

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019 | 2023







Dr Nathalie SALOME Présidente de la CME

Voici bientôt 5 ans s'engageaient les premiers travaux d'élaboration du Projet d'établissement 2019-2023. Ce projet représente bien plus qu'une simple feuille de route; c'est une vision partagée de notre avenir et la mobilisation collective de toutes les forces vives qui font battre le cœur de notre institution.

Cette expérience a été riche à bien des égards. Elle nous a permis de rassembler nos compétences, nos expériences, et nos visions pour façonner un avenir où la qualité des soins et le bien-être de nos patients sont au centre des préoccupations. Nous pouvons être fiers de ce que nous avons accompli ensemble.

Ce fut une expérience de collaboration pluri-professionnelle inédite, intégrant la voix essentielle des usagers, des pairs-aidants, et des bénévoles. Cette démarche a apporté une diversité de perspectives qui a enrichi le projet et l'a ancré dans la réalité des besoins de notre territoire.

Depuis 2020, nous avons assisté et contribué à l'évolution concrète de cette vision à travers la mise en œuvre du Projet d'établissement 2019-2023. Plus de 300 contributions actives au sein des différents groupes de travail et équipes concernées ont fait de ce projet une réalité tangible. Cette méthode de travail participative, souhaitée par la gouver-

nance de l'établissement et adoptée avec enthousiasme par tous les acteurs, a permis de recueillir et d'agglomérer toutes les contributions et visions des professionnels et usagers.

Les riches échanges et les délibérations constructives au sein des groupes de travail nous ont permis de progresser collectivement, efficacement et de manière durable, vers les objectifs que nous nous étions fixés. Les avancées réalisées sont de grande qualité, témoignant de l'engagement de chacun d'entre vous.

Comme nous nous y étions engagés, dès le début du projet, ce support, élaboré à votre attention, vise à livrer le bilan final des actions conduites. C'est avant tout le fruit du travail et de la détermination de chacun. Nous tenons à remercier chaleureusement tous les acteurs qui ont consacré leur temps et leur attention à la mise en œuvre des actions.

Merci à chacun d'entre vous pour votre engagement, votre dévouement, et votre implication pour l'établissement et pour ses usagers.

Et désormais, embarquons tous ensemble pour façonner notre prochain projet d'établissement 2024-2028!

Bien à vous

Le mot du Directeur

et de la Présidente de la CME

Dans quel contexte s'est inscrit le Projet d'établissement 2019 – 2023 ?



Le PTSM

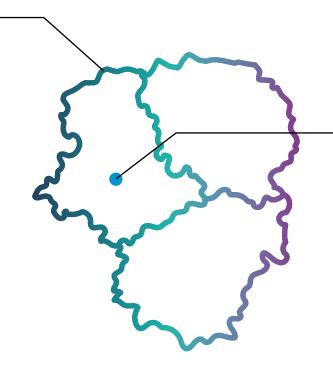
Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) Creuse – Corrèze – Haute-Vienne est un document de déclinaison de la politique de santé mentale à l'échelle de la région ex-Limousin.

Comme tous les PTSM de France, il a été élaboré et validé par les acteurs locaux sous le pilotage de l'ARS.

Son objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, grâce notamment à une **meilleure synergie des acteurs.**

Le PTSM Limousin est divisé en 8 orientations stratégiques (chapitres) et contient 19 actions.

Chaque établissement acteur de santé mentale doit, dans son propre Projet d'établissement, s'inscrire dans le respect et la continuité des orientations stratégiques du PTSM.



Le Projet d'établissement 2019 -2023 du CH Esquirol

Le Projet d'établissement est la **feuille de route du CH Esquirol** sur la période 2019 – 2023.

L'ensemble de son contenu respecte les orientations stratégiques du PTSM.

Les actions du Projet d'établissement constituent souvent l'application, à l'échelle du CH Esquirol, de préconisations du PTSM (par exemple la prévention sur le risque suicidaire, le renforcement des partenariats, la lisibilité de l'offre de soins, le travail sur les parcours...).

Le contenu du Projet d'établissement 2019 – 2023 : 100 actions

La colonne vertébrale du Projet d'établissement :

Projet de coordination médico-soignante, psychologique et de réhabilitation psychosociale



Groupes de travail mobilisés sur la mise en œuvre



Les 5 autres volets qui constituent le Projet d'établissement :

Projet social et managérial

Projet recherche

Projet Qualité Gestion des risques (GDR)

Projet des Usagers

Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)







3 actions



Mobilisation
au quotidien de la
FURIE (Fédération
Universitaire
de Recherche
Innovation
Enseignement)



14 actions



Mobilisation au quotidien du département Qualité – GDR et de tous les professionnels



6 actions



Groupe de travail qui mêle professionnels et usagers



14 actions



Mobilisation au quotidien du service informatique

Les acteurs de la mise en œuvre du Projet d'établissement 2019 – 2023

Au total, ce sont **plus de 300 contributeurs** qui, depuis 2020, se mobilisent pour mettre en œuvre les actions du Projet d'établissement: pilotes et co-pilotes des groupes de travail participatifs, membres inscrits (de tous corps professionnels et de tous Pôles / Directions) et les équipes (Qualité, Furie, Informatique).

Il est également à souligner l'implication de pair-aidants et de bénévoles associatifs dans cette mise en œuvre!

Instance décisionnaire COPIL Comité de Pilotage

Direction en charge de la mise en œuvre

Direction des affaires générales et de la coopération

Coordination des travaux
Interface avec la Direction et le COPIL

Attachée d'administration à la Direction des affaires générales et de la coopération

Mise en œuvre opérationnelle

Groupes de travail participatifs

Projet de coordination médicosoignante, psychologique et de RPS – Projet Social et Managérial Equipe Qualité - GDR

Projet Qualité GDR Equipe Informatique

Schéma Directeui du Système d'Information Pôle des Usagers et bénévoles

> Projet des Usagers

Les membres du COPIL sont :

la Présidente du Conseil de Surveillance, la Présidente de la CME, le Directeur, les Chefs de pôle, l'équipe de Direction et les représentants des organisations syndicales.

Il se réunit 3 fois par an.



Les données d'avancement

Le présent support vise à vous présenter des données claires et lisibles sur l'état de réalisation des différentes actions du Projet d'établissement 2019 – 2023 au terme de ce projet.

Les données vous sont présentées volet par volet dans l'ordre suivant:

Projet de coordination médicosoignante, psychologique et de réhabilitation psychosociale

Projet Social et Managérial

Projet Recherche

Projet Qualité – Gestion des risques (QGDR)

Projet des Usagers

Schéma Directeur du Système d'Information

Légende:

Pour chaque action, un pictogramme vous renseignera sur le niveau de réalisation.



Terminée

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.



Suivi en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.



En cours

Signifie que l'action est en cours de travail et de mise en œuvre.



Non débutée

Signifie que le cycle de travail de cette action n'a pas débuté.



Exemples concrets d'avancées réalisées pour illustrer la mise en œuvre des actions

NB : les exemples présentés n'illustrent qu'une partie du travail accompli. Ce support est synthétique et ne détaille pas l'intégralité des tâches mises en place.

Bilan global du Projet d'établissement 2019 – 2023

Tous volets confondus en chiffres et en synthèse

Au total, sur les 100 actions, tous volets confondus

35 or actions

Terminées

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

35 %

44 (a) actions

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

44 %

Soit un pourcentage global du niveau de réalisation des actions

94%

94 actions terminées ou suivies ou en cours de mise en œuvre sur 100 actions au total

15 actions

En cours

Signifie que l'action est en cours de travail et de mise en œuvre.

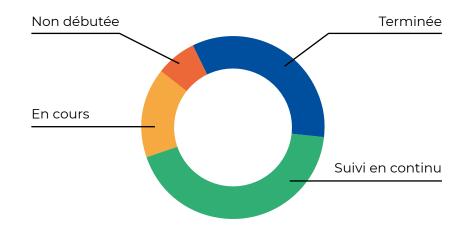
15 %

6 actions

Non débutées

Signifie que le cycle de travail de cette action n'a pas débuté.

