

CHS DE BLAIN

**PROJET
D'ÉTABLISSEMENT**

2019-2023



EDITORIAL	5
PREAMBULE	7
PROJET DE PRISE EN CHARGE	15
PROJET DES USAGERS	17
PROJET MEDICO-SOIGNANT	29
PROJET DE SOINS	49
PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS	61
PROJET SOCIAL	73
SCHEMA PATRIMONIAL ET SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION	87
SCHEMA PATRIMONIAL	89
SCHEMA DIRECTEUR DU SIH	99

EDITORIAL

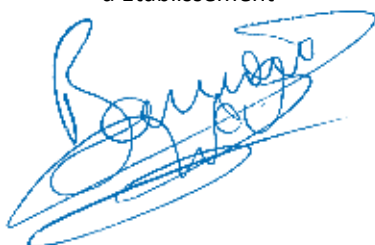
Ce projet d'établissement fait suite au projet d'établissement 2012-2017 qui a été largement amendé par le plan d'actions 2015 – 2017 issu du diagnostic partagé avec l'ARS. Ce dernier a conduit à un certain nombre de restructurations au sein de l'établissement dans le cadre d'une recherche d'efficience et de retour à l'équilibre financier. Cette démarche n'a toutefois pas permis d'amplifier le virage ambulatoire en venant soutenir et étayer les prises en charge des patients en dehors de l'hospitalisation complète. L'établissement est par ailleurs resté confronté de façon récurrente à un double phénomène : le nombre important de séjours hospitaliers longs ou non pertinents, et une situation de sur occupation impactant fortement la qualité de l'accueil des patients, les conditions de travail des professionnels ainsi que l'organisation des flux au sein du CHS.

- L'environnement du CHS a également beaucoup évolué : inscription dans le GHT 44 et élaboration d'un projet médico-soignant partagé, élaboration d'un projet territorial de santé mentale, intensification de la collaboration inter-établissements au sein du département, tant pour la psychiatrie infanto-juvénile que pour la psychiatrie adulte, dans le cadre de démarches partagées au sein du GHT, du GCS de coordination départementale, ou encore du comité inter établissements de psychiatrie. Ces éléments de contexte se traduisent par un nouveau positionnement du CHS sur le territoire, dans une stratégie tournée vers l'avenir et ouverte sur l'environnement.

- Notre défi consiste donc aujourd'hui à s'engager dans une démarche multi partenariale et territoriale permettant de proposer aux patients une palette de solutions de soins ou d'accompagnement adaptées à leur situation clinique. Cela implique de repenser et conforter la place du CHS au sein du territoire en tant qu'acteur incontournable mais non exclusif, au sein d'une constellation de partenaires intervenant sur tous les champs des parcours de santé et de vie. Notre défi prend également la forme d'un engagement à être présent là où se discutent et se structurent toutes les stratégies prenant en compte les déterminants de la santé : politique du logement, politique du transport, aménagement du territoire, accès au secteur associatif et à la culture, accès aux services publics, ...C'est le sens de notre participation au projet territorial de santé mentale, à l'élaboration des contrats locaux de santé par exemple. Relever ce défi, c'est également imaginer une évolution des pratiques professionnelles (et donc des compétences) permettant la mise en œuvre d'actions innovantes, répondant aux besoins des usagers, dans le cadre d'un exercice professionnel de territoire, et à partir de projets co-construits avec les partenaires et les usagers.

- Réduire les séjours longs, mais également ancrer le suivi des patients sur le territoire en ayant recours à l'hospitalisation temps plein uniquement en dernier recours pour gérer la crise, implique une nécessaire diversification de l'offre de soins permettant la mise en œuvre d'une dynamique de réhabilitation psychosociale. Ce processus doit intervenir dès la préparation de la sortie notamment pour les patients hospitalisés depuis longtemps, puis dans un parcours ambulatoire et extrahospitalier au sein duquel la personne soignée est accompagnée afin de la rendre la plus autonome possible dans la gestion de sa pathologie. Cette approche vient questionner à la fois la place des usagers dans les processus de soins, mais également le regard que l'on porte sur un sujet en souffrance psychique. L'attention et le soutien que l'on peut accorder aux « aidants » constituent également un enjeu fort dans ce contexte.

Dr Nabil BANAOUES
Président de la
Commission Médicale
d'Etablissement



Nathalie ROBIN-SANCHEZ
Directrice du CHS de BLAIN



Jacques MARTIN
Directeur des soins,
de la qualité et de la Gestion
des Risques



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023

PREAMBULE

1 - ELEMENTS DE CONTEXTE	9
2 - LES VALEURS ET ENGAGEMENTS	11
3 - METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET	12
4 - BILAN	13
5 - APPROBATION	13
6 - PLANS D'ACTION ET EVALUATION DU PROJET	13

PREAMBULE

1 - ELEMENTS DE CONTEXTE

Le projet d'établissement couvrant la période 2012-2017 étant arrivé à échéance ; un nouveau projet d'établissement pour le CHS de Blain a été élaboré pour ce nouvel horizon d'actions 2019-2023, conformément aux dispositions de l'article L.6143-2 du code de la santé publique.

1.1. Principes fondamentaux

Le projet d'établissement constitue la feuille de route de l'établissement dont ce document présente une version synthétique et se décline en plans d'actions qui en sont l'outil de suivi et de mise en œuvre opérationnelle.

Même si son contenu n'est plus soumis à l'approbation de l'Agence Régionale de Santé, il demeure un outil de dialogue de gestion avec l'ARS dans le cadre des échanges autour du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens sur la période 2019-2023.

Au regard de la mission de santé du CHS de Blain, le Projet de prise en charge des patients constitue la colonne vertébrale du Projet d'Etablissement. 9 projets y sont adossés :

- Projet des usagers
- Projet médico-soignant
- Projet de soins
- Projet qualité et sécurité des soins
- Projet social médical
- Projet social non médical
- Projet management
- Schéma patrimonial
- Schéma directeur du système d'information

1.2. Contexte général

Le CHS de Blain est un centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge des pathologies mentales. Au niveau national, tous les services de psychiatrie publics sont organisés autour de la notion de secteur géographique. Le CHS de Blain, quant à lui, dessert les communes du Nord de la Loire-Atlantique

Il couvre 3 secteurs de psychiatrie adulte représentant une population d'environ 342 000 habitants et un inter-secteur de pédopsychiatrie (112 000 habitants).

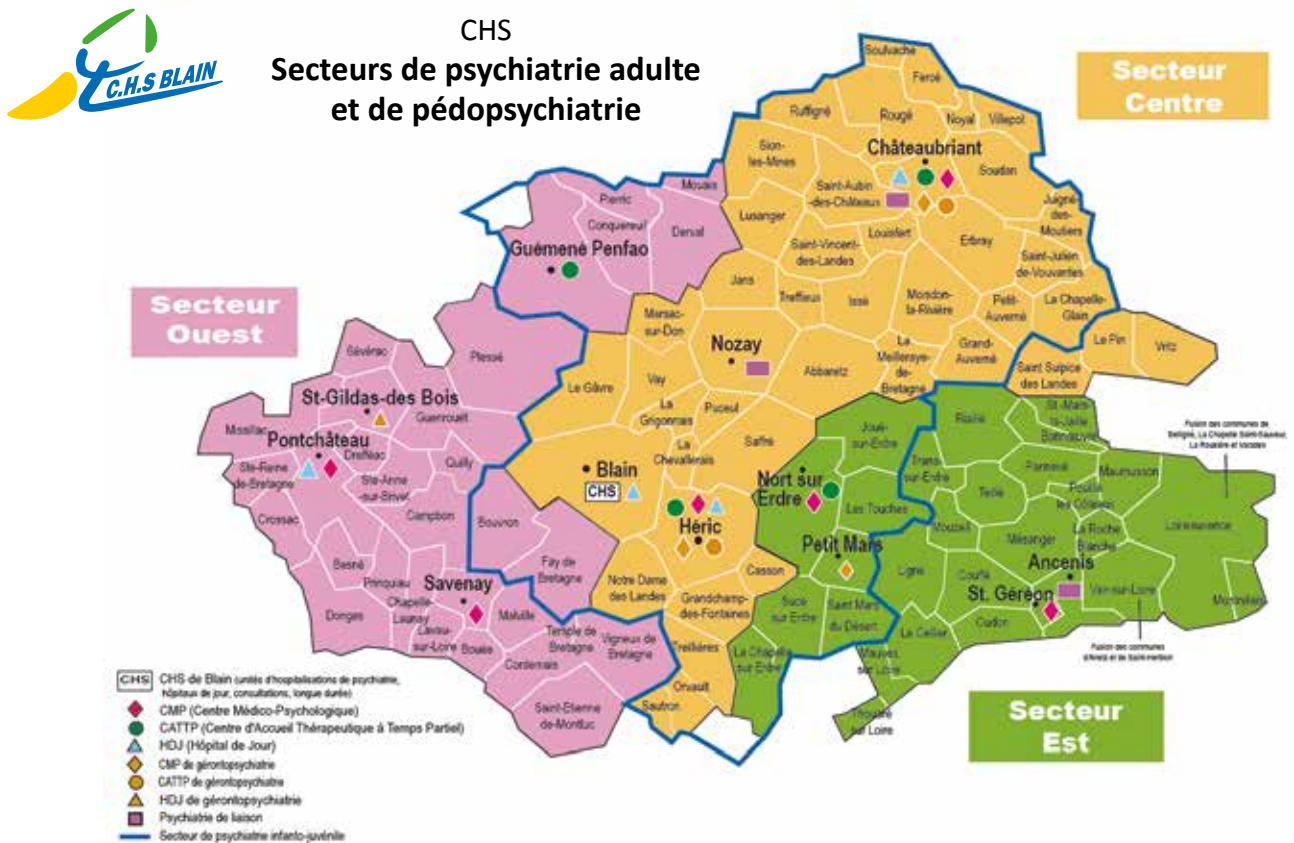
Depuis 2008, l'établissement a défini une organisation en pôles.

- Secteur Ouest : Pôle Ouest
- Secteur Centre : Pôle Centre
- Secteur Est : Pôle Est
- Secteur de psychiatrie infanto-juvénile (matérialisé par un contour bleu sur la carte ci-après) : Pôle Psychiatrie Infanto-Juvénile

Ainsi qu'un pôle intersectoriel dispensant des soins spécifiques de la personne âgée, d'addictologie, de soins psychiatriques au long cours, de thérapie familiale systémique et de sociothérapie.

Enfin, une structure à vocation départementale de 106 places dédiée à l'Accueil Familial Thérapeutique Adultes.

A chaque secteur correspond un service de soins. Les patients y sont donc dirigés en fonction de leur commune d'habitation.



1.3. Contexte territorial

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 conforte la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires. L'article 69 de la loi établit ainsi un nouveau schéma d'orientation et d'organisation de la santé mentale, de la psychiatrie et de la psychiatrie de secteur.

En créant les groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi de modernisation de notre système de santé vise à garantir que l'offre de soins corresponde aux besoins de la population et à assurer la qualité et la sécurité des soins en tout lieu du territoire.

En juin 2016, le CHS de Blain s'est inscrit dans la logique de coopération portée par le GHT de Loire Atlantique (GHT 44) avec notamment l'adoption à l'unanimité de la communauté médicale d'établissement (CME), de la convention constitutive du groupement et du projet médical partagé du territoire.

Le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT 44 a été adopté en juin 2017. Il définit sur le territoire de santé de Loire Atlantique les axes d'évolution de l'organisation des soins notamment dans les filières d'addictologie, de santé mentale, des urgences et des soins spécifiques.

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) pour le département du 44 est en cours d'élaboration. Il vise à associer tous les acteurs sociaux, médico-sociaux, les associations, les élus et les établissements de santé de psychiatrie.

L'élaboration du projet d'établissement 2019-2023 s'inscrit dans ce contexte et s'articule fortement avec le projet médico-soignant du partagé du GHT et le diagnostic du PTSM qui a été présenté en janvier 2019. Le projet de prise en charge des patients médico-soignant qui le compose prend en compte ces orientations nationales, régionales et locales.

2 - LES VALEURS ET ENGAGEMENTS

Le service public hospitalier

Le Centre hospitalier de Blain inscrit son action et ses projets dans les valeurs du service public hospitalier (art. L6112-1 du Code de la santé publique) et s'engage à en appliquer les principes :

- Egalité d'accès et de prise en charge ;
- Continuité ;
- Adaptation ;
- Neutralité.

Pour ce faire, l'établissement assure à toute personne (art. L6112-2 du Code de la santé publique) :

- Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- Une permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins ;
- Un égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- Une absence de facturation de dépassements des tarifs et des honoraires.

La politique de secteur dans l'organisation de la psychiatrie

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé réintroduit la notion de mission de psychiatrie de secteur. Ainsi l'article L3221-3 du Code de la santé publique dispose que la mission de psychiatrie de secteur consiste à garantir à l'ensemble de la population :

- Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluri professionnelles ;
- Une accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;
- La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement.

Ecoute, Respect, Bienveillance, Professionnalisme

Les différents acteurs de l'institution défendent ces valeurs et souhaitent porter ces ambitions avec les usagers.

Il a donc été décidé d'élaborer un projet des usagers, d'écouter leur parole et prendre en compte leurs recommandations dans tous les volets du projet d'établissement.

La visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de liberté en juin 2018 a alimenté ce débat interne donnant des points d'appui aux réflexions engagées par les soignants sur la liberté d'aller et venir, les droits des patients, la prise en compte des « ressources » des personnes, le sens de la relation dans le parcours de vie et de soins.

Cette démarche est le gage d'un nouveau regard et d'une évolution des prises en charge. Elle interroge les pratiques professionnelles et la réponse aux attentes et aux besoins des personnes dans leur parcours de vie et soins.

Coopération et engagement public

Chaque année, près de 7900 patients sont pris en charge au C.H.S. de Blain dans les structures qui le composent et 91% le sont d'ores et déjà exclusivement en ambulatoire.

L'hôpital se veut ouvert sur son environnement et partenaire de tous les acteurs de la santé mentale. Il est un acteur important dans la mise en œuvre des politiques publiques sur son territoire, répondant en cela à la notion de parcours des personnes prises en charge et accompagnées.

De nombreuses coopérations avec ses partenaires politiques (élus), institutionnels (GHT, GCS de psychiatrie...), établissements (plus de 60 conventions avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux), associatifs sont développées. Ces coopérations sont un axe fondamental du projet d'établissement car il n'y a plus depuis longtemps de réponses uniquement hospitalières à la situation des personnes en souffrance psychique.

3 - METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET

Le nouveau projet du centre hospitalier de Blain s'est appuyé sur une organisation et des instances déjà existantes. Chaque projet du Projet d'Etablissement a disposé d'un pilote et s'est inscrit dans la méthodologie et le calendrier du Projet.

Une structuration commune des projets selon le mode d'un groupe de travail par projet avec des sous-groupes si besoin ou des entretiens fonctionnels a été conduite. Au total 73 groupes de travail se sont réunis, auxquels ont pu participer une centaine de professionnels.

L'élaboration du projet de prise en charge des patients pour 2019-2023 s'est inscrit dans un contexte difficile, le précédent projet d'établissement n'ayant pu aller à son terme du fait du plan d'actions, issu du diagnostic partagé avec l'ARS et du plan de retour à l'équilibre financier de l'établissement. Une attention particulière a été portée sur l'implication médico-soignante.

Le projet de prise en charge des patients supposait, d'une part, la mobilisation de la communauté médicale dans l'élaboration du projet médical et, d'autre part, l'équilibre du projet médical et soignant dans son aboutissement.

Dans ce contexte, le CHS de Blain a identifié le besoin d'accompagnement pour le projet de prise en charge médico-soignant des patients et a donc décidé de faire appel à un assistant à maîtrise d'ouvrage. La société ADOPALE a mené les travaux sur fond de groupe de travail du projet médical. Elle s'est également appuyée sur des séminaires médico soignants regroupant les membres du groupe Projet médical et les membres du groupe Projet de soins afin de mieux coordonner la réflexion et de décloisonner les professions.

Les différentes modalités d'animation des travaux ont ainsi permis d'élaborer collectivement ce nouveau projet qui est donc le fruit d'une démarche participative.

4 - BILAN

Il n'y a pas de nouveau projet sans une phase de bilan et de diagnostic, ces éléments construits au démarrage de la démarche sont pour les plus importants présentés en annexe.

5 - APPROBATION

« Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. <...> » (L6143-7-4 du CSP, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009).

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ; <...> » (L6143-1 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26/01/2016).

Le conseil de surveillance a approuvé le projet d'établissement 2019-2023 dans son ensemble lors de sa séance du 29 mai 2019.

6 - PLANS D'ACTION ET EVALUATION DU PROJET

La vie du projet d'établissement ne s'arrête pas à sa rédaction. Elle nécessite un suivi et une actualisation.

Un certain nombre de plans d'actions sont donc adossés aux différents projets. Ils permettent de prioriser dans le temps (court terme, moyen terme, long terme) la mise en œuvre des actions et des projets. Ils sont aussi construits pour identifier des responsabilités et des indicateurs de suivi. Ils permettront annuellement de faire des bilans d'étape et de réinterroger le projet au regard du contexte (contraintes et opportunités qui se présentent) et de la situation de l'établissement.

Enfin, ce nouveau projet de prise en charge devra trouver une traduction concrète dans les projets de pôles et les objectifs correspondants des contrats de pôles devront être redéfinis.

