPECIALISEES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Formaliser un partenariat avec un SSR/SMR disposant d'une autorisation d'activité à temps partiel	X				
Formaliser des partenariats avec des SSR/SMR spécialisés dont ceux du GHT	X				
Formaliser de partenariats avec des centres de rééducation et aux professionnels de santé (orthophonie, psychomotricien, activité physique adaptée)	X				
Participer au déploiement du projet médico-soignant du GHT			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Partenaires GHT et aux professionnels Personnels de rééducation et de réadaptation	Nombre d'interventions des différents professionnels	Conventions
COMMENTAIRES		

AXE 1 : OPTIMISER LA PRISE EN SOINS EN SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SSR / SMR)

OBJECTIF N°1.2 : PROMOUVOIR LE RÔLE DU PATIENT COMME ACTEUR DE SON ACCOMPAGNEMENT EN CONSOLIDANT L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN SSR / SMR

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Déployer les partenariats pour l'éducation thérapeutique avec d'autres structures et réseaux		X			
Poursuivre le travail d'élaboration des protocoles et de déploiement des outils d'éducation thérapeutique pour les patients de SSR/SMR en fonction des besoins identifiés	X				
Mettre en place un programme d'ETP sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse à domicile		X			
Poursuivre le travail de systématisation du diagnostic éducatif pour les patients porteurs d'une pathologie chronique stabilisée, non spécifiquement gériatriques, notamment diabète ID et NID, maladies cardio vasculaires (HTA et coronopathies), asthme et BPCO	X				
Assurer la traçabilité de l'éducation thérapeutique dans le nouveau dossier patient (lié à la nouveauté de l'outil)	X	X	X	X	X
Formaliser le plan pluriannuel de formation à l'éducation thérapeutique	X				
Déployer les enquêtes PREMS/PROMS permettant d'évaluer les bénéfices de sa prise en soins pour le patient		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Référent ETP Professionnels de santé Service Qualité Groupe éducation thérapeutique	Indicateurs ETP Résultats des enquêtes PREMS /PROMS	Conventions Protocoles Formations Enquêtes

COMMENTAIRES

AXE 2 : VALORISER LES SÉJOURS EN SSR / SMR ET EN EHPAD

OBJECTIF N°2.1 : OPTIMISER LA PERTINENCE ET LA VALORISATION DES SÉJOURS

ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Evaluer régulièrement la pertinence des admissions et des hospitalisations en SSR/SMR	X	X	X	X	X
Renforcer la traçabilité des données médicales dans le dossier des patients de SSR/SMR	X	X	X	X	X
Vérifier à périodicité définie la mise à jour des GIR en EHPAD	X	X	X	X	X
Mettre en place et évaluer l'utilisation des transmissions ciblées	X				

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Professionnels de santé Cadres SMR et EHPAD	Taux de pertinence des admissions et taux de pertinence des hospitalisations Taux de service en transmissions ciblées en EHPAD	Enquêtes Formations DPI
COMMENTAIRES		

AXE 3 : DEVELOPPER LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE AUTOUR D'UN PARCOURS COORDONNÉ PLURIDISCIPLINAIRE

OBJECTIF N°3.1: RENFORCER LES COOPÉRATIONS POUR FLUIDIFIER LES PARCOURS (AMONT/AVAL)

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Formaliser les partenariats avec les SSIAD (Mortagne au Perche et le Theil sur Huisne)	X				
Formaliser le partenariat avec une équipe mobile de gériatrie et organiser leurs interventions +/-possibilité d'avis médical (médecin gériatre)	X				
Formaliser le partenariat avec l'HAD et améliorer l'organisation de leurs interventions	X				
Mener une réflexion sur la flexibilité des admissions en EHPAD avec l'HTSH (Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation)	X				

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Différents partenaires (SSIAD, HAD, ...)	Nombre d'interventions Nombre d'admissions en HTSH	Conventions
COMMENTAIRES		

AXE 3 : DEVELOPPER LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE AUTOUR D'UN PARCOURS COORDONNÉ PLURIDISCIPLINAIRE

OBJECTIF N°3.2: RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET PSYCHIATRIQUES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Maintenir les formations sur les troubles du comportement	X	X	X	X	X
Développer les formations sur les troubles psychiatriques		X	X	X	X
Formaliser un partenariat avec une UCC et/ou une unité de prise en charge géronto-psychiatrique				X	
Définir les critères d'adressage en consultation mémoire		X			
Renforcer les évaluations cognitivo-comportementales et psychiatriques des résidents	X	X	X	X	X
Formaliser la mise en place d'une immersion journalière en UPAD (type accueil de jour) y compris pour les personnes externes			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Médecins Responsable RH Cadres de santé Direction Psychologues	Nombre de professionnels formés Nombre de consultations mémoires Nombre de résidents ayant bénéficié d'une immersion journalière en UPAD	Formations Conventions Temps de psychologues
COMMENTAIRES		