6 %





François-Jérôme AUBERT *Pilote*



Dr Nathalie SALOME Pilote



Caroline TANTY



Nombre de membres

Groupe 1 – Stratégie

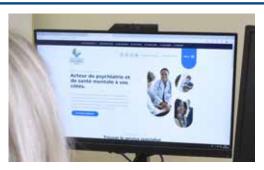
Bilan de mise en œuvre des actions



1.1 Préciser la **gradation** et l'**articulation** de **l'offre de soins**. Améliorer sa **lisibilité** et **visibilité**







- Guide de l'offre de soins, disponible en 1 clic sur l'intranet et internet
- Création du nouveau site internet



1.14 Garantir une **égalité d'accès aux soins somatiques** pour tous les patients hospitalisés



Réalisation d'un **audit en interne** au CH Esquirol pour évaluer le besoin et les différences de fonctionnement entre les Pôles



1.9 Faciliter l'accès aux soins de proximité



Mise en œuvre de **consultations addictologie dans la plupart des CPSM**



François-Jérôme AUBERT *Pilote*



Dr Nathalie SALOME



Caroline TANTY



Nombre de membres

Groupe 1 – Stratégie

Bilan de mise en œuvre des actions



1.10 Renforcer l'offre de soins de proximité







- Création de l'e-DIP Équipe de Détection et d'Intervention Précoce (FIOP 2019)
- Création de l'EMEAS (MNPEA 2019) (Action 1.2 du groupe 4)
- Développement de la télémédecine (Action 1.3 du groupe 8)
- Ouverture de la permanence délocalisée de la MDA à Bellac (2 octobre 2023)
- Projet de création d'une équipe d'appui territorial en ETP projet déposé en septembre 2023 (FIOP)



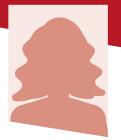
3.1 Formaliser et sécuriser les **partenariats**



3.2 Promouvoir une **politique de partenariat** tout au long du parcours de soins



Mise en place par la Direction des affaires générales d'un recensement exhaustif et d'un suivi centralisé des conventions







Elodie PERICAUD
Copilote



Géraldine BARRUCHE Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 2 – Prévention

Bilan de mise en œuvre des actions



2.6 Repérage, évaluation et prise en charge du **risque suicidaire**



- 2 sessions supplémentaires de formations sur l'année 2021 (dans le cadre de la mise en œuvre du PE)
- Création de support de sensibilisation et d'information pour que les équipes disposent d'un outil à partager
- Mise en place de référents sur toutes les UM (sur le modèle des référents hygiène, pharmacie...)

- Lancement d'une campagne de sensibilisation (Instances, Notes, Flache...)
- Présentation des outils (supports) au sein de chaque unité
- Constitution d'une bibliographie (littérature, conférence vidéo...) accessible aux professionnels en cours
- Mise à jour de la procédure
- Intégration le UDR (urgence-dangerrisque) dans Cariatides
- Communication sur l'importance de la traçabilité dans le DPI
- Promotion de l'application **StopBlues**
- Communication sur le numéro national de prévention du suicide 3114
- Lancement fin 2022 du dispositif VigilanS







Elodie PERICAUD Copilote



Géraldine BARRUCHE Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 2 – Prévention

Bilan de mise en œuvre des actions







- Recensement personnels déjà formés dans le domaine des violences intra familiales
- Organisation d'une journée d'information / sensibilisation chaque 25 novembre

- Maintient d'une communication interne annuellement dans le sillon des journées nationales (25/11 et 8/3)
- Mise en place d'un dispositif de signalement des actes de violences, de harcèlement et d'agissement sexistes
- Définition de la stratégie de développement de la culture de prévention et de repérage des violences faites aux femmes
- Accompagner au mieux cette procédure auprès des professionnels (sensibilisation, formation, référents...)
- Poursuite des campagnes de sensibilisation (Instances, Notes, FlaCHE...)
- Inscription au plan la formation
 "Dépistage et PEC des violences faites aux femmes"



Dr Sophie BONNEFOND *Pilote*



Elodie PERICAUD Copilote



Géraldine BARRUCHE Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 2 – Prévention

Bilan de mise en œuvre des actions



2.7 Risques en santé mentale en lien avec les **réseaux sociaux**





- Support d'information à destination des patients indiquant les risques et les voies de recours possibles des victimes
- Accès donné aux recommandations nationales aux professionnels concernés, pour eux-mêmes ou leur entourage (enfants notamment)



2.9 Repérage du psycho traumatisme



- Organisation de "petits staffs" dans les UM (mise à jour des connaissances sur le repérage et l'accompagnement du psychotrauma). Rencontre avec les équipes (en priorité les CMP)
- Une unité médicale a été créée en 2020 et répond au besoin



Dr Sophie **BONNEFOND** Pilote



Elodie PERICAUD



Géraldine BARRUCHE Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 2 – Prévention

Bilan de mise en œuvre des actions

Copilote



2.8 Risques en santé mentale en lien avec la radicalisation



- Procédure d'aide au repérage clinique et à la conduite à tenir devant une situation de patient radicalisé ou en voie de radicalisation
- Participation du CH Esquirol à la cellule de prévention de la radicalisation (CPRAF) pilotée par la préfecture
- Identification de **professionnels référents** sur le CH Esquirol
- Participation au comité de pilotage du réseau RADIAN



2.1 Sensibiliser, informer et éduquer pour prévenir – Toutes filières confondues





- Programmes d'ETP en cours depuis 2019 dont :
 - Avec ma schizophrénie, je vis ma vie ; Avec ma dépression, je passe à l'action ; Etre acteur de sa vie avec une maladie psychique chronique; Vivre avec une lésion cérébrale acquise (hors AVC)...
- Nouveau site internet (Action 1.1 groupe 1)







Stéphanie BRIAND Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 3 – Parcours

Bilan de mise en œuvre des actions



4.1 Améliorer la coordination des soins



Poursuite des travaux engagés par le groupe 5 avec Action 1.16 «Améliorer la régulation, l'évaluation, la coordination des soins du patient adulte ».



3.3 Développer le partenariat avec les partenaires libéraux



- Consolidation des liens avec les partenaires libéraux via une formalisation mieux encadrée des conventions.
- Élaboration, mise à jour et suivi de conventions partenariales (SOS Médecins, Clinique Chénieux...).
- Travail sur la liaison entre les psychiatres libéraux (via l'association "Psychiatrie & Culture" > 80% des psychiatres libéraux adhérents) et les psychiatres du CH Esquirol : propositions de soirées/débats sur des thématiques partagées.



1.15 Sensibiliser les professionnels à la prévention et à la prise en charge des **comorbidités somatiques** (prise en charge globale)



Action relayée au groupe 1







Stéphanie BRIAND Coordonnateur



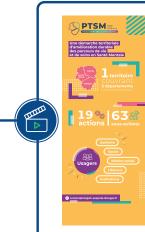
Nombre de membres

Groupe 3 – Parcours

Bilan de mise en œuvre des actions



4.3 Développement des **soins de réhabilitation psychosociale** en ambulatoire et en proximité du lieu de vie des personnes





- Présentation de l'action PTSM sur l'axe de la réhabilitation par la Coordinatrice du PTSM pour éviter les doublons sur la thématique
- Travail engagé sur la circulaire du 16/01/2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires (DGOS/R4/2019/10), pour vérifier l'adéquation avec les pratiques de terrain du CH Esquirol.
- Évolution des soins de réhabilitation psychosociale pour une meilleure inclusion des personnes avec un trouble du neurodéveloppement (tnd) – projet déposé en septembre 2023 (FIOP)



4.4 Promotion et communication sur la **réhabilitation psychosociale**



- Colloque annuel du C2RL
- Inauguration du **nouveau bâtiment du C2RL**
- Nouvelle plaquette du C2RL
- Article et reportage dans la presse, journal interne, réseaux sociaux, sur le C2RL
- Programme de réhabilitation psychosociale RPS pour les patients du SSR Pissarro (Action 4.5 groupe 7)







Stéphanie BRIAND Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 3 – Parcours

Bilan de mise en œuvre des actions



1.8 Développer l'accès aux **approches non médicamenteuses** pour tous les patients



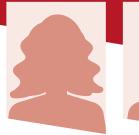




- Création d'espaces d'apaisement pour les patients des unités de soins sans consentement.
- Création du PAT et développement des : relaxation psychothérapeutique, hypnose, thérapies brèves, thérapies Interpersonnelles (TIP et TIPARS), Thérapies Familiales, Médiation Pleine Conscience, Thérapies Cognitivo-Comportementales, etc. (Action 2.5 du groupe 8).
- Colloque de la Médiation animale.