**PROJET
D'ÉTABLISSEMENT
2019-2023**

**PROJET DE PRISE
EN CHARGE**

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019-2023

PROJET DES USAGERS

1 - METHODOLOGIE ET APPROBATION.	19
2 - AXE 1 : LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE : UN EQUILIBRE A CONSTRUIRE.	20
3 - AXE 2 : LA PERSONNE SOIGNEE : AUTEURE ET ACTRICE DES SOINS DANS SON PARCOURS DE VIE.	21
4 - AXE 3 : TEMPS PERSONNELS ET TEMPS SOIGNANTS : COORDONNER LES DIFFERENTS TEMPS POUR UN QUOTIDIEN ORGANISE ET RESPECTUEUX DE CHACUN.	23
5 - AXE 4 : LES SOIGNANTS PORTEURS DES DROITS DES PATIENTS.	24
6 - AXE 5 : DES ESPACES D'ACCUEIL ET DE SOINS REpondant AUX BESOINS DES USAGERS.	25
7 - AXE 6 : UNE INFORMATION CLAIRE ET ACCES- SIBLE A TOUS POUR UNE DESTIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE.	27

LE PROJET DES USAGERS

Le centre hospitalier de Blain a souhaité prendre en compte, dans son projet d'établissement, l'expression des usagers et de leurs représentants et ainsi élaborer pour la 1^{ère} fois un projet des usagers comme en donne la possibilité le décret du 1er juin 2016 relatif à la Commission Des Usagers (CDU) des établissements de santé.

Le projet des usagers s'articule avec le projet médico-soignant et le projet de soins.

Il est porté par la Commission Des Usagers, dont les missions sont de « formaliser un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité/de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers ».

1 - METHODOLOGIE ET APPROBATION

1.1. Méthodologie

Un groupe de travail, composé des représentants des usagers CDU, d'un représentant de la CME, de 2 représentants de la Commission des Soins, des membres usagers de la maison des usagers, des représentants des usagers au titre des Groupes d'entraides Mutuelles et d'un représentant du comité d'éthique a débuté ses travaux en juillet 2018.

Les objectifs de ce groupe étaient de recueillir les attentes des usagers, de les prioriser et de les décliner en actions. Ces différents éléments constituent le Projet Des Usagers.

Ce projet décline en 6 axes l'expression des usagers au terme de quatre démarches parallèles.

La première a été de mesurer les actions réalisées ou non du précédent projet d'établissement concernant la politique d'accueil, de la qualité/de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

La seconde a consisté à analyser puis compiler les verbatim des questionnaires de satisfactions 2017 au regard :

- De la politique d'accueil ;
- De la qualité et de la sécurité de la prise en charge ;
- Du respect des droits des usagers ;

La troisième démarche s'est saisie de l'espace d'expression déjà existant pour les personnes prises en charge, en abordant cette thématique lors des réunions "soignants-soignés" afin d'être au plus proche des attentes des personnes qui étaient actuellement hospitalisées soit en hospitalisation complète soit en hospitalisation de jour.

La quatrième démarche s'est nourrie des Recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) dans son rapport de visite du 13 novembre 2018.

1.2. Approbation

Ces 3 sources de réflexion ont permis au groupe de travail de soumettre à la Commission Des Usagers un ensemble de préconisations axées autour :

1. La relation soignant - soigné : un équilibre à construire ;
2. La personne soignée : auteure et actrice des soins dans son parcours de vie ;

3. Temps personnels et temps soignants : coordonner les différents temps pour un quotidien organisé et respectueux de chacun ;
4. Les soignants porteurs des droits des patients ;
5. Des espaces d'accueil et de soins répondant aux besoins des usagers ;
6. Une information claire et accessible à tous pour une déstigmatisation de la maladie mentale ;

Le projet des usagers a été validé par la Commission des Usagers dans sa séance du 07/03/2019.

Une présentation du projet en commission de soins élargie et en groupe projet médical a été effectuée pour permettre l'articulation de ces 3 projets.

2 - AXE 1 : LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE : UN EQUILIBRE A CONSTRUIRE

1.1. Définition :

La relation soignant-soigné est un fondement du soin psychiatrique. La relation est un lien qui met en rapport une personne à une autre. Cette relation particulière dans les soins est souvent asymétrique. Il convient de se poser quotidiennement la question « comment communiquons-nous ensemble ? »

1.2. Préconisations :

1. Rétablir un équilibre dans cette relation asymétrique en ayant une relation de civilité avec toute personne recevant des soins ;
Définition de la relation de la civilité : vouvoiement, tutoiement, respect mutuel, pas d'infantilisation.
2. Prendre en compte la globalité de la personne : Il ne s'agit pas de résumer la personne à la dimension clinique psychiatrique, à ses symptômes mais de prendre en compte ses ressources, ses besoins, son entourage, son environnement à toutes les étapes du parcours de soins.

1.3. Action CDU :

- Faire le lien avec la commission des soins et la communauté médicale
- Instaurer/Programmer des rencontres avec la commission des soins et la communauté médicale



3 - AXE 2 : LA PERSONNE SOIGNEE : AUTEURE ET ACTRICE DES SOINS DANS SON PARCOURS DE VIE

1.1. Définition :

Qui mieux que la personne est la plus à même de parler d'elle-même et de s'engager.

Pour être auteur, il faut aller au-delà de l'acceptation des soins et mettre en place les conditions pour que la personne soignée et son entourage soient partie prenante.

Le parcours n'est pas une juxtaposition de temps. Chaque personne dispose de sa singularité, pas de soins standardisés mais des soins personnalisés et coordonnés avec le parcours de vie de la personne.

Il n'existe pas de vie standard ou idéale. Chacun fait à sa mesure sans jugement.

1.2. Rapport Contrôleur Général des Lieux de Privation des Lieux de Liberté

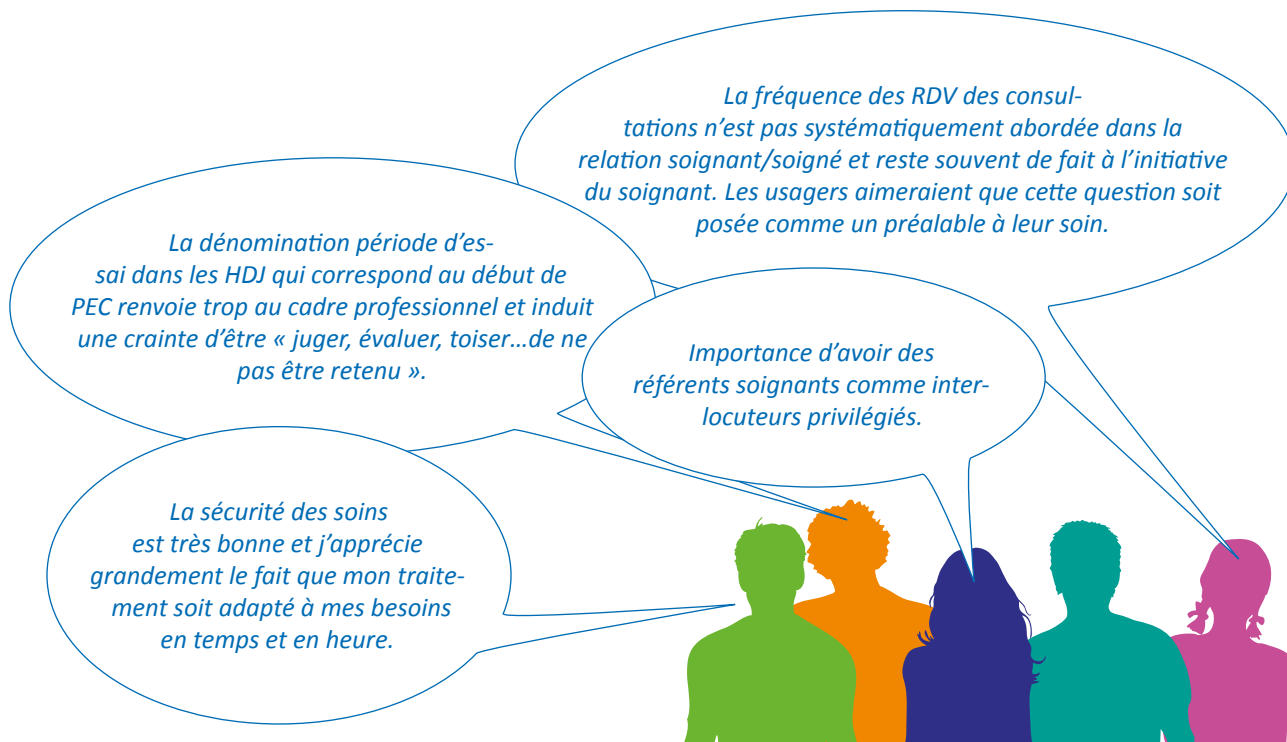
RECOMMANDATION N°3 : Il conviendrait de relancer la politique de mobilité au sein des pôles afin d'offrir la possibilité aux soignants d'évoluer entre l'intra et l'extra hospitalier et de permettre aux agents de nuit de réactualiser leurs connaissances et leurs pratiques.

1.3. Préconisations :

3. Considérer le patient et son parcours de vie comme « Premier »
4. Recueillir la parole de la personne soignée et travailler sa parole pour élaborer son projet de soins, l'intégrer dans son parcours de soins
5. Chercher et repérer les ressources de la personne soignée dès le premier contact avec l'institution
6. Partager la question de l'évaluation des ressources de la personne avec les partenaires (au sens de l'accompagnement de la personne), l'entourage, les aidants du patient
7. Co-construire la démarche de soins avec le patient et son entourage

1.4. Actions CDU :

- Faire le lien avec la commission des soins et la communauté médicale
- Instaurer/Programmer des rencontres avec la commission des soins et la communauté médicale
- Construire des outils d'évaluation de satisfaction des parcours de soins
- Modifier le questionnaire de satisfaction pour introduire des questions sur ce thème :
 - Est-ce que mes conditions de vie ont été prises en compte dans l'organisation des soins et à la nature des soins qui m'ont été proposés ?
 - Est-ce que je me suis senti associé à l'organisation des soins et à la nature des soins proposés ?
- Mettre en place un dispositif d'évaluation sur une période donnée de la satisfaction de l'entourage sur les modalités d'association aux soins



4 - AXE 3 : TEMPS PERSONNELS ET TEMPS SOIGNANTS : COORDONNER LES DIFFERENTS TEMPS POUR UN QUOTIDIEN ORGANISE ET RESPECTUEUX DE CHACUN.

1.1. Définition

La personne soignée doit comprendre et connaître les temps collectifs, les temps de soins individuels et pouvoir se représenter son temps personnel.

Pour que la personne soignée ne soit pas soumise et comprenne le temps des soignants, il doit être expliqué et repéré quotidiennement (réunion de transmission, synthèse, réunion clinique, passage du médecin...).

Prendre en compte le temps de la personne soignée en tant que personne, tenir compte/articuler les différents temps (concordance des temps, synchronisation...)

1.2. Rapport Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

RECOMMANDATION 29 : *Même si les patients peuvent bénéficier d'activités proposées par la sociothérapie, les activités occupationnelles apparaissent trop peu nombreuses au sein des unités. Elles doivent être enrichies, en particulier l'après-midi entre l'heure de fermeture des espaces communs de vie sociale (bibliothèque, cafétéria) et le dîner.*

1.3. Préconisations :

8. Rendre visible l'organisation de l'unité et la permanence des soins
9. Mettre en place un temps d'information quotidien des personnes soignées sur le déroulement de la journée et l'organisation des soins
10. Coordonner les temps en tenant compte de la juxtaposition des temps
11. S'assurer que les règles du temps collectif soient partagées et comprises



5 - AXE 4 : LES SOIGNANTS PORTEURS DES DROITS DES PATIENTS

1.1. Définition :

Le patient est une personne vulnérable et, le protéger, c'est aussi porter ses droits avec lui et en garantir l'exercice.

1.2. Rapport Contrôleur Général des Lieux de Privation des Lieux de Liberté

RECOMMANDATION 5 : Le recueil des observations des patients doit être formellement mis en place pour toute décision médicale, au moment de la rédaction du certificat médical, conformément aux dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Lorsque l'état clinique du patient ne permet pas de lui notifier ses droits immédiatement, la notification doit être refaite dès que sa situation évolue et la mesure doit être tracée. **Enfin, l'ensemble des cadres de santé doivent bénéficier d'une formation portant sur les droits et les voies de recours.**

RECOMMANDATION 7 : Le personnel soignant doit recevoir une formation sur le rôle exact de la personne de confiance. La notification du droit de désigner cette personne et la procédure de désignation doivent être formalisées.

RECOMMANDATION 8 : Les patients doivent être informés systématiquement de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 9 : L'information sur la rémunération des avocats intervenant aux audiences du JLD doit être améliorée afin de mettre un terme à l'inquiétude qu'elle suscite chez certains patients.

RECOMMANDATION 10 : Il convient de prendre des mesures d'informations suffisantes de nature à inciter les patients à demander des entretiens avec la CDSP à l'occasion de ses passages.

RECOMMANDATION 14 : La réflexion portant sur l'ouverture des portes des unités fermées doit se poursuivre.

RECOMMANDATION 16 : **L'enfermement d'un patient dans sa chambre, afin de faciliter sa surveillance durant la nuit, doit être proscrit.** Par ailleurs, un dispositif permettant aux patients de fermer leur chambre, sans empêcher le personnel d'y accéder quand il le souhaite, doit être généralisé.

RECOMMANDATION 18 : La privation générale du téléphone portable dans les unités du pôle Est porte une atteinte disproportionnée aux droits des patients. Le principe doit demeurer le libre accès des patients à leur téléphone, et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement cliniques.

RECOMMANDATION 21 : **L'intérieur des chambres, et les faits et gestes des patients qui y sont hospitalisés, ne doivent pas être visibles distinctement de l'extérieur.** De même, les salles d'eau de toutes les chambres doivent pouvoir être fermées de l'intérieur par le patient, afin de garantir son intimité.

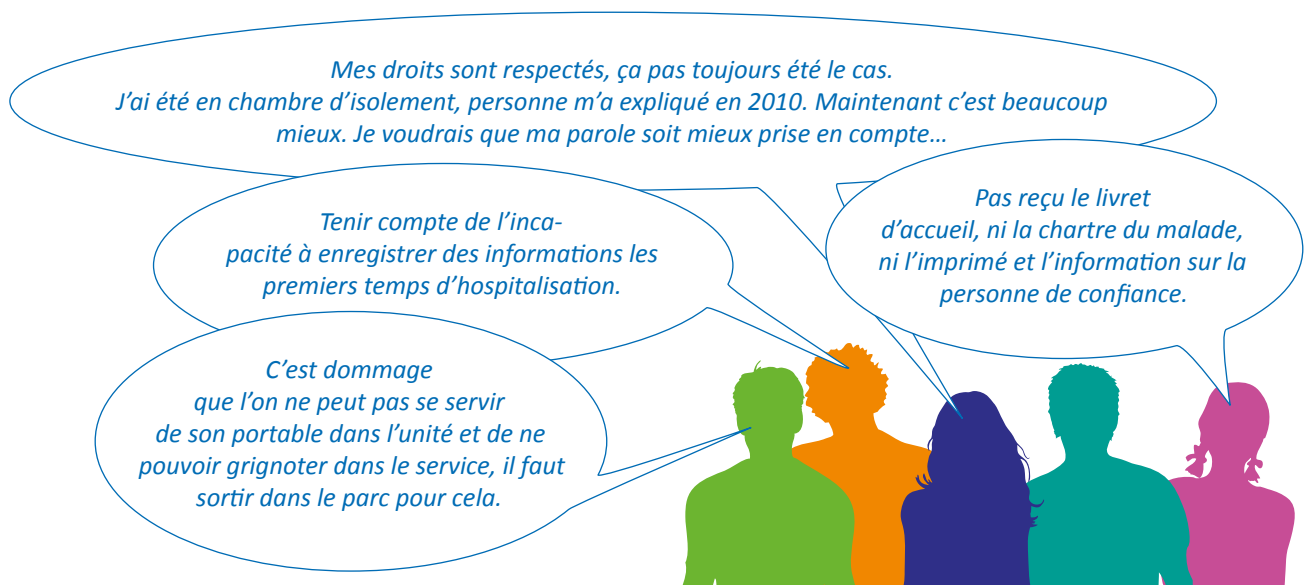
RECOMMANDATION 26 : Même si cette règle n'est pas écrite, l'interdiction des rapports sexuels entre patients, et entre patients et visiteurs, est posée au sein des unités. Or cette interdiction ne saurait être générale et systématique. Par ailleurs, les questions de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ne sont pas suffisamment abordées. L'hôpital doit donc engager une réflexion institutionnelle sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles.

1.3. Préconisations

12. Mieux former les soignants sur les droits des patients
13. Impliquer les soignants dans les droits des patients pour que ceux-ci s'ancrent dans la vie quotidienne
14. Utiliser les dispositifs d'information et de communication sur les droits des patients (ex livret d'accueil, personne de confiance) et les porter vers les personnes soignées

1.4. Actions CDU

- Revoir les outils d'information et de communication sur les droits des patients avec les représentants des usagers, les professionnels de soins et les usagers
- Revoir le règlement intérieur de l'établissement (supprimer paragraphe concernant les relations sexuelles)
- Harmoniser et rendre conforme les chartes de vie des unités de soins pour prendre en compte les recommandations du CGLPL et de la CDU



6 - AXE 5 : DES ESPACES D'ACCUEIL ET DE SOINS REpondant AUX BESOINS DES USAGERS

1.1. Définition

Prendre en compte les besoins des usagers dans la conception, l'organisation et l'évolution des espaces d'accueil et de soins.

