



CENTRE HOSPITALIER
ESQUIROL
LIMOGES

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019 | 2023

RESPECT
ÉGALITÉ
INNOVATION
COMPÉTENCE
ENGAGEMENT
COOPÉRATION
TOLÉRANCE
ÉQUITÉ
EMPATHIE
DÉCLOISONNEMENT
BIENTRAITANCE
RESPECT
ÉGALITÉ
CONTINUITÉ



BIEN
CONTINUITÉ
INNOVATION
COMPÉTENCE
EMPATHIE
ENGAGEMENT
ÉGALITÉ
DÉCLOISONNEMENT
COOPÉRATION
INNOVATION
HUMANISME
TOLÉRANCE
BIENVILLANCE
ÉQUITÉ
EMPATHIE
CONTINUITÉ
DÉCLOISONNEMENT
COOPÉRATION
HUMANISME
TOLÉRANCE
COMPÉTENCE

PROJET D'ETABLISSEMENT 2019 – 2023 DU CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL

SOMMAIRE

	Préambule : le mot de la Présidente du Conseil de Surveillance, du Directeur, et de la Présidente de la CME.....P.1
	Avant-propos et chiffres-clés.....P.5
	Méthodologie : élaboration et mise en œuvreP. 17
	Projet de Coordination Médico-Soignante, Psychologique et de Réhabilitation Psychosociale.....P.23
	Projet Social et Managérial.....P.42
	Projet Recherche.....P.51
	Projet Qualité et Gestion des Risques.....P.54
	Projet des Usagers.....P.61
	Schéma Directeur du Système d'Information.....P.66

Préambule

- 1 – Le mot de la Présidente du Conseil de Surveillance.....P.2**
- 2 – Le mot du Directeur.....P.3**
- 3 – Le mot de la Présidente de la CME.....P.4**

► Le mot de la Présidente du Conseil de Surveillance

Le regard de notre société sur la santé mentale et le handicap psychique évolue. L'arrivée à son terme du projet d'établissement 2014-2018 constituait une excellente opportunité pour tracer les grandes lignes de ces évolutions dans le projet d'établissement 2019-2023 du CH Esquirol de Limoges.

A travers les nombreuses actions qui déclinent les orientations stratégiques, ce projet ambitieux s'inscrit dans un contexte de mise en place d'une direction commune avec le CH la Valette de Saint-Vaury et l'EHPAD la Chapelaude de la Chapelle-Taillefert au 1er janvier 2020.

Cette direction commune ne constitue qu'un élément du processus de large coopération dans lequel est engagé le CH Esquirol. Ce dernier, reconnu comme l'établissement ressource et de recours régional en matière de santé mentale au sein du Groupement Hospitalier de territoire (GHT), est également très investi dans le Groupement de Coopération Sanitaire santé mentale et handicap du Limousin qui assure un lien fort entre les partenaires des champs sanitaire, social et médico-social. En outre, le CH Esquirol demeure un acteur privilégié au sein des Conseils locaux en santé mentale des villes de Limoges, Saint Yrieix et de Bellac. Enfin, il s'est investi pleinement dans l'élaboration du Projet territorial de santé mentale

(PTSM) et ne manquera pas d'apporter une pleine contribution à sa déclinaison future.

L'objectif global de ce Projet d'établissement reste bien évidemment l'accès aux soins de proximité et l'amélioration de la qualité du parcours de tous les patients. Dans son élaboration, une attention particulière a été portée à la prévention et à la transition des prises en charge à tous les âges de la vie. Avec l'expression renforcée des droits des patients, le CH Esquirol affiche également une ambition forte en matière de formation et de recherche.

Mais rien de tout cela ne serait possible sans l'investissement sans faille et constant de l'ensemble des équipes de l'établissement. Je tiens à souligner l'excellence du travail participatif, pluridisciplinaire et pluri professionnel qui a présidé à l'élaboration de cette ambitieuse feuille de route co-construite. Que l'ensemble des contributeurs et contributrices en soient remerciés à la hauteur de leur investissement.

Isabelle Briquet,
Présidente du Conseil de surveillance,
Conseillère départementale de la
Haute-Vienne

► Le mot du Directeur

« Il n'est pas de bon vent pour qui ne connaît pas son port » Sénèque.

Etabli pour cinq ans, le projet d'établissement est la clef de voûte de l'hôpital : au service de tous les habitants de notre territoire, il fixe les grandes orientations du Centre hospitalier, en cohérence avec la politique régionale de l'offre de soins et en lien avec le projet territorial de santé mentale (PTSM).

Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité, améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique... Autant de défis et d'attentes qui sont les enjeux auxquels doivent faire face le CH Esquirol et ses professionnels pour la période à venir.

La Direction commune avec le CH La Valette de St Vaury et l'EHPAD de la Chapelle Taillefert prendra effet au 1er janvier 2020. Elle constitue une chance pour tous. Cette coopération permettra de renforcer la stratégie médicale au bénéfice des patients et d'assurer des prises en charge de qualité qui garantissent des standards élevés au plan de la gestion des risques et des délais de traitement.

S'il veut assurer son développement et maintenir une dynamique d'ensemble, l'hôpital doit d'abord avoir conscience de la nécessité de s'adapter à son

environnement, s'inscrire ensuite pleinement dans la vie de son territoire et enfin être un acteur majeur des politiques de santé. C'est autour de ces trois impératifs que les cinq grandes priorités du nouveau projet d'établissement se déclinent :

- Faciliter l'accès aux soins,
- Renforcer la prévention et le repérage précoce,
- Coopérer au service d'un meilleur maillage territorial,
- Coordonner davantage les parcours,
- Respecter toujours davantage les droits des usagers et lutter contre la stigmatisation.

Le projet d'établissement 2019-2023 constitue pour le CH Esquirol le socle d'orientation de référence de ses activités : son élaboration s'est appuyée sur une démarche participative visant à mettre en valeur toute la richesse et la diversité des compétences exercées. Elle a fortement mobilisé les professionnels de l'établissement mais aussi nos partenaires institutionnels et associatifs: qu'ils soient tous remerciés de cette contribution.

Notre volonté collective est que, par la réalisation de ce projet d'établissement, le CH Esquirol continue d'affirmer sa place au service de tous. Faisons vivre ce projet, donnons corps et sens à cette vision d'avenir afin que notre établissement améliore encore et toujours la qualité du service rendu !

Thomas ROUX, Directeur

► Le mot de la Présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME)

Il y a 10 ans déjà le CH Esquirol faisait un choix très ambitieux et novateur : celui de l'organisation des soins psychiatriques en filières de soins spécialisés abandonnant la notion de sectorisation. Ce choix visait l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients en apportant une réponse la plus spécifique et adaptée possible.

Parallèlement, la création ou le renforcement des Centres de Proximité en Santé Mentale a permis de développer un maillage territorial pour une prise en charge psychiatrique au plus près de la population.

Ces dernières années, la concrétisation de projets nouveaux – comme la création du C2RL ou de l'équipe de dépistage précoce des troubles psychiques – a confirmé cet esprit dynamique et moderne.

L'élaboration et la rédaction d'un projet d'établissement pour 5 ans est le moment de créer un nouvel élan, de mobiliser les forces vives autour d'une réflexion commune pour l'avenir d'un hôpital où il fait bon vivre et au service du patient.

Les enjeux sont grands : citons ceux de continuer à promouvoir l'accès et la qualité des soins aux patients quel que soit leur âge, de renforcer la prévention et la prise en charge précoce, de lutter

contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, de favoriser la réinsertion psychosociale, de fluidifier les parcours de soins...

Dans un contexte de baisse de la démographie médicale, il est essentiel aussi d'être attractif en particulier envers nos jeunes médecins. Un enseignement universitaire de qualité, une promotion de la recherche et la culture de pratiques modernes et innovantes sont des leviers forts pour renforcer cette attractivité.

Ce Projet d'établissement 2019-2023 sera, j'en suis sûre, le reflet de la volonté partagée de travailler ensemble à l'amélioration des soins dans un esprit d'équipe essentiel pour tous.

Docteur Nathalie SALOME,
Présidente de la CME

Avant-propos et chiffres-clés

1 - Avant-propos.....P.6

- La définition de la mission de psychiatrie de l'établissement.....P.6
- Les soins sans consentement.....P.8
- L'hospitalisation de la personne détenue et les modalités d'intervention en milieu pénitentiaire.....P.10
- La politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération.....P.12
- La culture au CH Esquirol.....P.14

2 - Chiffres-clés.....P.14

- Données d'activité médicale (année 2018).....P.14
- Données sociales (bilan social 2018).....P.16

En vertu des dispositions du Code de la santé publique*, le Projet d'établissement « **définit la politique générale de l'établissement** ». A ce titre, il doit contenir **plusieurs mentions obligatoires** :

- Modalités d'organisation de la « *mission de psychiatrie de secteur et de sa déclinaison pour les enfants et adolescents* »
- Moyens mis en œuvre pour « *assurer les soins psychiatriques sans consentement* »
- Définition de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération
- Modalités d'intervention « *en milieu pénitentiaire* »
- La prévision des moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement a besoin pour réaliser ses objectifs (NB : ces éléments ont été travaillés individuellement dans le cadre de chacune des actions retenues au titre du présent Projet d'établissement. Ils sont donc abordés respectivement dans chacune des fiches actions et ne feront pas l'objet d'une présentation dédiée).

En complément de ces éléments explicatifs, la lecture des **chiffres-clés** permet de contextualiser l'exercice de la mission de l'établissement et d'objectiver le contenu des actions retenues au titre du Projet d'établissement.

*Code de la santé publique, Articles L3221-4, L3222-1, L6143-2, et R6111-31

Avant-propos et chiffres clés

1 – Avant-Propos

La définition de la mission de psychiatrie de l'établissement

1.1 – La mission générale de psychiatrie de l'établissement

Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier Esquirol (CHE) est un **établissement public de santé départemental** disposant d'autorisations d'activité de soins :

- En **psychiatrie générale**,
- En **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**,
- En soins de suite et de réadaptation (**SSR**) pour la filière des **blessés de l'encéphale** et pour la prise en charge des **conduites addictives**.

Il gère également des **structures** à vocation **médico-sociale** :

- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS),
- Un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Un Centre Référent de Réhabilitation psychosociale (C2R) de labellisation niveau 2,
- 21 Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)
- Au sein du Centre Expert et de Réhabilitation des Cérébro-lésés (CERCL) : une Unité d'Évaluation, de

Réentraînement et d'Orientation Sociale (UEROS), des Unités Mobiles de Réinsertion familiale et sociale-scolaire-professionnelle, un centre de bilan et d'orientation, une Equipe Gestionnaire de Parcours et le Centre de Ressources Traumatisme Crânien Limousin (CRTCL).

Organisé en pôles dans une logique de parcours de l'utilisateur¹, le CHE couvre l'ensemble du département de la Haute-Vienne et offre toutes les spécialités adultes et enfants en santé mentale structurées en filières, avec également des pôles de spécialité à vocation interdépartementale (territoire ex région Limousin):

- Le **Pôle Inter Etablissement de Psychiatrie Adulte**
- Le **Pôle Universitaire Inter Etablissement d'Addictologie** du Limousin
- Le **Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**
- Le **Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée**
- Le **Pôle des Blessés de l'Encéphale** Adrien Dany
- Le **Pôle des Usagers**

Le CHE dispose également d'un **plateau technique**.

De plus, le centre spécialisé d'accès aux soins somatiques pour personnes en situation de handicap psychique **Handi Consult'** Limousin a ouvert ses portes en avril 2018.

¹ Il s'agit de l'organisation polaire existante lors de la phase d'élaboration du Projet

d'établissement, amenée à évoluer lors de la phase de mise en œuvre (cf. page 21.)

Enfin, l'établissement a une vocation universitaire et de recherche. Une **fédération de la Recherche et de l'Innovation en Psychiatrie en Limousin (RIPsyLim)** fédère et développe toutes les actions de recherche au niveau du CH Esquirol.

Missions et capacité d'accueil

Le CHE remplit des missions de **soins**, de **prévention** et de **promotion, d'enseignement** et de **recherche** en santé mentale.

L'établissement dispose à ce titre d'un capacitaire autorisé de **866 lits et places** répartis de la manière suivante :

- Psychiatrie générale – adulte / personne âgée :
333 lits et 292 places
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :
28 lits et 42 places
- Soins de suite – affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux :
22 lits et 10 places
- Etats végétatifs chroniques, états pauci-relationnels :
15 lits
- Soins de suite – affections liées aux conduites addictives :
20 lits et 10 places
- Maison d'Accueil Spécialisée :
55 places
- UEROS :
6 places
- Unité mobile pour la prise en charge des traumatisés crâniens :
12 places
- Appartements de coordination thérapeutique :
21 places

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accueil des patients suivis en Addictologie, l'établissement a souhaité construire le **bâtiment Sully Prudhomme**, qui comprend **40 lits**. Ouvert en **octobre 2017**, ce nouveau bâtiment regroupe l'unité Simone de Beauvoir et le SSR Camille Pissarro.

1.2 – La **déclinaison** de la mission générale de psychiatrie pour les **enfants et adolescents**

Le **Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**, à vocation régionale et universitaire, regroupe les filières suivantes :

- Soins **hospitalisations**
- Soins **ambulatoires**
- Evaluations et **accès aux soins**
- **Périnatalité**
- **Maison des adolescents**
- **Enseignement – recherche**

La structuration des hôpitaux de jour initiée en 2015 se poursuit autour de thématiques d'intervention et de publics ciblés :

- La rescolarisation des « décrocheurs scolaires »
- La prise en charge et le suivi des adolescents suicidants
- La prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes et les adolescents
- La prise en charge des troubles de l'attention dès le plus jeune âge
- L'évaluation du développement et de ses troubles

Le **nouveau bâtiment** « Roger Garoux », inauguré le 4 octobre 2019, rassemble plusieurs pavillons jusqu'alors distincts. Il regroupe une unité d'hospitalisation à temps plein de 10 lits (+ 1 lit d'accueil d'urgence et une chambre d'apaisement non comptabilisés dans la capacité d'accueil) ainsi qu'une unité d'hospitalisation de semaine de 10 lits.

Enfin, dans le cadre de la création de la filière « Evaluations et accès aux soins », le système de **primo-évaluations** a été mis en œuvre et vise à répondre aux demandes croissantes de la façon la plus efficace possible.

Les soins sans consentement

1.3 – La mission de l'établissement

L'établissement est chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement sur le département de la Haute-Vienne². Dans ce cadre, il est amené à dispenser 2 types de soins faisant l'objet de formalités d'admission différentes :

*Soins **à la demande du directeur de l'établissement (SDDE**, anciennement soins à la demande d'un tiers - SDT), qui représentent **en moyenne 80%** du nombre des admissions en soins sans consentement.

Quatre conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
- Un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du malade.

*Soins psychiatriques **sur décision du représentant de l'Etat (SDRE** d'Urgence Maire ou SDRE Préfet, anciennement hospitalisation d'office - HO).

Quatre conditions doivent être réunies :

- Les 3 premières sont identiques à celles des SDDE
- La quatrième condition est l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

² Conformément au code de la santé publique et notamment à l'article L3222-1.

Les patients en soins sans consentement sont pris en charge soit sous la forme d'une **hospitalisation complète (HC)**, soit sous la forme d'un **programme de soins** qui peut intervenir dans les 72 heures suivant l'admission en HC, et qui est établi par un psychiatre conformément aux recommandations de la HAS. En 2018, 96 patients ont bénéficié d'un programme de soins.