4.2 Renforcer la structuration de certains parcours identifiés lors de l'autodiagnostic



Dr Coralie LAULIAC MONBUREAU *Pilote*



Sophie HAZARD Copilote



François ESCANDE Coordonnateur Relayé par Camille BERTRAND



Nombre de membres

Groupe 4 – Enfant - Adolescent -Périnatalité

Bilan de mise en œuvre des actions



1.12 Créer une **équipe mobile** de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent **interinstitutionnelle et régionale** (ex. Limousin)



Création de l'équipe **Equipe Mobile d'Evaluation et d'Accès aux Soins Enfants et Adolescents (EMEAS)**



1.13 Développer le suivi **post-hospitalisation au domicile** pour les patients de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent



Dépôt d'un dossier en octobre 2022 puis en octobre 2023 pour soutien financier à la **création d'une équipe de suivi enfants et adolescents en post-hospitalisation**



Dr Coralie LAULIAC MONBUREAU *Pilote*



Sophie HAZARD Copilote



François ESCANDE Coordonnateur Relayé par Camille BERTRAND



Nombre de membres

Groupe 4 – Enfant - Adolescent -Périnatalité

Bilan de mise en œuvre des actions



2.2 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière Enfant – Adolescent - Périnatalité



- Renforcement et pérennisation de l'équipe mobile de périnatalité à l'été 2022
- Janvier 2021, nouvelle équipe de liaison de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital Mère Enfant
- 2023 renforcement paramédical de cette équipe de liaison



1.2 **Optimiser l'accès aux soins** via les primo-évaluations



- Structuration de l'entrée pour une prise en charge sur le PUPEAP hors contexte d'urgence
- Élaboration d'un outil de recueil des différentes informations et de prise de rendez-vous



1.11 Création de 2 nouvelles **USIS** pour les enfants de 5 à 7 ans



Projet inadapté au contexte du Pôle actuellement







Marie-France BOISSEUIL Coordinatrice Relayée par Géraldine BARRUCHE



Nombre de membres

Groupe 5 – Adulte

Bilan de mise en œuvre des actions



1.4 **Coordination** Urgences psychiatriques, psychiatrie de liaison et Unité Morel dans la **gestion de la crise**



- Réalisation d'un état des lieux à partir d'un benchmark lors de rencontre avec le PDU, enquête auprès des professionnels des urgences psy à Limoges et en Creuse, entretiens avec les différents partenaires (généralistes, établissement médico sociaux, CMP)
- Préconisations émises selon cet état des lieux
- Mise en commun des travaux des GT3 et 5



1.16 Améliorer la **régulation – l'évaluation – la coordination des soins** du patient **adulte,** y compris en situation de crise



- Proposition de dispositifs nouveaux pour la gestion de la crise psychique et des soins psychiatriques non programmés
- Émission d'une nouvelle lettre de mission en mars 2023 à destination du groupe lui demandant de travailler sur un dispositif de régulation téléphonique consolidant le dispositif de coordination existant
- Nouvelle enquête du groupe auprès d'établissements possédant un accueil téléphonique avec recueil de données qualitatives
- Dépôt d'un dossier de création d'une cellule de réponse et d'orientation psychiatrique auprès de l'ARS (octobre 2023)







Marie-France BOISSEUIL Coordinatrice Relayée par Géraldine BARRUCHE



Nombre de membres

Groupe 5 – Adulte

Bilan de mise en œuvre des actions



2.11 Accompagnement des **étudiants** en situation de **souffrance psychique**



Le groupe de travail « Parcours santé étude » et les intervenants du SSU (Service de santé universitaire) conduisent cette action en continu



1.7 Unité de consultation ou de soin pour les **professionnels de santé**



Dans le cadre d'un Appel à Manifestation d'Intérêt porté par l'ARS NA, le CH Esquirol a déposé en juin 2020, un dossier de candidature (5 lits identifiés sur l'unité Pelletier + un plateau de consultation de crise et de suivi sur l'UCER Mondain)







Stéphane DESTRUHAUT Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 6 – Personne âgée

Bilan de mise en œuvre des actions



2.3 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière du sujet âgé



1.3 Développer les **téléconsultations** et **téléexpertises** en Psychiatrie de la **Personne Agée**



1.6 Centre Ressource Régional Nouvelle-Aquitaine en Psychiatrie de la Personne Agée

Phase 1 (questionnements identiques Ehpad/CPSM)

- Cartographie des structures existantes et leurs bassins de population
- Réalisation de l'état des lieux des possibilités de recours aux consultations de psychiatrie de la personne âgée et leurs formes (Cs méd, IDE, présentiel, visio) et sous quels délais ?

Phase 2

- Questionnaire pour recueil et définition des besoins en TLM (TLC et/ou TLE)
- Définition d'un cahier des charges techniques pour la réalisation des visioconf (taille écran, réseau, compatibilité des logiciels (en principe Paaco Globule))

Phase 3

- Définition des motifs de TLC et TLE
- Identification des ressources humaines des Ehpads et du CHE nécessaires et définition de leurs ETP (Méd, IDE, IPA, secrétaire, AS) et leurs missions.
- Conditions de la nécessité d'une primo consultation en présentiel

Phase 4

- Définition des modalités de recueil du consentement
- Identification du mode de facturation des actes de TLM
- Définition d'un cahier des charges du personnel soignant qui accompagne le patient.
- Analyse des retours des questionnaires
- Audition de Florent Lachal, référent TLM d'Esea



Dr Catherine CHEVALIER *Pilote*



Marie-France BOISSEUIL Coordonnateur Relayée par Caroline TANTY



Nombre de membres

Groupe 7 - Addictologie

Bilan de mise en œuvre des actions



1.5 **Parcours de soins** en Addictologie : accueil et évaluation



- Modélisation du parcours addictologie effectuée
- Enquête réalisée auprès des structures extérieures pour évaluer les besoins



2.4 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière Addictologie



Construction d'un **programme de formation RPIB** (Dr VIREVIALLE référente) validé par le groupe puis par le Chef de pôle et dont la mise en place va être finalisée avec le service formation



4.5 Développement des **soins de réhabilitation psychosociale** pour les patients présentant une addiction



- Construction du projet de PROGRAMME de REHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS) pour les patients du SSR Pissaro
- A présenter au cycle de validation institutionnelle



Dr Emilie VIOLLET Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN



Anne-Claire AUGERFAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions

Copilote

2020

- Étude de besoins des EMS pédiatriques du Limousin
- Déploiement en urgence lors de la lère vague COVID
- Étude de faisabilité
- Proposition de parcours de rééducation ambulatoire coordonné par TM

2021



- Reconnaissance SSR expert en e-santé
- Enquête auprès des patients et des professionnels du PBE
- Net renforcement des liens avec les professionnels des SSR de proximité
- Poursuite téléconsultation et téléréadaptation

2022

- Création d'un SSR pédiatrique multicentrique coordonné par TM (EMRped + SSR HDJ HME)
- Projet de staffs patients en visio avec les SSR périphériques
- Projets de recherche sur les nouvelles

technologies de réadaptation en lien avec HAVAE et 3IL: Réalité augmentée (TERAPACE), Communication alternative améliorée