1.2. Rapport Contrôleur Général des Lieux de Privation des Lieux de Liberté

RECOMMANDATION 1 : Les chambres d'isolement ne doivent en aucun cas être utilisées comme chambre d'hébergement.

RECOMMANDATION 16 : L'enfermement d'un patient dans sa chambre, afin de faciliter sa surveillance durant la nuit, doit être proscrit. **Par ailleurs, un dispositif permettant aux patients de fermer leur chambre, sans empêcher le personnel d'y accéder quand il le souhaite, doit être généralisé.**

RECOMMANDATION 19 : Il conviendrait d'installer le Wi-Fi dans l'hôpital —dans le respect des conditions minimales de sécurité informatique — afin que les patients qui disposent d'un ordinateur portable ou d'une tablette puissent avoir accès à leur messagerie et effectuer des démarches administratives et sociales.

RECOMMANDATION 20 : Les conditions matérielles de visite doivent être améliorées, en particulier pour les enfants.

RECOMMANDATION 21 : L'intérieur des chambres, et les faits et gestes des patients qui y sont hospitalisés, ne doivent pas être visibles distinctement de l'extérieur. **De même, les salles d'eau de toutes les chambres doivent pouvoir être fermées de l'intérieur par le patient, afin de garantir son intimité.**

RECOMMANDATION 23 : Le formulaire de demande de retrait d'argent à la banque des patients ne doit pas être contresigné par un personnel soignant. Les horaires de la banque doivent par ailleurs être étendus. Enfin, **la direction doit trouver une solution pour que les patients sortant de l'hôpital ne soient pas contraints de se rendre à la trésorerie de Blain pour récupérer les biens et valeurs déposés à l'entrée.**

RECOMMANDATION 24 : Le suivi des biens et valeurs laissés dans les casiers et les bagageries des unités est inopérant. Il ne permet pas de sécuriser le processus de conservation de ces biens par l'administration hospitalière, et expose le personnel en cas de réclamation, même infondée, d'un patient. Il doit être entièrement repensé.

RECOMMANDATION 25 : Les patients doivent pouvoir fermer à clef l'armoire individuelle de leur chambre.

1.3. Préconisations

15. Associer les usagers aux commissions d'évaluation de l'hôtellerie, à tous les projets d'aménagement du cadre de vie
16. Mettre à disposition les éléments d'accès à internet à tous les usagers dans les unités d'hospitalisation, hôpital de jour, CATT
17. Structurer le circuit de remontée d'information d'expression des usagers vers les services d'hôtellerie

Pouvoir bénéficier de moyens logistiques (véhicules, tablette, connexion internet performante...) permettant l'ouverture vers l'extérieur
Le débit informatique est jugé très insuffisant. Pas d'accès internet spécifique pour les usagers.

Pouvoir accéder à des locaux permettant des activités tels que la gymnastique, la relaxation, l'ergothérapie...

Au niveau de l'HDJ : sensation de manquer d'espace si grand groupe.



7 - AXE 6 : UNE INFORMATION CLAIRE ET ACCESSIBLE A TOUS POUR UNE DESTIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE

1.1. Définition

Une information claire et accessible à tous sur les pathologies mentales et les réseaux d'entraides pour le patient et son entourage favorise une meilleure inclusion des personnes présentant des troubles psychiques.

1.2. Rapport Contrôleur Général des Lieux de Privation des Lieux de Liberté

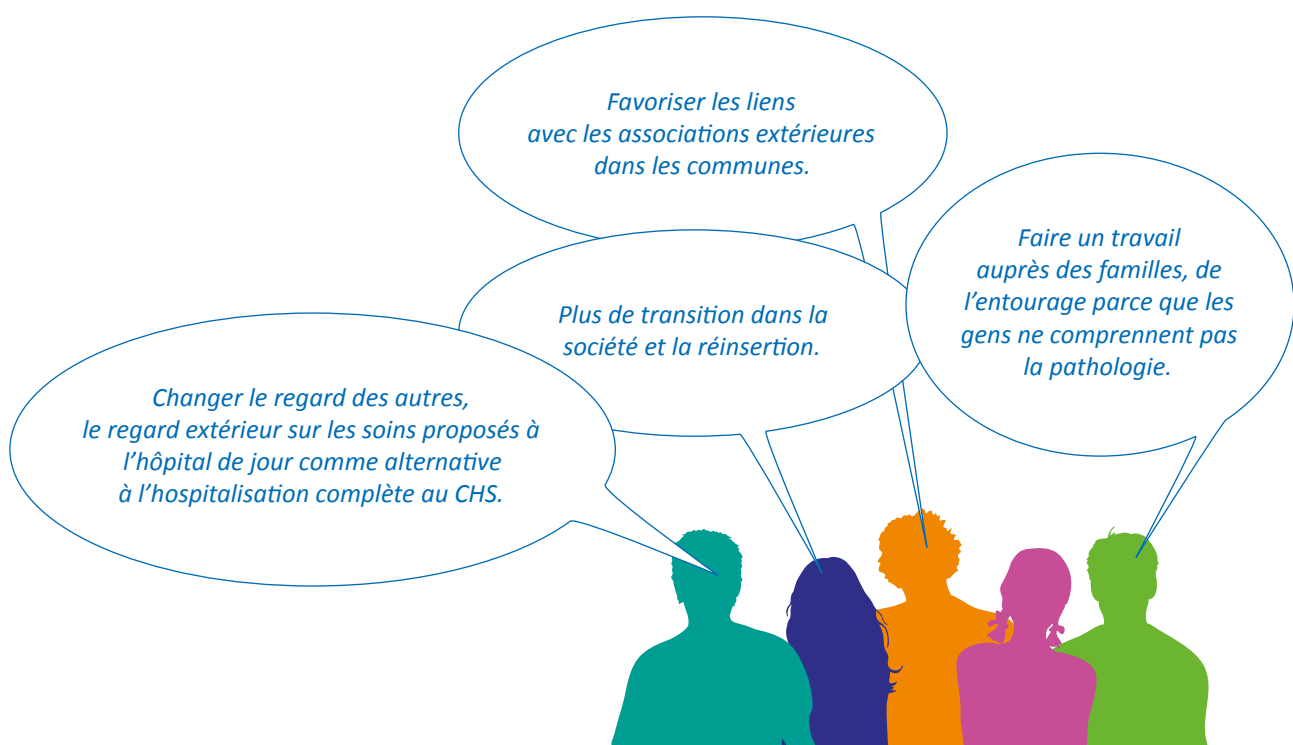
RECOMMANDATION 5 : Il est nécessaire de rétablir effectivement les entretiens dans le cadre de permanences dans la maison des usagers qui dispose sur le site même de l'établissement de vastes locaux fonctionnels qui sont sous-utilisés.

1.3. Préconisations

18. Instaurer une politique de communication de l'établissement permettant de sensibiliser, d'informer les partenaires, l'entourage sur la déstigmatisation de la maladie mentale

1.4. Actions CDU

- Rendre plus accessible les représentants des usagers en faisant connaître l'adresse mail des représentants des usagers et l'accès à la maison des usagers
 - Faire une action de communication par rapport à l'adresse mail des représentants des usagers
 - Organiser l'accès à la maison des usagers
- Communiquer sur les actions de la maison des usagers
- Mettre en place des outils techniques pour donner de la visibilité aux événements, aux activités de l'unité, de l'établissement
 - Rendre visible les offres
- Améliorer l'information intra-institutionnelle et extra-institutionnelle aux usagers
- Réaliser une CDU à la maison des usagers



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023

PROJET MEDICO-SOIGNANT

1 - INTRODUCTION	31
2 - METHODOLOGIE	31
3 - LA DECLINAISON DU PROJET MEDICO-SOIGNANT	35

PROJET MEDICO-SOIGNANT

1 - INTRODUCTION

Le projet médico-soignant est le cœur du projet d'établissement ; c'est lui qui doit déterminer les axes de travail et de développement des prises en charge pour les années à venir.

L'enjeu est de répondre aux besoins des patients, et ceux-ci évoluent et vont évoluer, d'un point de vue démographique, médical, mais également sociétal. Le projet des usagers s'en fait l'écho et ses thématiques doivent irriguer les pratiques de soins et les projets à venir. De nouvelles attentes et exigences en matière de parcours de soins et de vie sont également exprimées, elles visent à une prise en charge plus globale et plus inclusive de la santé mentale.

L'hôpital et ses différents dispositifs de soins, ambulatoires, extra hospitaliers et intra hospitaliers doivent trouver leur juste place dans ce parcours ; ils doivent garantir, par l'articulation et la coordination des professionnels et des partenaires, une plus grande adaptation des moyens et des réponses aux besoins des personnes en souffrance psychiques sur le territoire.

Cette ambition pour se réaliser doit être concrète, partagée et réaliste, elle est l'objet du projet médico-soignant 2019-2023 et de son plan d'actions.

2 - METHODOLOGIE

En avril 2018, lors du lancement des travaux d'élaboration du Projet d'Etablissement (PE), le directoire, la Commission Médicale d'Etablissement et le collège médical ont souligné comme particulièrement déterminante l'implication de la communauté médicale pour la conduite de ce projet.

Le cœur du sujet étant l'élaboration du projet médical, la constitution du groupe projet médical a été réfléchi et conçue avec pour objectif d'assurer une bonne représentativité des chefs de pôles, des filières de prises en charge (adulte, enfant, addictions, personnes âgées, soins somatiques) et des praticiens hospitaliers dans leur diversité générationnelle. L'objectif était également d'organiser dès le départ le partage et l'échange avec le groupe projet de soins pour co-construire un projet médico-soignant partagé et garantir la cohérence des priorités et des actions.

Par ailleurs, le besoin de se faire accompagner par un consultant ayant été identifié en matière méthodologique et d'animation du projet médical et du projet de soins, une procédure adaptée relative à la fourniture d'une prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'élaboration du projet de prise en charge des patients dans son volet médico-soignant a été lancée dans ce sens.

Au terme de la procédure, le cabinet  a été retenu pour réaliser cet accompagnement.

L'élaboration du projet d'établissement a été menée et suivie par le comité de pilotage du projet d'établissement, le directoire élargi, dans un calendrier contraint.

Le cabinet Adopale a pour sa part assuré l'animation, le recueil et la synthèse des échanges à chacune des étapes.

Les étapes de construction du projet d'établissement ont consisté à réaliser : un bilan, une mise en perspective des éléments d'orientation stratégiques notamment au plan départemental et régional, l'animation de groupes de travail et de séminaires médico-soignants et la structuration des priorités d'actions pour l'établissement pour les 5 ans à venir.

2.1 Un bilan du précédent projet d'établissement et de l'impact du plan d'actions issu du diagnostic partagé de 2015

La phase de bilan et de diagnostic, indispensable dans ce type de démarche a essentiellement été réalisée par Adopale par un recueil de données et de documents, complété par un certain nombre d'entretiens ciblés sur des acteurs clés du management de l'établissement (chef de pôle, cadre supérieur de santé, management intermédiaire administratif et logistique, direction).

La synthèse de ce bilan est reportée en annexe 1.

2.2 Prendre en compte différentes orientations dans le projet d'établissement :

Le projet médico-soignant s'inscrit dans un écosystème assez vaste qui va des orientations nationales en matière de santé mentale aux différents documents et projets régionaux et départementaux dans lesquels l'établissement est impliqué :

- Le diagnostic partagé ARS
- Le projet médico-soignant du GHT
- Des projets régionaux, tels que le PRS2 ou le PTSM



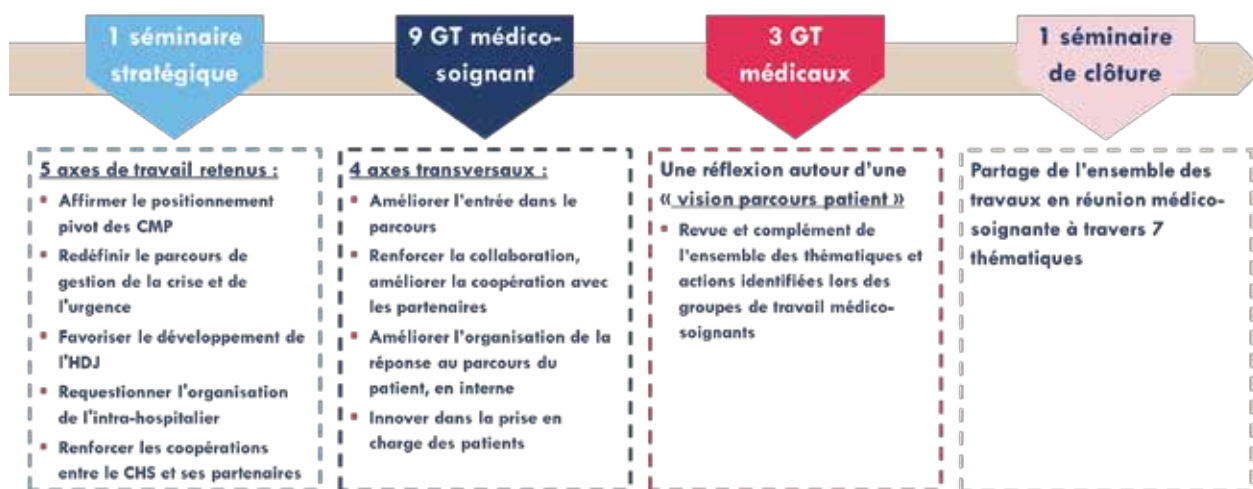
Le projet médico-soignant doit également s'articuler avec les autres projets du projet d'établissement (projet des usagers, projet de soins, projet social...) et des temps spécifiques ont été organisés pour garantir la cohérence des actions proposées.



2.3 à travers différents temps d'échanges...

De nombreux échanges...

L'élaboration du projet médico-soignant s'est faite à travers 14 rencontres, marquées par l'évolution d'une vision par structure à une vision parcours. Ces temps d'échange ont associé des représentants des équipes médico-soignantes (les séminaires et les 9 GT), puis l'équipe médicale pour une revue et un complément des actions identifiées, dans une logique d'amélioration de la prise en charge du patient.

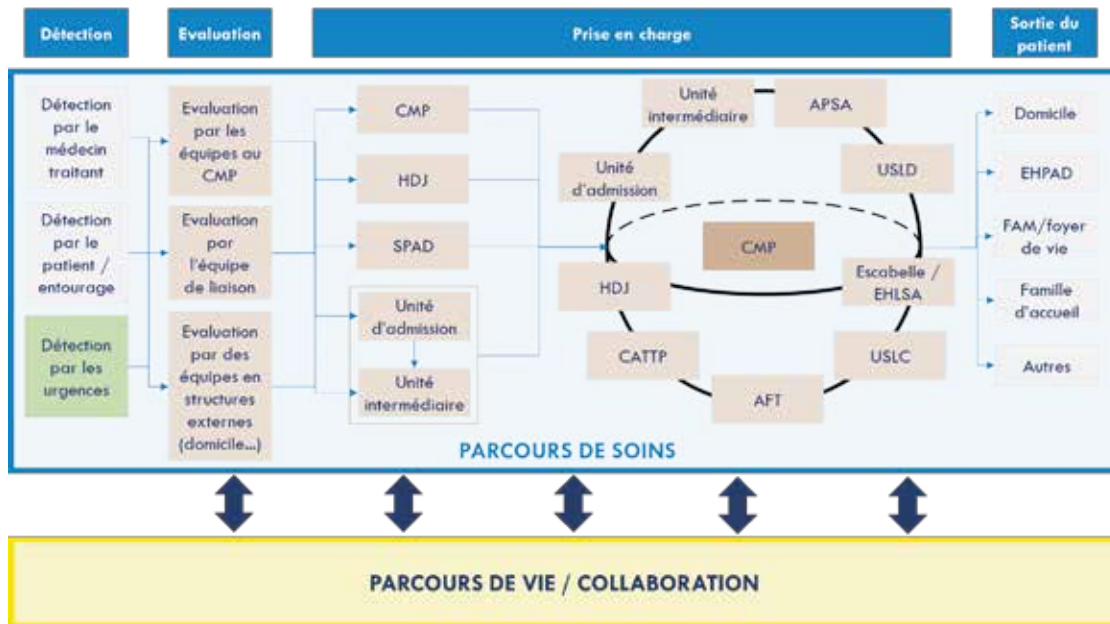


...articulés autour d'un parcours de prise en charge

Les réflexions des groupes de travail ont évolué d'une vision par structures de soins vers une logique de parcours de soins, permettant d'identifier des problématiques d'articulation de la prise en charge plus en phase avec les attentes des usagers et des partenaires du parcours de vie.