Les rapports annuels d'activité de l'établissement témoignent depuis 2016 d'un **fléchissement progressif des admissions** en soins sans consentement. En 2018, elles ont représenté **13,24% du nombre total d'admissions en Hospitalisation complète** (575 / 4344) et ont concerné **671 patients**.

1.4 – L'organisation institutionnelle des soins sans consentement

La **procédure institutionnelle** décrit la conduite à tenir en termes de :

- Formalités d'admission et de transfert,
- Procédure normale ou d'urgence,
- Rédaction des certificats médicaux,
- Transport,
- Transformation des soins libres en SDDE/SDRE, de transformation des SDDE en SDRE,
- Levée des soins,
- Saisine du juge des libertés et de la détention,
- Collège d'experts,
- Sorties de courte durée,
- Information, droits et voies de recours du patient,
- Fugue...

Les **certificats médicaux** de suivi et l'ensemble des actes médico-légaux prévus par la réglementation sont rédigés par les psychiatres de l'établissement, y compris les week-end et jours fériés (psychiatre de garde).

Le **bureau des admissions** assure la gestion administrative et réglementaire des dossiers, et veille à la conformité des documents ainsi qu'au respect des échéances, en coordination avec l'ARS et la Préfecture. En dehors des horaires d'ouverture du bureau des admissions, les professionnels de l'accueil formés aux différentes procédures permettent d'assurer la continuité de la gestion des dossiers.

Il est à noter que l'établissement a fait le choix d'organiser la prise en charge des patients admis en soins sans consentement **uniquement dans des unités dédiées et fermées**. L'objectif est de préserver la liberté d'aller et venir des patients admis en soins libres, et d'adapter autant que possible les conditions d'hospitalisation de ces deux publics différents.

Le **contrôle du Juge des Libertés et de la Détention** sur la régularité de la procédure intervient dans les délais fixés réglementairement. Les audiences ont lieu 2 fois par semaine (lundi et jeudi matin) et **se déroulent au CH Esquirol dans un espace aménagé** comprenant une salle d'audience conforme aux directives du Ministère de la Justice, une salle pour les avocats, ainsi qu'une salle pour les patients et leurs proches. En 2018, le Juge a prononcé 10 levées de mesure pour 575 admissions sans consentement, soit 1.73% des cas.

L'assistance d'un avocat étant obligatoire lors des audiences, le service social du CH Esquirol constitue les dossiers d'aide juridictionnelle pour les patients susceptibles d'y être éligibles. En 2018 : 77% des demandes transmises ont fait l'objet d'un accord de prise en charge totale ou partielle des services de l'aide juridictionnelle du TGI de Limoges.

L'hospitalisation de la personne détenue et les modalités d'intervention en milieu pénitentiaire

L'établissement intervient dans la prise en charge psychiatrique et addictologique de la population carcérale dans le cadre :

- de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (**USMP**) de la Maison d'Arrêt de Limoges (Soins de niveau 1, ambulatoire),
- d'hospitalisations à temps complet en psychiatrie (soins de niveau 3).

1.5 – Les interventions en milieu pénitentiaire : l'USMP

L'établissement est chargé par l'ARS de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie³, en complémentarité avec le CHU de Limoges pour les soins somatiques.

Le périmètre de ces interventions est défini au sein d'un **protocole** signé par le Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, le Directeur général du CHU de Limoges, la Direction Inter-régionale des Services Pénitentiaires et la Maison d'Arrêt de Limoges, dans sa version en vigueur du 15/09/2014 (actuellement en cours de modification).

La convention précise les modalités de coordination entre l'établissement et le CHU de Limoges dans le cadre de l'USMP, ainsi que les missions et les moyens mutualisés.

³ Code la santé publique, articles R6111-31 et R6112-15.

Un **comité de coordination** constitué de l'ensemble des acteurs de la convention se réunit une fois par an et examine le rapport annuel d'activité.

Sur la base de cette convention, le CH Esquirol assure aux personnes détenues à la Maison d'Arrêt de Limoges l'ensemble des prestations ambulatoires, relevant de la psychiatrie et de l'addictologie, ainsi que des actions de prévention et d'éducation pour la santé en synergie avec le CHU de Limoges et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). La Maison d'Arrêt met à disposition des locaux mutualisés permettant l'exercice de ces missions.

L'équipe pluridisciplinaire de Psychiatrie et d'Addictologie chargée de ces missions est identifiée et formée. Elle est composée des professionnels suivants : Praticien Hospitalier, Psychologue, Infirmiers, Cadre de santé, Secrétaire et Assistant Socio-Educatif (4,3 ETP).

Cette équipe intervient sur la Maison d'Arrêt de Limoges à raison de **9 demi-journées par semaine** avec une présence médicale sur 4,5 journées hebdomadaires, selon un calendrier prédéfini en accord avec l'ensemble des intervenants et au regard de la disponibilité des locaux. En dehors des plages de fonctionnement de l'USMP, il est fait appel à « SOS Médecins » ou au SAMU-Centre 15 conformément à la convention cadre.

En 2018, l'activité a représenté **1 736 actes EDGAR** en établissement pénitentiaire.

1.6 – L'hospitalisation de la personne détenue

Les personnes détenues sont hospitalisées **sur décision du représentant de l'Etat** (arrêté préfectoral sur la base d'un certificat médical circonstancié) conformément aux dispositions du Code de procédure pénale⁴ et à la **procédure institutionnelle**. Cette dernière détaille les modalités d'accueil du détenu lors de son arrivée ; la conduite à tenir en cas de transfert vers le CHU pour une consultation / hospitalisation / urgence ou vers le TGI et la Maison d'arrêt ; et l'ensemble des conditions et règles à respecter durant l'hospitalisation.

Le CH Esquirol accueille les détenus/prévenus nécessitant une hospitalisation complète en psychiatrie sur l'unité J. DELAY 1 (**Unité de soins adaptés, capacité de 4 lits**).

Cette unité fermée bénéficie d'**équipements spécifiques** (dispositif de surveillance, mobilier adapté) permettant d'accueillir les détenus dans des conditions optimales de sécurité.

Les personnes hospitalisées proviennent majoritairement de la Maison d'Arrêt de Limoges, et plus ponctuellement de la Maison d'Arrêt de Guéret.

Dans la mesure du possible, les règlements pénitentiaires demeurent applicables à l'égard du détenu admis à l'hôpital, notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur.

⁴ Article D398

Le retour de la personne détenue hospitalisée vers l'établissement pénitentiaire s'effectue dès réception de l'arrêté préfectoral de levée de l'hospitalisation.

La politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération

1.7 – Politique à l'échelle nationale

L'établissement s'inscrit depuis de nombreuses années dans une **forte démarche de coopération**, comme en témoigne son appartenance au Groupement Hospitalier de Territoire (**GHT**) **du Limousin** aux côtés de 17 autres structures hospitalières.

Il est à l'origine de la création du Groupement de Coopération Sanitaire (**GCS**) « **Santé Mentale et Handicap du Limousin** » qui a pour objet de fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du Limousin autour de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune dans le secteur de la santé mentale et du handicap. Le GCS regroupe 68 membres pour 241 établissements et services⁵.

L'établissement adhère également au **GCS EPSILIM** qui héberge et coordonne le Groupement régional de commandes (GRC) et l'Observatoire Régional des Urgences (ORUlim).

Par ailleurs, la Ville de Limoges et l'établissement se sont associés pour mettre en place un **Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)** sur le territoire de la ville. Cet engagement réciproque a

⁵ Données issues du Rapport d'activité 2018

donné lieu à la signature de la Charte fondatrice du CLSM le 31 octobre 2014. Le CLSM se définit comme une **plateforme de concertation** et de **coordination** ayant pour objectifs :

- De définir des politiques locales,
- De mettre en place des actions pour améliorer la santé mentale des populations,
- De favoriser l'accès aux soins et d'éviter les ruptures.

Dans la droite lignée de ces travaux, deux autres CLSM ont ensuite vu le jour : à **Saint-Yrieix la Perche** en février 2018, et à **Bellac** en septembre 2019.

Il est également important de préciser que l'établissement est membre du **réseau Périnat** (réseau de santé en périnatalité de Nouvelle-Aquitaine, qui rassemble, de manière pluridisciplinaire les acteurs de la périnatalité autour de projets pour la prévention, la promotion de la santé, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques) et du **réseau Addictlim** : réseau de santé régional ville-hôpital en addictologie, destiné à aider les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, travailleurs socio-éducatifs...) dans leur prise en charge des patients.

1.8 – Actions de coopération internationale

Le Centre Hospitalier Esquirol s'est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche de coopération internationale. Plusieurs **conventions de jumelage** ont été signées afin de transmettre aux différents partenaires des savoirs et « savoir-faire » et ainsi soutenir le développement des compétences dans les pays concernés. Il s'agit également d'acquérir de nouvelles connaissances grâce à l'échange qui nourrit chacun de ces partenariats. Les jumelages permettent, grâce à l'accueil de stagiaires étrangers au sein de la structure et à l'animation de formations dans les pays partenaires, de confronter les expériences et de tisser des liens professionnels forts.

C'est notamment le cas avec le Maroc et le Togo où des thématiques telles que le développement de la prise en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la formation des médecins à l'addictologie ou encore les urgences psychiatriques ont pu être travaillées. Par ailleurs, des discussions ont été engagées en 2019 avec l'Université de Médecine de Hue (Vietnam) afin de mettre en place un éventuel jumelage.

La culture au CH Esquirol

L'établissement mène une politique active sur le plan culturel. En 2018, un « **Projet culturel** » d'envergure a été mené afin de mettre en œuvre un grand nombre d'**ateliers sur les arts** pluridisciplinaires et d'organiser des **ouvertures sur les événements de la cité**. L'établissement a souhaité dédier en ses murs un lieu à la culture (« **l'Espace culturel** ») pour encourager le développement des ateliers et manifestations et offrir les meilleures conditions matérielles possibles à leur réalisation.

Le premier objectif de la politique culturelle institutionnelle est d'**offrir aux patients et résidents la possibilité de faire évoluer leur perception d'eux-mêmes et du monde hospitalier** grâce à l'art et par l'art. Ce dernier concourt à la prise en charge non médicamenteuse : il déstigmatise la maladie mentale, permet au patient de se révéler par ses créations, et remplit un rôle de trait d'union entre l'hôpital et la vie « hors les murs ». Tous les patients du CH Esquirol sont concernés et bénéficient de ces actions, y compris les patients admis en soins sans consentement.

La démarche culturelle vise également à améliorer la **qualité de vie au travail des professionnels** en leur permettant de diversifier leurs approches auprès des patients (de l'art à l'**art-thérapie**) et d'assister à des manifestations variées (expositions, journées à thèmes, animations à la cafétéria...).

2 – Chiffres-clés

Les rapports d'activité successifs fournissent en détail les données relatives à l'activité de l'établissement.

Plusieurs d'entre elles peuvent être utilement rappelées par le présent Projet d'établissement afin d'éclairer sa lecture et son analyse.

Données d'activité médicale (année 2018)

2.1 – Files actives

La **file active globale de psychiatrie** (adultes et enfants) représente **18 385 patients en 2018** (avec **5 944 nouveaux patients** soit 32,33% de la file active totale).

Cette file active globale est en légère baisse par rapport à l'année précédente (-2,09%).

La **file active ambulatoire** représente 17 715 patients (adultes et enfants).

La **file active temps complet** compte 2 775 patients (adultes et enfants).

La **file active de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** compte **2 502 patients** (dont 1 174 nouveaux patients), soit une diminution de 9,81% par rapport à 2017. Il est à noter que plus de **96%** des enfants et adolescents sont exclusivement pris en charge en **ambulatoire**.

L'activité d'hospitalisation de **SSR** (toutes prises en charge) comptabilise **683 séjours** avec une file active de **426 patients**.

2.2 – Répartition géographique

94% des patients pris en charge en 2018 sont originaires de la **région ex-Limousin** (dont 88,14 % de haut-viennois et une proportion quasi-égale de personnes originaires de la Creuse et de la Corrèze).

3,6% des patients sont originaires de la Nouvelle-Aquitaine (hors Limousin), et 2,4% proviennent de toutes les autres régions de France (hors DOM), voire de pays étrangers.

2.3 – Séjours temps complet / temps partiel

En 2018, on compte **4 276 séjours à temps complet** (soit 105 498 journées) pour 2 775 patients, soit une diminution de 4,21% par rapport à l'année précédente.

Le nombre de patients pris en charge à temps partiel diminue lui-aussi à hauteur de 4,42% (**53 140 équivalent journées temps partiel** pour 1 555 patients (HJ+HN+AT)).

2.4 – Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH)

La **DMH Temps Plein (38,01 jours)** augmente d'à peine un jour entre 2017 et 2018 mais reste inférieure de 2 jours à celle de 2014.

La **Durée moyenne de prise en charge en hospitalisation de jour (34,29 jours)** diminue quant à elle sensiblement de 3 jours entre 2017 et 2018 et de 11 jours par rapport à 2014.

La **DMH du CH Esquirol reste très inférieure à la DMH nationale** (autour de 40 jours). Cette différence est principalement le résultat de la **politique de développement de l'activité ambulatoire** portée par l'établissement, **très impliqué dans le virage ambulatoire**.

2.5 – Prise en charge ambulatoire

17 715 patients ont été suivis en ambulatoire en 2018, soit une diminution de 1,93% par rapport à 2017. Toutefois, le nombre d'**actes EDGAR** (entretien (E), démarche (D), groupe (G) accompagnement (A) ou réunion (R)) **augmente de plus de 3%** (et de 18,55% depuis 2014) avec **135 713 actes**.

En 2018, les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire représentent **82.28 %** de la file active ambulatoire sur l'ensemble du CH Esquirol en psychiatrie.

Données sociales
(source : bilan social 2018)

ETP : équivalent temps plein
ETPR : équivalent temps plein rémunéré
PNM (personnel non médical)
PM (personnel médical)

2.6 – Effectifs en équivalent temps plein rémunéré (ETPR)

En 2018, le PM représente 81,66 ETP et le PNM 1 366 ETP, soit un **total de 1 448 ETP** (hausse de 0,39% par rapport à 2017).

Parmi le personnel non médical, la **part d'ETP permanents** parmi l'effectif total a augmenté entre 2017 et 2018 (**+ 8,07 ETP**). Les **ETP non permanents** représente quant à eux **7,27% de l'effectif total**.

2.7 – Masse salariale

En 2018, la hausse des effectifs du **PNM** a impacté la masse salariale (+ 1,16%) qui représente **63 629 379 €**.

Le total de la masse salariale du **PM** est de **7 960 867 €**, en baisse de 1,47% en raison de la diminution des effectifs.

La **masse salariale totale** en 2018 est donc de **71 590 246 €** (+ 0,86%).

2.8 – Absentéisme

En 2018, **l'absentéisme global** pour motif médical et non médical a connu les évolutions suivantes :

- Pour le **PNM** : **baisse de l'absentéisme global** entre 2017 (8,26%) et 2018 (**7,13%**).

Cet absentéisme global représente **35 545 journées d'absence**.

- Pour le **PM** : **hausse** de l'absentéisme global entre 2017 (2,53%) et 2018 (**7,09%**)

Les principaux **motifs** d'absentéisme sont :

Pour le **PNM** :

- La **maladie ordinaire** (**42%** contre 38% en 2017)
- Les congés **longue maladie/longue durée** (**31%** contre 33% en 2017)

Pour le **PM** :

- Les congés **maternité/paternité** (**56%** contre 42% en 2017)
- La **maladie ordinaire** (**40%** contre 57% en 2017).