Étude TéléMS

2023

- Enquête auprès des paramédicaux libéraux (kiné et orthophonistes) sur leur volonté de collaboration avec les équipes mobiles et les outils de communication de prédilection > Poster présenté au congrès de la SOFMER
- Colloque télémédecine à Guéret en Juin
- Formation des professionnels MAS FAM IEM à la télémédecine et polyhandicap

Conclusion: La télémédecine s'est installée dans 2 usages

- au **niveau médical** : pour le suivi des patients en institution (téléconsultations et téléexpertise)
- au niveau paramédical : pour la téléréadaptation et la gestion de parcours, en complément des interventions sur le terrain



1.3 Développer les téléconsultations et **téléexpertises** pour les **blessés de** l'encéphale



Dr Emilie VIOLLET Pilote Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN Copilote



Anne-Claire AUGEREAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions



2.5 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière des blessés de l'encéphale



Activité 2022

- 87 demandes d'information/ orientation de personnes cérébrolésées
- 30 rencontres en vue de la promotion du Pôle ressources
- 7 actions de sensibilisation

Actions de sensibilisation

- Equipe médicale des urgences pédiatriques (HME CHU Limoges)
- DAC 87/19/23/24
- Cap emploi 87/16
- ESRP/ESPO Clairvivre (24)
- Psychiatres (CH Tulle et Brive)
- SPIP 87 en lien avec l'AFTC Limousin...
- Sensibilisation des services de consultation (CMP, CSAPA)



Projets 2023-24

- Groupe de travail enfants et adolescents cérébrolésés
- Colloque du Pôle ressources CLANA
- Pérennisation du dispositif



Dr Emilie VIOLLET Pilote Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN Copilote



Anne-Claire AUGEREAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions



2.5 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière des blessés de l'encéphale

Repérage précoce des TC légers

Améliorer l'offre de PEC très précoce des TC légers

- Renforcement de la consultation Commotion Cérébrale au CHU (NC) par l'intégration d'une neuropsychologue
- Filière TCL au sein du PBE

Protocole d'offre de PEC

Protocoles établis avec les urgences de Brive, Saint Junien, Guéret, Saint Yrieix la Perche, urgences CHU et HME

Information et sensibilisation des professionnels du Limousin (clubs sportifs, médecins du sport / généralistes / urgentistes)

Rencontre avec des clubs sportifs et les urgences du Limousin

Évaluation de la faisabilité de consultations délocalisées de proximité pour syndrome post commotionnel

Non appliqué par manque de professionnels/ à réévaluer

Travaux d'étude & de recherche

- Poster sur la cs commotion cérébrale du sportif présenté à la SOFMER
- Étude en cours de réflexion avec les urgences du CHU dans le cadre d'une thèse/étude TCL Eye Brain à venir



Dr Emilie VIOLLET Pilote Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN Copilote



Anne-Claire AUGERFAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions



2.5 Renforcement de la **prévention** et du repérage précoce pour la filière des blessés de l'encéphale

Prévention, repérage et prise en charge précoce des patients blessés de l'encéphale à haut risque de rupture de parcours

- Uniformisation et informatisation des fiches de liaison pour gagner en réactivité
- Repérage des patients à risque de rupture actif grâce à une communication entre HC et UMRSF -EGP: UMRSF présente sur l'HC avant la SD du patient / EGP présente en post HC immédiat
- Action à renforcer lors de sorties.

- thérapeutiques impliquant l'EGP (réflexion en cours)
- Travail en collaboration avec l'addictologie : intervention de l'équipe de liaison d'addicto à l'HDJ, coordination en consultation avec l'équipe de suivi ambulatoire, à développer avec l'UEROS
- Synthèses multidisciplinaires avec la psychiatrie pour les cas complexes

Accès aux soins somatiques



- Renforcement du partenariat avec la neurochirurgie: mise en place de visites médico-chirurgicales hebdomadaires
- Fluidification des parcours : intervention précoce, avant la sortie d'hospitalisation des équipes mobiles et de l'FGP
- Mise en place de prescription de kinésithérapie à destination des psychiatres
- Participation au suivi MPR et soins techniques des patients pluri et polyhandicapés accueillis au CHE: Handiconsult, MAS, Matisse



Dr Emilie VIOLLET Pilote Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN Copilote



Anne-Claire AUGEREAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions



Risque suicidaire chez les blessés de l'encéphale

- Formalisation et optimisation de la réponse précoce coordonnée par le Dr Blanchard
- Formation interne au CHE, reconduite chaque année et adaptée au niveau d'implication de chaque personnel
- Lien avec les urgences de psychiatrie



2.5 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière des blessés de l'encéphale



Programme d'éducation thérapeutique du patient

- Avis favorable de l'ARS le 1er/07/21
- Groupes de travail médecins puis équipes en lien avec l'UTEP
- Élaboration d'un programme ETP global avec 3 déclinaisons:
 TC légers, TC graves et LCA enfants
- Pour l'enfant : adjonction d'un projet de recherche (EDEC), autorisation du CPP en août 2022



Dr Emilie VIOLLET Pilote Relayée par le Dr Julia HAMONET-TORNY



Françoise COLLIN Copilote



Anne-Claire AUGEREAU Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 8 – Blessés de l'encéphale

Bilan de mise en œuvre des actions



Prévenir les complications liées aux troubles de la déglutition après la cérébrolésion ; accompagner la reprise d'alimentation en relai de la gastrostomie

- Protocole Déglutition élaboré
- Suivi nutritionnel : Suivi conjoint avec le service diététique
- Sensibilisation et information



2.5 Renforcement de la **prévention** et du **repérage précoce** pour la filière des blessés de l'encéphale

Approches non médicamenteuses : travail sur le corps et l'image du corps

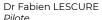
 Aménagements de l'environnement dans une recherche de bien-être : salle de repos (HDJ), extérieur (pergola)





- Développement du plateau technique d'évaluation et de réadaptation : simulateur de conduite, Eye Brain, Feet Me
- Développement des partenariats industriels pour l'expérimentation de matériels innovants: thérapie miroir, Co Virtua, Vibramoov
- Développement des approches corporelles grâce à la formation des professionnels: hypnose, relaxation, aromathérapie...
- Projet de luminothérapie de l'HDJ
- Place de l'art-thérapie
- Lien avec les associations sportives







Delphine MAISSANT Copilote



Pascale BARIANT Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 9 – Droits des usagers

Bilan de mise en œuvre des actions



5.3 Poursuivre la **démarche d'information** à destination du grand public



- Sur la base de fiches de missions, des référents "actions de sensibilisation du grand public" titulaires et suppléants ont été désignés par pôle.
- 3 pilotes issus de la CDU ont été désignés pour coordonner le travail de ces référents.
- Un calendrier annuel de 3 réunions de ces référents a été établi.
- Un répertoire informatisé commun aux référents et pilotes a été créé pour faciliter leurs travaux et le partage d'informations.



5.4 Valoriser la **citoyenneté** du patient à l'hôpital



Formation de 11 jours mise en place pour les pairs aidants par le PDU qui va permettre leur participation au sein des unités de soins et notamment de les associer au dépouillement des boîtes à idées/expression afin qu'ils remontent les suggestions à la Commission Professionnels Usagers du PDU afin de choisir une action à travailler.







Delphine MAISSANT Copilote



Pascale BARIANT Coordonnateur



Nombre de membres

Groupe 9 – Droits des usagers

Bilan de mise en œuvre des actions



5.1 Bonnes pratiques de **mise en isolement thérapeutique** avec ou sans contention



- Action non initiée dans le cadre du groupe : pilotée au quotidien par la Direction chargée des admissions, en tenant compte du nouveau cadre juridique applicable aux ISO/CONTENTION
- Thématique travaillée de façon constante au sein de l'établissement avec par exemple la COSMIC (Commission de Surveillance des Mesures d'Isolement et de Contention) et son rapport annuel.