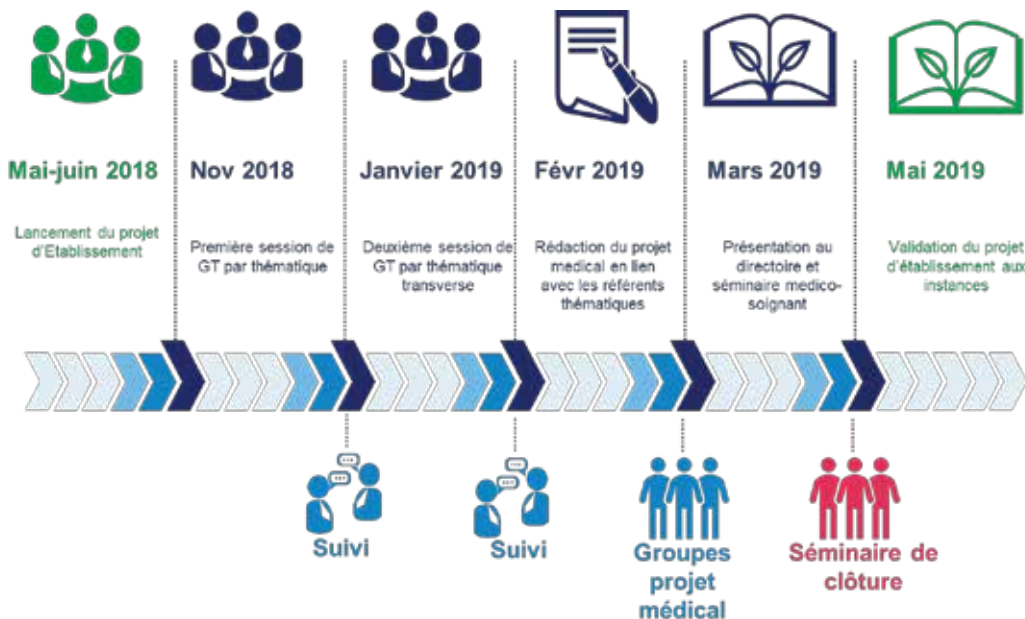
Un parcours peut se caractériser par les termes suivants : il s'agit d'une « prise en charge globale du patient », « pilotée » et inscrite dans une « temporalité », réfléchi en « pluridisciplinarité et multi-spécialité, coordonnées », dans une logique « transversale » et dans une « dimension territoriale et inter-établissements » pour une meilleure « réponse aux besoins du patient ».

Les réflexions communes en groupes de travail ont permis d'aboutir à la structuration du parcours présenté ci-dessous. Toutefois, cette modélisation n'est pas parfaite car le parcours d'un patient en psychiatrie n'est pas linéaire. De plus, la dimension territoriale des structures n'apparaît pas à travers cette représentation, de même que les passages d'une tranche d'âge à l'autre ou encore les changements de lieux de résidence des patients. Enfin, les partenaires de soins n'apparaissent pas dans le schéma.



...rendus possibles grâce à la forte mobilisation des équipes en temps contraints

Les équipes médico-soignantes se sont fortement investies tout au long de la démarche, pourtant concentrée dans le temps. L'ensemble des échanges se sont fait dans un climat de confiance et d'écoute réciproque ce qui permet in fine d'avoir un projet structurant et fédérateur, grâce à la mobilisation forte des équipes.



Tout au long de la démarche, les participants ont fait preuve d'une volonté de travailler en commun avec une même perspective :

- Fluidifier la prise en charge des patients, notamment en limitant les zones d'embolisation (CMP, hospitalisation à temps plein...)
- Gagner en flexibilité pour la prise en charge du patient, en adaptant d'avantage la structure d'accueil à son besoin, de façon plus coordonnée et organisée dans le temps
- Structurer un projet médico-soignant où le patient est positionné comme acteur (voire auteur) de sa prise en charge
- Redonner du sens, reprendre la main sur la prise en charge des patients, en imaginant des marges d'actions actuelles et futures, ambitieuses mais réalistes

3 - LA DECLINAISON DU PROJET MEDICO-SOIGNANT

Les différentes réflexions menées à travers les rencontres précitées ont abouti à l'identification d'une centaine d'actions, à la granularité variable au regard de la maturité du sujet.

Ces actions sont structurées à travers 7 axes :

Axe 1 : Améliorer l'entrée dans le parcours

Axe 2 : Repenser la prise en charge intra-hospitalière

Axe 3 : Améliorer l'articulation entre les structures et les équipes pour fluidifier la prise en charge des patients

Axe 4 : Offrir des modalités de prises en charge complémentaires et innovantes

Axe 5 : Accompagner les équipes dans ces évolutions

Axe 6 : S'intégrer pleinement sur le territoire

Axe 7 : Dynamiser l'image de l'établissement

Les actions ont été priorisées au regard de trois échéances calendaires :

- **COURT TERME (CT)** : action réalisée à horizon 2 ans
- **MOYEN TERME (MT)** : action réalisée à horizon 2-3 ans
- **LONG TERME (LT)** : action réalisée à horizon 4-5 ans

L'intégralité des thématiques et des ambitions visées sont décrites en annexe 1.

Axe 1 : Améliorer l'entrée dans le parcours

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Une volonté de consolider les liens avec les urgences partenaires afin de :
 - Mieux comprendre les contraintes et les attentes de chacun pour mieux y répondre
 - Mieux prendre en charge les patients au sein des services d'urgence
 - Améliorer la pertinence des hospitalisations et rendre visible et accessible les dispositifs de secteur
- Une volonté de renforcer les liens avec les acteurs de proximité à travers une plus grande accessibilité et une transmission des compétences
- Une volonté de recentrer les CMP sur du programmé en améliorant la gestion de la crise et de l'urgence

Ces points donnent lieu à trois ambitions :

- Renforcer les liens avec les urgences partenaires
- Faciliter l'entrée dans le parcours et désemboliser les CMP
- Renforcer l'accessibilité à un avis

1 – 1 : Renforcer les liens avec les urgences partenaires

Identification des problématiques actuelles :

- Un besoin de clarifier les notions d'urgence et de crise afin de déterminer des parcours de prise en charge bien définis et de les communiquer aux partenaires
- Des hospitalisations qui apparaissent parfois comme trop nombreuses et/ou non adaptées, ce qui pousse l'établissement à questionner la gestion du post-urgence

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Finaliser le travail d'élaboration d'une procédure organisationnelle de régulation et d'orientation entre les signalements et l'arrivée aux urgences, de façon transversale et en coordination avec les pôles et l'APH
- ✓ Poursuivre la médicalisation de l'APH et développer son rôle de régulation et d'orientation
- ✓ Développer des actions communes entre les équipes pour une amélioration des connaissances mutuelles des fonctionnements et des contraintes associées
- ✓ Organiser des consultations post-urgence, dans les 48h, pour les patients inconnus (ce point fait écho aux réflexions sur la porte d'entrée unique, précisées dans l'ambition n°2)
- ✓ Mener une réflexion autour de la possibilité de joindre un psychiatre, y compris pour l'APH

Priorité
CT

1 – 2 : Faciliter l'entrée dans le parcours et désemboliser les CMP

Identification des problématiques actuelles :

- Un enjeu de repositionner le CMP comme un acteur clé de l'orientation des patients lors des premières demandes de prise en charge tout en limitant l'embolisation actuelle des CMP (acteur pivot de la prise en charge)
- Un besoin de recentrer les CMP sur du programmé en améliorant la gestion de la crise et de l'urgence
- Une volonté d'améliorer la pertinence de la porte d'entrée des urgences

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Pérenniser l'expérimentation de psychiatrie aux urgences à Ancenis et Châteaubriant et développer les consultations post-urgence
- ✓ Identifier des pistes pour développer l'ambulatoire
- ✓ Approfondir l'étude de faisabilité de mise en œuvre d'une porte d'entrée unique, type « centre d'accueil, d'orientation et /ou traitement de la crise », qui serait intersectoriel

Priorité
CT - MT

*1 - 3 : Renforcer l'accessibilité à un avis*Identification des problématiques actuelles :

- Un besoin de renforcer les liens avec les acteurs de proximité à travers une plus grande accessibilité et une transmission des compétences

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Réaliser une enquête auprès des médecins généralistes pour clairement identifier les attendus en termes de communication
- ✓ Et selon les résultats de l'enquête, étudier les opportunités de mettre en place un numéro unique, d'organiser des consultations avancées en lien avec les médecins généralistes
- ✓ Améliorer la possibilité de contacter des médecins psychiatres ou somatiques pour les internes
- ✓ Développer la télémédecine pour des avis (dans les 2 sens, avec EHPAD, urgences, CMP, CHU...) et pour des consultations
- ✓ Travailler les écrits d'information et de communication au médecin traitant, pour limiter l'impression de perdre de vue le patient pour le médecin traitant / avoir un retour

Axe 2 : Repenser la prise en charge intra-hospitalière

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Anticiper les hospitalisations pour mieux les préparer et réfléchir aux objectifs de l'hospitalisation, dans une optique de prise en charge personnalisée
- Programmer la sortie du patient pour mieux la préparer
- S'appuyer sur les dispositifs existants pour fluidifier l'aval

Ces points donnent lieu à trois ambitions :

- Améliorer l'entrée en hospitalisation
- Améliorer la sortie d'hospitalisation
- Travailler sur les objectifs d'hospitalisation
- Créer une MAS à orientation psychiatrique par transformation de lits de psychiatrie et redéploiement de moyens

*2 - 1 : Améliorer l'entrée en hospitalisation*Identification des problématiques actuelles :

- Un enjeu de positionnement et de réflexion autour des missions de l'hospitalisation à temps plein, notamment dans le cadre de Ma Santé 2022
- Des lits embolisés dans tous les secteurs adultes entraînant régulièrement des situations de crise :
 - Un besoin de clarifier et préciser les objectifs de l'hospitalisation
 - Un besoin de clarifier les notions d'urgences et de crises
 - Un besoin de revoir l'organisation en lien avec les temps de présence médicale notamment pour organiser les sorties
 - Un besoin de revoir l'articulation entre unité d'admission et unité intermédiaire, notamment en lien avec le parcours social du patient

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Positionner le patient en acteur de sa prise en charge et « contractualiser » l'hospitalisation afin de se concentrer sur le problème/besoin initial du patient et de cibler les objectifs de l'hospitalisation ;
- ✓ Faciliter la programmation des hospitalisations, en lien avec les CMP, y compris pour les patients non connus : mieux organiser l'arrivée du patient en hospitalisation en l'anticipant

et en la préparant, pour notamment permettre une arrivée dans le calme (identification du moment le plus opportun, rencontre avec un médecin, sécurisation de la question de l'identité-vigilance...);

2 - 2 : Améliorer la sortie d'hospitalisation

Identification des problématiques actuelles :

- Un manque de communication entre les médecins intra et extrahospitalier au sein du CHS
- Des fonctionnements hétérogènes en intra et des organisations médicales qui posent parfois question dans une logique de prise en charge globale
- Un besoin d'amélioration de l'articulation avec le médecin traitant
- Une ambition de positionner l'hospitalisation temps plein comme un lieu de gestion de la crise et non comme une prise en charge pérenne

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Programmer la sortie des patients afin d'améliorer sa préparation et l'anticiper au mieux ;
- ✓ Restructurer le relais de prise en charge en cas d'absence d'un médecin, pour fluidifier les évaluations et faciliter les sorties patients ;
- ✓ Etudier la possibilité d'avoir un psychiatre certificateur par pôle (ou organisation entre les pôles) le samedi matin ;
- ✓ Questionner la pertinence des « Permissions de sortie » du week-end ;
- ✓ Pour l'infanto-juvénile : Le PAP offre une nouvelle organisation des demandes de soins, qui se met en place, à court terme néanmoins, il serait intéressant d'organiser un staff 16-18 ans ;
- ✓ S'appuyer sur les dispositifs logement pour faciliter la sortie des patients au long cours ;
- ✓ Renforcer les liens avec le médico-social, notamment à travers les assistants sociaux des CMP afin d'assurer une meilleure coordination dans une logique de personnalisation du parcours de prise en charge des patients ; s'assurer de la capacité d'accueil en médico-social...

2 - 3 : Travailler sur les objectifs d'hospitalisation

Identification des problématiques actuelles :

- Une unité intermédiaire qui est un mix entre unité post-admission et unité de réhabilitation : l'intra-hospitalier doit-il être le lieu de la réhabilitation psycho-sociale ? Comment dans ce cas limiter le nombre d'intervenants sociaux auprès du patient au cours de sa prise en charge ?
- Un nom « intermédiaire » peu porteur de sens, à faire évoluer selon les perspectives définies pour l'hospitalisation.

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Recréer une dynamique autour des patients, à travers des projets individuels (en lien avec le positionnement des patients en auteur de leurs parcours)
- ✓ Mener un travail sur les articulations entre l'unité d'admission et l'unité intermédiaire, notamment à travers des temps de clinique commun
- ✓ Pour des patients connus, étudier la possibilité d'intégrer directement l'unité intermédiaire (impact sur les organisations médicales et soignantes)
- ✓ Changer le nom de l'unité intermédiaire ;
- ✓ Travailler sur les représentations et les objectifs d'hospitalisation (séquence de soins dans un parcours), notamment par rapport à la réhabilitation

2 - 4 : Créer une MAS à orientation psychiatrique par transformation de lits de psychiatrie et redéploiement de moyens

Identification des problématiques actuelles :

- Problématique des séjours hospitaliers longs sur le CHS
- Difficultés à trouver des solutions d'aval dans le médico-social qui répondent aux besoins des personnes ayant des troubles psychiques
- Besoin d'alternatives pour organiser des parcours de soins et de vie pour les personnes avec un handicap psychique lourd

Les objectifs opérationnels :

Créer un dispositif adapté aux besoins des personnes relevant d'une MAS à orientation psychiatrique permettant :

- ✓ L'individualisation de l'accompagnement inscrit dans un projet individuel régulièrement réévalué
- ✓ Des activités diversifiées au sein de la structure et à l'extérieur, en lien avec les équipements existants et en favorisant les partenariats
- ✓ Un accompagnement pluriprofessionnel aux niveaux éducatif, médical, paramédical et social, sans que la dimension médicale soit prépondérante par rapport aux autres
- ✓ La possibilité de conserver ou retisser des liens avec la famille
- ✓ La recherche d'un mode de fonctionnement collectif le plus proche possible d'un lieu de vie ordinaire.

Priorité
CT

Axe 3 : Améliorer l'articulation entre les structures et les équipes pour fluidifier la prise en charge

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Imaginer des alternatives à l'hospitalisation, tant pour le patient que pour limiter l'embolisation des unités
- Clarifier les objectifs de soins avec le patient pour le rendre auteur de sa prise en charge, en adéquation avec l'état du patient
- Positionner chaque acteur interne de la prise en charge au bon niveau pour mieux suivre les patients et mieux gérer les soins (psychiques et somatiques)
- Faciliter la prise en charge des patients et le passage d'une structure à l'autre en renforçant les liens entre les équipes à travers un questionnement des temps de rencontres
- Déterminer des parcours pour certains profils patients afin de mieux les prendre en charge
- Revoir l'organisation de la prise en charge somatique pour l'améliorer

Ces points donnent lieu à six ambitions :

- Développer les alternatives à l'hospitalisation
- Formaliser les objectifs de soins
- S'appuyer sur des coordinateurs et des référents
- Réinterroger les temps de rencontres entre les équipes
- Structurer des parcours ciblés sur certains profils patients
- S'inscrire dans les orientations du Plan d'Actions opérationnel pour la Pédopsychiatrie (PAP) 2019-2021
- Soutenir l'organisation de la filière géronto-psychiatrique
- Optimiser la prise en charge somatique

3 - 1 : Développer des alternatives à l'hospitalisation

Identification des problématiques actuelles :

- D'une part, les unités d'hospitalisation, d'admission ou intermédiaires, sont embolisées quel que soit les pôles. D'autre part, il apparaît essentiel de s'interroger sur les alternatives à l'hospitalisation en clarifiant les objectifs de soins
- Un enjeu de dynamisation de l'HDJ en tant qu'alternative à l'hospitalisation temps plein, permettant une plus grande flexibilité de prise en charge des patients entre l'ambulatoire et l'hospitalisation : faire de l'HDJ non un objectif de soins mais un outil au service de l'atteinte des objectifs de soins, offrant réactivité et flexibilité de prise en charge pour les patients
- Un besoin de rapprocher d'avantage les HDJ et les CATTP pour améliorer la flexibilité de prise en charge, améliorer la réactivité, faciliter les transferts.

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Développer les SPAD sur le territoire en répondant notamment à l'appel à projet de l'ARS sur un SPAD territorial
- ✓ Continuer à développer l'AFT, pôle départemental
- ✓ Etablir un lien fort entre l'HDJ et le CATTP pour offrir une plus grande réactivité et flexibilité de prise en charge des patients
- ✓ Positionner l'HDJ en soutien du CMP

3 - 2 : Formaliser les objectifs de soins

Identification des problématiques actuelles :

- Une nécessité de clarifier les objectifs des différentes séquences de prise en charge pour tendre vers une prise en charge individualisée
- Des évaluations qui ne sont pas systématiques et/ou régulières
- Un recours encore limité aux hospitalisations séquentielles

Les objectifs opérationnels :

Priorité
MT

- ✓ Formaliser une sorte de « contrat » / « document d'engagement et de suivi » entre le patient et la structure de prise en charge pour déterminer les objectifs de soins, en adéquation avec l'état du patient et le parcours construit par le CMP : il s'agit d'une formalisation des objectifs de soins pour le parcours, ajustée pour chaque séquence de soin
- ✓ Distinguer les objectifs pour les patients et les objectifs pour les équipes ;

3 - 3 : S'appuyer sur des coordinateurs et des référents

Identification des problématiques actuelles :

- Des difficultés potentielles à articuler les différents référents (en cas de congés, etc...) pouvant limiter la fluidité du parcours patient
- Des difficultés potentielles pour coordonner les différents acteurs impliqués dans la gestion de cas complexes

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Réaffirmer le rôle de l'infirmier référent du CMP et le rôle du médecin référent ;
- ✓ Mettre en place des coordinateurs de parcours (ou IPA) : actuellement en expérimentation

3 - 4 : Réinterroger les temps de rencontres entre les équipes

Identification des problématiques actuelles :

- Un grand nombre de réunions en place entraînant une sur sollicitation des acteurs ;
- Des termes et des objectifs de réunions variant d'une unité à l'autre, poussant à s'interroger sur le contenu des réunions et leurs fréquences et pouvant parfois freiner la prise en charge des patients.