Méthodologie : élaboration et mise en œuvre

1 – Les différentes phases d'élaboration du Projet d'établissement..P.18

- L'évaluation du Projet d'établissement 2014-2018.....P.18
- L'élaboration des projets/actionsP.19
- La priorisation et la consolidation.....P.20

2 – La mise en œuvre du Projet d'établissement.....P.21

3 – Organisation polaire rénovée au service de la mise en œuvre du Projet d'établissement.....P.21

Le Projet d'établissement et l'ensemble de ses travaux préparatoires découlent des grandes orientations du **Projet Régional de Santé (PRS)** et s'inscrivent dans la continuité des **travaux du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**. La méthodologie retenue a également tenu compte des spécificités du territoire et du contexte actuel avec la mise en œuvre d'une **Direction commune** entre le CH Esquirol, le CH La Valette de Saint-Vaury et l'EHPAD La Chapelaude à compter du 1^{er} janvier 2020.

Ce projet d'établissement est le fruit d'un **processus participatif, pluridisciplinaire et pluriprofessionnel** déployé d'avril à novembre 2019. Les travaux menés et les nombreux échanges ont permis d'identifier des axes de travail clairs, discutés et intégralement ciblés sur une meilleure réponse aux besoins de l'utilisateur.

La **phase d'élaboration** du Projet d'établissement a été rythmée par un **accompagnement méthodologique** constant de la part de la Direction des affaires générales et de la coopération. L'approche pédagogique adoptée et la fourniture de supports-types de travail ont eu pour objectif d'homogénéiser sur la forme les travaux fournis par les différents groupes de travail et ainsi d'optimiser leur analyse.

Le contenu finalisé du présent Projet d'établissement reprend la **substantifique moelle des actions** proposées par les acteurs et retenues par le comité de pilotage. En raison de la nature-même du Projet d'établissement (qui définit la politique générale de la structure et diffère donc d'un outil opérationnel détaillé), la présentation retenue rappelle uniquement l'intitulé des actions à mettre en place, ainsi que leurs objectifs et descriptifs respectifs. Toutefois, les fiches actions dans leur intégralité demeureront bien la base de travail (en tant que fiches outils) lors de la **phase de mise en œuvre et de suivi** du Projet d'établissement, en conformité avec la méthodologie décrite dans les développements qui suivent.

Méthodologie : élaboration et mise en œuvre

1 – Les différentes phases d'élaboration du Projet d'établissement

La méthodologie retenue a privilégié le recours à une **méthode participative tout au long des travaux d'élaboration**, intégrant la contribution des différents professionnels et partenaires de l'établissement (au titre desquels figuraient les représentants des usagers). Ainsi, plusieurs **groupes de travail opérationnels** se sont réunis et ont participé directement à la construction du projet, sur la base des orientations stratégiques fixées par le **comité de pilotage**.

L'élaboration du Projet d'Établissement s'est déroulée en **3 temps forts** :

- 1- Actualisation des orientations stratégiques,
- 2- Elaboration des projets,
- 3- Priorisation et consolidation du Projet d'Établissement.

Un **accompagnement méthodologique constant** a été assuré par la Direction des affaires générales et de la coopération, afin notamment d'atteindre les objectifs fixés tout en respectant le calendrier resserré (lancement des travaux en avril 2019 avec validation du projet définitif aux instances de décembre 2019).

1.1 – L'évaluation du Projet d'établissement (PE) 2014 - 2018

Objectif

Il convenait en premier lieu de dresser un **bilan** du précédent Projet d'établissement ainsi qu'un **diagnostic partagé**, afin de pouvoir établir et valider les orientations stratégiques du Projet d'établissement 2019-2023.

Méthodologie retenue

Avril 2019 : des **rencontres** sont organisées par la Présidence de CME et le Directeur avec les **trios de chaque pôle** (Chef de Pôle, Cadre Paramédical de Pôle et Directeur Référent de Pôle), les **Adjoints** du Chef de Pôle et les **Cadres Administratifs** de Pôle. La mission d'autodiagnostic confiée a pu ainsi être présentée, au travers des attendus suivants :

- Réalisation par chaque pôle d'un bilan de la mise en œuvre du PE 2014-2018, en **bureau de pôle élargi** afin de répondre à la volonté forte d'associer le plus largement possible les professionnels
- Identification des **besoins des patients**
- **Perspectives** et **prospectives** : quelles réponses à quels besoins ? (définition des grandes évolutions attendues dans les 5 à 10 prochaines années).
- Réflexion sur les **valeurs partagées** autour de nos missions.

Mai 2019 : la présentation des différents autodiagnostic a permis au comité de pilotage **d'actualiser les orientations stratégiques** de l'établissement, en complémentarité avec les éléments issus du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et du Projet Régional de Santé (PRS). Ces orientations convergent par ailleurs avec les axes de travail du PTSM.

Les orientations stratégiques retenues

Sur la base de ces travaux, le comité de pilotage a retenu **6 orientations stratégiques** :

- l'accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, la gradation des soins
- la prévention, la coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale,
- l'articulation et la transition des soins aux différentes étapes de la vie (enfant, adulte, personne âgée),
- la prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et la réhabilitation psychique, sociale et familiale,
- la prise en charge du patient dans le respect de sa citoyenneté et de son environnement,
- la formation, l'enseignement, la recherche et l'innovation.

La **politique de promotion** à mener dans le cadre de ces 6 orientations a ensuite été **déclinée en 4 axes** :

- Axe 1 : La promotion de la santé mentale, de l'addictologie et de la prise en charge des blessés de l'encéphale.
- Axe 2 : La promotion des droits des usagers.
- Axe 3 : La promotion de la recherche, de l'enseignement, de la formation et de l'innovation.
- Axe 4 : La promotion du dynamisme et de l'attractivité de l'établissement.

Pour la poursuite des travaux, **15 thématiques concrètes** ont été retenues afin d'être confiées aux groupes de travail opérationnels.

1.2 – L'élaboration des projets/actions

Objectif

En s'appuyant sur des pilotes et copilotes, le comité de pilotage a constitué **15 groupes de travail** chargés de mener une réflexion pluri professionnelle et pluridisciplinaire autour des thèmes confiés. Ainsi, un **appel à candidatures** a été diffusé à l'attention de l'ensemble des professionnels de la structure pour leur proposer, sur la base du volontariat, de rejoindre les groupes de travail.

A partir d'un support-type de fiche action fourni au préalable, le comité de pilotage a demandé à recevoir **3 à 5 propositions d'actions** de la part de chaque groupe de travail.

Méthodologie retenue

Juin 2019 : une **lettre de mission** est adressée par le Directeur et la Présidente de la CME aux **pilotes et copilotes** de chacun des groupes de travail. Elle rappelle les orientations stratégiques et les axes de travail retenus, et présente les missions et attendus. Elle fournit en annexe la **trame de fiche action** à utiliser.

Il est préconisé aux membres des groupes de travail de recourir à la **méthode SMART** (Spécifique et Simple ; Mesurable ; Ambitieux et Accessible ; Réaliste ; Temporel).

La lettre de mission présente également la future **architecture du Projet d'établissement**, en distinguant sa colonne vertébrale (à savoir : la prise en charge médico-soignante, psychologique ainsi que la réhabilitation psychosociale) des projets supports suivants :

- Le projet social et managérial
- Le projet recherche
- Le projet qualité – GDR
- Le projet des usagers
- Le schéma directeur du système d'information

Par ailleurs, le Plan directeur et Programme d'Investissements constituera la traduction financière et immobilière du Projet d'établissement.

Les résultats des travaux

Grâce à la démarche participative et à **l'investissement fort des professionnels et de l'encadrement des pôles**, un total de **93 fiches actions** a été remis par les groupes. Le **travail fourni, particulièrement riche, est à souligner.**

1.3 – La priorisation et la consolidation

Objectif

Cette phase visait à s'appuyer sur les travaux fournis par l'ensemble des groupes pour **identifier l'architecture définitive** du projet et **arrêter son contenu** de la manière la plus pertinente possible.

Méthodologie retenue

La Présidence de CME et la Direction ont procédé à une **analyse globale et transversale de l'ensemble des propositions** d'actions et de projets supports remis par les groupes. Ce travail a permis de remettre aux membres du comité de pilotage une **synthèse des travaux** ainsi qu'une liste argumentée concernant les propositions non retenues. Dans une logique de transparence et de vue d'ensemble, l'intégralité de 93 fiches actions a également été communiquée aux membres du comité de pilotage.

Le comité de pilotage a acté l'architecture du projet final et un **retour écrit a été adressé aux groupes** de travail (via les pilotes et copilotes) par le Directeur et la Présidence de CME afin de tenir tous les acteurs informés de l'avancée des travaux et de les remercier pour leur implication.

A l'issue de la phase rédactionnelle, une version de travail du Projet d'établissement a été présentée le 18 novembre 2019 lors du dernier comité de pilotage, afin de parvenir à sa **version définitive** présentée au **cycle d'instances** de décembre 2019.

2 – La mise en œuvre du Projet d'établissement

Le présent Projet d'établissement, dans son volet de Projet de coordination et dans ses Projets supports, reprend **la substantifique moelle des actions** proposées par les acteurs et retenues par le comité de pilotage. Il définit la politique et la stratégie générale de l'établissement pour les 5 ans à venir. Sa qualité de feuille de route 2019 – 2023 lui impose de rester lisible et clair, en fournissant une vision d'ensemble des objectifs fixés. En ce sens, le présent Projet retranscrit l'intitulé des actions retenues ainsi que leurs objectifs et descriptifs respectifs, sans intégrer les détails de chacune des fiches actions dont les champs étaient nombreux. Ce choix s'entend comme une décision de pure mise en forme qui n'annule aucunement le contenu des fiches actions, car il **laisse à la phase opérationnelle de suivi et de mise en œuvre le soin d'acter les calendriers à respecter, les acteurs à mobiliser et les indicateurs de suivi à mettre en place.**

Ainsi, l'intégralité du contenu des fiches actions proposées par les groupes de travail et retenues au titre du Projet d'établissement constitue désormais une **base de fiches outils. Le travail déjà engagé** lors de la phase d'élaboration pour proposer des jalons de mise en œuvre, quantifier les ressources et moyens à mobiliser et dessiner des indicateurs de suivi et de résultat va pouvoir **se poursuivre** cette fois dans une logique **opérationnelle.**

La Direction et la Présidence de la CME souhaitent que **la méthodologie participative soit maintenue** tout au long de

la phase de mise en œuvre et de suivi du Projet d'établissement en permettant à des groupes de travail pluridisciplinaires et pluri professionnels de **s'investir dans l'application et la déclinaison des actions qu'ils ont eux-mêmes pensées et proposées.** Tout professionnel, même non impliqué lors de la phase d'élaboration, sera invité à participer à ces travaux afin de pouvoir apporter sa pierre à l'édifice et développer son rôle d'acteur au sein de la vie de l'établissement.

3 – Organisation polaire rénovée au service de la mise en œuvre du Projet d'établissement

Au regard des constats posés lors de la phase d'autodiagnostic, et après sollicitation des membres du Comité de pilotage, du Directoire, et une présentation en AG CME, la Direction et la Présidence de la CME ont décidé de procéder à une **réorganisation polaire** comme suit, et illustrée dans le schéma ci-après :

- Pôle Universitaire Inter-Etablissement de Psychiatrie de l'Adulte et d'Addictologie
- Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant/Adolescent/Périnatalité
- Pôle des Blessés de l'Encéphale
- Pôle d'Activités Transversales
- Fédération Universitaire de Recherche, d'Innovation et d'Enseignement
- Pôle des Usagers

Cette réorganisation vient au service de la mise en œuvre du Projet d'établissement et de la **logique de parcours.** Sa pertinence sera réévaluée périodiquement afin de vérifier qu'elle répond pleinement aux objectifs fixés.

L'organisation polaire renouvelée



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

5 axes déclinés en un total de **38 actions** :

- 1 - Faciliter l'accès aux soins.....P.24**
 - Un engagement pluriel au bénéfice de tous les patients..P.24
 - L'offre de soins de proximité.....P.27
 - L'égalité d'accès aux soins psychiques et somatiques.....P.29
- 2 - Renforcer la prévention et le repérage précoce.....P.30**
 - Un objectif commun à toutes les filières.....P.30
 - Le risque suicidaire.....P.33
 - Les nouveaux risques.....P.34
- 3 - Coopérer au service d'un meilleur maillage territorial.....P.35**
- 4 - Affiner et coordonner les parcours.....P.36**
 - La coordination générale des parcours.....P.36
 - La RPS comme étape intégrante des parcours.....P.38
- 5 - Respecter toujours davantage les droits des usagers et lutter contre la stigmatisation.....P.39**

Le projet de coordination médico-soignante, psychologique, et de réhabilitation psychosociale constitue la **colonne vertébrale du Projet d'établissement** et se décline en **38 actions**.

Il est le fruit d'un **travail participatif** réalisé sur la base de l'autodiagnostic de chaque pôle. 10 groupes de travail pluri professionnels se sont ainsi réunis afin de travailler sur les actions à mettre en place concernant leurs thèmes de travail respectifs. Leurs propositions d'actions ont ensuite fait l'objet d'une étude et d'une validation en comité de pilotage afin d'aboutir au Projet d'établissement définitif.

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

Axe 1 – Faciliter l'accès aux soins

L'axe « Faciliter l'accès aux soins » se décline en **3 sous-axes** et **15 actions** au total.

Sous axe : Un engagement pluriel au bénéfice de tous les patients

Les différentes filières de soins œuvrent à faciliter l'accès aux soins dans une logique d'adaptation aux besoins de chaque public, mais également de transversalité. En ce sens, il est également opportun d'augmenter la visibilité et la lisibilité de l'offre de soins de l'établissement.

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

Objectifs

Proposer une **offre de soins lisible** tant dans ses **portes d'entrée** que dans sa **structuration, toutes filières confondues**.

Rendre visibles les lieux d'évaluation et les propositions de soins, en intra comme en extra hospitalier, pour les professionnels sanitaires et médico-sociaux, les partenaires et les usagers.

Descriptif

Travail sur la **lisibilité**

- 1- Travailler la **clarification** de l'offre de soins et de ses portes d'entrée, sous le pilotage de la Direction et de la Présidence de CME **en conformité** avec les travaux de structuration engagés au titre du **Projet d'établissement**, et en groupe(s) de travail interpôles et pluri professionnel(s)
- 2- Renforcer les **CPSM** (Centres de proximité en santé mentale) et poser le principe de la **première évaluation** en CPSM (hors urgence)
- 3- Développer les **CLSM** (Conseils locaux de santé mentale) et/ou les axes « santé mentale » rattachés à un CLS (Contrat local de santé)
- 4- Mettre à jour les **organigrammes** fonctionnels

Travail sur la **visibilité**

- 1- **Formaliser** les **supports** de communication en associant le Pôle des Usagers
- 2- Procéder régulièrement à leur **diffusion** envers les professionnels, les partenaires et les usagers
- 3- Actualiser le **site internet** au regard des évolutions structurelles, et revoir son ergonomie

Action 1.2 – Optimiser l'accès aux soins via les **primo-évaluations** en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Objectifs

Développer le processus de régulation des primo-évaluations.

Optimiser la réponse proposée en termes d'**adéquation demande/délai**.

Améliorer la traçabilité des échanges avec les demandeurs.

Descriptif

- 1- Disposer d'un n° unique pour collecter les demandes et d'un formulaire adressé aux parents ou institutions.
- 2- Traiter et évaluer des demandes en réunion pluridisciplinaire (proposition d'un RDV sur le pôle ou réorientation vers d'autres pôles/acteurs).