5.2 Améliorer **l'accessibilité** de l'établissement au service de tous les usagers



Action non initiée dans le cadre du groupe : pilotée au quotidien par la Direction chargée des travaux et des services techniques.

Bilan pour le volet

Projet de coordination médico-soignante, psychologique et de réhabilitation psychosociale

Au total, sur les 40 actions et les 9 groupes de travail :

13 oractions

Terminées

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

32,5 %

15 © actions

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

37,5 %

9 actions

En cours

Signifie que l'action est en cours de travail et de mise en œuvre.

22,5 %

3 actions

Non débutée

Signifie que le cycle de travail de cette action n'a pas débuté.

7,5 %

Projet Social et Managérial





Francine GOURINEL Pilote

Nombre de membres

Axe 1 – Projet de management des équipes

Bilan de mise en œuvre des actions



1.1 Développer une culture d'évaluation des pratiques managériales



- Formalisation de l'outil d'évaluation des pratiques managériales
- Test de l'outil d'évaluation au CH La VALETTE St Vaury du 11/09 au 15/10/2023
- Notes d'information relatives au lancement de l'évaluation des pratiques managériales (en Décembre 2023 et Janvier 2024)



1.2 **Harmonisation** de l'application des **règles** de la **gestion du temps** de travail



- Formalisation de la charte de gestion du temps de travail
- Présentation en CTE et diffusion à l'ensemble de l'encadrement
- Charte intégrée dans le logiciel Ennov



.3 L'entraînement au management



- Formation des managers au management
- Mise en place d'ateliers de CO développement managérial



1.4 **Accompagnement** du **manager** dans sa prise de fonction



Formalisation du "dispositif d'accompagnement des personnels Cadres de Santé de la filière infirmière, de réédducation et médico-techniques faisant fonction Cadre Paramédical de Pôle ou de filière" + formalisation du référentiel d'apprentissage

situation Cadre de Santé et faisant fonction Cadre de Santé" + mise à jour

■ Présentation et diffusion à l'encadrement

du référentiel d'apprentissage

Procédures intégrées dans le logiciel Ennov gestion documentaire

 Actualisation de la procédure "dispositif d'accompagnement des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques mis en



1.5 **Garantir** pour chaque agent un parcours professionnalisant





Géraldine **BARRUCHE**

Nombre de membres

Axe 2 – QVT (Qualité de vie au travail) et promotion de la prévention

Bilan de mise en œuvre des actions



2.1 Organiser des stages de découverte



Stage d'immersion fréquents



2.2 Mise en place d'un système de parrainage des nouveaux recrutés



2.3 Accompagner les professionnels en contact avec des usagers psychotraumatisés





5 réunions préparatoires 2020-2021 permettant de produire :

- Un **Livret Parrainage** (9 mises à jour depuis 8/2021)
- Une Fiche Mission
- Un Guide Méthodologique : Mise en place d'un système de parrainage des nouveaux recrutés
- Une note d'information en date du 29/9/2021 (2021 156)
- Des modalités de Sélection des Parrains / Marraines
- Un courrier type d'information aux Parrains / Marraines
 - Élaboration d'un Guide de bonnes pratiques au sein du CHE afin d'améliorer l'usage des courriels
 - Organisation d'une journée de sensibilisation avec « une journée sans mail »



2.4 Améliorer les pratiques d'utilisation des **courriels**





Géraldine **BARRUCHE** Pilote

Nombre de membres

Axe 2 – QVT (Qualité de vie au travail) et promotion de la prévention

Bilan de mise en œuvre des actions



2.5 Aménagement d'espaces de convivialité









- Aménagement de l'espace extérieur du self
- Organisation d'une journée "Bourse aux plantes" Dans le cadre de la végétalisation des espaces avec les jardiniers pour des conseils jardins
- Réinvestir l'ensemble du parc et valoriser la beauté du site
- Développer le mobilier extérieur pour améliorer le confort du site
- Mettre en place des parcours de promenade propositions d'aménagement multiple par exemples: pancartes d'identification, zone 5 sens, forêt urbaine, espaces pique-nique, zones de détente, pergola pour la terrasse de la cafétéria, tables d'orientation, zone de pâturages...



2.7 Valoriser et stimuler les **initiatives** du terrain



- Interviews des professionnels, article dans le FlaCHE et sur les réseaux
- Diffusion de vidéos métiers

Projet Social et Managérial

Axe 3 – GRH et Outils



Pascale BARIANT

Bilan de mise en œuvre des actions



3.1 Fluidifier le **partage** de **connaissances** et les **échanges** entre la DRH et les professionnels



- Organigramme de la DRH actualisé et publié régulièrement
- Participation de la DRH à une réunion de service en unité de soins à pérenniser
- Foire aux questions dans l'Intranet sur la partie Gestion du temps. Développement à poursuivre sur les autres départements
- **1**er **Forum social** avec participation de la DRH organisé le 4 mai 2023



3.2 **Moderniser** la **communication** des Ressources Humaines



- Mise en service de la plate-forme Web de recrutement BEETWEEN en mars 2023 avec un accusé de réception automatisé des candidatures
- Diffusion systématique des offres sur les réseaux sociaux



3.3 Favoriser l'**autonomie** des professionnels dans leurs **démarches RH**



Dématérialisation de la demande de congés via CHRONOS



3.4 Développer des **modes de travail** et d'**organisation innovants**





Le **télétravail** est en place et se développe





Pilote

Nombre de membres

Axe 4 – GPEC Recruter et former les compétences

Bilan de mise en œuvre des actions



4.1 **Fluidifier** la **gestion** du processus de **formation**



Mise en place de **GESFORM** qui permet une inscription en ligne des **formations** par la hiérarchie immédiate.



4.2 L'entretien annuel d'évaluation : outil du développement des compétences



Outil d'évaluation des professionnels GESFORM.



4.3 Elaboration et uniformisation des **fiches de poste**



Réflexion menée en 2020, puis stoppée en lien avec la mise en action de GESFORM.



4.4 Favoriser la mobilité professionnelle



Guide de la mobilité professionnelle élaboré par le groupe, en attente de validation.



Axe 5 – Dialogue social à tous les niveaux



Luc-Antoine MAIRE

Bilan de mise en œuvre des actions



5.1 Faire du **binôme Responsable / Cadre** l'acteur privilégié du **dialogue social** au sein de l'unité



Identification de sessions de formation communes Responsables médicaux et Cadres pour renforcer le management en binôme.



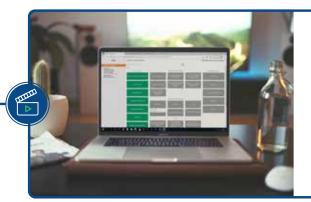
5.2 Instaurer un **dialogue social** au niveau des **Pôles**



Contractualisation interne qui prend corps par la signature des contrats de pôles sur le dernier trimestre 2023.



5.3 Mieux faire connaître la **contribution des instances représentatives** au processus décisionnel



Communication des comptesrendus d'instance sur l'intranet de l'établissement accessibles de fait **pour tous** les agents de l'établissement.

Bilan pour le volet Projet Social et Managérial

Au total, sur les 23 actions et les 5 groupes de travail



Terminées

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

43,47 %

6 cons

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

26,08 %

4 oactions

En cours

Signifie que l'action est en cours de travail et de mise en œuvre.

17,39 %

3 actions

Non débutée

Signifie que le cycle de travail de cette action n'a pas débuté.

13,04 %







Nombre de membres

Projet Recherche

Bilan de mise en œuvre des actions



1 **Promotion, structuration** et **orientation** de la recherche



- Réorganisation de l'URI : place ingénieurs, ARC, contrat recherche
- Réorganisation du Conseil Scientifique
- Réorganisation du Comité de Pilotage
- Validation des projets soumis dans les instances de l'établissement.