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Clarifier les termes et les objectifs pour les réunions existantes (synthèse, réunion clinique...) et questionner leur pertinence et leur fréquence par rapport à la fluidification du parcours de soins et la confrontation des pratiques professionnelles > avoir un glossaire unique au niveau de l'établissement tout en questionnant les méthodes ;
- ✓ Organiser un partage des pratiques entre les pôles / repérer des points d'excellence / savoir collectif ;
- ✓ Echanger autour des organisations et des fonctionnements pour mieux comprendre et intégrer les contraintes des autres structures et mieux se connaître ;
- ✓ Mettre en place une « commission ado et jeunes adultes » pour faciliter la compréhension des fonctionnements et pour parler des cas cliniques des 16-18 ans (mentionné dans le PAP et dans les objectifs du PTSM).

3 - 5 : Structurer des parcours ciblés sur certains profils patients

Identification des problématiques actuelles :

- Un besoin de structurer davantage certains parcours patients (addictologie, adolescent, suicide, ...) notamment à travers une meilleure connaissance des domaines de responsabilités de chacun, tout en intégrant les contraintes réciproques

Les objectifs opérationnels :

Priorité
MT - LT

- ✓ Mener une réflexion sur les parcours de prise en charge éventuels à structurer, sur la base des études de cas clinique par exemple
- ✓ Identifier des lieux d'échange entre équipes pour travailler sur le parcours du patient, au-delà de sa seule situation clinique

3 - 6 : S'inscrire dans les orientations du Plan d'actions opérationnel pour la pédopsychiatrie (PAP) 2019-2021

Identification des problématiques actuelles :

Un audit de la pédopsychiatrie 44 a été mené en 2016-2017 par le GCS de Santé Mentale qui regroupe les établissements de Blain, Saint Nazaire, Nantes, Daumezon, les Apsyades et Psy'Activ. Il a fait ressortir des enjeux prioritaires tels que le renforcement des réponses aux situations de crise et la réactivité des prises en charge tout au long du parcours de soins ainsi que la coordination entre les établissements pour fluidifier les parcours de soins. Il souligne aussi le manque de lisibilité de l'offre et la nécessité d'harmoniser les modes de fonctionnement (par exemple délimitation des âges) notamment pour les structures pour adolescents.

La démarche :

Ces conclusions partagées à l'échelle du département 44 doivent trouver une mise en œuvre dans le cadre du Plan d'Actions opérationnel pour la Pédopsychiatrie (PAP) qui a été lancé le 12 septembre 2018 sous l'égide de l'ARS avec les directions et les chefs de pôle des établissements concernés.

Son objectif général pour les 3 ans à venir, 2019/2021, est de définir et mettre en œuvre les actions prioritaires pour « préserver, protéger et accompagner le parcours de vie » des mineurs et aboutir à des signes rapides d'amélioration.

Il doit prendre en compte les enjeux de la coordination, le maillage territorial, la question des limites d'âge, éviter les redondances, proposer le renforcement des possibilités d'hospitalisation pour les adolescents et des projets extra-muros.

Ce PAP est co-construit par les acteurs (établissements et professionnels du sanitaire, du social et du médico-social). Il est co-piloté par l'ARS et le GCS.

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Axe 1 : Renforcer les prises en charge tout au long du parcours de soins
- ✓ Axe 2 : Renforcer la coordination entre les établissements de santé (gouvernance et coordination des soins)
- ✓ Axe 3 : Renforcer les collaborations opérationnelles entre les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Le PAP, dont les travaux sont en cours, sera adopté au 2ème trimestre 2019 ; il s'inscrira dans le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et déterminera la feuille de route et les moyens d'accompagnement pour la pédopsychiatrie 44 pour les 3 ans à venir. Un certain nombre d'actions porteront sur l'organisation des inter secteurs de pédopsychiatrie des établissements parties et l'articulation des dispositifs de prise en charge des enfants et des adolescents.

3 - 7 : Soutenir l'organisation de la filière géronto-psychiatrique

Identification des problématiques actuelles :

Le précédent projet d'établissement 2012-2017 précisait l'intérêt d'organiser la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques dans une filière géronto-psychiatrique qui comprendrait en outre, l'équipe « santé mentale et vieillissement », intervenant à domicile ou dans les EHPAD (Etablissement pour Personne Agées Dépendantes), les CMP (centres médico-Psychologues) consacrés à la prise en soins spécifique de la personne Agée, des accompagnements en hôpital de jour puis une unité d'APSA (Admission Psychiatrique pour Sujet Agé).

Fin 2016, les 50 lits d'EHPAD du CHS de Blain ont été transférés vers l'EHPAD Isac de Rohan. L'institution a alors conservé une unité de soins de 30 lits PI USLD à orientation psychiatrique pour compléter cette filière de personne âgées de plus de 60 ans.

Cette filière est donc organisée aujourd'hui dans l'ensemble de ses composantes et représente un atout important pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychique ou un handicap psychique.

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Conforter la filière de prise en charge spécifique de géronto-psychiatrie en s'inscrivant dans le développement sur le territoire avec les partenaires de prise en charge dans les lieux de vie (domicile, alternatives sociales au domicile et substitut)
- ✓ Retravailler le projet de soins et de vie de l'USLD avec l'équipe médico-soignante pour une meilleure appropriation des objectifs de prise en charge
- ✓ Développer les compétences spécifiques à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles psychiques

3 - 8 : Optimiser la prise en charge somatique

Identification des problématiques actuelles :

- Un besoin de se redonner des marges de manœuvre en limitant les temps de déplacement
- Un besoin de clarifier le « qui fait quoi », en coordination avec les médecins généralistes, dont le relai est à conserver

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Revoir l'organisation des médecins somaticiens au sein de l'établissement ;
- ✓ Au regard de la mise en exergue de la prévention dans les critères de certification, repenser tout le soin somatique afin de structurer une organisation globale, tendre vers une homogénéisation de la prise en charge, renforcer la qualité de prise en charge ;
- ✓ Sécuriser la prise en charge cardiaque (ECG prescrit, réalisé et analysé).

Axe 4 : offrir des modalités de prises en charge complémentaires et innovantes

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Travailler sur la réhabilitation psycho-sociale lorsqu'elle est adaptée pour le patient et développer les compétences associées
- Travailler conjointement sur des projets, notamment la psycho-traumatologie, allant de l'accompagnement des patients à la prise en charge des familles endeuillées par suicide
- Associer davantage les demandes de formation aux projets de la structure dans une logique de cohérence globale entre les compétences disponibles et les projets de pôles
- Soutenir davantage l'entourage et l'associer à la prise en charge pour une meilleure compréhension de la situation de leur proche

Ces points donnent lieu à quatre ambitions :

- Structurer la politique, les compétences et les espaces de réhabilitation psycho-sociale
- Renforcer les actions en lien avec la psycho-traumatologie
- Identifier les projets innovants et rattacher les objectifs de formation aux objectifs de la structure
- Accueillir et associer l'entourage (famille et aidant proche)

4 - 1 : Structurer la politique, les compétences et les espaces de réhabilitation psycho-sociale

Identification des problématiques actuelles :

- Un besoin de structurer cette démarche au sein de l'établissement

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT - MT

- ✓ Créer un espace d'évaluation et de développement des activités sociales et quotidiennes
- ✓ Développer des outils en faveur de la remédiation cognitive
- ✓ Renforcer l'ETP / développer des programmes
- ✓ Créer un espace de réhabilitation psycho sociale (remédiation cognitive, ETP, évaluation, pro familles) sur le territoire et structurer la démarche (cadre, méthode, outil) en s'appuyant sur l'existant

4 - 2 : Renforcer les actions en lien avec la psycho-traumatologie

Identification des problématiques actuelles :

- Ce point répond également à un développement des possibilités de prises en charge en adéquation avec les besoins patients

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT – MT - LT

- ✓ Positionner l'établissement dans un objectif national et dans sa dimension territoriale locale (stratégie à 3 ans)
- ✓ Pour la prise en charge du personnel victime, constituer un pool de personnel formés au niveau du département qui interviendrait en 2 temps
- ✓ A plus long terme, développer un projet de prise en charge des personnes ressources pour la prise en charge des familles endeuillées par suicide (et plus largement des médecins traitants, ayant également besoin de soutien)

4 - 3 : Identifier les projets innovants et rattacher les objectifs de formation aux objectifs de la structure

Identification des problématiques actuelles :

- Des demandes de formation qui ne sont pas systématiquement validées, ce qui peut générer des frustrations
- Des formations suivies qui ne sont pas mises en pratiques :
 - Par manque de moyens
 - Par manque de cohérence avec le projet de service
 - Par manque de temps

Les objectifs opérationnels :

Priorité
MT

- ✓ Etablir une cartographie des compétences, associée à un questionnaire sur la mobilisation de ces compétences dans les pôles
- ✓ Rattacher les demandes de formation à des projets notamment pour reposer la question de l'implication du corps médical dans la réflexion sur les choix de formation du corps infirmier afin de clarifier les priorités, établissement et pôle, pour prioriser les sujets de formation

4 - 4 : Accueillir et associer l'entourage (famille et aidant proche)

Identification des problématiques actuelles :

- En lien avec le projet usagers : une ambition d'associer davantage la famille et les aidants proches au projet de vie des patients

Les objectifs opérationnels :

Priorité
MT

- ✓ Travailler sur la réception des familles et la prise en compte de l'entourage dans le soin pour sortir de l'isolement
- ✓ Renforcer les liens de la thérapie familiale avec les autres structures de prise en charge de l'établissement

Axe 5 : Accompagner les équipes dans ces évolutions

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Les évolutions pressenties dans le projet médico-soignant impactent l'organisation et le fonctionnement des équipes, aussi il est nécessaire de déployer les moyens en adéquation avec les ambitions :
 - Meilleurs outils de communication et de partage
 - Facilitation / encouragement à la mobilité pour mieux se connaître
 - Facilitation des déplacements dans la logique « d'aller vers »

Ces points donnent lieu à quatre ambitions :

- Développer les outils de communication et de partage
- Gagner en mobilité entre l'intra et l'extrahospitalier
- Faciliter les déplacements pour les soignants dans une logique d'aller vers
- Renforcer les équipes au regard des nouveaux projets validés et financés

5 - 1 : Développer les outils de communication et de partage

Identification des problématiques actuelles :

- Un manque de transparence et de partage d'information dans le cadre des instances : les équipes souhaitent davantage d'informations, notamment concernant les projets et leurs suivis
- Un manque d'outils de partage et de communication pour faciliter les échanges entre les équipes

Les objectifs opérationnels :

Ces points sont en liens avec le projet soignant, le projet social et le SDSI

- ✓ Communiquer sur le processus décisionnel et notamment la priorisation des moyens, l'information sur les projets en cours et à venir
- ✓ Développer des outils entre les équipes du CHS

5 - 2 : Gagner en mobilité entre l'intra et l'extra-hospitalier

Identification des problématiques actuelles :

- Une évolution de carrière du personnel commençant majoritairement par l'intra avant d'aller en extra-hospitalier, mais peu de mouvement vers l'intra, ce qui permettrait pourtant de mieux comprendre les contraintes des uns et des autres

Les objectifs opérationnels :

Ces points sont en liens avec le projet soignant, le projet social et le SDSI

- ✓ Déterminer une politique mobilité de l'établissement, notamment sur la base de benchmark dans d'autres établissements.

5 - 3 : Faciliter les déplacements pour les soignants, dans une logique d'aller vers

Identification des problématiques actuelles :

- Des soignants qui éprouvent des difficultés à se déplacer vers le patient du fait d'un manque de temps mais également de la situation géographique du territoire couvert, poussant à couvrir des distances importantes entre 2 lieux

Les objectifs opérationnels :

Ces points sont en liens avec le projet soignant, le projet social et le SDSI

- ✓ Faciliter les déplacements des infirmiers à domicile, en appartement thérapeutique, en maison de santé... y compris pour mener des entretiens avancés afin notamment de renforcer les liens de proximité, mieux connaître les patients et leurs milieux

Axe 6 : S'intégrer pleinement sur le territoire

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique :

La structuration des partenariats est un enjeu territorial, mentionné dans le projet médical partagé (PMP) du GHT et également porté par le PTSM.

Pour le CHS il s'agit de :

- Être positionné auprès des partenaires et des élus dans la définition des stratégies locales (logement, transport, vie associative, CLS...)
- Mieux maîtriser les échanges avec ses multiples partenaires pour rentrer dans une logique de bénéfice mutuel
- Inscrire ces partenariats dans le développement de parcours de soins et de vie pertinents

Ces points donnent lieu à deux ambitions :

- Réfléchir à une stratégie institutionnelle de partenariats, à une politique générale sur le portage et la pérennisation des partenariats
- Structurer des actions pour faciliter les transferts de compétences envers les partenaires et développer des formations à l'attention du réseau

6 - 1 : Définir une stratégie institutionnelle de partenariats

Identification des problématiques actuelles :

- La notion de partenariat s'entend au sens large pour toutes les structures du CHS de Blain, y compris pour l'AFTA, qui rayonne au niveau du département (partenariat sociaux, associatifs, médico-sociaux...)
 - Une multitude de partenaires dont l'articulation est d'autant plus complexe que la situation du patient l'est
 - Des partenariats qui s'établissent à différents niveaux, institutionnels ou cliniques
 - Des conventions théoriquement « donnant-donnant » qui ne sont pas toujours ressenties comme telles par les acteurs au quotidien, avec des partenaires qui sont plus souvent sollicitant qu'aidant
 - Une problématique d'accompagnement, notamment entre la prise en charge du patient et le moment où celui-ci retourne à une vie « normale »

- Une sur-sollicitation des praticiens du CHS du fait d'une pénurie médicale dans les structures médico-soignantes : quelle possibilité de s'appuyer sur les activités d'intérêt général ?, le développement de postes médicaux partagés
- La structuration des partenariats est un enjeu porté par le GHT et par le PTSM pour répondre aux besoins de prises en charge psychiques sur le territoire.
 - L'un des objectifs est de faire reconnaître, et financer, la prise en compte des soins psychiatriques en institution > compte-tenu des besoins et du faible nombre d'offres, le CHS devient établissement de recours : quelle possibilité d'envisager un forfait soins primaires psychiques ?

Les objectifs opérationnels :

**Travail
progressif
sur 5 ans**

- ✓ Recenser les attentes des différents acteurs (CHS et partenaires) / diagnostic des besoins institutionnels et patients pour mener une analyse des écarts entre les attentes et les réponses apportées
- ✓ Améliorer la connaissance du qui fait quoi
- ✓ Déterminer la politique partenariale du CHS, déclinée par pôle, sur la base des enjeux principaux pour les années à venir, des besoins patients et des besoins institutionnels, grâce au travail de recensement
- ✓ Clarifier les objectifs du partenariat, en lien avec les moyens disponibles et les missions des acteurs
- ✓ Etablir les partenariats de bénéfices mutuels répondant aux besoins de prise en charge, en commençant par les partenariats institutionnels :
- ✓ Piloter les partenariats (et outiller le pilotage)
- ✓ Faire vivre les partenariats (rencontres, fiches de liaison, ...)
- ✓ Mener un travail régulier de mise à jour de la base « partenaires » commune au sein du CHS
- ✓ Pour aller plus loin, clarifier le parcours de prise en charge en fonction des profils patients

6 - 2 : Structurer des actions pour faciliter les transferts de compétences envers les partenaires et développer des formations à l'attention du réseau

Identification des problématiques actuelles :

- Une nécessité d'organiser un transfert de compétence envers les partenaires pour leur permettre de mieux prendre en charge les patients et ainsi limiter les sollicitations des équipes

Les objectifs opérationnels :

**Priorité
MT**

- ✓ Développer et poursuivre l'acculturation et les formations à destination des professionnels partenaires, dans une logique de montée en compétence, sur des sujets tels que la dépression, la décompensation psychotique...
- ✓ Renforcer les actions auprès du grand public

Axe 7 : Dynamiser l'image de l'établissement

Les objectifs et enjeux autour de cette thématique

- Un enjeu de modernisation de l'image du CHS pour valoriser la qualité des soins tout en confirmant la force d'un réseau territorial

Ces points donnent lieu à deux ambitions :

- Valoriser l'image de l'établissement et de la prise en charge proposée auprès des partenaires et du grand public
- Moderniser l'image du CHS

7 - 1 : Valoriser l'image de l'établissement

Identification des problématiques actuelles :

- Un manque d'identification de l'offre de prise en charge du CHS sur son territoire auprès des partenaires comme du grand public

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Affirmer l'appartenance des CMP au CHS de Blain, vis-à-vis de l'ARS, du conseil départemental comme des autres partenaires et du grand public
- ✓ Valoriser l'image de l'établissement et de la prise en charge proposée auprès des partenaires et du grand public
- ✓ Communiquer (auprès des élus, des médecins traitants...)