Action 1.3 – Développer les **téléconsultations** et **téléexpertises** pour les **Blessés de l'Encéphale** et en Psychiatrie de la **Personne Agée (PPA)** dans les CPSM et EHPAD du 87

En lien avec l'action 1.10 « Renforcer l'offre de soins de proximité » et 1.6 « Création du Centre Ressource Régional Nouvelle-Aquitaine en PPA »

Objectifs

Permettre des consultations de proximité en télémédecine et répondre aux besoins de prise en charge de proximité des patients concernés.

Eviter les ruptures de parcours et les temps/coûts de transport.

Descriptif

- 1- Définition des modalités de déploiement de cette activité au niveau des **EHPAD**, des **CPSM (PPA)** et des **institutions** accueillant des blessés de l'encéphale (BE)
- 2- Définition d'outils d'observation et de transmission
- 3- Mise en place d'une structuration au sein des filières PPA et BE afin de dédier un temps de télémédecine.

Action 1.4 – **Coordination** des Urgences psychiatriques, de la psychiatrie de liaison et de l'Unité Morel dans la **gestion** de la **crise psychique** du **patient adulte**

Objectifs

Rapprocher et homogénéiser ces structures, en rationalisant leur organisation et leur fonctionnement.

Favoriser ainsi une **orientation rapide et adéquate** dans la structure, et éviter les hospitalisations inappropriées.

Descriptif

- 1- **Redéfinir les missions** respectives et renforcer la **collaboration**
- 2- Clarifier notamment les interventions de la psychiatrie de liaison sur les CH des différents bassins de population
- 3- Renforcer la collaboration des unités situées au **CHU** avec ce dernier
- 4- Donner de la **lisibilité** aux consultations de suivi de gestion de crise aux urgences du CHU
- 5- Recentrer les urgences psychiatriques dans leur rôle, différent de celui des CPSM

Action 1.5 – **Parcours** de soins en **addictologie** : accueil et évaluation

Objectifs

Mieux repérer les populations fragiles et les besoins, afin de proposer une **prise en charge adaptée** au patient en situation de crise.

Descriptif

- 1- **Diversifier** les modalités d'accès à l'évaluation (télémédecine, visio-conférence, supervisions et mobilité des professionnels...)
- 2- Créer un **dispositif hospitalier spécifique d'évaluation en Addictologie** (en association avec l'équipe de liaison et toutes les équipes de l'ambulatoire d'Addictologie)
- 3- Poursuivre l'extension de l'équipe ambulatoire addictologie sanitaire et médico-sociale

Action 1.6 – Création du **Centre Ressource Régional Nouvelle-Aquitaine en Psychiatrie de la Personne Agée (PPA)**

Objectifs

Proposer au sujet âgé une prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée.

Renforcer l'**expertise clinique** existante en PPA et positionner le CHE en qualité de **coordonnateur de réseau** dans la prise en charge de recours régionale.

Favoriser l'enseignement, la formation et la recherche sur la PPA en Nouvelle-Aquitaine.

Développer la téléexpertise (en lien avec l'action 1.3).

Descriptif

- 1- Définition des moyens humains, matériels et des modalités de fonctionnement et constitution d'un dossier
- 2- Dépôt du projet auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

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

Objectifs

Sensibiliser et informer les professionnels de santé sur les risques **psychiques liés à l'activité de soignant, en intra et en extra**.

Mettre en place des consultations pour l'évaluation des risques psychiques liés à une profession de santé, ainsi qu'une prise en charge thérapeutique spécifique.

Descriptif

- 1- **Identifier** l'unité de recours spécialisée dans la prise en charge des soignants
- 2- Définir les modalités de fonctionnement et le périmètre d'intervention
- 3- Organiser l'information auprès des professionnels de santé (publications dans des revues spécialisées, réunions professionnelles, médiatisation)
- 4- Mener une **réflexion** sur une filière éventuelle d'**hospitalisation**

Action 1.8 – Développer l'accès aux approches non-médicamenteuses pour tous les patients

En lien avec l'action 1.5 du Projet Qualité-GDR « Poursuivre la démarche de lutte contre la douleur »

Objectifs

Aborder l'accès à ces approches dans une logique de **décloisonnement** et de **transversalité** (art-thérapie, TCC, hypnose, musicothérapie, méditation de pleine conscience, relaxation, toucher-massage, médiation animale, thérapie systémique, activité physique adaptée...), à **visée antalgique et psychothérapique**.

Descriptif

- 1- Travail en lien avec **l'existant** au CHE pour élaborer une offre de prise en charge structurée et transversale
- 2- **Formation des professionnels** des différentes filières, et réinvestissement
- 3- Poursuite du développement des approches non-médicamenteuses déjà en place, à destination de l'ensemble des patients

Sous axe : L'offre de soins de proximité

Sur la base des travaux d'autodiagnostic, l'établissement souhaite développer l'offre de soins de proximité et en faciliter l'accès de manière globale.

Il s'agit également de mener certaines actions ciblées sur la filière enfant – adolescent – périnatalité.

Action 1.9 – Faciliter l'accès aux soins de proximité

Objectifs

Rendre accessibles les différentes spécialités/filières de l'hôpital sur les CPSM (Centres de proximité en santé mentale) en niveau 1 et 2, au même titre qu'en intra-hospitalier

Promouvoir les CPSM, leurs rôles et leurs offres de soins auprès des publics cibles.

Respecter le **droit du patient à décider** de son parcours.

Descriptif

- 1- **Redéfinir les territoires de proximité** sur le Nord de la Nouvelle-Aquitaine
- 2- Redéfinir les CPSM (en lien avec le **PTSM** et les **Pôles inter-établissements**)
- 3- Renforcer la formation des intervenants des CPSM (socle commun de l'évaluation et de l'orientation) et homogénéiser les pratiques
- 4- Travailler sur les organisations et les amplitudes horaires pour tendre à réduire les délais de consultation

Action 1.10 – Renforcer l'offre de soins de proximité

En lien avec l'action 1.3 « Développer les téléconsultations et téléexpertises »

Objectifs

Renforcer l'offre de soins de niveau 1 des **CPSM**, l'intervention des **équipes mobiles** sur le territoire et le **partenariat** avec la **médecine libérale**.

Descriptif

- 1- En fonction des ressources médicales disponibles, travailler sur l'offre de **consultations** de psychiatrie de l'adulte, de la personne âgée, d'addictologie, de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatalité dans chaque **CMP périphérique**
- 2- Développement des coopérations des **équipes mobiles**
- 3- Développement d'outils innovants de **télé médecine**
- 4- Développement des Comités Locaux des Usagers (CLU) et des **CLSM**

Action 1.11 – Création de deux nouvelles Unité de Soins Intensifs du Soir (**USIS**) pour les enfants de 5 à 7 ans

Objectifs

Repérer et **prendre en charge précocement** les jeunes patients souffrant de troubles dans deux quartiers de Limoges : la Bastide, les Portes ferrées (prise en charge quasi-quotidienne et de proximité, distincte de l'activité scolaire)

Descriptif

- 1- **Evaluer** la pertinence et la performance du **dispositif existant**
- 2- Définir les moyens humains (temps médical, paramédical, psychologues, éducateurs, cadre, assistants sociaux, ASHQ) en compatibilité avec l'activité hospitalière
- 3- Rédaction le cas échéant d'une convention avec la Mairie et le Conseil départemental

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

Objectifs

Favoriser l'accès aux soins et permettre une orientation adaptée pour le public cible

Prévenir et **limiter** les prises en charge en **urgence**, préjudiciables pour le patient, et sources de désorganisation pour le service.

Apporter un **étayage** aux **équipes socio-éducatives** des structures participant aux missions de protection de l'enfance.

Descriptif

- 1- Poursuivre les missions de l'équipe mobile existante et les développer en cohérence avec l'identification des nouveaux besoins
- 2- Renforcer les moyens déjà mis en place conformément au projet déposé auprès de l'ARS

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

Objectifs

Sécuriser les sorties d'hospitalisation, favoriser l'observance thérapeutique et **prévenir les rechutes** en accompagnant les parents.

Descriptif

- 1- Créer une unité de visite à domicile
- 2- Définir les objectifs, les temps et les modalités de visite
- 3- **Etayer les parents** au domicile (supervision médicale)

Sous axe : **L'égalité d'accès aux soins psychiques et somatiques**

L'établissement souhaite œuvrer dans le sens d'une prise en charge globale et d'un accès renforcé aux soins somatiques pour tous les patients. Cette amélioration de la qualité de la prise en charge nécessitera notamment un travail de sensibilisation des professionnels afin de faire évoluer les pratiques.

Action 1.14 – **Garantir une égalité d'accès aux soins somatiques** pour tous les patients de l'établissement

Objectifs

Prévenir les **comorbidités somatiques** des pathologies psychiatriques.

Améliorer la qualité de la prise en charge globale et diminuer les temps d'hospitalisation, dans une dimension institutionnelle et transversale.

Descriptif

- 1- Créer un Comité de pilotage
- 2- Constituer dans chaque filière un **binôme Médecin/Cadre de santé** chargé d'identifier les besoins et d'améliorer l'organisation/la coordination en termes de repérage et de prise en charge des troubles somatiques des patients
- 3- Intégrer la thématique des troubles de la déglutition à la réflexion (prévention des complications, accompagnement de la reprise d'alimentation, suivi nutritionnel...)
- 4- **Renforcer les partenariats** afin d'augmenter le temps de médecins somaticiens

Action 1.15 – **Sensibiliser les professionnels** à la prévention et à la prise en charge des comorbidités somatiques

Objectifs

Proposer une **prise en charge globale** associant les soins somatiques, et intégrant un **recueil de données** somatiques systématique et tracé.

Descriptif

- 1- Constituer sur appel à candidatures une **commission des bonnes pratiques professionnelles** de prise en charge somatique. Composition : médecins, soignants.
- 2- Définir un règlement intérieur
- 3- Assurer une veille documentaire
- 4- Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques (suivi d'indicateurs, bilan annuel) afin de sensibiliser les professionnels à l'importance d'une prise en charge globale et du recueil de données somatiques (et de sa nécessaire traçabilité)

Axe 2 – Renforcer la prévention et le repérage précoce

Cet axe se décline en **3 sous-axes** et **11 actions**.

Sous axe : Un objectif commun à toutes les filières

Afin de répondre aux axes d'amélioration identifiés lors des phases préparatoires, le Projet d'établissement tend à renforcer la prévention et le repérage précoce envers **l'ensemble de ses publics**, avec en complément certaines actions ciblées par filière.

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

Objectifs

Mieux informer les professionnels et les usagers pour **faciliter l'accès aux soins** et **déstigmatiser** les troubles et handicaps psychiques.

Développer les programmes d'**ETP (éducation thérapeutique)** du patient).

Descriptif

- 1- Développer des actions en faveur de la prévention et de l'éducation à la santé mentale
- 2- Recourir aux Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (internet, média, réseaux sociaux...)
- 3- Organiser des journées d'échange ville /hôpital, de formation, d'information du grand public
- 4- Actions en **collaboration avec le Pôle des usagers** en s'appuyant sur l'expertise d'usage

- 5- Poursuivre le développement des **programmes d'ETP** en lien avec l'UTEP et le Pôle des Usagers

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

Objectifs

Etendre le repérage précoce des troubles du développement chez les enfants accueillis dans les **structures d'accueil collectif**.

Repérage et prise en charge précoces des enfants présentant des **troubles neurocognitifs** pour éviter la désinsertion familiale et scolaire.

Descriptif

Structures d'accueil collectif

- 1- **Sensibiliser les équipes accueillantes** afin de permettre une alerte en cas de doutes sur le repérage de troubles
- 2- Réalisation d'un bilan, avec l'accord de la famille, en partenariat avec le lieu d'accueil et la PMI si nécessaire
- 3- Restitution du bilan avec proposition d'accompagnement ou d'orientation si nécessaire
- 4- Renforcer le lien plus général avec les acteurs de la petite enfance et intervenir dans les écoles

Troubles neurocognitifs

- 1- Sensibilisation des acteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux
- 2- Renforcement de la collaboration avec la **médecine scolaire** et de la

- coordination avec le SSR ambulatoire de l'**HME** en cours de création
- 3- Développement de l'activité de consultation pédiatrique et de l'HDJ thérapeutique
 - 4- Création d'un dispositif innovant de coordination d'un parcours de rééducation libérale
 - 5- Création d'une **consultation relais enfant-adulte** pour les handicaps neurologiques

Action 2.3 – Renforcement de la prévention et du repérage précoce pour la filière du **Sujet âgé**

Objectifs

Diminuer l'incidence des troubles mentaux ou en retarder l'apparition chez les **adultes en préretraite ou retraités**.

Améliorer la qualité de vie des consultants et promouvoir le maintien de l'autonomie (prise en charge intégrative).

Renforcer les connaissances sur les **facteurs protecteurs et favorisant les démences** et les troubles mentaux avec le vieillissement.

Descriptif

- 1- Création d'un **Centre de consultations de Longévité et de Prévention du Vieillissement** : consultations cliniques avancées, pluridisciplinaires (IDE puis médecin), proposition de plan personnalisé d'accompagnement et d'un suivi semestriel annuel
- 2- Création d'une cohorte de suivi en partenariat avec l'UMR 1094 de l'INSERM

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

Objectifs

Prévenir, repérer et prendre en charge tout au long de la vie et pour tout public les **problématiques addictives** et leurs **déterminants**.

Appliquer, promouvoir et diffuser les **bonnes pratiques** de repérage précoce des conduites addictives et d'intervention brève adaptée (**RPIB**) lors de l'évaluation clinique psychiatrique du patient.

Descriptif

- 1- Maintenir et développer la prévention pour tous les publics
- 2- Mettre en place une **formation initiale et continue** en addictologie auprès des professionnels de terrain
- 3- Formation des professionnels de santé mentale à l'outil RPIB afin de tendre à une **utilisation systématique** dans l'évaluation et la prise en charge
- 4- Identification de **référénts** du RPIB

Action 2.5 – Renforcement de la prévention et du repérage précoce pour la filière des **Blessés de l'Encéphale**

Action à l'image des avancées déjà réalisées, telles que l'accord-cadre entre le CHE, l'Education Nationale et l'ARS sur la coordination du parcours de soin et scolaire des enfants cérébro-lésés.

Objectifs

Assurer une **prévention primaire, secondaire et tertiaire** du traumatisme crânio-encéphalique.

Améliorer l'offre de prise en charge très précoce des traumatisés crâniens (**TC légers**).

Prévention et repérage envers les patients à **haut risque de rupture de parcours** suivis par la filière (conduite addictives, risque de rupture familiale, sociale...) et pour les enfants présentant des troubles neurocognitifs.

Descriptif

Prévention primaire, secondaire et tertiaire

- 1- Primaire : secouement, accidents de la voie publique, chutes, pratique sportive, sensibilisation de publics cibles en lien avec l'AFTC
- 2- Secondaire : **évaluation** des capacités **après une cérébro-lésion/commotion cérébrale**, finalisation d'un programme d'**éducation thérapeutique**
- 3- Tertiaire : renforcement du **partenariat** avec les services de psychiatrie et l'institution judiciaire

TC légers

- 1- Application d'un **protocole de prise en charge** en partenariat avec le CHU et le service de neurochirurgie
- 2- Sensibilisation envers les clubs sportifs et médecins du sport, médecins généralistes et urgentistes
- 3- Évaluation de la faisabilité de consultations délocalisées de proximité pour les syndromes post commotionnels tardifs

Patients à haut risque de rupture de parcours

- 1- Analyse et structuration des partenariats avec l'équipe d'addictologie
- 2- Formation des professionnels de la filière en interne
- 3- Instaurer une permanence bimensuelle de **l'équipe gestionnaire de parcours** (EGP) sur les staffs patients de l'unité Adrien Dany

Sous axe : Le risque suicidaire

La poursuite des travaux en termes de prévention et de repérage du risque suicidaire a été identifiée comme axe de travail aussi bien dans le cadre du PTSM que dans la phase d'autodiagnostic du Projet d'établissement. Cette thématique fait à ce titre l'objet d'une action générale et transversale.