2 Sensibilisation et formation à la recherche



Organisation des **formations destinées aux membres du conseil scientifique** (journée recherche) et aux internes (séminaires)



3 **Valorisation** et **communication** sur la recherche et les innovations



- Participation à des congrès internationaux.
- Vulgarisation de l'état d'avancement des protocoles de recherche au sein du journal interne FlaCHE
- Publications dans revues internationales scientifiques
- Réunions d'information sur la recherche en Santé Mentale et Psychiatrie





Axe 1 - La poursuite de la démarche QGDR à tous les niveaux de l'organisation

Bilan de mise en œuvre des actions



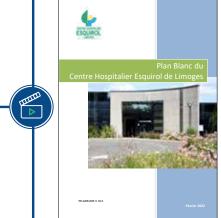
1.1 **Poursuivre la démarche QGDR engagée**, son pilotage, et maintenir la mobilisation institutionnelle



- Réactualisation de la cartographie des risques
- Poursuite de la collaboration avec les Commissions "GDR et Vigilances" et "Document unique des risques professionnels"
- Maintien (et révision si nécessaire) de la surveillance du traitement des alertes et de l'organisation des vigilances sanitaires
- Participation aux expérimentations de la HAS
- Surveillance et volonté d'amélioration des nouveaux indicateurs en psychiatrie
- Actions de communication QGDR
- Accompagnement des structures médico-sociales sur les évaluations internes et externes



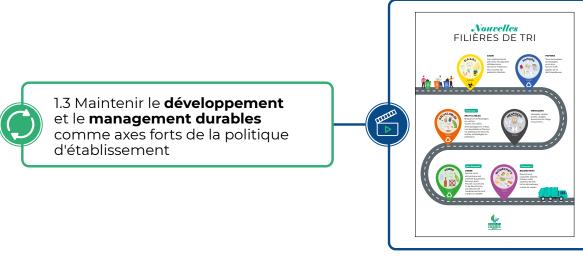
1.2 Structurer la gestion des situations exceptionnelles et des situations à risques en lien avec les services extérieurs compétents



- Organisation des formations et des exercices
 d'entraînement suite à la révision du Plan Blanc
- Suivi du plan de sécurisation de l'établissement en concertation avec le référent départemental
- Maintien du partenariat avec la préfecture (sur les thèmes des soins psychiatriques sans consentement, de la prévention de la radicalisation et de la violence)

Axe 1 - La poursuite de la démarche QGDR à tous les niveaux de l'organisation

Bilan de mise en œuvre des actions



- Gestion et réduction des déchets grâce à une nouvelle filière de tri
- Poursuite de la participation à la préservation des ressources en réduisant la consommation d'eau et d'énergie
- Critères de développement durables intégrés dans l'analyse des offres des marchés publics
- Valorisation des produits plus durables et éthiques à la cuisine (cf. Politique Qualité 2023 - Processus « Cuisine Diététique » sur Ennov)
- Actions de sensibilisation et de communication sur cette thématique



Poursuite de la démarche initiée sur la thématique de la bientraitance

bientraitance dans toutes les prises en charge

1.4 Promouvoir et développer la

Axe 1 - La poursuite de la démarche QGDR à tous les niveaux de l'organisation

Bilan de mise en œuvre des actions



1.5 Poursuivre la démarche de **lutte contre la douleur**



- Améliorer le **dépistage de la douleur** en fonction du profil du patient
- Intégrer les thérapies non-médicamenteuses aux soins visant à anticiper ou soulager la douleur
- Renforcer la thématique concernant la douleur dans le programme DPC
- Poursuivre la **sensibilisation** des professionnels avec l'aide de **référent douleur**



1.6 Renforcer la réflexion éthique institutionnelle et sa déclinaison en relançant le **Comité d'éthique**





- Installation du Comité d'Éthique inter établissement : CH Esquirol et CH La Valette le 31 août 2023
- **Communication institutionnelle** sur le rôle, les missions, les modes de saisine et les actualités du comité

Axe 2 - Favoriser le développement de la culture de la sécurité des soins

Bilan de mise en œuvre des actions



2.1 Promouvoir une **organisation apprenante** des méthodes de maîtrise des risques.



- Poursuivre la promotion du dispositif de signalement des El auprès de l'ensemble des personnels, en réaffirmant notamment la charte de confiance
- Former des binômes médecin/cadre de santé pour faire vivre le management par la qualité
- Inciter la réflexion partenariale et la recherche de solutions en équipe (REX, patients traceurs, EPP, Staffs...) et tendre vers une communauté pluri professionnelle de management des risques et de la qualité
- Intégrer des indicateurs dédiés dans les contrats de pôle et assurer leur suivi



2.2 Adopter une **communication valorisante** de la culture de sécurité des soins



- Identifier des initiatives intéressantes au sein de l'institution, afin de ne pas relever uniquement les El
- Mener une **communication valorisante** autour de ces initiatives



2.3 Mieux prendre en compte les **attentes des usagers** dans les démarches d'amélioration de la qualité



- Suivi actif de la Charte Marianne
- Déploiement des boîtes à expression dans les services
- Participation à la réflexion à l'échelle GHT sur le recueil de la satisfaction des usagers et l'exploitation des données

Axe 3 - Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

Bilan de mise en œuvre des actions



3.1 Renforcer la qualité de la tenue du Dossier Patient Informatisé (DPI).



- Sensibiliser les professionnels (tous corps de métiers confondus)
 à l'importance de la tenue du dossier patient (formation, réalisation de patients traceurs, communication sur les résultats de l'établissement en matière d'indicateurs)
- Poursuivre et développer les actions visant à améliorer la traçabilité des écrits professionnels, la pertinence des informations saisies, et le codage des actes et examens.



3.2 Amélioration et optimisation du **codage** de l'activité en Psychiatrie et en SSR



- Évaluations de terrain (DIM) sur la marge d'optimisation de la saisie d'activité sur l'ensemble des UF de Psychiatrie
- Mise à disposition de nouveaux supports pour la saisie (guide ambulatoire, tutoriels, thésaurus...) et accompagnement à la diffusion
- Mise en cohérence des actes CSARR avec les intervenants selon les préconisations ATIH pour le SMR
- Organisation de formations individuelles et collectives pour les professionnels de l'établissement :
- □ Optimisation du codage des AVQ au SSR Blessés de l'encéphale
- Optimisation du codage des AVQ au SSR Addictologie
- Rencontres avec les équipes à activité ou recueil de données spécifiques (Périnatalité, EMPP, EMHP ELSA...)

Axe 3 - Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

Bilan de mise en œuvre des actions



3.3 Conforter l'**identitovigilance** en tant que pratique de tous les instants



- Maintien des actions de sensibilisation et de formation à l'identitovigilance
- Participation active aux travaux en cours en matière d'identitovigilance (GHT et nouvelle-Aquitaine)
- Adaptation du système d'information de l'établissement aux évolutions réglementaires (Déploiement de l'INS)



3.4 Poursuivre la mise en œuvre du programme de maîtrise du risque infectieux et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS)



- Poursuivre la démarche globale pilotée par le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) et l'EOHH (Equipe opérationnelle d'Hygiène Hospitalière) en collaboration avec le coordinateur de la gestion des risques
- S'appuyer sur le réseau de correspondants en hygiène déployé sur l'ensemble des secteurs de soins
- Maintenir la dynamique de volontariat pour participer aux phases expérimentales des indicateurs HAS en refonte ou en cours de développement



3.5 Promouvoir la qualité et la sécurité de la **prise en charge médicamenteuse**



- Poursuivre la démarche institutionnelle et assurer un management pluriprofessionnel et pluridisciplinaire de la prise en charge médicamenteuse
- Évaluer la **pertinence** et l'**efficience** des thérapeutiques prescrites
- **Prévenir la iatrogénie médicamenteuse** grâce au dispositif de gestion des risques et vigilances sanitaires appliqués aux produits de santé

Bilan pour le volet Projet Qualité – Gestion des risques (GDR)

Au total, sur les 14 actions du Projet



Terminées

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

14,28 %

12 ons

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

85,72 %

Nous sommes toutes et tous acteurs de la Qualité de la prise en charge et de la Sécurité des soins au quotidien : l'avancée du Projet QGDR est une œuvre collective!