AXE 4 : RENFORCER LE RÔLE DE L'HOPITAL COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°4.1: CONSOLIDER LES PARTENARIATS AVEC LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX DU TERRITOIRE

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Pérenniser et renforcer l'offre médicale	X	X	X	X	X
Mettre en place un planning de présence des médecins	X	X	X	X	X
Formaliser les conventions avec les intervenants externes (pédicure, orthophoniste)	X				
Consolider les interventions des pédicures-podologues (réunions annuelles, traçabilité des interventions...)	X				
Consolider les interventions des orthophonistes (réunions annuelles, traçabilité des interventions...)	X				
Organiser des réunions annuelles avec les IDE libéraux pour la coordination à la sortie des patients de SSR/SMR		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Médecins Cadres de santé IDE	Nombre de réunions annuelles organisées avec les libéraux	Réunions
COMMENTAIRES		

AXE 4 : RENFORCER LE RÔLE DE L'HOPITAL COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°4.2: DÉPLOYER LA TÉLÉMEDECINE ET LES CONSULTATIONS AVANCÉES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Déployer les téléconsultations dès que les médecins auront été désignés (selon secteur d'activités nous concernant), en lien avec le projet médico-soignant du GHT		X			
Renouveler les formations des personnels à la télémédecine et aux outils disponibles (sac à dos)		X			
Evaluer l'activité de télémédecine			X		
Identifier les spécialités pour les consultations avancées		X			
Mobiliser les spécialistes du territoire en lien avec le GHT			X		
Mettre en place le matériel et les infrastructures nécessaires à l'activité de consultations avancées			X		
Identifier le personnel dédié et former le personnel pour les consultations avancées				X	

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Médecins IDE GHT	Nombre de téléconsultations organisées Nombre de professionnels formés aux outils de télémédecine	Formations
COMMENTAIRES		

AXE 5 : OPTIMISER LA QUALITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS SUR DES THÈMES SPÉCIFIQUES

OBJECTIF N°5.1 : CONSOLIDER LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE EN EHPAD ET SSR /SMR

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Définir les modalités d'interventions des référents soins palliatifs de l'établissement (temps dédié, organisation des journées de détachement...)	X				
Renforcer les coopérations avec l'équipe mobile de soins palliatifs (indicateurs, réunion annuelle, formations)		X			
En EHPAD, promouvoir la mise en soins palliatifs plus tôt dans la prise en soins (EHPAD) : utiliser une grille de passage en soins palliatifs	X				
Systématiser les staffs dédiés en soins palliatifs en SSR/SMR (après les réunions du mardi)	X				
En EHPAD, mettre en place un point systématique lors des journées détachées des IDE soins palliatifs sur les situations dans chaque service (1 fois par mois) avec un médecin		X			
Systématiser les prescriptions anticipées pour les patients en soins palliatifs et la douleur	X				
Acheter un second fauteuil pour les accompagnants soins palliatifs	X				
Renforcer le nombre de pousses seringues électriques sur l'établissement (1 à 2 en plus)	X				
Assurer un meilleur suivi de l'activité de soins palliatifs (recensement des patients/résidents et des interventions de l'EMSP)		X			
ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS		MOYENS NECESSAIRES		
Réfèrent soins palliatifs	Nombre d'interventions EMSP		Mise à jour fiche missions +/- fiches de tâches		
EMSP	Nombre de journées de détachement des IDE		pour les journées de détachement		
Médecins	référente		Achats de matériels		
Pharmacien	Nombre de staffs de soins palliatifs en SMR et en		Staff/ réunions soins palliatifs		
Cadres de santé	EHPAD				
COMMENTAIRES					

AXE 5 : OPTIMISER LA QUALITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS SUR DES THÈMES SPÉCIFIQUES

OBJECTIF N°5.2 : CONSOLIDER LES EVALUATIONS ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN EHPAD, NOTAMMENT PAR LE DEPLOIEMENT DES APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Maintenir les temps dédiés des IDE référentes douleur	X	X	X	X	X
Poursuivre les formations des AS et IDE sur la douleur	X	X	X	X	X
Définir les critères devant conduire à une évaluation de la douleur en EHPAD	X				
Réaliser des formations pour les IDE référentes douleur sur l'utilisation des TENS	X				
Déployer l'aromathérapie (formation, référent, diffuseur huiles essentielles)			X		
Déployer la musicothérapie (formation, matériels)			X		
ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS		MOYENS NECESSAIRES		
IDE référentes douleur Cadres de santé Professionnels	Nombre de professionnels formés à l'évaluation et la PEC de la douleur, Nombre de sessions d'aromathérapie et musicothérapie Nombre de professionnels formés à l'aromathérapie et la musicothérapie		Formations Achat de matériels		
COMMENTAIRES					

AXE 6 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET LA CONTINUITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