Action 2.6 – Repérage, évaluation et prise en charge du risque suicidaire

Objectifs

Améliorer le repérage de la crise suicidaire et l'organisation de la prise en charge afin d'éviter/de limiter la fréquence des passages à l'acte.

Favoriser l'écoute/l'accueil des patients présentant des idées suicidaires.

Mieux repérer et prévenir le risque suicidaire et les complications en lien avec l'auto agressivité qui peuvent faire suite à une cérébro-lésion.

Descriptif

- 1- Systématiser l'utilisation d'une **échelle d'évaluation** (potentiel suicidaire, urgence et dangerosité)
- 2- Rappeler les **bonnes pratiques** d'évaluation du risque
- 3- Mettre en œuvre la **stratégie** de l'évaluation et de la prise en charge du risque suicidaire (reconnaître la crise, évaluer et tracer le potentiel, prendre en charge et réévaluer)
- 4- Promouvoir l'application **StopBlues**
- 5- Organiser la collaboration avec les **plateformes associatives** d'accueil téléphonique

Sous axe : Les nouveaux risques

Les travaux de renforcement de la prévention et du repérage précoce à mener intègrent les nouveaux risques et la manière de les aborder avec les usagers et les professionnels, afin d'offrir la prise en charge la plus adaptée.

Action 2.7 – Risques en santé mentale en lien avec les réseaux sociaux

Objectifs

Création d'un **dispositif spécifique** de repérage et de conduite à tenir auprès des usagers dans les situations de risques psychiatriques en lien avec les réseaux sociaux.

Descriptif

- 1- Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire
- 2- Réalisation d'un état des lieux des problématiques et d'une évaluation des besoins
- 3- Mise en place d'une procédure de prise en charge / conduite à tenir

Action 2.8 – Risques en santé mentale en lien avec la radicalisation

Objectifs

Informé le personnel du CHE sur le parcours de soins des patients en lien avec la problématique de radicalisation.

Descriptif

- 1- Faire connaître le dispositif de **repérage et la conduite à tenir** des usagers des services publics

hospitaliers radicalisés, disponible sur Ennov

- 2- Mettre en place une **action annuelle d'information** en lien avec le service communication

Action 2.9 – Repérage du psycho traumatisme

Objectifs

Sensibiliser l'ensemble du personnel du CHE et les structures extérieures au repérage, à l'identification et aux voies de prise en charge des manifestations du psycho traumatisme.

Descriptif

- 1- Elaboration d'un **support** en lien avec le Centre Fédératif du psycho traumatisme de Nouvelle-Aquitaine
- 2- Journées de formations spécifiques et d'échange ville/hôpital, colloques

Action 2.10 – Repérage des femmes victimes de violence

Objectifs

Sensibiliser les professionnels au **repérage** d'une violence, notamment au sein du couple.

En cas de violence au sein du couple, considérer l'impact sur les enfants et les éventuels besoins de prise en charge collatéraux.

Descriptif

- 1- Organiser des **journées de sensibilisation** sur les violences

- 2- Définir les modalités d'**accompagnement, d'orientation et de prise en charge** des victimes en cas de repérage/révélation (sur la base des recommandations de bonne pratique HAS)
- 3- Développer un partenariat avec les acteurs de la protection de l'enfance

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

Objectifs

Eviter les **situations de rupture** de prise en charge ou de **renoncement aux soins** chez les étudiants.

Limiter l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques.

Descriptif

- 1- Poursuivre les travaux du groupe institutionnel « parcours soins étude »
- 2- Actions de **prévention** en santé mentale ciblées envers les étudiants
- 3- Renforcer les partenariats avec l'Université entre autres afin d'accroître la **lisibilité de l'offre** de soins à destination des étudiants (SUMPPS notamment (Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé)).

Axe 3 – Coopérer au service d'un meilleur maillage territorial

Au-delà de la coopération médico-hospitalière existante matérialisée notamment par les pôles inter-établissement, l'axe « Coopérer au service d'un meilleur maillage territorial » se décline en **3 actions** visant à sécuriser les partenariats par un travail de formalisation et de suivi, et à entretenir et renforcer le lien avec les partenaires libéraux.

Action 3.1 – Formaliser et sécuriser les partenariats

Objectifs

Disposer de partenariats sécurisés et encadrés, toutes filières et partenaires confondus au moyen d'une **formalisation systématique**.

Descriptif

- 1- Positionnement de la **Direction des Affaires générales et de la Coopération** (DAGCO) du CHE comme **organe de centralisation**
- 2- **Etat des lieux** de l'ensemble des conventions existantes ; et de l'ensemble des partenariats existants (même informels)
- 3- **Réactualisation** des conventions obsolètes, **formalisation** des conventions inexistantes
- 4- Assurer une **mission de suivi** (incluant les alertes pour les mises à jour) au moyen d'un outil/tableau partagé avec les différents professionnels concernés, qui pourront ainsi être facilement informés des partenariats en cours

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

Objectifs

Pérenniser, poursuivre, renforcer et consolider les partenariats tout au long du parcours de soin, **au bénéfice des usagers comme des professionnels.**

Renforcer et déployer les **coopérations territoriales** dans une logique de performance collective.

Descriptif

- 1- Identifier les besoins de partenariats par filière et se rapprocher de la DAGCO du CHE
- 2- Evaluer les coopérations existantes
- 3- Conventionner de préférence avec des groupements de structures

Action 3.3 – Développer le partenariat avec les **partenaires libéraux**

Objectifs

Favoriser la rencontre avec les professionnels libéraux du territoire et **créer du lien** au service des parcours patients.

Descriptif

- 1- Organiser des **journées d'échanges professionnels en intra** hospitalier (accueil de professionnels libéraux et organisation de visite des unités, par filière de soins ou de façon multi-filière selon le besoin identifié)
- 2- Organiser et participer à des journées d'échanges **en extra** (colloques, forum...)

Axe 4 – Affiner et coordonner les parcours

L'axe « Affiner et coordonner les parcours » se décline en 2 sous axes et **5 actions** au total.

Sous axe : Coordination générale des parcours

Au regard des constats partagés lors des phases de travail du Projet territorial de santé mentale (PTSM) et du Projet d'établissement, les parcours de soins doivent être mieux définis et faire l'objet d'une coordination constante. L'établissement s'engage donc à retravailler son organisation en ce sens.

Action 4.1 – Améliorer la **coordination des soins**

Objectifs

Répondre aux **difficultés rencontrées en termes d'hospitalisation** (en lien avec les Urgences psychiatriques) et d'orientation des « **cas complexes** ».

Optimiser les taux d'occupation et désengorger les services d'aigu partenaires.

Redéfinir clairement la place et le rôle de chaque acteur du parcours.

Descriptif

- 1- Définir le poste de **bed manager** et procéder à son recrutement (élaboration d'une fiche de poste sous le pilotage de la Direction et de la Présidence de CME)

- 2- Rattacher le *bed manager* à la CME afin de garantir son autonomie et sa transversalité
- 3- En lien avec le DIM, redéfinir la **place des AMA** (assistant(e) médico-administratif(ve))
- 4- Replacer le médecin traitant dans son rôle pivot
- 5- Organiser la collaboration avec la **Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)** pour la gestion des cas complexes

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

Objectifs

Parcours de soins en addictologie

Pérenniser, poursuivre et consolider les missions de la filière d'addictologie.

Envisager la prise en charge dans une dimension bio-psycho-sociale.

Parcours de soins des blessés de l'encéphale

Offrir une réponse rapide et appropriée aux patients et **éviter les ruptures** de parcours.

Optimiser l'occupation des lits d'hospitalisation complète (**HC**).

Descriptif

Parcours de soins en addictologie

- 1- Poursuivre le **développement des soins ambulatoires** (consultations et appartements de coordination thérapeutique (ACT), unité de sevrage ambulatoire à pérenniser...)
- 2- Tendre vers des **soins spécialisés programmés** en HC et SSR

- 3- Généraliser les consultations médicales et le protocole de pré-admission dans toutes les unités du Pôle inter-établissement

Parcours de soins des blessés de l'encéphale

- 1- Proposer une **offre formalisée d'hospitalisation programmée** à but(s) de réévaluation, de répit ou de réduction, avec l'appui de l'équipe gestionnaire de parcours
- 2- S'appuyer sur un **contrat** entre la personne, la famille, les structures d'accueil d'amont ou d'aval et l'équipe d'HC Adrien Dany

Sous axe : La réhabilitation psychosociale (RPS) comme étape intégrante du parcours

La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérés comme des priorités de santé, au regard notamment du décret relatif au PTSM (Projet territorial de santé mentale). Le Projet d'établissement consacre plusieurs actions dans ce domaine.

Action 4.3 – Développement des soins de RPS en ambulatoire et en proximité du lieu de vie des personnes

Objectifs

Développer les soins de **RPS le plus tôt possible**, en proximité du lieu de vie, en ambulatoire, en lien avec les équipes mobiles sanitaires et les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Descriptif

- 1- Etablir un **diagnostic territorial du besoin** et de l'offre de RPS dans chaque bassin de population du département de la Haute-Vienne
- 2- Développer l'offre de RPS à partir des **CPSM** avec des temps de travail à domicile (évaluation des capacités et transferts des acquis en concertation avec les professionnels du champ social et médico-social)
- 3- Mettre en œuvre autant que possible le **Plan Personnalisé de Soins de RPS** pour le patient en incluant son entourage

Action 4.4 – Promotion et communication sur la RPS

Objectifs

Faire de la RPS un **dispositif lisible et repérable** par tous les acteurs concernés.

Descriptif

- 1- Mise en place d'un COPIL pluri professionnel et multi-filières
- 2- Elaboration d'un programme et organisation d'une **journée annuelle** de la RPS
- 3- Prévoir un plan de communication

Action 4.5 – Développement des soins de RPS pour les patients présentant une addiction pure

Objectifs

Favoriser/soutenir la **réinsertion sociale** du public concerné et améliorer le rétablissement dans les différentes sphères bio-psycho-sociales.

Prévenir les rechutes et améliorer la qualité de vie du patient.

Descriptif

- 1- Réaliser des évaluations spécialisées des compétences préservées et des limitations
- 2- Réaliser une synthèse pluridisciplinaire avec le patient et son entourage afin de définir les objectifs d'un projet individualisé de réhabilitation
- 3- Réévaluer mensuellement les objectifs

- 4- Travailler en lien avec l'environnement de vie du patient sur trois axes :
 - o Logement, hébergement
 - o Loisirs, culture
 - o Maintien de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire
- 5- Travailler l'estime et l'affirmation de soi

Axe 5 – Respecter toujours davantage les droits des usagers et lutter contre la stigmatisation

En complément du Projet des Usagers, composante à part entière du Projet d'établissement, le Projet de coordination médico-soignante, psychologique, et de réhabilitation psychosociale intègre quatre actions visant à **participer à l'engagement commun** d'un meilleur respect des droits des usagers et d'une lutte continue contre la stigmatisation.

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

Objectifs

Promouvoir une politique de **prévention, de réduction et de contrôle** de la mise en isolement avec ou sans contention.

Garantir une **éthique professionnelle** au service de la qualité/sécurité des soins.

Descriptif

- 1- Développer les **alternatives** aux pratiques de mise en isolement afin d'en limiter le recours (traitements, entretiens, espace d'apaisement)
- 2- Développer la prévention et la gestion des situations à risque de violence en **formant** les professionnels
- 3- Partager les pratiques et réflexions autour de cette thématique, en lien avec le **Comité d'éthique** (cf. action 1.6 du Projet Qualité-GDR)

- 4- Organiser des **immersions** de professionnels au sein des unités fermées
- 5- **Analyser les causes** du recours à la contention/l'isolement afin d'identifier des pistes de travail et d'amélioration
- 6- **Harmoniser les pratiques professionnelles** conformément au **protocole** de Mise en Isolement Thérapeutique avec ou sans contention (et procéder à sa réactualisation)

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

Objectifs

En lien avec la démarche Qualité GDR pour la mise en œuvre et le suivi

Conformément au **programme de mise en accessibilité**, veiller à améliorer l'accessibilité au sens large, pour le maintien de l'autonomie.

Améliorer les conditions d'accueil et la continuité du parcours des **personnes en situation de handicap**.

Fédérer les professionnels autour de l'impératif d'accessibilité.

Descriptif

- 1- Poursuivre le **projet global de (re)structuration** afin d'offrir un accueil plus adapté à toutes les formes de handicap
- 2- Faciliter l'**orientation et le cheminement** des usagers au sein de la structure (fléchage adapté, applications, signalétique avec pictogrammes...)

- 3- Améliorer l'accessibilité des **informations fournies** aux usagers : site internet, livrets/supports intégrant des passages élaborés selon la méthode FALC : Facile A Lire et à Comprendre
- 4- Elaborer une **check list d'accueil** à partir du guide « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »
- 5- **Evaluer les parcours** avec les nouveaux critères de la grille Patient Traceur (prise en compte de la vulnérabilité de la personne en situation de handicap, de ses besoins exprimés...)
- 6- Organiser une communication sur le questionnaire *Handifaction* afin de favoriser l'expression des usagers et de cibler leurs attentes

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

Objectifs

En lien avec l'action 2.2 du Projet des usagers « Poursuivre la lutte contre la stigmatisation des troubles et handicaps physiques »

Informers le grand public sur la réalité de la santé mentale et des pathologies, dans un but de **déstigmatisation**.

Favoriser la réinsertion du patient dans la Cité en déconstruisant les stéréotypes.

Descriptif

- 1- Organiser et/ou participer à un **forum santé** et y représenter la santé mentale au même titre que les autres spécialités
- 2- Travailler de manière régulière avec les **médias** locaux et nationaux pour valoriser l'offre de soins et les manifestations/actions organisées
- 3- Réfléchir à l'opportunité et à la faisabilité d'un **outil informatif itinérant** de type « Psy Truck » pour couvrir le territoire en lien avec les CPSM (action à coordonner avec le PTSM finalisé)
- 4- Poursuivre le **projet PSSM** (Premiers Secours en Santé Mentale) visant à faire évoluer les représentations sociales, et le **projet Préjugix** (lutte contre les préjugés en matière de santé mentale)
- 5- S'associer aux actions des partenaires (SIMS 87, CLSM et CLS, associations, Mission Locale...)

Descriptif

- 1- Renforcer la prise en compte des **conditions de vie du patient** par tous les acteurs du soin et de l'accompagnement dans le cadre du projet de soin et tout au long du parcours
- 2- Favoriser la présence de **l'entourage** auprès du patient (en lien avec le Projet des Usagers)
- 3- Recourir autant que possible et sur validation médicale aux **ateliers** et manifestations proposées par l'espace culturel de l'établissement
- 4- Développer des projets culturels qui correspondent aux pathologies des patients et leur permettent ainsi d'en optimiser les bénéfices
- 5- Développer le jardin existant par la création d'un jardin sonore et d'une scène

Action 5.4 – Redonner au patient sa place de citoyen

Objectifs

S'inspirer davantage de la culture de « **l'empowerment** » tout au long de la prise en charge du patient afin de favoriser son autonomisation et son pouvoir d'agir.

S'appuyer sur la **culture et l'art** pour permettre au patient de (re)valoriser la perception de son image, de sa place dans la Cité, de ses compétences.