Merci à toutes les équipes qui s'impliquent au quotidien dans la Démarche-QGDR, à leur encadrement médical et paramédical, au DIM (Département d'information médicale), aux différentes Commissions chargées du suivi des vigilances, à la Pharmacie, l'équipe opérationnelle d'Hygiène...







Nombre de membres

Projet des Usagers **Axe 1 – Développement de l'expertise d'usage**

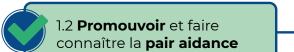
Bilan de mise en œuvre des actions



1.1 Renforcer le dispositif institutionnel de **pair aidance**



- Élaboration d'un référentiel de compétences Pair Aidant
- **Définition des missions** du Pair Aidant au PDU
- Construction d'un module de formation de 11 jours
 "Pair Aidant en santé mentale : l'usager partenaire"
- 1er DU "Formation à la Pair Aidance professionnelle pour favoriser le rétablissement en Santé Mentale"
- Formation MSP





- Création de la plaquette et de l'affiche du Dispositif d'Expertise d'Usage
- Présentation du DEU sur les **outils de communication du CHE** (Internet, Intranet, réseaux sociaux, FlaCHE, BIP du PDU)
- Création d'une vidéo et d'un diaporama de présentation
- Présentation du DEU dans les instances et auprès des partenaires
- Projet de constitution de binômes d'animateurs MSP/PA pour la mise en place de groupes de parole ou groupes d'expression dans les unités, lors des permanences

Projet des Usagers

Axe 2 : Droits des usagers et libertés individuelles

Bilan de mise en œuvre des actions







- Réactualisation du livret d'accueil des patients
- Actualisation du livret de la Maison des Usagers
- Formalisation d'une affiche élaborée par la CPU "Une Question sur vos droits? Vous rencontrez une difficulté dans votre prise en charge ou celle d'un proche?"
- Diffusion du bulletin d'Informations Pratiques **BIP**
- Affichage du règlement de fonctionnement interne des unités
- Poursuite des portes ouvertes du PDU
- Poursuite des rencontres du PDU "Agir ensemble"
- Formalisation du lisiting des représentants des usagers dans les instances
- Formation continue de tous les professionnels sur le droit des patients, les entretiens de relation d'aide
- Renforcement de l'information délivrée par les équipes soignantes dans toutes les étapes de la prise en charge, autant de fois que nécessaire avec l'appui du PDU
- Entretiens médicaux et paramédicaux auprès des patients pour créer une alliance thérapeutique
- Développement des interventions de MSP et PA dans la construction et la mise en œuvre des programmes ETP en collaboration avec l'UTTEP



2.1 Respecter le **droit à l'information** à toutes les étapes de la prise en charge

Axe 2 : Droits des usagers et libertés individuelles

Bilan de mise en œuvre des actions



2.2 Poursuivre la **lutte contre la stigmatisation** des troubles et handicaps psychiques





- Poursuite des manifestations SISM
- Psytruck sur les 2 semaines des SISM 2023
- Poursuite des actions ponctuelles de communication grand public organisées par le PDU et ses partenaires
- Programmation de Rencontres du PDU
 "Agir ensemble" sur différentes thématiques
- Relance du Comité des Usagers qui réunit les associations, les pairs aidants et les

professionnels

- Interventions dans les instituts de formation et auprès des partenaires (Éducation nationale, police, ville...)
- Valorisation des œuvres réalisées par les pairs aidants, les adhérents des GEM, les résidents des résidences accueil en proposant des expositions en intra (CAM, Cafétéria, Bibliothèque des patients, unités...) et en extra (mairies, université...)
- Relance de la passerelle Sport Santé Mentale
- Relance des activités en lien avec "Sport en tête"
- Poursuite des programmations de l'indoor de la santé
- Poursuite des programmations de **randopsy**



2.3 Reconnaître et favoriser le **rôle de l'entourage** auprès du patient



- Recueil des données à l'admission par les équipes soignantes et/ou les secrétariats, et tracée dans le DPI à l'admission
- Information délivrée tout au long de la prise en charge
- Sensibilisation lors des rencontres du PDU "Agir ensemble" sur la thématique de la personne de confiance
- Formation des Pairs Aidants : module personne de confiance
- Information des aidants sur l'existence de programmes de psychoéducation
- Mise en œuvre de formation des accompagnants familiaux
- Promotion et orientation des usagers vers le programme Profamille et autre programme de psychoéducation

Axe 3 – Promouvoir et renforcer la démocratie en santé

Bilan de mise en œuvre des actions



3 Poursuivre la démarche institutionnelle de démocratie sanitaire



- Mise en place de la nouvelle gouvernance et organisation du pôle en 3 départements (associatif, expertise d'usage, réseau) pour améliorer la prise en charge des patients et l'accompagnement des familles, entourage, proches et bénévoles
- Implication des représentants des usagers dans les instances et les groupes de travail de l'établissement
- Étude sur la faisabilité d'intégrer les nouveaux représentants des usagers dans la journée d'accueil des nouveaux recrutés sur la lère partie de la présentation de l'hôpital
- Communication dans les instances sur le DEU (CME, Directoire, CSIRMT, AGCM, réunion service social, collège des psychologues....)
- Intervention en réunion plénière d'encadrement pour promouvoir le rôle et les missions du Pôles des Usagers
- Planification des réunions d'information auprès des professionnels dans les unités médicales pour promouvoir le DEU
- Rencontre des référents du PDU et information sur les missions attendues
- Mobilisation des référents du PDU

- dans leurs missions et dans leur rôle d'interface Unités médicales / PDU: programmation d'une réunion annuelle référents/PDU
- Échange sur la mise en œuvre d'actions portées par le DEU dans les réunions mensuelles de service dans les unités
- Développement des groupes de parole ou d'expression animés par les binômes MSP/PA dans les unités médicales
- Participation des patients à l'élaboration du Guide d'intervention des MSP et PA en FTP
- Mise en place d'un tableau de suivi des interventions des pairs aidants dans les programmes d'ETP
- Programmation de rencontres du PDU "Agir ensemble" sur la thématique de l'alliance thérapeutique
- Mise en œuvre de la formation des accompagnants familiaux
- Organisation de journées portes ouvertes au Pôle des Usagers pour les professionnels et les bénévoles



Bilan pour le volet Projet des Usagers

Au total, sur les 6 actions du Projet des usagers :

3 actions

Terminées

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

50 %

3 (a) actions

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

50 %



Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) **Axe 1 - Dématérialisation**

Bilan de mise en œuvre des actions



1.1 **Optimiser** les processus de **facturation** patients et des **transports sanitaires**

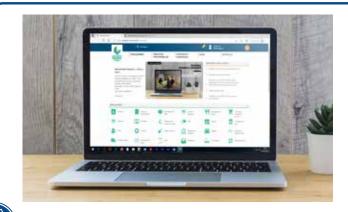


- Mise en place ROC / Dématérialisation des échanges avec les organismes complémentaires: Le projet Remboursement des Organismes Complémentaires (ROC) fait partie du programme SIMPHONIE qui vise à améliorer l'efficience des processus de l'ensemble de la chaîne d'Accueil Facturation Recouvrement (AFR) en améliorant l'exhaustivité, la qualité et la rapidité de la production des factures et de leur recouvrement. Le projet ROC sera d'abord déployé dans les établissements MCO en 2021.
- Déploiement de la gestion des consultations externes sur l'ensemble des pôles : Cette action correspond au développement de la facturation des consultations externes sur les pôles avec une activité de SSR. Le pôle Adrien Dany a débuté la facturation de ces consultations et un travail sur une meilleure valorisation de ces consultations est en cours. Ce travail sera à poursuivre avec les consultations du SSR d'addictologie. Un test pour la facturation des consultations de psychiatrie (pour la part mutuelle) a débuté à l'unité Ellen Franck et sera poursuivi au cours de l'année 2023.
- S'interfacer avec la nouvelle plateforme de transports sanitaires territoriale (Nouvelle Aquitaine)
- Doter l'équipe "transport patient" d'outils numériques : smartphones et déploiement du logiciel itinéraire avec géolocalisation, gestion flotte/trajets
- Déploiement du module transports sanitaires dans l'Intranet et remontée des données pour le Département d'Information Médicale: Le déploiement de ce module permet aux services de commander les transports sanitaires directement sur Intranet. C'est l'ETAPP qui réceptionne, centralise et gère l'ensemble de ces demandes. Le DIM peut générer les fichiers fichcomp directement depuis l'intranet.