7 - 2 : Moderniser l'image du CHS

Identification des problématiques actuelles :

- Une image démodée du CHS, tant à travers son nom, qu'à travers la charte graphique et le logo, qui nuit à l'établissement et aux structures de prises en charge

Les objectifs opérationnels :

Priorité
CT

- ✓ Etudier la possibilité de changer le nom du CHS et son logo, estampillé « Blain » au détriment des structures locales sur le territoire et connoté « hospitalisation » alors même que la majeure partie de l'activité du CHS relève de l'extrahospitalier
- ✓ Travailler sur une charte graphique...

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023

PROJET DE SOINS

1 - INTRODUCTION	51
2 - METHODOLOGIE	51
3 - CONTEXTE	52
4 - ENJEUX	52
5 - LA DECLINAISON DU PROJET DE SOINS	53

PROJET DE SOINS

1 - INTRODUCTION

Le projet de soins constitue le document de référence pour les soignants relevant des services des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ; il donne une visée et fixe des orientations et objectifs pour les cinq années à venir.

Ce projet est construit en cohérence et en complémentarité avec les autres projets qui composent le projet d'établissement. Il est très fortement articulé avec le projet médical dont il constitue en partie une déclinaison. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration globale et continue de la qualité des soins, en cohérence avec la politique institutionnelle de l'établissement.

Ce projet repose sur des fondations que sont les valeurs partagées :

- Les valeurs du service public hospitalier,
- Le développement des compétences professionnelles articulé à l'évolution des pratiques de soins,
- Les valeurs professionnelles éthiques et déontologiques basées sur le respect de la dignité et de l'intimité de la personne, la prise en compte des droits des patients et de leurs ressources,
- La responsabilité et l'engagement professionnels.

Ce projet s'inscrit également dans une démarche centrée sur l'utilisateur, pluri professionnelle riche et complémentaire, à l'essence même de la philosophie des soins de secteur psychiatrique.

2 - METHODOLOGIE

L'élaboration du projet de soins s'est appuyée, sous la responsabilité du directeur des soins, sur une structuration à plusieurs niveaux :

- Un comité de pilotage qui s'est réuni à quatre reprises, et qui est constitué de représentants de la commission des soins, de cadres de santé, d'un médecin représentant la communauté médicale, et d'un représentant des usagers,
- Un groupe projet composé des cadres supérieurs de santé, de quatre cadres de santé et de trois soignants. Ce groupe a été mobilisé, notamment lors de la participation au séminaire et groupes de travail du projet médical,
- Trois commissions des soins ouvertes à tous les soignants et représentants des usagers souhaitant s'y associer,
- Les réunions mensuelles des cadres de santé,
- Les journées trimestrielles de la direction des soins.

Les méthodes de travail utilisées sont inscrites dans une démarche participative permettant l'expression de tous les participants : réalisation collective d'une matrice de type SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) pour la phase de diagnostic, méthode métaplan pour affiner les thématiques et nourrir le plan d'actions, animation de type world café avec travaux en ateliers lors des commissions des soins « élargies » pour les phases de production et de restitution des travaux réalisés.

Plusieurs phases ont donc jalonné l'élaboration du projet de soins :

- Réalisation d'un diagnostic à partir d'une matrice de type SWOT (cf. annexe 2)
- Définition des grandes thématiques du projet,
- Enrichissement et approfondissement des thématiques et des axes retenus,
- Participation au séminaire et groupes de travail relatifs à l'élaboration du projet médical,
- Construction puis réajustement du plan d'actions (cf. annexe 3)
- Formalisation du projet de soins

3 - CONTEXTE

Le présent projet est élaboré dans la continuité du projet d'établissement 2012 – 2017. Au sein de ce dernier figurent un certain nombre d'objectifs relatifs aux outils et pratiques professionnelles venant soutenir la spécificité du soin en santé mentale (entre autres : les espaces de pratiques réflexives, la référence soignante, les écrits professionnels, les activités à médiation thérapeutique, les espaces de rencontre soignants-soignés). La phase de diagnostic et de bilan a mis en évidence la réalisation d'un certain nombre d'actions, mais a également souligné le chemin restant à parcourir pour certaines autres.

En effet, la réalisation de ce projet d'établissement a été fortement impactée par la mise en œuvre du plan d'actions 2015 – 2017 issu d'un diagnostic partagé avec l'ARS, et visant à la fois une meilleure fluidification des parcours de soins tout en recherchant une plus grande efficacité et un retour à l'équilibre financier. Ce plan s'est traduit par une restructuration des organisations et de l'offre de soins, avec des regroupements de structures et des transformations d'unités de soins. L'objectif visé a été atteint pour ce qui concerne le retour à l'équilibre financier. Par contre cela n'a pas eu les effets escomptés sur la fluidification des parcours, et le virage ambulatoire n'a pas pu être amplifié.

Par ailleurs, le CHS a intégré le GHT 44 regroupant les treize établissements publics de santé du département, et s'est impliqué à tous les niveaux de sa construction ; le présent projet de soins s'articule donc fortement avec le projet médico-soignant partagé du GHT, et plus particulièrement dans les composantes relatives aux filières santé mentale, urgences, recours à un avis spécialisé, addictologie et maintien à domicile.

Le projet de soins s'inscrit également dans un contexte national et régional :

- Stratégie nationale de santé ;
- Ma santé 2022, un engagement collectif (Septembre 2018) ;
- La feuille de route santé mentale et psychiatrie (Juin 2018) ;
- Les 10 mesures prioritaires pour la psychiatrie en 2019 ;
- Le projet régional de santé 2018 – 2022 ;
- Le projet territorial de santé mentale de Loire Atlantique (en cours d'élaboration)

Enfin, l'élaboration de ce projet de soins s'inscrit dans un contexte où les soignants les plus expérimentés sont plutôt attirés par un exercice en ambulatoire ou extra hospitalier, avec pour conséquence un rajeunissement des équipes soignantes encadrant les unités d'hospitalisation composées majoritairement de jeunes diplômé(e)s peu expérimenté(e)s dans la prise en charge de personnes en situation de crise ou de décompensation psychique. Cette situation, combinée au départ des derniers « infirmiers de secteur psychiatrique » pose donc la question de la transmission des savoirs faire et des compétences afin d'éviter la perte de sens dans les situations de soins.

4 - ENJEUX

Le CHS de Blain est actuellement confronté à la nécessité de repenser ses organisations et faire évoluer ses pratiques afin de répondre à plusieurs défis :

- Recentrer ses activités sur les dispositifs ambulatoires et extrahospitaliers afin de s'inscrire dans une démarche de parcours de soins coordonnés et articulés avec les partenaires du secteur social et médicosocial (amplification du virage ambulatoire), et penser des dispositifs de coordination des parcours complexes,
- Diminuer les séjours longs et/ou non pertinents afin d'éviter une perte de chance pour les patients (lien avec la problématique de sur occupation à laquelle est dramatiquement confrontée l'établissement), et à terme recentrer nos ressources sur des dispositifs alternatifs,

- Concevoir et mettre en œuvre des projets multi partenariaux permettant de proposer aux patients des solutions graduées et territorialisées dans le cadre de démarches inclusives, à la fois sur les problématiques d'amont et d'aval,
- Proposer des offres de soins nouvelles répondant aux besoins des usagers, et donc faire évoluer les pratiques professionnelles en adéquation avec ces approches (rétablissement, réhabilitation psychosociale, aide aux aidants, logement accompagné, hospitalisation à domicile...).

Ainsi devons-nous mettre en œuvre des modalités et des techniques de prises en charge diversifiées visant l'amélioration continue de l'état de santé psychique et physique des personnes soignées (PRS 2). Par ailleurs, nous devons également prévenir l'aggravation du handicap ou la diminution (ou perte) des habilités sociales en permettant aux usagers de mobiliser leurs ressources à travers notamment l'accès au diagnostic précoce et aux soins de réhabilitation, ainsi qu'aux accompagnements sociaux et médicosociaux. C'est donc bien une démarche « aller vers » qu'il nous faut développer, à travers des pratiques situant la personne soignée comme auteure et actrice de ce qui la concerne en premier lieu : son parcours de santé.

5 - LA DECLINAISON DU PROJET DE SOINS

Axe 1 : Accompagner l'évolution des métiers et des compétences en lien avec les pratiques professionnelles en Psychiatrie

1 – 1 : Développer la professionnalisation des acteurs paramédicaux en psychiatrie dans une démarche de valorisation de la clinique soignante

Le travail de soignant en psychiatrie nécessite la mobilisation de compétences spécifiques, car la qualité du soin s'inscrit dans une dimension qualitative de la rencontre soignant – soigné ; or cette dernière ne va pas de soi, elle ne se décrète pas mais se construit, notamment dans tous les espaces de parole soignants – soignés, mais également dans le cadre de colloques singuliers. Cette rencontre est « engageante » dans la mesure où elle s'appuie sur une construction dans laquelle chacun des protagonistes (soignants et soignés) doit donner un peu de soi, et cet espace ainsi créé va nourrir la qualité du soin.

La démarche d'accompagnement et de « prendre soin » des patients ne peut se mettre en œuvre que dans le cadre d'une approche reconnaissant la singularité des personnes et donc la nécessaire individualisation des soins au plus près des besoins réels et des ressources des personnes soignées. Cela suppose donc une bonne maîtrise du raisonnement clinique, partagé ensuite avec les membres de l'équipe pluriprofessionnelle à travers notamment les écrits dans le dossier patient. Ces écrits doivent venir traduire la démarche clinique paramédicale (identification des problèmes de santé, mise en œuvre d'actions, évaluation de ces actions) dans une complémentarité de regards venant nourrir le projet de soins. Par leur spécificité ils viennent étayer la réflexion visant à construire avec le patient et l'équipe pluri professionnelle un plan de soins constituant ainsi une étape dans un parcours de soins coordonné plus global.

La professionnalisation des soignants ainsi que la valorisation de leur démarche clinique s'appuient donc sur des écrits professionnels de qualité, au service de la continuité et de la sécurité des soins. Mais ces écrits sont également les marqueurs de la spécificité du soin en psychiatrie, et font donc partie des compétences qu'il convient de continuer à développer au service d'un raisonnement clinique toujours plus fin.

L'offre de soins évolue afin de répondre aux besoins des usagers, d'améliorer leur capacité à vivre avec une maladie chronique dans le cadre d'une démarche inclusive s'appuyant sur les ressources de la personne soignée et de celles de son environnement. C'est donc une démarche « d'aller vers » qu'il faut développer, aller vers la personne en souffrance psychique où qu'elle se trouve, et aller vers tous les partenaires participant à la constellation parfois complexe qui vient « porter » (ou accompagner) la personne dans toutes les dimensions de son parcours de soin et de vie. L'exercice professionnel des soignants s'en trouve modifié, et de nouvelles compétences sont à développer pour pleinement jouer leur rôle, dans un cadre différent et sans doute moins sécurisant (hors des murs), comme par exemple la coordination de parcours complexes, les pratiques avancées au sein de structures dans la cité, l'organisation et la coordination de dispositifs de

réhabilitation par exemple. Les métiers évoluent également afin de répondre à ces besoins, dans le cadre d'une démarche qualifiante proposant de nouveaux outils. Cette démarche nécessite un accompagnement afin qu'elle soit source de richesse dans le cadre d'une recherche de synergie et de complémentarité des fonctions des différents membres de l'équipe médico-soignante.

Cette spécificité du soin en psychiatrie vient également s'ancrer dans la construction de projets supports à la démarche de soins, projets dont l'objectif consiste souvent à venir réinventer ce travail de construction de la relation soignant – soigné qui peut être mis à mal par le temps ou les effets de la pathologie. Ces expériences, souvent riches, ne sont pas suffisamment partagées au-delà des seules équipes qui les ont vécues, ce qui ne permet pas de valoriser ni de capitaliser sur les effets qu'elles ont produits et sur les compétences ainsi développées. Ce partage, ce travail de décloisonnement et de confrontation positive est nécessaire afin de créer un savoir collectif.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Améliorer la qualité des écrits professionnels
- ✓ Accompagner les professionnels sur le raisonnement clinique et les transmissions ciblées
- ✓ Améliorer l'intégration des nouveaux professionnels au sein des unités de soins
- ✓ Approfondir la notion d'individualisation des soins en introduisant la notion de patient "auteur" de son parcours de soins et en associant le patient à la démarche clinique le concernant
- ✓ Organiser un partage des expériences et des projets entre pôles
- ✓ Mettre en place des IPA

1 – 2 : Engager les soignants dans une démarche clinique venant s'ancrer dans une logique de parcours de soins territorial multi partenarial

La globalité de la prise en charge constitue l'une des valeurs du soin, dans le sens où la personne s'appréhende à travers l'ensemble de ses dimensions physique et psychosociales. Pour autant, le soin en psychiatrie n'a pas pour vocation à gérer tous les pans de la vie d'un individu.

Le soin s'inscrit dans une démarche de parcours de soins coordonnés avec une approche multi partenariale dans laquelle chaque acteur va venir apporter sa contribution au regard des besoins de la personne, de son environnement et de ses ressources.

Cette dimension de parcours implique une notion de dynamique, de mouvement, comprenant différentes étapes devant être vécues non pas dans la discontinuité, mais au contraire dans un continuum porteur de sens pour la personne prise en charge et les professionnels impliqués. Cela suppose tout d'abord que les différents partenaires se connaissent, identifient leurs limites et champ d'interventions respectifs, et apprennent ainsi à travailler ensemble. Il s'agit d'un vrai travail d'acculturation à conduire vers le secteur social, médicosocial et associatif.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Accompagner les professionnels dans une démarche d'organisation "signifiante" des soins (donner du sens aux situations de soins)
- ✓ Evaluer les besoins du patient et ses ressources
- ✓ Conduire un travail d'acculturation des professionnels vers le secteur social et médico-social

1 – 3 : Développer et soutenir les pratiques professionnelles en lien avec la spécificité de l'exercice en santé mentale

L'exercice en santé mentale et les modes d'expression des pathologies psychiatriques peuvent conduire à la mise en œuvre de soins spécifiques dont l'impact sur les personnes soignées et sur les professionnels n'est pas négligeable. Ainsi, la manifestation de violences dans les situations de soins nécessite une approche particulière visant à en prévenir l'apparition ou lorsque cela n'est pas possible à en diminuer les effets. Ce sont toutes les techniques de désamorçage ou de désescalade nécessitant de la part des soignants de réelles connaissances et compétences spécifiques qu'il faut acquérir puis maintenir dans le temps. Dans ce contexte, la réalisation de soins tels que l'isolement ou la contention doit répondre aux recommandations de bonnes pratiques, d'autant plus que ce sont des solutions de dernier recours qui doivent rester exceptionnelles et limitées dans le temps.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Conduire une réflexion sur les alternatives à la CSI et à la contention
- ✓ Acquérir et maintenir les compétences nécessaires pour une prise en soins optimale lors des situations de contention

1 – 4 : Diversifier la palette de soins proposés aux patients

La construction de parcours de soins individualisés et personnalisés implique de pouvoir disposer d'une palette variée d'opportunités thérapeutiques et cliniques. La relation soignant – soigné sur laquelle vient s'ancrer toute démarche thérapeutique se construit dans la « rencontre » ; or cette dernière ne s'impose pas d'emblée, il faut parfois aller la provoquer. Ce type de soins à priori sans support peut nécessiter la mobilisation de médiations plus ou moins sophistiquées selon les objectifs poursuivis. Mais la première des médiations vient s'ancrer dans le partage de la vie quotidienne au sein de l'unité, partage qui pourra ouvrir des champs dans lesquels se construiront des actions de soins (démarche de type « socle care », repas partagés, soins du corps, partage de l'actualité, ...).

Ces opportunités thérapeutiques peuvent également être très diverses durant le parcours de soins : ateliers thérapeutiques à partir de médiations plus ou moins complexes, soins au domicile du patient afin de conduire une évaluation ou réaliser un accompagnement de la personne soignée dans son cadre de vie par exemple. L'intervention à domicile fait partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité, dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur.

Le déploiement de soins de réhabilitation psychosociale vient enrichir cette palette de soins, ces derniers visent à promouvoir les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux. Ils revêtent un enjeu fort permettant le rétablissement et l'inclusion sociale des patients, en tenant compte de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins. Les soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivent dans une approche de multi – métiers et de travail en réseau qui englobe l'ensemble des acteurs du parcours de santé. La réhabilitation psychosociale recouvre différentes approches soignantes : la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique, l'aide aux aidants, l'évaluation fonctionnelle et psychodynamique des ressources, les méthodes d'entraînement des compétences et des habilités sociales et les thérapies cognitivo – comportementales, le case management pour ne citer que les principales. Elle nécessite la construction d'une offre de soins de proximité reposant sur une équipe mobilisant des compétences spécifiques qu'il convient de développer.

Par ailleurs, l'établissement s'est engagé dans une démarche de proximité et départementale visant à développer les compétences nécessaires à la prise en charge du psychotraumatisme. En effet, les violences subies, quelle qu'en soit l'origine, peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé psychique et physique des personnes qui en sont victimes. Les professionnels peuvent être sollicités dans le cadre d'une

intervention CUMP ou dans le cadre d'une action locale, en appui avec le CMP de proximité. Cette approche spécifique nécessite un fort niveau de technicité qu'il convient de maintenir en continu afin de pouvoir apporter des réponses soignantes pertinentes.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Développer les soins à domicile (déclinaison du projet médical)
- ✓ Utiliser la vie quotidienne dans les unités pour développer des actions de soins
- ✓ Développer les pratiques et les outils de la réhabilitation psychosociale (déclinaison du projet médical)
- ✓ Développer les compétences des professionnels en matière de prise en charge du stress post traumatique

Axe 2 : Améliorer la prise en charge somatique en articulation avec la prise en charge psychiatrique

2 – 1 : En articulation avec le projet médical, organiser la prise en charge paramédicale des soins somatiques dans le cadre des soins psychiatriques

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères s'aggrave de manière continue alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Ce constat ne peut que nous interroger et inviter à modifier nos pratiques.