► Projet social et managérial

5 axes déclinés en un total de 23 actions :

- **Projet de management des équipes**.....P.43
- **QVT et promotion de la prévention**.....P.45
- **GRH et outils**.....P.47
- **GPEC Recruter et former les compétences**.....P.48
- **Dialogue social à tous les niveaux**.....P.50

Construit à partir d'une **démarche** volontairement **participative** associant tous les acteurs de terrain, le projet social et managérial prend en compte l'ensemble des situations internes tout autant que celles qui émergent de son environnement.

Son ambition première est d'être **partagé** et **fédérateur**, afin de rencontrer l'intérêt de tous les professionnels à travers une clarification des rôles et des responsabilités de chacun, au service de la qualité de vie au travail et de la performance globale.

Déclinés autour de **cinq orientations stratégiques**, les objectifs du projet social et managérial traitent l'ensemble des thématiques pertinentes qui structurent la formation et le management des compétences, et plus largement le développement des ressources humaines. Le management par **l'innovation** et le **dialogue social** doivent également permettre d'anticiper les évolutions prévisibles qui ne manqueront pas d'impacter les organisations internes.

Dès lors, le projet social et managérial du CH Esquirol constitue, tout à la fois, le réceptacle et le vecteur de l'ensemble des objectifs du projet d'établissement, en ce sens qu'il permet et suscite la **mobilisation** quantitative et qualitative des **ressources humaines**, mais surtout la formation de **compétences** et de **synergies nouvelles**.

Projet social et managérial

Axe 1 – Projet de management des équipes

Cet axe se décline en **5 actions** visant à perfectionner les compétences des managers au service de la performance des équipes. Il aborde le management dans sa globalité, du positionnement et des compétences du manager jusqu'à la maîtrise du cadre réglementaire et institutionnel à mettre en œuvre.

Action 1.1 – Développer une **culture d'évaluation** des **pratiques managériales**

Objectifs

Evaluer les pratiques managériales par les professionnels de terrain.

Promouvoir les innovations managériales de l'établissement en interne et en externe.

Favoriser le dialogue entre tous les professionnels.

Descriptif

Mise en place d'un groupe de travail pluri professionnel (managers, managés, partenaires sociaux, pôle des usagers) piloté par la DRH/DS :

- 1- Construire l'outil d'évaluation
- 2- Evaluer les pratiques managériales à partir de l'outil
- 3- Analyser les retours et formaliser un plan d'actions
- 4- Communiquer sur les résultats

- 5- S'appuyer sur les résultats pour créer un **support de référence** des pratiques managériales

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

Objectifs

Appliquer harmonieusement la réglementation du temps de travail au moyen d'une référence unique au sein de l'établissement.

Descriptif

- 1- Réactualisation du **guide du temps de travail**
- 2- Diffusion du guide en version papier à l'ensemble des managers
- 3- Formation des managers à l'application du guide
- 4- Intégration des évolutions et modifications au logiciel CHRONOS

Action 1.3 – **L'entraînement au management**

Objectifs

Développer le **positionnement** et les **compétences de l'encadrement**.

Prendre en compte les émotions dans le management.

Descriptif

- 1- Organiser des temps d'entraînement au management
- 2- Formaliser ces temps d'entraînement avec un groupe pluri professionnel de managers

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

Objectifs

Faciliter la prise de poste du manager en fin de formation, nouvellement recruté ou en retour à l'emploi.

Accompagner le manager à la construction de son identité professionnelle et de son positionnement.

Sécuriser le manager dans ses nouvelles missions et sur son nouveau lieu d'exercice.

Descriptif

- 1- Formalisation de la procédure d'accompagnement du manager dans sa prise de fonction, et d'un référentiel d'acquisition des compétences
- 2- Mise en œuvre d'un **compagnonnage** avec un manager N+1 ou N+2

Descriptif

Définition des procédures suivantes par un COPIL pluri professionnel piloté par la DRH/DS :

- 1- Mobilité professionnelle interne et externe,
- 2- Accès à la formation et à la promotion professionnelle,
- 3- Immersions ou permutations temporaires,
- 4- Dispositif d'intégration des nouveaux recrutés (tutorat, formation, période de tuilage...)

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

Objectifs

Répondre aux besoins en compétences de l'établissement, en lien avec l'évolution des prises en charge et de l'environnement hospitalier.

Assurer le **développement des compétences** tout au long du parcours professionnel.

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

Cet axe se décline en **7 actions** visant à améliorer la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels, à fidéliser les équipes et par conséquent à augmenter l'attractivité de l'établissement.

Action 2.1 – Organiser des **stages de découverte**

Objectifs

Développer les relations humaines et créer du lien : fédérer autour d'une culture commune.

Améliorer la connaissance et la compréhension des parcours et des pratiques pour favoriser la continuité des soins (**partage d'expériences**).

Connaître les locaux et leur emplacement.

Découvrir l'ensemble des métiers, des missions et des contraintes, pour mieux les comprendre et **décloisonner**.

Ouvrir des perspectives professionnelles (mobilité).

Descriptif

- 1- Définition et mise en place d'une procédure de stage de découverte (durée maximum d'une semaine) à la demande des agents
- 2- Respecter les principes de l'immersion du professionnel (l'immersion reste une découverte)

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

Objectifs

Favoriser les liens sociaux en **accompagnant les nouveaux recrutés** dans une logique de décroisement, de valorisation et d'intégration.

Développer le sentiment d'appartenance des professionnels.

Réinvestir les professionnels présents depuis longtemps dans la redécouverte de l'établissement.

Descriptif

Définition et mise en place d'une procédure de parrainage pour chaque nouvel arrivant.

Action 2.3 – **Accompagner les professionnels** en contact avec des **usagers psychotraumatisés**

Objectifs

Sur la base du volontariat, offrir un **temps d'échange et de régulation** aux personnels qui en ressentent le besoin après un contact avec des usagers psychotraumatisés (tous corps professionnels confondus).

Descriptif

- 1- Mise en place d'un groupe de parole proposé de manière systématique 4 fois par an sur site, sur la base du volontariat, animé par 2 co-animateurs formés
- 2- Information et communication sur l'existence des groupes et leur périmètre d'intervention

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

Objectifs

Réduire une source importante de stress au vu de la quantité quotidienne de courriels reçus et traités.

Promouvoir la QVT par la limitation des interruptions/morcellements de tâches.

Descriptif

Elaborer un **guide de bonnes pratiques** et veiller à son respect (amélioration du traitement des courriels indésirables, respect du droit à la déconnexion, confidentialité...).

Action 2.5 – Aménagement d'**espaces de convivialité**

Objectifs

Développer **l'aménagement des espaces** de nature pour s'y ressourcer et/ou partager des moments de convivialité.

Créer du lien et favoriser les relations humaines.

Descriptif

- 1- Réinvestir l'ensemble du parc et valoriser la beauté du site
- 2- Développer le mobilier extérieur pour améliorer le confort du site
- 3- Mettre en place des « parcours promenade » en repensant les itinéraires à partir des centres d'intérêt du parc (arbres, jardinières, expositions...)

Action 2.6 – Déploiement de **services** au **bénéfice** des **professionnels**

Objectifs

Faciliter la vie des professionnels.

Développer **l'attractivité** de l'établissement.

Descriptif

- 1- Estimation des besoins
- 2- Définition du panel de prestations et identification des locaux
- 3- Mise en place de prestations à destination des professionnels sur le lieu de travail (à titre d'exemple : conciergerie, relais colis...)

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

Objectifs

Développer les initiatives et les **démarches d'innovation par le terrain.**

Valoriser la plus-value des initiatives de terrain.

Descriptif

- 1- Développer une rubrique « boîtes à initiatives » sur intranet
- 2- Organiser des appels à projet en interne à l'initiative du management (selon une procédure à définir)

Axe 3 – GRH et Outils

L'axe « *Gestion des Ressources Humaines et outils* » se décline en **4 actions** visant à améliorer la qualité du service rendu par la DRH mais également la fluidité de ses relations avec l'ensemble des professionnels de l'établissement.

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

Objectifs

Tendre vers une **meilleure connaissance de l'organisation et des missions de la DRH par les professionnels.**

Donner à la DRH une vision concrète de la réalité du fonctionnement des services.

Descriptif

- 1- Cibler au plus juste les attentes des professionnels à l'égard de la DRH par la réalisation d'une **enquête**.
- 2- Diffuser un organigramme actualisé de la DRH
- 3- Délocaliser la fonction RH dans les services (temps d'échange, invitation à des réunions de service pour des rappels, explications de réglementation...)
- 4- Création d'une foire aux questions sur l'intranet

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

Objectifs

Se faire connaître, se rendre accessible et gagner en réactivité en **utilisant les réseaux sociaux**.

Descriptif

- 1- Utilisation des réseaux sociaux pour communiquer et publier des offres d'emploi
- 2- Répondre aux demandes d'emploi par un accusé de réception automatique
- 3- Promouvoir la fonction de conseil et d'accompagnement des professionnels dans leurs démarches tout au long de la carrière

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

Objectifs

Réduire le rôle de gestionnaire administratif des RH pour développer ses missions d'accompagnement et de conseil en rendant les **professionnels plus autonomes pour leurs démarches courantes**.

Descriptif

- 1- Mise à disposition d'outils en self-service (attestations, ordres de mission...)
- 2- Demandes de congés annuels et autorisations d'absence dématérialisées
- 3- Accès au planning de l'agent en ligne et utilisations d'outils nomades

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

Objectifs

Mettre en œuvre des dispositifs qui permettent à la fois de répondre aux exigences de la continuité de service et d'offrir une meilleure adéquation avec la vie privée des professionnels (exemple : télétravail...).

Descriptif

- 1- Modalités de mise en œuvre du télétravail
- 2- Outils de gestion des **remplacements** via une plateforme numérique

Axe 4 – GPEC Recruter et former les compétences

L'axe « *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) Recruter et former les compétences* » se décline en **4 actions**. Ces dernières visent à anticiper l'émergence de nouveaux métiers (Infirmier en pratique avancée (IPA)...) et à favoriser le développement des compétences de l'ensemble des personnels (mobilité, évaluation, formation).

Action 4.1 – Fluidifier la gestion du processus de formation

Objectifs

Favoriser la formation des personnels de catégorie C.

Améliorer la **lisibilité de l'offre** de formation.

Simplifier le **circuit de traitement** des demandes de formation.

Descriptif

- 1- Créer un espace « formation » sur l'intranet de l'établissement
- 2- **Dématérialiser** et simplifier le circuit de traitement des demandes
- 3- Permettre la demande de formation en ligne

Action 4.2 – L'entretien annuel d'évaluation (EAE), outil du développement des compétences

Objectifs

Faire de l'EAE un **outil de développement** des compétences.

Utiliser l'EAE comme un moyen d'**accompagner le projet professionnel** de l'agent au regard des besoins institutionnels.

Descriptif

- 1- Cartographier les compétences requises par poste pour mener un EAE
- 2- Utiliser les fiches de poste afin d'améliorer les compétences d'un professionnel par rapport au niveau de compétences attendu lors d'un EAE
- 3- Travail de co-construction entre encadrement et service formation autour des besoins de compétences attendus et repérés
- 4- **Dématérialisation** du support de l'EAE et actualisation du format

Action 4.3 – Elaboration et uniformisation des fiches de poste

Objectifs

Identifier et préciser les missions et champs de compétences de chaque professionnel.

Permettre au candidat au recrutement d'avoir une lisibilité sur les missions du poste.

Améliorer la réactivité et la qualité du recrutement des professionnels.

Descriptif

- 1- Mise en place d'un groupe de travail pluri-professionnel regroupant un représentant de chaque métier et fonction de l'établissement
- 2- Recensement des fiches de poste existantes
- 3- **Standardisation des fiches de poste** pour tous les métiers (sur les missions générales de chaque métier ; et sur le document : structure / trame)
- 4- Centraliser l'ensemble des fiches de poste et les rendre accessibles en interne

Action 4.4 – Favoriser la mobilité professionnelle

Objectifs

Offrir la possibilité de s'inscrire dans un **parcours** professionnel permettant d'acquérir, d'entretenir ou de développer des compétences.

Accompagner l'agent dans son parcours.

Descriptif

- 1- Elaboration d'un **guide de la mobilité professionnelle** pour toutes les formes de mobilité (périmètre d'intervention, promotion professionnelle, changement de métier...)
- 2- Création d'une **Charte de la mobilité interne**
- 3- Détermination d'un parcours par agent (lieux, pôles, fourchette de durée d'affectation...)
- 4- Faciliter les parcours inter-polaires
- 5- Appui sur les conseillers en évolution professionnelle du service formation

Axe 5 – Dialogue social à tous les niveaux

L'axe « Dialogue social à tous les niveaux » se décline en **3 actions**. Ces dernières visent à structurer l'animation du dialogue social au sein de l'établissement, et à travailler sur l'appropriation de cette thématique par les professionnels.

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

Objectifs

Développer le dialogue social aux **niveaux pertinents** de l'organisation.

Descriptif

- 1- Identifier pour chaque unité le binôme investi du dialogue social de proximité : médecin/cadre ou responsable/cadre
- 2- Répondre aux problèmes soulevés au plus près de la demande de dialogue sur la gestion collective de l'unité
- 3- Appliquer les principes d'espace de temps dédié, d'écoute et de volonté réciproques
- 4- Saisir l'occasion de réunions régulières de service pour instaurer le dialogue social : échange, action, évaluation, réajustement
- 5- **Former les binômes** à l'animation du dialogue social

Action 5.2 – Instaurer un dialogue social au niveau des Pôles

Objectifs

Développer le dialogue social aux niveaux pertinents de l'organisation.

Prévenir le cloisonnement des unités fonctionnelles.

Descriptif

- 1- Approfondir la délégation de gestion confiée aux Pôles
- 2- Traiter les problématiques communes ou connexes à plusieurs unités du Pôle (thématiques transversales)
- 3- Développement du dialogue social par corps professionnels
- 4- Fréquence et modalités à définir au sein de chaque Pôle
- 5- Proposer aux gestionnaires de Pôle de **se former à l'animation du dialogue social**

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

Objectifs

Faciliter l'accès aux informations relatives au dialogue social (rôle et compétences des instances représentatives du personnel).

Descriptif

- 1- Créer une rubrique spécifique sur l'intranet de l'établissement
- 2- Proposer l'abonnement à une newsletter permettant de recevoir chez soi les comptes-rendus d'instances

► Projet recherche

3 actions :

- Promotion, structuration et orientation de la recherche.....P.52
- Sensibilisation et formation à la recherche.....P.52
- Valorisation et communication sur la recherche et les innovations
.....P.53

Le travail de bilan du Projet d'établissement 2014 – 2018 a mis en lumière plusieurs avancées en matière de recherche sans pour autant atteindre un développement optimum, en raison principalement d'un déficit de temps fléché et d'une sensibilisation insuffisante des professionnels à la recherche.

Lors de la phase d'autodiagnostic, la **nécessité de développer l'activité de recherche** au sein de l'établissement (notamment en améliorant l'**intégration** et la **participation** des **pôles** médico-soignants et médicotechniques) a été unanimement ciblée.

Le projet recherche 2019 – 2023 vise à **structurer l'activité de recherche et sa gouvernance, à améliorer sa connaissance par les professionnels et à mieux la valoriser** afin de développer des études de pointe au service d'une prise en charge de qualité pour tous les patients.

Projet recherche

Action 1 – Promotion, structuration et orientation de la recherche

Objectifs

Améliorer la gouvernance, la structuration de la recherche au sein de l'établissement, le fonctionnement de la Fédération, de l'Unité de recherche et de neurostimulation (URN).

Renforcer la place des universitaires et professionnels des différents pôles impliqués dans la recherche.

Définir des orientations stratégiques et des axes à développer.

Aboutir à une **labellisation de l'unité** de recherche en développant des études de pointe dans des domaines de recherche spécifiques (objectif sur 10 ans).