Axe 1 - Dématérialisation

Bilan de mise en œuvre des actions





 Déploiement du nouvel espace Intranet, incluant tous les formulaires de demande relatifs à la GRH et aux différents services logistiques: Action terminée - Gestion en routine; les modifications sont réalisées au gré des demandes des services administratifs. Gestion des autorisations de circulation, ordre de missions, frais de déplacements...

- Dématérialisation de tous les documents relatifs aux éléments de paie et au transfert des flux pour la Trésorerie :
- Une grande partie de cette action a été réalisée ; la dématérialisation des décisions unilatérales est quasi finalisée (reste la validation du bon envoi de la décision dans la boite mail de l'agent). La plupart des pièces relatives à la paie sont transmises de manière dématérialisée à la Trésorerie. La dématérialisation du processus de validation des factures travaux est en cours. Il reste le bulletin de paie à dématérialiser ; ce projet doit être travaillé avec la Direction des Ressources Humaines
- Renforcement à l'usage de la GED pour la conformité réglementaire du SI
- Mise en place du GPEC permettant la numérisation des process gestion de compétences et évaluation des agents du CHE

Axe 2 – Convergence des systèmes d'information

Bilan de mise en œuvre des actions



2.1 Intégrer les évolutions liées à la mise en place du Schéma Directeur du SIH du **GHT** Limousin



- Déploiement du SRI
- Mise en œuvre de l'annuaire GHT : Test d'extraction/intégration techniques en cours
- Interopérabilité DPI entrepôt de données GHT: Attente devis Symaris.
 Devrait être opérationnel en décembre



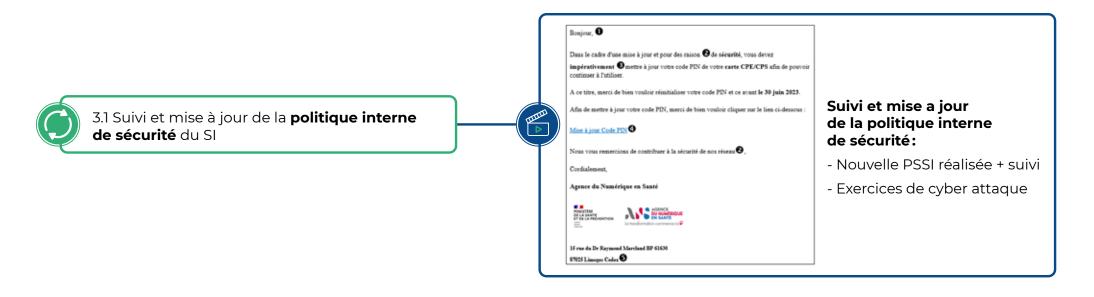
2.2 **Direction commune** avec le CH de La Valette - Saint Vaury et l'EHPAD La Chapelaude



- Harmonisation des processus de saisies dans le DPI:
 A travailler avec nouveau DPI A inscrire dans prochain SDSI
- Harmonisation des habilitations métiers des professionnels de santé:
 A travailler avec nouveau DPI A inscrire dans prochain SDSI
- Mise en place d'un lien d'interconnexion réseau GHT:
 Fibre optique GHT LIMOUSIN
- Rapprochement des bases de données patients :
 A travailler avec nouveau DPI A inscrire dans prochain SDSI

Axe 3 – Optimiser la sécurité du SI de l'établissement

Bilan de mise en œuvre des actions





3.2 Garantir la sécurité du SI dans le cadre des liens avec le **GHT**



Sessions de sensibilisation à la sécurité informatique

Axe 4 - Développement du partage d'informations et de l'usage de services numériques

Bilan de mise en œuvre des actions



4.1 Optimiser l'usage du **DMP** (dossier médical partagé)



Optimiser l'usage du DMP : Atteinte des objectifs du programme SUN-ES en avril 2023



4.2 Augmenter le recours à la **messagerie sécurisée**



Usage de mssanté à 60 % des échanges : Participation au projet SUN-FS



4.3 Venir en support du développement de la **télémédecine**



Développement de la télémédecine : E-Dip, FAM-MAS, USMP



4.4 Déployer l'usage de plateformes régionales



Déployer l'usage des plateformes régionales (Paaco, viatrajectoire...)



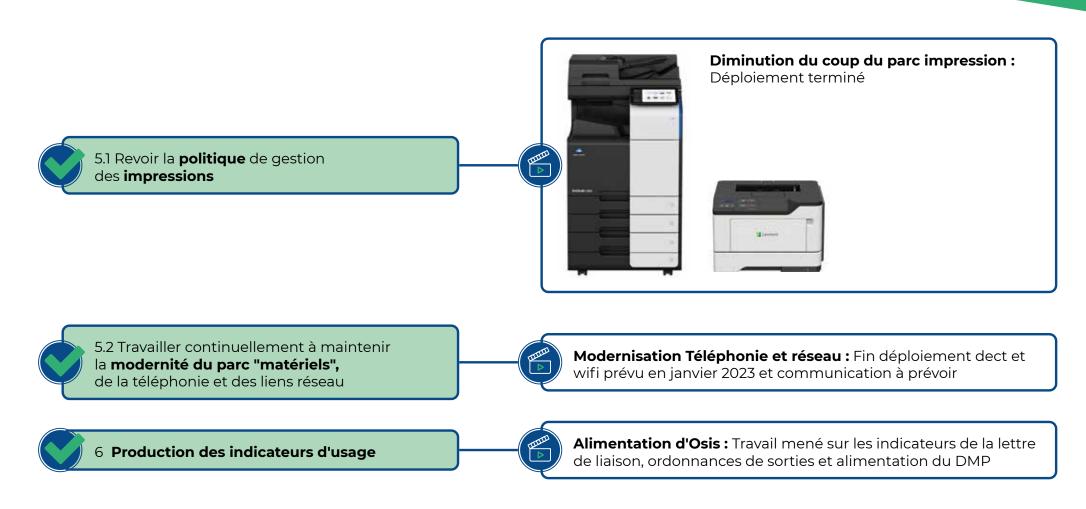
4.5 S'appuyer sur l**'interopérabilité** du **DPI** pour offrir de **nouveaux usages** aux patients et aux professionnels



Interopérabilité du DPI pour des nouveaux usages (smartides, Bear...)

Axe 5 - Infrastructure SIH et périphériques connectés

Bilan de mise en œuvre des actions



Bilan pour le volet

Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)

Au total, sur les 14 actions du Projet

4 action

Terminée

Signifie que la mise en œuvre de l'action est arrivée à son terme.

28,57 %

8 (a) actions

Suivies en continu

Signifie que l'action a été mise en œuvre et fera désormais l'objet d'un suivi en continu de par sa nature.

57,14 %

2 actions

En cours

Signifie que l'action est en cours de travail et de mise en œuvre.

14,28 %

Nous sommes toutes et tous acteurs de la sécurité de notre système d'information. Pour rendre le numérique plus sûr dans notre établissement : tous connectés, tous impliqués, tous responsables!

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019 | 2023

Bilan final

Novembre 2023



15, rue du Dr Raymond Marcland BP 61730 87025 LIMOGES CEDEX



05 55 43 10 10



www.ch-esquirol-limoges.fr