En effet, l'espérance de vie des personnes présentant des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur à celui de la population générale. Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques.

La psyché ne peut s'appréhender sans une prise en compte du soma, la dichotomie entre ces entités ne saurait faire sens dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne. La prévention et la prise en charge somatique revêtent un caractère fondamental ; la prise de poids liés aux traitements utilisés, le risque cardiovasculaire, le délaissement du corps lié à la mésestime de soi sont autant de facteurs qu'il convient de prendre en compte dans le cadre d'une prise en charge préventive et curative.

Prendre en compte les souffrances du corps, c'est s'engager sur la voie d'un soin psychiatrique tant les dimensions corporelles et psychiques sont intriquées. La prise de poids inhérente aux traitements constitue une réalité qui peut par exemple conduire certains patients à interrompre leur traitement si cette dimension n'a pas été appréhendée préventivement par la mise en œuvre de soins adaptés (surveillance somatique, éducation thérapeutique, hygiène de vie, ...).

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Organiser les conditions de réalisation et de traçabilité de l'IMC et de la surveillance infirmière dans le dossier patient
- ✓ Mettre en œuvre des surveillances somatiques particulières en fonction de certains traitements prescrits
- ✓ Assurer la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient
- ✓ Réaliser les soins relevant du rôle propre et du rôle prescrit infirmier et assurer leur traçabilité

Axe 3 : Développer la recherche en soins, et valoriser les pratiques soignantes

3 – 1 : Mettre en oeuvre une démarche de recherche clinique paramédicale et de promotion des pratiques en santé mentale

La recherche en soins constitue une nécessité pour améliorer et valoriser les pratiques professionnelles et la qualité des soins. La recherche en soins et médico – technique nécessite l'appréhension d'une démarche structurée de recherche : construction d'un projet de recherche, délimitation du périmètre, choix de la méthode, définition des étapes méthodologiques, construction du protocole de recherche.

Cette approche nécessite le développement de compétences et un accompagnement spécifique, en lien avec un CHU. Il s'agit d'une démarche partenariale s'inscrivant dans les objectifs du projet médicosoignant partagé du GHT et qui peut prendre corps dans le cadre d'une approche départementale, régionale ou nationale.

La recherche en soins peut se définir comme une démarche appliquée visant à produire des savoirs destinés à améliorer la connaissance et la prise en charge des problèmes de santé. Il s'agit donc d'une démarche de construction de savoirs portant sur des domaines de compétences professionnelles soignantes.

En 2018, 168 projets de recherche paramédicale ont été déposés en France dans le cadre du PHRIIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale), dont deux par le CHU de Nantes. Le CHS de Blain s'est déjà inscrit dans une démarche de réponse à un appel à projet national, parmi plusieurs autres partenaires dont les CHU de Nantes et de Tours, ainsi que le CHS G. MAZURELLES (la Roche sur Yon).

Au-delà des pures démarches scientifiques de recherche, il convient d'encourager également toutes les initiatives visant à produire des connaissances en lien avec les compétences et pratiques professionnelles, ainsi que les modes de prises en charges des patients. Ces initiatives constituent souvent les prémisses de démarches de recherche par l'utilisation d'outils spécifiques, la confrontation à l'écriture professionnelle dans des revues spécialisées ou encore l'organisation de colloques sur des thématiques partagées. Cela participe également à valoriser les savoirs faire et compétences spécifiques mobilisés dans les soins en psychiatrie et santé mentale.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Sensibiliser et former les professionnels à la démarche de recherche
- ✓ Participer à des projets de recherche clinique
- ✓ Créer un groupe pérenne de recherche en soins, en lien avec le GID (collectif interdépartemental – psychiatrie et santé mentale)
- ✓ Rédiger des articles dans les revues professionnelles, intervenir dans les colloques

Axe 4 : Organiser les soins paramédicaux dans le cadre d'une démarche de type "parcours de soins"

4 – 1 : Améliorer la coordination des parcours patients

La mise en œuvre conjointe et coordonnée au plus tôt de l'apparition des troubles d'un suivi sanitaire et d'un suivi social et/ou médicosocial constitue un facteur déterminant dans la construction avec et pour l'utilisateur d'un parcours coordonné de soins adapté à sa problématique et s'appuyant sur ses ressources réelles. Pour

cela, il est fondamental que les différents acteurs intervenant dans ce processus travaillent ensemble et donc apprennent à se connaître.

Cela implique également une collaboration et une coordination des acteurs relevant des différents champs. Il convient donc de développer un travail d'acculturation et de connaissance réciproque des organisations, réglementations, domaines de compétences et champs d'intervention des différents partenaires. La complexité de certains parcours de soins, la multiplicité et la diversité des intervenants, les coopérations croisées entre les acteurs, impliquent de bien connaître les ressources mobilisables sur un territoire donné, de construire des outils de liaison et de coordination, et de conduire une réflexion sur la mise en œuvre d'une fonction de coordination de parcours.

Les CMP occupent une place centrale dans cette dynamique territoriale de parcours ; en interface avec les autres dispositifs de soins du secteur, ils jouent un rôle pivot dans l'organisation des soins en articulation avec l'ensemble des partenaires.

Travailler sur la construction de parcours de santé et de soins, c'est venir interpeller les politiques d'accès au logement, à la culture, d'accès au secteur associatif, de déplacement, d'accès aux services publics. L'ensemble de ces politiques relèvent de compétences communales ou intercommunales. Il convient donc de s'associer activement aux démarches d'élaboration des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec les élus et tous les acteurs du territoire.

Cet engagement territorial et partenarial vient souligner la nécessité d'apporter des réponses concertées et coordonnées afin qu'elles soient pertinentes au regard des usagers. Les divers acteurs peuvent être parfois confrontés à des difficultés d'évaluation, d'orientation puis d'accès aux soins adaptés ; la mise en œuvre de pratiques avancées au sein de divers dispositifs présents sur le territoire peut contribuer à améliorer la pertinence des réponses apportées au regard des problématiques des personnes concernées.

Les parcours de soins sont jalonnés de diverses étapes ou temps différents, qui ne doivent pas simplement se juxtaposer, mais au contraire s'articuler dans le cadre d'une organisation signifiante pour la personne soignée. L'hospitalisation temps plein lorsqu'elle est indiquée, constitue un de ces temps nécessaires contribuant à la gestion de la crise. Toutefois, les représentations liées à cette modalité de prise en charge ne sont pas homogènes (objectifs, déroulement, durée) et peuvent venir impacter la durée des séjours. Dans ce contexte il est nécessaire de partager ces représentations tout en les interrogeant, en développant également la coordination intra – extra avec une visée permettant d'anticiper les sorties d'hospitalisation.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Conduire une réflexion sur l'organisation et la mise en œuvre d'une fonction de coordination de parcours
- ✓ Créer les conditions de la coordination des parcours de soins
- ✓ Inscrire les soins en CMP dans le cadre d'une pratique communautaire dans le territoire
- ✓ Interroger la fonction « hospitalisation temps plein dans le parcours de soins

Axe 5 : Développer, prendre en compte et organiser la place des usagers dans les soins

5 – 1 : Poursuivre une démarche de déstigmatisation des patients et des institutions de soin et faire évoluer le regard porté sur la psychiatrie et la santé mentale afin de favoriser les démarches inclusives

Lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques constitue un enjeu important de santé publique, car elle touche les proches, les professionnels et les lieux de soins. Par ailleurs, cette stigmatisation peut retarder

l'accès aux soins psychiatriques et somatiques, réduire les possibilités d'accès au logement et à l'emploi, et avoir un impact sur les relations sociales et intimes. Il nous faut donc promouvoir toutes les actions visant à changer le regard porté sur la santé mentale en agissant sur tous les leviers accessibles : Semaines Nationales d'Information sur la Santé Mentale, manifestations locales, projets venant s'ancrer dans une démarche culturelle et artistique ouverte à tout public, projets solidaires venant renforcer la citoyenneté des personnes soignées, réalisation de supports de communication, ...

Cette démarche de déstigmatisation s'applique d'abord aux professionnels qui en sont les destinataires et les promoteurs. Dans la relation soignants – soignés, la qualité du regard porté sur « l'autre » conditionne la qualité de la relation thérapeutique qui peut ensuite se construire. Les soignants sont donc à la fois les vecteurs et les porteurs des droits des patients. La création d'espaces de parole au sein des structures de soins contribue à la reconnaissance de la personne soignée en tant que personne qui au-delà des symptômes qu'elle peut manifester dans le cadre de sa pathologie, possède des ressources, manifeste une singularité issue de son histoire et de son parcours, bénéficie d'une expérience qui peut être un capital mobilisable au service des pratiques soignantes. L'avis du patient constitue donc une richesse qui, lorsqu'il est pris en compte peut être de nature à renforcer l'adhésion aux soins.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Participer et valoriser les actions locales et ou nationales
- ✓ Former les professionnels à la prise en compte des droits des usagers
- ✓ Développer et pérenniser les espaces de parole soignants-soignés

5 – 2 : Prendre en compte l'expérience patient

L'expérience patient constitue une richesse insuffisamment prise en compte dans l'organisation des soins et dans la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

Rechercher le point de vue et le vécu du patient sur ce qui a pu le concerner au plus près, c'est-à-dire les soins dont il a bénéficié, constitue en soi une démarche thérapeutique. Mais aller au-delà en associant la personne soignée à certaines séquences de soin et/ou de vie collective permet de reconnaître son expérience comme étant contributive à l'amélioration des prestations de soins et d'accompagnement, venant ainsi renforcer l'estime de soi des personnes concernées.

Les objectifs opérationnels :

- Organiser une co-animation soignants-soignés d'activités ou ateliers
 - ✓ Mobiliser l'expérience patient dans les soins le concernant
 - ✓ Utiliser le livret d'accueil, les chartes de vie, et les questionnaires d'évaluation de la satisfaction comme outils de soins

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023

PROJET QUALITE/ SECURITE DES SOINS

1 - INTRODUCTION	63
2 - METHODOLOGIE	63
3 - CONTEXTE	64
4 - LES ENJEUX	65
5 - LA DECLINAISON DU PROJET QUALITE/ SECURITE DES SOINS	66

PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS

1 - INTRODUCTION

L'élaboration du projet Qualité/sécurité des soins permet de définir une visée et des objectifs pour les cinq années à venir dans le cadre de la politique qualité et sécurité des soins déclinée à la fois au sein de l'établissement, mais également sur le territoire dans le cadre du GHT 44.

Ce projet est construit en cohérence et en complémentarité avec les autres projets constitutifs du projet d'établissement, dont particulièrement le projet médico-soignant et le projet des usagers. Il s'inscrit également dans une politique de territoire telle que définie au sein du GHT 44.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations, la prise en compte du point de vue des usagers dans le cadre de la qualité de l'accueil des usagers au sein de l'établissement mais également l'amélioration des pratiques professionnelles, ainsi que l'amélioration continue de la prise en charge des patients constituent les piliers de ce projet et en ont guidé l'élaboration.

La gestion d'un processus d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement doit s'appuyer sur une démarche managériale impliquant l'ensemble des acteurs de l'hôpital, et cela constitue l'une des ambitions du présent projet ; il s'agit en effet de rapprocher la gouvernance et la gestion des processus qualité/risques au plus près des pôles et des pratiques professionnelles. Un management déconcentré doit se mettre en place prenant appui sur une démarche institutionnelle parfaitement lisible et partagée de tous.

L'appropriation de la démarche par tous les acteurs participant à la production des soins et de prestations de qualité (et donc sûres) et par les usagers constitue un facteur clé de réussite du présent projet.

2 - METHODOLOGIE

Le projet Q/SS a été travaillé de manière participative et collective avec les professionnels des différents pôles ; il s'inscrit dans une réflexion transversale afin d'assurer sa cohérence avec les autres volets du projet d'établissement.

Ce travail est conduit dans la perspective d'une échéance majeure à venir avec la certification conjointe des établissements du groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique d'ici 2020.

L'élaboration du projet « Qualité/Sécurité des soins » a été guidée par des réflexions et actions émanant :

- Du bilan du précédent projet d'établissement
- Des rencontres organisées avec les instances (sous commissions de la CME) et les groupes de travail : CLAN, CLUD, CLIN, COPILIV, COMMISSION EPP/REX, Commission des usagers, cellules qualité des pôles, COPIL relatif au management de la prise en charge médicamenteuse
- Du CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins)
- Du compte qualité
- Du rapport de certification
- Du rapport préliminaire de la visite du contrôleur général des lieux de privation de la liberté et de détention (CGLPL)

En appui du projet d'établissement, et particulièrement du projet médical et du projet de soin, le projet « Qualité/Sécurité des soins » s'articule autour de trois grands objectifs :

- Renforcer et déployer une gouvernance de la démarche qualité/sécurité des soins dans le cadre d'une politique d'établissement et de territoire,
- Intégrer la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients,
- Positionner l'utilisateur comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins.

3 - CONTEXTE

L'élaboration de ce projet s'inscrit dans un contexte marqué par plusieurs éléments :

- Un récent plan d'action (2015 - 2017) a permis la réalisation de nombreux projets de restructuration de l'établissement avec pour finalité un retour à l'équilibre financier, toutefois cela n'a pas permis une amplification du virage ambulatoire ni un renforcement de la culture qualité/risques au sein du CHS,
- Une problématique de flux et de parcours de soins insuffisamment fluides se traduisant par un nombre important de séjours hospitaliers non pertinents (environ 40 lits sur 140), et une sur occupation permanente venant dégrader la qualité de l'accueil des usagers ainsi que les conditions de travail des professionnels,
- Un investissement de l'établissement sur l'élaboration, dans le cadre d'une démarche multi partenariale, de projets d'aval permettant d'offrir aux patients des solutions d'accompagnement territorialisées et graduées au regard de leur situation clinique (résidence Accueil, familles gouvernantes, projets innovants article 51, ...),
- Une démarche en cours d'élaboration du projet territorial de santé mentale (phase de diagnostic validée),
- Un projet médico-soignant partagé validé au sein du GHT 44, présentant un certain nombre d'objectifs impactant la psychiatrie et la santé mentale (filiale santé mentale adulte et enfants, urgences, maintien à domicile, filière personnes âgées, accès à un avis spécialisé, ...),
- Une accentuation de la collaboration inter-établissements au sein du département, que ce soit pour la psychiatrie infantile-juvénile ou la psychiatrie adulte, dans le cadre de démarches partagées au sein du GHT, du GCS de coordination départementale, ou encore du comité inter établissements de psychiatrie.

Au titre de l'article L6132-1 du code de la santé publique, le groupe hospitalier de territoire met en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés quel que soit son lieu de vie.

En application de l'article L6132-4 du code de la santé publique, l'ensemble des établissements publics de santé membres du GHT de Loire-Atlantique se sont engagés dans une démarche conjointe de certification à l'horizon 2020.

Centrée sur le parcours patient et tenant compte de l'enjeu de la pertinence des soins, cette certification V2020 comprendra deux dimensions :

- Une évaluation de chaque établissement de santé membre du groupement
- Une évaluation à l'échelle du groupement (management global qualité/gestion des risques ; accès à l'offre de soins).

Une note stratégique définit au sein du GHT 44 les grandes orientations en matière de qualité et de sécurité des soins et prestations ; elle s'articule autour de quatre grandes orientations :

1. Les enjeux de la démarche au regard des orientations de la HAS,
2. La gouvernance de la politique qualité, sécurité des soins et relation usagers au sein du GHT 44,

3. Le diagnostic partagé des politiques « qualité, sécurité des soins et relation usagers » des établissements membres,
4. Les axes stratégiques communs et plan d'action associé 2018 – 2021.

Quatre orientations opérationnelles sont également finalisées :

- Développer un management « qualité, sécurité des soins et relation usagers » conjoint
- Accompagner les principales filières du PMSP et les thématiques prioritaires issues du diagnostic partagé
- Engager les usagers dans la politique qualité-sécurité et promouvoir les droits des patients
- Communiquer et valoriser les actions emblématiques « qualité, sécurité des soins et relation usagers »

4 - LES ENJEUX

Les différentes itérations de la certification des établissements de santé ont été marquées par une évolution des pratiques et des modes d'investigation des experts-visiteurs. D'une promotion initiale de la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité (accréditation), puis d'une mesure de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et des pratiques professionnelles (apparition des EPP et de la certification), les récentes itérations (V2010 et V 2014) se sont quant à elles attachées à conduire une appréciation globale et indépendante de la qualité et de la sécurité des soins ; sont alors apparues les pratiques exigibles prioritaires (PEP) ainsi que la mise en place du compte qualité, de l'intégration des indicateurs, et de nouvelles méthodes de visite (audit de processus et méthode du patient traceur).

La Haute Autorité de santé a de nouveau renforcé son niveau d'exigence vis-à-vis des établissements de santé en engageant une nouvelle vague de certification pour les GHT.

En effet, au-delà de l'évaluation du système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques, la HAS souhaite médicaliser davantage la démarche et la centrer sur les exigences des patients en matière de qualité des soins. L'évaluation sera ainsi fondée sur l'analyse des points critiques sur différentes prises en charge :

- Pratiques d'isolement et de contention mécanique
- Prise en charge somatique
- Coordination entre la ville et l'hôpital.