Descriptif

- 1- Redéfinir la **Fédération de la recherche** et son fonctionnement en privilégiant la transversalité
- 2- Créer avec le DIM une synergie d'exploitation des données de soin à disposition en s'appuyant sur un personnel mutualisé dédié aux statistiques
- 3- Choisir des orientations stratégiques et axes prioritaires pour chaque recherche au sein de l'établissement (en lien avec le Comité de Pilotage)

Action 2 – Sensibilisation et formation à la recherche

Objectifs

Sensibiliser les professionnels de l'établissement au domaine de la recherche et à son cadre réglementaire.

Organiser la formation à la recherche au sein de l'établissement.

Descriptif

- 1- **Définir le mode de participation des pôles** médico-soignants à la recherche
 - a. Distinction « faire » de la recherche et « participer » à la recherche
 - b. Identifier des référents de recherche par pôle, par établissement en santé mentale du GHT et par établissement privé en santé mentale sur le territoire
 - c. Inclure la participation aux activités de la Fédération de recherche dans les contrats de pôle avec des critères d'évaluation définis
- 2- Cartographier les **formations internes** liées à la recherche et les **enseignements** (DU, DIU...), ainsi que les **formations externes**
- 3- Réaliser des formations internes à l'initiative de la Fédération en connexion avec le service formation (journée d'accueil des nouveaux internes, des nouveaux arrivants...)
- 4- Développer les appels aux compétences en interne pour les actions de recherche

Action 3 – Valorisation et communication sur la recherche et les innovations

Objectifs

Améliorer la connaissance en intra et en extra sur l'activité de recherche et les innovations au sein de l'établissement.

Valoriser l'activité de recherche et développer l'attractivité de l'établissement.

Descriptif

- 1- Officialiser et reconnaître un temps dédié à l'administration du portail SIGAPS SIGREC
- 2- Amélioration interne de la **déclaration des publications**
- 3- Mise en place effective et actualisation d'une communication sur le **site internet** de l'établissement au sujet des recherches en cours, après aval de la Fédération
- 4- Centralisation des activités de recensement des communications / publications
- 5- Mise en place d'une **journée annuelle** « Recherche et Innovations » impliquant l'ensemble des pôles (voire les établissements en santé mentale du GHT et les établissements privés en santé mentale du territoire)
- 6- Développement d'activités de communication intra et inter établissement(s) via les référents recherche et la Fédération

► Projet QGDR – (Qualité Gestion des Risques)

3 axes déclinés en 14 actions :

- La poursuite de la démarche Qualité – Gestion des Risques à tous les niveaux de l'organisation.....P.55
- Favoriser le développement de la culture de la sécurité des soins.P.57
- Garantir la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé.....P.58

La politique qualité, portée par une démarche globale, collective, organisée et suivie, est une **composante essentielle du Projet d'établissement**.

Le management de la qualité, régulièrement en évolution afin de répondre aux nouvelles exigences, est intrinsèque aux activités de l'établissement. Il réclame une grande vigilance pour conserver malgré tout lisibilité et simplicité des circuits et procédures. Un effort particulier a été réalisé autour de la coordination des différents acteurs de la QGDR et des vigilances. Le rapport annuel d'activité témoigne de cette volonté des professionnels de travailler ensemble de manière à la fois transversale et pluridisciplinaire sur des thèmes contribuant tous à l'évolution et à l'amélioration des prises en charge.

« **Du management de la qualité au management par la qualité** » : la qualité est une affaire de bon sens, d'outils et de techniques mais également un état d'esprit qui exige une prise de conscience collective et une évolution permanente de la culture interne de l'établissement. L'enjeu est d'**évoluer d'une équipe d'experts vers une équipe experte** (management par la qualité) en inscrivant dans la réalité quotidienne des équipes les démarches d'analyse continue et systémique de l'ensemble des risques (a priori et a posteriori) et le respect des recommandations et bonnes pratiques.

L'adhésion, l'implication, la responsabilisation et la coordination des professionnels et des usagers restent des facteurs-clés de succès dans la maîtrise des risques.

« *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends.* »
Benjamin Franklin.

Projet QGDR – (Qualité Gestion des Risques)

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

Cet axe contient **6 actions** transversales et multisectorielles visant à faire vivre la démarche QGDR à tous les niveaux pertinents de l'établissement.

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

Objectifs

Renforcer continuellement la qualité et la sécurité des soins par la réalisation d'actions concrètes et pertinentes.

Maintenir l'implication des professionnels et des usagers dans l'élaboration de la stratégie qualité et dans la préparation de la **certification V2020**.

Identifier des actions **préventives** et **correctives**.

Descriptif

- 1- Réactualisation de la cartographie des risques
- 2- Poursuite de la collaboration avec les Commissions « GDR et vigilances » et « Document Unique des risques professionnels »

- 3- Maintien (et révision si nécessaire) de la surveillance du traitement des alertes et de l'organisation des vigilances sanitaires
- 4- Participation aux expérimentations de la HAS
- 5- Surveillance et volonté d'amélioration des nouveaux indicateurs en psychiatrie
- 6- Actions de communication QGDR
- 7- Accompagnement des structures médico-sociales sur les évaluations internes et externes

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

Objectifs

Sécuriser le **dispositif de réponse** aux situations exceptionnelles.

Parvenir à un décloisonnement institutionnel avec les services extérieurs afin de fluidifier les relations sur cette thématique.

Améliorer la **réactivité** en cas d'alerte.

Descriptif

- 1- Organiser des formations et des exercices d'entraînement suite à la révision du **Plan Blanc**
- 2- Suivre le **Plan de Sécurisation** de l'Etablissement en concertation avec le référent départemental
- 3- Maintenir le **partenariat avec la Préfecture** sur les thèmes des soins psychiatriques sans consentement, de la Prévention de la Radicalisation et de la Violence.

Action 1.3 – Maintenir le **développement et le management durables** comme axes forts de la politique d'établissement

Objectifs

Poursuivre la stratégie de **réduction de l'impact environnemental** de l'établissement, toujours en association avec les professionnels et les usagers.

Valoriser ce positionnement (actions de communication).

Descriptif

- 1- S'assurer de la bonne gestion des déchets produits et tendre à les réduire autant que possible
- 2- Poursuivre la participation à la préservation des ressources en réduisant la consommation d'eau et d'énergie
- 3- Veiller à intégrer autant que possible des critères de développement durable à la politique d'achat
- 4- Mener des actions de sensibilisation et de communication sur cette thématique

Action 1.4 – Promouvoir et développer la **bienveillance** dans toutes les prises en charge

Objectifs

Garantir au patient le respect de son **intimité** et de sa **dignité**, et le développement/maintien de son **autonomie**.

Lui permettre d'exprimer davantage ses **volontés**, et de **faire part de son expérience** s'il le souhaite.

Descriptif

- 1- Poursuite de la démarche initiée sur la thématique de la bienveillance
- 2- Mettre en œuvre des « **fiches expérience bienveillance** » permettant de restituer de manière synthétique des actions ou outils visant la bienveillance des patients et de leurs proches, afin de mobiliser les professionnels et de valoriser les bonnes pratiques

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

En lien avec l'action 1.8 du Projet de Coordination « Développer l'accès aux approches non-médicamenteuses pour tous les patients »

Objectifs

Respecter le droit du patient à voir sa souffrance **prévenue, prise en compte, évaluée** et **traitée** en toutes circonstances.

Descriptif

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

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

Objectifs

Dépasser la gestion au cas par cas des problématiques éthiques grâce à une **instance dédiée et transversale**.

Améliorer la connaissance des professionnels sur l'éthique.

S'assurer de la **déclinaison de la réflexion éthique dans les services**.

Descriptif

- 1- Acter la composition et les règles de fonctionnement du Comité d'éthique
- 2- Relance effective du Comité
- 3- 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

Cet axe contient **3 actions** visant à poursuivre le développement des compétences autour des méthodes d'évaluation et de retour d'expérience, vecteur essentiel de la diffusion de la culture de sécurité des soins.

Action 2.1 – Promouvoir une **organisation apprenante** des méthodes de maîtrise des risques

Objectifs

Soutenir la **déclaration des événements indésirables** (EI) et travailler sur sa pertinence.

Développer l'appropriation de la culture de sécurité des soins par les professionnels.

Descriptif

- 1- Poursuivre la promotion du dispositif de signalement des EI auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement, en réaffirmant notamment la Charte de confiance
- 2- Former des **binômes médecin/cadre de santé** pour faire vivre le management par la qualité
- 3- 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
- 4- Intégrer des **indicateurs** dédiés dans les **contrats de pôle** et assurer leur suivi

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

Objectifs

Favoriser l'**appropriation** de cette culture par les professionnels, et ainsi leur **adhésion**.

Développer les connaissances des professionnels et faciliter la réflexion en équipe sur les pratiques.

Descriptif

- 1- Identifier des **initiatives intéressantes** au sein de l'institution, afin de ne pas relever uniquement les événements « indésirables »
- 2- Mener une communication valorisante autour de ces initiatives

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

Objectifs

Faciliter la prise de parole des usagers en déployant des outils accessibles de recueil de leur satisfaction.

Tenir compte des résultats de l'exploitation de ces outils dans l'élaboration de la stratégie QGDR.

Descriptif

- 1- Suivi actif de la Charte Marianne
- 2- Déploiement des boîtes à expression dans les services
- 3- 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

Les **5 actions** suivantes visent à sécuriser les soins et les parcours tout en augmentant leur pertinence. L'objectif global est de donner à tous les professionnels une définition commune de la « pertinence », à l'échelle des soins et pas seulement à celle d'un service ou d'un pôle.

Action 3.1 – Renforcer la **qualité de la tenue** du Dossier Patient Informatisé (DPI)

En lien avec l'action 3.2

Objectifs

Garantir à chaque patient un **DPI complet et argumenté**.

Permettre une **prise en charge globale** à toutes les étapes du parcours au moyen d'une bonne tenue du dossier patient.

Descriptif

- 1- **Sensibiliser** les professionnels (tous corps de métier 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)
- 2- Poursuivre et développer les actions visant à améliorer la pertinence des hospitalisations, des **écrits professionnels**, des **prescriptions** médicamenteuses, des actes et examens

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

En lien avec l'action 3.1

Objectifs

Amélioration de la **qualité du Dossier Patient** Informatisé unique, et de la continuité des prises en charge (accès aux informations, coordination).

Valorisation et contribution au **financement à l'activité** (DMA SSR, PSY et nouveaux indicateurs activité, qualité du codage).

Descriptif

- 1- Evaluations de terrain (DIM) sur la marge d'optimisation de la saisie d'activité sur l'ensemble des UF de Psychiatrie
- 2- Mise à disposition de **nouveaux supports** pour la saisie (guide ambulatoire, tutoriels, thésaurus...) et accompagnement à la diffusion
- 3- Mise en cohérence des actes CSARR avec les intervenants selon les préconisations ATIH pour le SSR
- 4- Organisation de **formations** individuelles et collectives pour les professionnels de l'établissement
- 5- Mise en place d'un répertoire partagé permettant des Questions / Réponses sur la saisie

Action 3.3 – Conforter l'Identitovigilance en tant que pratique de tous les instants

Objectifs

Garantir l'**identification correcte** des patients tout au long de leur prise en charge, et la fiabilité des données.

Améliorer **l'interopérabilité des systèmes** d'information au sein de l'Etablissement et à l'échelle régionale (GHT notamment).

Descriptif

- 1- Maintien des actions de sensibilisation et de formation à l'identitovigilance
- 2- Participation active aux travaux en cours en matière d'identitovigilance (GHT et Nouvelle-Aquitaine)
- 3- Adaptation du système d'information de l'établissement aux évolutions réglementaires et régionales

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

En lien avec les orientations du PROPIAS (Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins)

Objectifs

Réduire **les risques infectieux** associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Développer la **prévention des IAS** et renforcer la prévention et la **maîtrise de l'antibio-résistance**.

Descriptif

- 1- 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
- 2- S'appuyer sur le **réseau de correspondants en Hygiène** déployé sur l'ensemble des secteurs de soins
- 3- Maintenir la dynamique de **volontariat** pour participer aux **phases expérimentales des indicateurs HAS** en refonte ou en cours de développement

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

Objectifs

Garantir au patient hospitalisé la prise effective du **bon médicament**, à la **bonne posologie**, selon la **bonne voie**, **au bon moment** et dans de **bonnes conditions**.

Descriptif

- 1- Poursuivre la démarche institutionnelle et assurer un **management pluri-professionnel et pluridisciplinaire** de la prise en charge médicamenteuse
 - 2- Evaluer la pertinence et l'efficacité des thérapeutiques prescrites
 - 3- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse grâce au dispositif de gestion des risques et vigilances sanitaires appliqués aux produits de santé
-

► Projet des Usagers

3 axes déclinés en 6 actions

- **Développement de l'expertise d'usage**.....P.62
- **Droits des usagers et libertés individuelles**.....P.63
- **Promouvoir et renforcer la démocratie en santé**.....P.65

Porté par le Pôle des Usagers, en **articulation** avec le **Projet de coordination** (axe dédié aux droits des usagers) ainsi qu'avec le **Projet Qualité-GDR** notamment sur la bientraitance, le Projet des usagers résulte de l'implication et de la participation de tous les professionnels de l'établissement, des bénévoles d'associations, des Médiateur de Santé/Pair (MSP) et des pairs aidants.

Créé en 2014, le Pôle des usagers est l'aboutissement des volontés communes de la Direction générale, de la Présidence de la Commission médicale d'établissement, de la Direction des soins, de la Qualité – Gestion des risques et des usagers. Il a pour but d'**associer les usagers au quotidien tout le long du parcours de soins et du parcours de vie**.

L'implication de l'entourage et des accompagnants constitue une ressource pour les professionnels et un levier pour la prise en charge.

Par ces propositions, les usagers expriment leurs attentes et leurs besoins au regard du développement de l'expertise d'usage notamment. Les objectifs fixés sont particulièrement centrés sur le **rétablissement** et la **vision espérante du devenir**, sur le **renforcement de la citoyenneté** qui favorise l'alliance thérapeutique avec le respect des **droits des usagers et des libertés individuelles**, et sur la **démocratie** en santé mise en œuvre dans les instances de l'établissement grâce à la présence des représentants bénévoles des usagers.

Projet des Usagers

Axe 1 – Développement de l'expertise d'usage

Cet axe se décline en **2 actions** visant à affirmer et promouvoir la réalité du rétablissement en santé mentale, au travers d'une vision espérante du devenir.

Action 1.1 – Renforcer le dispositif institutionnel de pair aideance

Objectifs

En complémentarité de l'action des professionnels, mettre le savoir expérientiel au service de l'alliance thérapeutique.

Outils la pair aideance notamment à travers la formation.

Articuler les interventions Médiateur de Santé/Pair (**MSP**) / **pairs aidants**.

Accompagner la réinsertion dans la Cité tout au long du parcours.

Descriptif

- 1- Continuer à développer le Dispositif d'Expertise d'Usage et suivre le projet de **plateforme territoriale** de pairs ressources
- 2- Repérer les candidats pairs aidants et les orienter vers le Pôle des Usagers
- 3- **Formaliser** la **procédure** de recrutement et d'accompagnement des pairs aidants conformément aux recommandations de bonnes pratiques

- 4- Améliorer la connaissance de la feuille de route, de la charte d'engagement et de confidentialité des pairs aidants, et de la fiche de poste MSP
- 5- Assurer la **formation en continu** des pairs aidants et MSP ainsi que l'**accompagnement** dans leurs missions
- 6- Renforcer et développer l'animation et la supervision de la pair aideance
- 7- Réfléchir à l'**évaluation de la satisfaction de l'usager** vis-à-vis de la pair aideance

Action 1.2 – Promouvoir et faire connaître la pair aideance

Objectifs

Communiquer sur l'expertise d'usage et améliorer la connaissance des **professionnels** dans ce domaine.