OBJECTIF N°6.1: OPTIMISER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL EN EHPAD POUR RENFORCER LA QUALITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Définir les modalités de sectorisation et de répartition des personnels	X				
Travailler sur les plannings pour équilibrer les binômes AS/ASHQ sur l'EHPAD	X				
Tester la mise en œuvre de la sectorisation	X				
Evaluer l'impact de la sectorisation sur la qualité des accompagnements et la QVCT		X			
Généraliser la sectorisation le cas échéant		X			
Repositionner les IDE comme coordonnatrice de l'équipe de soins en l'absence du cadre (Formation, fiche support d'activité ...)	X				
Etudier la possibilité de positionner des IDE EHPAD, sur des tâches administratives (horaire dédié + fiche de tâches)		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Cadres de santé Professionnels des services CSE et formation spécialisée (F3SCT)	Nombre de services sectorisés	Temps agents
COMMENTAIRES		

AXE 6 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET LA CONTINUITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

OBJECTIF N°6.2: OPTIMISER LA TRACABILITÉ DES ACTES ET TRANSMISSIONS INTERNES/ EXTERNES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Améliorer les échanges inter-établissements en lien avec le déploiement du DPI partagé (accès aux données des séjours précédents)	X				
Organiser la traçabilité des actes des intervenants extérieurs dans le DPI (Pédicure podologue, orthophoniste, Tutelles)		X			
Redéfinir les modalités de transmissions élargies et faire les liens avec les PAI		X			
Mettre en place les transmissions ciblées en EHPAD	X				
Systematiser la traçabilité des actes par les AS/ASHQ dans le DPI	X				
Tendre vers la traçabilité en temps utile dans le DPI		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Cadres de santé Informaticien Professionnels Intervenants extérieurs	Taux de services avec transmissions ciblées Nombre de réunions de transmissions élargies Taux de traçabilité des actes AS/ASHQ	DPI Matériels informatiques Temps agents Formations DPI
COMMENTAIRES		

AXE 6 : AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET LA CONTINUITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

OBJECTIF N°6.3 : RENFORCER LE RÔLE DES RÉFÉRENTS RÉSIDENTS

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Mener une réflexion sur les modalités d'implication du référent soignant à toutes les étapes de l'accompagnement du résident (de l'entrée à la sortie) (ex : grille AGGIR, PATHOS, PAI)	X				
Formaliser les responsabilités du référent soignant selon la nouvelle organisation à travers la rédaction d'une fiche de mission ou d'une check-list	X				
Déployer les moyens d'implication et sensibiliser les référents soignants		X			
Attribuer le rôle de mise à jour et le rôle de diffusion des plans de soins aux référents résidents		X			
Evaluer l'implication des référents soignants auprès de leurs résidents			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Cadres de santé Professionnels	Taux de référents soignants sensibilisés Taux de PAI formalisés et à jour	Fiche missions Sensibilisation

COMMENTAIRES

AXE 7 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ACCOMPAGNEMENTS ET LES PRISES EN SOINS

OBJECTIF N°7.1 : FAVORISER L'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES ET L'HARMONISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

ACTIONS ASSOCIÉES		2024	2025	2026	2027	2028
Créer des outils pratiques pour les tuteurs (check-list)		X				
Renforcer la formation et le tutorat des professionnels nouveaux arrivants			X	X	X	X
Uniformiser les documents de suivi/ d'accompagnements entre les services			X			
Poursuivre les réunions des groupes d'évaluation des pratiques professionnelles		X	X	X	X	X
Organiser la présentation des protocoles / procédures dans les services (réunions de services)		X				
Evaluer régulièrement la connaissance des professionnels sur les procédures / protocoles (quizz, évaluations, auto-questionnaires de pratiques)		X	X	X	X	X
Poursuivre les formations ciblées sur les RBPP		X	X	X	X	X
ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES				
Cadres de santé Service qualité Professionnels	Nombre de professionnels formés aux différentes thématiques Nombre de réunions de service avec présentation des protocoles/ procédures Nombre de réunions de groupes de travail EPP	Réunions de services Documents (check-list et docs de suivi) Quizz et évaluations des connaissances				
COMMENTAIRES						

CONCLUSION

L'Établissement Public de Santé de Bellême a vocation à assurer un rôle essentiel dans la prise en soins sanitaire et l'accompagnement médico-social de proximité, notamment de la personne âgée, en lien avec la médecine de ville et en partenariat avec les autres établissements du territoire de santé.

A travers ce projet médico-soignant, l'établissement entend conforter sa place en tant que maillon de la filière gériatrique au sein du territoire de Santé en poursuivant ses coopérations avec les partenaires du territoire et optimiser la prise en soins de ses patients et résidents dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'établissement entend ainsi répondre aux obligations définies dans le Schéma Régional de Santé et le projet médico-soignant du territoire en remplissant sa mission de service public hospitalier, avec l'accompagnement des autorités de financement, sans l'implication desquelles la mise en œuvre des actions ne pourra se concrétiser.