Développer l'intégration des pairs aidants dans l'**amélioration des pratiques professionnelles**.

Grâce à des professionnels plus sensibilisés, assurer une information plus complète des familles sur l'existence de la pair aideance.

Descriptif

- 1- Déployer des actions de sensibilisation, de formation, de promotion, de prévention, d'éducation, et d'information
- 2- Diffusion du **guide d'intervention en ETP** des patients experts
- 3- Création et diffusion de **supports** papier et/ou numériques (site internet de l'établissement)

- 4- Mettre en œuvre les conditions d'**accueil** et d'**intégration** des pairs aidants et des MSP dans les **unités de soins**

Axe 2 – Droits des usagers et libertés individuelles

Les **3 actions** de cet axe visent à veiller au respect des droits des usagers pour leur permettre d'exercer leur liberté et de faire des choix éclairés autant que possible lors de leur prise en charge.

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

Objectifs

Délivrer au patient, à tous les âges et toutes les étapes du parcours, une information **claire, loyale** et **adaptée** sur leur état de santé et leurs droits.

Garantir ainsi au patient le rôle d'**acteur** de sa prise en charge, et favoriser sa **compréhension** et son **adhésion** aux soins.

Descriptif

- 1- Etudier la faisabilité d'un livret d'accueil **dédié aux mineurs**, ou différencier les informations dans le livret actuel
- 2- Renforcer l'information délivrée concernant l'**existence du Pôle des Usagers** et ses missions, et s'assurer que la planification des permanences effectuées est affichée et accessible à tous
- 3- Informer les patients sur le **respect de leur liberté d'aller et venir** par les professionnels afin de favoriser leur compréhension (dernier recours en cas d'échec des alternatives, individualisation des restrictions, justification médicale...)

- 4- S'assurer de la bonne compréhension du patient par les techniques de reformulation, et rechercher son **consentement** dans les décisions le concernant (hors soins sans consentement)
- 5- Permettre à chaque patient de connaître les **programmes d'ETP**

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

Objectifs

En lien avec l'action 5.3 du Projet de coordination « Poursuivre la démarche d'information à destination du grand public »

Remédier à la désinformation de la société en matière de santé mentale et déconstruire les stéréotypes en permettant une **meilleure intégration du patient** dans la vie de la Cité.

Descriptif

- 1- Réaliser des **actions de communication** grand public sur la santé mentale vers l'extra hospitalier
- 2- Favoriser et valoriser l'accès à la **culture** et l'**activité physique adaptée** (APA) en intra et extra hospitalier (ateliers photos, littéraires, musicaux, d'arts plastiques, bibliothèque des patients, expositions d'œuvres de patients, animations à la cafétéria, randonnées)
- 3- Promouvoir l'APA à l'aide des dispositifs « passerelles sports », « sport en tête », « RandoPsy »

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

En lien avec la démarche QGDR pour le suivi et la mise en œuvre

Objectifs

Avec l'**accord du patient** et dans une logique d'amélioration de la qualité de la prise en charge, faciliter la présence de l'entourage et de ses aidants.

Descriptif

- 1- Recherche systématique de la **personne de confiance** dès l'admission
- 2- Contact prioritaire des équipes médico soignantes avec la personne de confiance en cas de questionnement sur la prise en charge du patient
- 3- Actions de sensibilisation et de formation sur la thématique de la personne de confiance
- 4- **Associer** l'entourage et les aidants au regroupement des informations utiles à la **mise en œuvre du projet de soins**
- 5- Prendre en compte la difficulté des **accompagnants familiaux** en leur proposant de l'information et des formations leur permettant de mieux comprendre et ainsi de mieux accompagner leur proche. **Recueillir leurs attentes** pour enrichir les programmes de formation

Axe 3 – Promouvoir et renforcer la démocratie en santé

Cet axe consacre une action générale visant à continuer de faire vivre et de protéger la démocratie sanitaire au quotidien au sein de l'établissement.

Action 3 – Poursuivre la démarche institutionnelle de **démocratie sanitaire**

Objectifs

Maintenir le soutien de la Direction, de la CME, de la CSIRMT et du département QGDR en termes d'impulsion de la démocratie sanitaire.

Poursuivre et développer **l'implication des usagers** en intra et hors les murs.

Descriptif

- 1- Poursuivre la recherche de l'alliance thérapeutique autour de **l'engagement réciproque** usagers / professionnels (y compris MSP, accompagnants familiaux et pairs aidants)
- 2- Recourir au dispositif d'expertise d'usage du Pôle des usagers **au sein des unités de soins**
- 3- Maintenir la dynamique du Pôle des usagers en matière de conception et de mise en œuvre d'actions
- 4- Impliquer les patients dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'**ETP**
- 5- Continuer à positionner les **représentants des usagers** en tant que partenaires du fonctionnement de l'établissement

► Schéma Directeur du Système d'Information (SI)

6 axes déclinés en 13 actions :

- **Dématérialisation**.....P.67
- **Convergence des Systèmes d'Information**.....P.68
- **Optimisation de la sécurité du SI de l'établissement**.....P.69
- **Développement du partage d'informations et de l'usage de services numériques**.....P.70
- **Infrastructure SIH et périphériques connectés**.....P.71
- **Production des indicateurs d'usage**.....P.72

Le Schéma Directeur du Système d'Information s'inscrit dans un contexte de **fortes évolutions techniques** et **réglementaires**. Il s'axe vers la **convergence** des systèmes d'informations hospitaliers du **GHT** mais également de la **Direction commune** avec le CH La Valette de Saint-Vaury et l'EHPAD la Chapelaude. Les travaux du Schéma Directeur du Système d'Information ont par ailleurs tenu compte des contraintes financières actuelles et des orientations nationales portées par le plan Ma Santé 2022.

Schéma Directeur du Système d'In- formation (SI)

Axe 1 - Dématérialisation

L'axe « Dématérialisation » se décline en **2 actions** visant à augmenter le recours aux documents et procédés numériques au sein de l'établissement et ainsi à gagner en fluidité et en efficacité.

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

Objectifs

Optimiser la **gestion des coûts** et les délais de paiement sur le reste à charge de l'assuré.

Répondre aux exigences de l'article 80 de la LFSS (loi de financement de la sécurité sociale) et optimiser la gestion de l'équipe « transport patient ».

Descriptif

- 1- Mise en œuvre du projet de Remboursement des Organismes Complémentaires (**ROC**)
- 2- Dématérialisation des échanges avec les organismes complémentaires
- 3- **Déploiement** de la **gestion des consultations externes** sur l'ensemble des pôles
- 4- **S'interfacer** avec la nouvelle **plateforme** de transports sanitaires territoriale (Nouvelle-Aquitaine)

- 5- Doter l'équipe « transport patient » d'outils numériques : smartphones et déploiement du logiciel Itinéraire avec géolocalisation, gestion flotte/trajets

Action 1.2 – Poursuivre la dématérialisation des **documents institutionnels**

Objectifs

Simplifier et optimiser les différents flux d'information.

Gain de temps et réduction des coûts.

Descriptif

- 1- Déploiement du **nouvel espace Intranet**, incluant tous les formulaires de demande relatifs à la GRH et aux différents services logistiques
- 2- Dématérialisation de tous les documents relatifs aux **éléments de paie** et au transfert des flux pour la Trésorerie
- 3- Renforcement de l'usage de la GED pour les procédures/processus essentiels à la conformité réglementaire du SI
- 4- Mise en place du **module GPEC** permettant la numérisation des process gestion de compétences et évaluation des agents du CH

Axe 2 – Convergence des systèmes d'information

L'axe « *Convergence des systèmes d'information* » vise à répondre au **contexte actuel** dans lequel l'établissement évolue : en tant que membre du GHT d'une part, et en tant qu'établissement de la nouvelle Direction commune d'autre part.

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

Objectifs

Mise en œuvre du socle commun préalable à l'**interopérabilité** et à la traçabilité du parcours patient.

Parvenir à une **convergence applicative**, en fonction du planning d'avancée de l'urbanisation du SI GHT de l'établissement support.

Descriptif

- 1- Déploiement du SRI (**Serveur de Rapprochement d'Identité**)
- 2- Mise en œuvre de l'**annuaire** des professionnels du GHT (adaptation de l'annuaire du CHE et de son système d'authentification SSO avec l'annuaire GHT ; gestion des **habilitations SI** au sein du GHT et synchronisation de l'annuaire du CHE avec le Méta annuaire GHT)
- 3- **Partage** des informations du **Dossier Patient** : interopérabilité du DPI Cariatides avec l'entrepôt de données du GHT, alimentation de données à partir du DPI et accès aux données du parcours patient au sein des établissements GHT

Action 2.2 – Direction commune avec le CH de la Valette – Saint Vaury et l'EHPAD La Chapelaude

Objectifs

Permettre la **déclinaison technique et pratique** de la Direction commune et des Pôles inter établissements au moyen d'une convergence des systèmes d'information.

Descriptif

- 1- **Harmonisation** des processus de **saisies** dans le dossier patient Cariatides
- 2- Harmonisation des **habilitations métiers** des professionnels de santé
- 3- Réalisation d'un **lien interconnexion**
- 4- Rapprochement des bases de données patients

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

L'axe « *Optimiser la sécurité du SI de l'établissement* » se décline en **2 actions** visant à assurer le respect des règles de sécurité organisationnelles et techniques du SI.

Action 3.1 – Suivi et mise à jour de la politique interne de sécurité du SI

Objectifs

Disposer d'un SI sécurisé permettant d'exercer une prise en charge dans la **confidentialité**, fiabilité, disponibilité et traçabilité des données.

Sensibiliser et former les professionnels aux exigences de sécurité.

Descriptif

- 1- Mener une politique conforme à la **politique générale SSI-S** de l'Asip Santé et des procédures associées
- 2- Suivi des indicateurs réglementaires
- 3- Réalisation et analyse du plan d'actions SSI (incluant la tenue d'audits réguliers sur la **perméabilité** du système)

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

Objectifs

Garantir le respect de la **protection des données** au regard de la réglementation RGPD – CNIL.

Permettre aux professionnels du GHT de **communiquer en toute sécurité**, sans risque de perte ou de captage d'informations.

Descriptif

- 1- Travailler au respect de la protection des données en lien avec le **DPO** du GHT
- 2- Harmoniser les process au sein du GHT en tendant vers la mise en point de **standards informatiques**

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

L'axe « Développement du partage d'informations et de l'usage de services numériques » se décline en **5 actions** visant à organiser l'articulation de l'activité de l'établissement avec la médecine de ville et le médico-social, en mettant le patient au cœur du système de santé.

Action 4.1 – Optimiser l'usage du DMP

Objectifs

Permettre aux professionnels d'**accéder** au DMP et d'y **partager** les informations utiles à la prise en charge du patient.

Descriptif

- 1- **Capitaliser et poursuivre les efforts** engagés dans le cadre d'« Hôpital Numérique »
- 2- Assurer l'interopérabilité avec le DPI Cariatides et veiller à son bon fonctionnement au quotidien

Action 4.2 – Augmenter le recours à la messagerie sécurisée

Objectifs

Optimisation de l'usage de la messagerie sécurisée envers les professionnels libéraux et médico-sociaux en fixant un **objectif de 60% des échanges**.

Descriptif

- 1- Atteindre l'objectif fixé d'ici à 2022 compte-tenu de la nouvelle version compatible MSSanté pour les professionnels libéraux
- 2- Participer en interne à la diffusion de la **campagne de déploiement** menée par le GIP Esea

Action 4.3 – Venir en support du développement de la télémédecine

Objectifs

Fournir le support technique (matériel et accompagnement) nécessaire au développement de la télémédecine : téléconsultation et téléexpertise.

Descriptif

- 1- Identifier les besoins en interne et y répondre
- 2- Adhésion opérationnelle à la **plateforme régionale** de télémédecine

Action 4.4 – Déployer l'usage de plateformes régionales

Objectifs

Généraliser l'accès aux plateformes numériques de santé pour les professionnels de l'établissement.

Descriptif

- 1- Plateformes concernées : PAACO Globule, ViaTrajectoire (Grand Age, Handicap...), ROR
- 2- Sensibiliser les professionnels amenés à utiliser ces plateformes

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

Objectifs

Déployer des **applications** pour informer, accueillir et orienter les patients et visiteurs.

Développer les usages numériques auprès des professionnels afin d'améliorer les prises en charge et/ou la QVT.

Descriptif

- 1- Permettre l'interopérabilité du DPI avec l'application *Smartides User* : à partir de son smartphone, chaque patient pourra accéder à ses données et transmettre aux professionnels des données sur son état de santé
- 2- Mettre en œuvre une application mobile d'**orientation en temps réel** et guidant les patients/usagers à l'intérieur de l'établissement
- 3- Créer un outil de **traçabilité** avec smartphone pour la **collecte** des **prélèvements biologiques** (contrôle du ramassage des tubes de prélèvements et de la dépose au laboratoire)
- 4- Augmenter la **dotation des équipes ambulatoires** en matériels connectés (usage téléphonie et internet, accès au DPI Cariatides, sécurité du travailleur isolé)

Axe 5 – Infrastructure SIH et périphériques connectés

L'axe « *Infrastructure SIH et périphériques connectés* » se décline en **2 actions** visant à s'adapter à la fin de maintenance annoncée par les constructeurs sur les matériels composant l'infrastructure SI de l'établissement (2021). En fonction de l'avancée des chantiers de convergence du GHT, il sera nécessaire de renouveler certains composants.

Action 5.1 – Revoir la politique de **gestion des impressions**

Objectifs

Diminuer le coût global du parc d'imprimantes et photocopieurs tout en maintenant une qualité de service satisfaisante pour les professionnels.

Descriptif

- 1- Privilégier l'usage de **photocopieurs multifonctions** (moins coûteux en coût / page) pour les centres de consultations
- 2- Limiter le parc à des imprimantes d'appoint pour les bureaux médicaux

Action 5.2 – Travailler continuellement à maintenir la **modernité** du parc « matériels », de la téléphonie et des liens réseau

Objectifs

Prévenir l'obsolescence des moyens matériels et de télécommunication de l'établissement.

Descriptif

- 1- Maintenir le parc « matériels » aux versions du marché
- 2- Téléphonie : optimiser la gestion autocommutateur en généralisant l'usage du numérique
- 3- Développer les liens réseaux et se doter de fibres dédiées dans le cadre de la convergence des SI GHT

Axe 6 – Production des indicateurs d'usage

Comme dans le cadre du précédent projet d'établissement, le CH Esquirol devra poursuivre la production des **indicateurs d'usage** relatifs au programme **Hôpital Numérique**, à la gestion de la **qualité** et de la **sécurité** des **soins**, et à la **sécurité du SI** :

- Taux de documents publiés dans le DMP pour les patients disposant d'un DMP au moment de leur admission
- Taux de services pour lesquels le DPI intègre les comptes-rendus, les traitements de sortie, les résultats de biologie et la lettre de liaison de sortie
- Taux de séjours en hospitalisation pour lesquels le DPI a été mis à jour et contient la lettre de liaison de sortie
- Taux de consultations externes réalisées par les professionnels médicaux pour lesquelles le DPI a été mis à jour
- Taux de séjours disposant de :
 - o Prescriptions médicamenteuses informatisées
 - o Demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées
 - o Prescriptions informatisées d'actes infirmiers
 - o Plans de soins uniques informatisés alimentés par l'ensemble des prescriptions
- Taux de correspondances DPI envoyées par *MSSanté*