Elle se basera soit sur des indicateurs, soit sur la méthode du parcours patient traceur largement démultipliée. L'évaluation par « traceur système » sera également introduite pour évaluer les processus.

Par ailleurs, il est convenu que chaque établissement conserve la responsabilité de la conduite de sa visite de certification « établissement » dont il rend compte auprès du comité de pilotage « Qualité, sécurité des soins et relation usager » du GHT44.

Notre établissement s'engage donc à présenter des points réguliers d'avancement de sa démarche d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la relation usager et d'identifier tout point de vigilance devant faire l'objet d'une action de notre établissement ou, le cas échéant, pouvant faire l'objet d'une action commune.

Les enjeux de ce projet reposent donc à la fois :

- Sur une intégration de la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles dans le cadre d'une approche inclusive indissociable des approches « métier » et totalement intégrée aux soins et prestations dispensées chaque jour dans l'établissement,
- Mais également sur une culture du résultat et de l'évaluation en continu venant à la fois renforcer mais aussi réajuster lorsque cela s'avère nécessaire, tous les processus mis en œuvre au sein de l'établissement dans une visée d'amélioration continue du service rendu aux usagers dans tous les domaines (soins, logistique et hôtelier).

5 - LA DECLINAISON DU PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS

Axe 1 : Renforcer et déployer une gouvernance de la démarche qualité/sécurité des soins dans le cadre d'une politique d'établissement et de territoire

1 – 1 : Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la démarche territoriale de la qualité/sécurité des soins

Au sein du GHT 44 les treize établissements publics de santé ont confirmé à la Haute Autorité de Santé en avril 2018 leur volonté de s'engager dans une démarche de certification conjointe à l'horizon 2021.

Avec l'engagement dans la mise en œuvre d'une certification conjointe, le dispositif managérial de la qualité a été renforcé par la formalisation d'une démarche projet. Elle s'est traduite par la création d'un comité de pilotage spécifique chargé d'arrêter, sur la base d'une note stratégique, les arbitrages et orientations à soumettre aux différentes instances du groupement (collège médical, commission des soins, comité des usagers...) en matière de politique qualité, sécurité des soins et relation usagers.

En lien avec la charte des valeurs du GHT 44, la démarche de certification conjointe répond à des grands principes de conduite de projet sur lesquels se sont accordés tous les membres, à savoir :

- Co construire la réflexion : Les réflexions sont conduites collectivement et de manière pluridisciplinaires dans le respect des pratiques des différents établissements.
- Coordonner les politiques : La démarche est coordonnée de manière transversale par le comité de pilotage sur la base des axes stratégiques validés par les instances du GHT afin de favoriser la convergence des politiques « qualité/sécurité/usager » d'établissement au regard des orientations de la V2020.
- Placer le patient au cœur de la démarche : Afin de mieux tenir compte de l'expérience des patients, l'objectif est de développer des parcours patients traceurs intra et inter établissements impliquant les usagers.
- Communiquer régulièrement : Pour garantir l'implication du plus grand nombre de professionnels en proximité, l'enjeu est de parvenir à communiquer régulièrement et de diffuser cette politique commune tant au sein des instances du groupement qu'au sein des 13 établissements.

La coordination de la certification conjointe relève directement du comité de pilotage « Qualité, sécurité des soins et relation usagers GHT44 » et du groupe technique dont l'action est animée par l'établissement support. Elle implique la mise en œuvre du plan d'action partagé, l'identification des nouvelles actions communes (points de vigilance communs ou « établissement ») et le signalement, au comité stratégique du GHT44, de tout point de vigilance identifié concernant la visite de certification conjointe ou les visites de certification établissements.

Différents groupes de travail ont été initiés permettant ainsi de conduire une réflexion et des actions communes sur différentes thématiques :

- Management de la qualité
- Droits des usagers
- Parcours patient traceur, EPP
- Gestion des risques
- Situations sanitaires exceptionnelles
- Communication

Par ailleurs, suite à la dernière visite des experts de la HAS, l'établissement a été certifié en Juillet 2017 en B avec recommandations d'amélioration portant sur le management de la qualité et des risques, les droits des patients, le parcours du patient, le dossier patient ainsi que le management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Dans le cadre du processus de certification, un compte qualité intermédiaire vient d'être adressé à la HAS. Un nouveau compte qualité devra être formalisé puis adressé à la HAS six mois avant la prochaine visite. Chaque année, un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est élaboré en collaboration avec la CME, puis est présenté aux différentes instances ; il fait ensuite l'objet d'une évaluation annuelle.

La HAS se trouve par ailleurs en phase de finalisation du nouveau processus de certification sur la base d'un référentiel dit « V 2020 » qu'il conviendra de s'approprier notamment à travers les approches parcours patient traceur.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ S'impliquer dans la structuration d'une gouvernance commune du GHT 44 en matière de qualité, de sécurité des soins et de relation usagers
- ✓ Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la perspective de la certification HAS, au sein de l'établissement et au niveau territorial

1 - 2 : Structurer le management de la qualité/sécurité des soins au sein de l'établissement en impliquant la communauté hospitalière

Pour être efficiente, la culture qualité/sécurité des soins et des prestations doit obligatoirement s'inscrire dans une démarche stratégique pérenne et mobiliser en continu l'ensemble des acteurs hospitaliers. La structuration de la gouvernance du système de management de la qualité doit s'appuyer sur l'ensemble des comités et sous commissions de la CME et vise à se traduire par une implication des professionnels dans le cadre d'une démarche initiée au plus près du terrain. Ce processus doit être transversal à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Le renforcement des outils de pilotage de la démarche qualité/risques constitue un enjeu fort dans le cadre d'une nécessaire complémentarité entre l'approche institutionnelle et une déclinaison au sein des pôles et services.

La désignation de référents et de correspondants qualité au sein de chaque pôle, l'organisation de cellules qualité animées au plus près du terrain par les référents qualité, la mise en œuvre puis le suivi en continu de tableaux de bord d'indicateurs ciblés constituent des axes forts visant à une appropriation de la démarche par les agents au plus près de leur exercice professionnel ainsi qu'une acculturation à la mesure des résultats obtenus au sein de leur pôle.

Par ailleurs, la recherche d'une gestion documentaire efficiente via la mise en œuvre d'un nouveau logiciel doit permettre de venir soutenir à la fois la communication mais également les pratiques en offrant des ressources plus facilement mobilisables et accessibles à tous.

Enfin, l'élaboration du projet d'établissement sera suivie d'une phase de contractualisation avec les pôles via la signature de contrats de pôle. Ces derniers comporteront un volet qualité/sécurité des soins et des prestations constituant une déclinaison des objectifs institutionnels développés dans le présent projet.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Elaborer la politique qualité/sécurité des soins et le programme qualité/sécurité des soins en fonction du projet d'établissement et de sa stratégie institutionnelle
- ✓ Animer les cellules qualité des pôles
- ✓ Assurer une gestion électronique documentaire efficiente
- ✓ Participer au management de la qualité et sécurité des soins par le biais des contrats de pôle
- ✓ Actualiser la politique de communication pour faciliter l'adhésion des agents à la dynamique qualité et le déploiement des actions au sein des pôles

1 - 3 : Organiser les dispositifs de gestion de crise

Afin d'améliorer les compétences collectives permettant de faire face à des situations de crise (quel que soit le périmètre de la crise) il convient d'organiser un partage des démarches, projets ou expériences vécues. Cela permet de créer une culture collective dans le cadre d'une organisation « apprenante » ; diverses actions peuvent être privilégiées : organisation de séances de retour d'expérience (avec constitution d'une base de données très largement consultable), création d'évènements fédérateurs (une journée qualité/sécurité ouverte à tous les professionnels), élaboration de commissions des soins thématiques également ouvertes à tous les soignants par exemple.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, des exigences règlementaires relatives à la qualité et à la sécurité des soins en établissement de santé sont régulièrement publiées. Celles-ci précisent le rôle fort des communautés médicales et soignantes dans le management de la qualité et des risques en établissement de santé.

Une démarche est engagée au sein du CHS visant à préparer l'établissement à faire face aux diverses menaces de crise.

Le Plan de gestion de crise (plan blanc) a pour objet de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, ou à un afflux massif de victimes. Le plan blanc et ses annexes sont régulièrement mis à jour et évalués, en lien avec les évolutions des dispositifs nationaux ou régionaux et dans le cadre d'une démarche territoriale pilotée par le GHT.

Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) définit une politique et une organisation permettant d'assurer la sûreté des agents et des structures de santé. La connaissance des vulnérabilités permet d'élaborer un programme d'actions pour la sécurité des patients et des professionnels (risques d'attentat, plan Vigipirate, ...). Ce dernier nécessite d'être complété, puis testé dans le cadre d'exercices annuels.

La gouvernance des risques doit venir sécuriser le fonctionnement de l'établissement. La gestion des risques nécessite un processus continu permettant d'assurer la coordination et la complémentarité des vigilances en lien avec les différents comités et acteurs institutionnels (référents risques par exemple).

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Mettre en place un système d'information mieux adapté au management de la qualité/sécurité des soins
- ✓ Maitriser les risques et la gestion de crise (SSE, PSE, Plan de crise)

Axe 2 : Intégrer la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients

2 - 1 : Permettre aux différents acteurs de s'approprier la démarche Q/SS

Le CHS dispose d'une organisation permettant d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables (procédure dématérialisée, charte de signalement, cellule de gestion des risques). Un dispositif d'analyse des causes profondes des événements indésirables graves (notamment les erreurs médicamenteuses) associant les acteurs concernés est en place via l'organisation de séances de retour d'expérience (REX).

La mise en œuvre au sein des pôles de cellules qualité doit permettre de repérer puis d'analyser des événements indésirables récurrents afin de proposer ensuite des mesures correctives pertinentes au regard du contexte. De la même manière ces cellules qualités seront chargées de piloter au sein des pôles des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en fonction des besoins identifiés. Ainsi, la démarche d'évaluation via le parcours patient traceur pourra être déployée afin de procéder à l'évaluation de la qualité des interfaces dans des parcours de soins souvent complexes (intra-établissement et inter-établissements).

C'est dans les pôles et par les pôles que doit vivre et se décliner la politique qualité/sécurité des soins ; dans ce contexte, le rôle des cadres s'avère primordial.

L'ensemble de la démarche qualité/sécurité des soins déclinée au sein de l'établissement bénéficie d'un accompagnement spécifique via le service qualité (supports techniques, appui logistique, intervention auprès des professionnels) et le service formation en lien avec la structure régionale d'appui QualiREL Santé (formation aux différents outils et méthodes).

Les cellules qualité des pôles seront également chargées d'effectuer une mesure des résultats obtenus, via notamment la tenue de tableaux de bord d'indicateurs mesurés en continu. Cette approche se veut complémentaire à une approche institutionnelle permettant de réaliser des évaluations transversales (suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins – IQSS-, EPP transversales, audits).

L'ensemble de cette approche doit permettre d'accorder plus d'autonomie aux pôles dans la mise en œuvre et le suivi des processus d'amélioration continue de la qualité, via les référents qualité et des démarches élaborées au plus proche des acteurs concernés.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Favoriser une démarche continue de la qualité et sécurité des soins
- ✓ Promouvoir et décliner une gouvernance de la qualité/sécurité des soins par les pôles
- ✓ Rendre plus autonomes les cellules qualité des pôles dans le déploiement la démarche Q/SS et la mise en œuvre des actions définies au contrat de pôle
- ✓ Développer un suivi des indicateurs par les cellules qualité des pôles

2 - 2 : Positionner l'évaluation comme levier de l'amélioration de la qualité/sécurité des soins

L'évaluation, sous toutes ses formes, constitue un levier fort permettant d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. Les professionnels de santé ont un devoir de maintien et de développement des compétences afin que les soins dispensés s'inscrivent dans une recherche constante d'efficacité et de sécurité.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'inscrivent dans ce processus. Il convient donc de définir une politique puis un programme institutionnel en lien avec la commission EPP/DPC. Il s'agit ainsi d'améliorer la qualité des soins en développant en continu l'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles. L'EPP valorise le travail des équipes et s'inscrit dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Afin d'objectiver la pertinence des actions d'amélioration mises en œuvre au sein des unités, il convient de procéder à une mesure des résultats, via la réalisation d'audits, de quick audits, ciblés ou non, au regard d'une évaluation préalable des risques. Cela permet de vérifier l'efficacité des actions correctives déployées par les professionnels dans le cadre de la déclinaison des plans d'actions des différentes sous commissions de la CME.

Un certain nombre de pratiques professionnelles font l'objet d'une attention et d'une vigilance toutes particulières au regard de leur nature et de leur impact à la fois sur les patients mais également sur les professionnels : l'isolement, la contention, les mesures privatives de liberté, la bientraitance. Le législateur est venu poser un cadre réglementaire et la HAS définir des recommandations quant à la réalisation de ces soins. Une réflexion institutionnelle doit permettre de rechercher des alternatives et des stratégies de désamorçage afin que ce type de soins constitue une stratégie de dernier recours et limitée dans le temps.

L'expérience des usagers, si elle est prise en compte, constitue une richesse et une ressource permettant à la fois une amélioration de l'accueil des personnes soignées mais également une amélioration des pratiques professionnelles. La participation et l'intégration des usagers à la démarche qualité/sécurité des soins s'avère fondamentale ; le recueil de leur parole, de leur point de vue, de leurs suggestions constitue un vrai enjeu, voire un défi qu'il convient de relever via diverses approches (questionnaires de satisfaction, enquêtes, partage du savoir expérientiel, recueil de « directives anticipées » adaptées à la spécificité de la psychiatrie, ...).

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Poursuivre et développer la politique d'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Formaliser et réaliser des audits
- ✓ Être vigilant au respect des droits des patients (notamment l'intégrité, la dignité, les libertés individuelles et la confidentialité)
- ✓ Mesurer la satisfaction des usagers

2 - 3 : Développer une gestion des risques intégrée à la prise en charge du patient

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, le référentiel de certification V2014 de la HAS et le contrat de bon usage du médicament (CBUM) précisent les dispositions à mettre en œuvre concernant la prise en charge médicamenteuse. Ces dispositions sont par ailleurs reprises dans le CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) conclu entre l'établissement et l'ARS.

Le circuit du médicament constitue un processus à risque représentant un enjeu fort de sécurité. A ce titre il fait l'objet d'une attention et d'une démarche particulières au sein du CHS. Une évaluation des risques est réalisée au sein de chaque unité intra et extrahospitalière (Interdiag) et des mesures correctives sont définies. Par ailleurs chaque année, en lien avec le COPIL SMQPCM (Système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse) est élaboré un plan d'actions spécifique au circuit du médicament ; ce plan est intégré au PAQSS et présenté aux instances.

Sur ce même principe, et concernant un autre processus sensible : la prévention et la gestion du risque infectieux, est arrêté annuellement en lien avec le CLIN un plan d'actions ciblées au regard des diverses évaluations réalisées et de l'évolution du contexte local ou national.

De plus, et en fonction de la spécificité des situations de soins en psychiatrie, les professionnels peuvent être confrontés à des situations à fort potentiel de stress post traumatique (violence dans les soins, mort brutale, ...). Un dispositif spécifique de prise en charge doit alors être mis en œuvre selon un cadencement bien précis ; cette approche nécessite des compétences particulières ainsi qu'une organisation qui peut se décliner dans le cadre d'une collaboration inter-établissements.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Améliorer en continu la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- ✓ Maintenir un dispositif efficient concernant la prévention et la gestion du risque infectieux
- ✓ Organiser la prise en charge des professionnels ayant vécu des situations à fort potentiel de stress post traumatique

Axe 3 : Positionner l'utilisateur comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins

Les droits des patients constituent des principes fondamentaux de la prise en charge des patients au sein d'un établissement public de santé. Chaque professionnel de l'établissement est garant de leur respect de leur appropriation par les patients. Ainsi, si la qualité de l'accueil et des prises en charge demeure un objectif partagé par l'ensemble des acteurs du CHS, une différence est parfois constatée entre la qualité réelle du service rendu et le niveau de qualité effectivement ressenti par l'utilisateur lors de sa prise en charge. Ainsi, le recueil de la satisfaction des patients est aujourd'hui incontournable pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.

3 - 1 : Associer les usagers à chaque niveau de la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité/sécurité des soins

L'évolution de l'offre de soins et des pratiques professionnelles, la prise en compte de l'expérience patient, les attentes des usagers constituent autant d'éléments impliquant une réelle évolution dans le rapport aux usagers ; cela nécessite que ces derniers soient plus étroitement associés à la politique et au fonctionnement

de l'établissement. Leur place dans le processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est fondamentale, ce qui implique que ces acteurs puissent être sensibilisés, formés à la démarche et aux outils utilisés au sein de l'établissement.

Par ailleurs, les usagers peuvent également constituer des vecteurs d'acculturation en intervenant lors d'actions réalisées auprès des professionnels, afin d'apporter leur point de vue et leur propre évaluation des sujets abordés.

De plus, des rencontres entre les usagers et les membres de sous commissions de la CME permettront également une meilleure connaissance des enjeux et des objectifs poursuivis par le CHS tout en permettant aux patients ou à leurs représentants d'apporter un regard « croisé », complémentaire, afin d'enrichir les réflexions en cours.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Améliorer la participation des usagers aux groupes de travail et aux différentes sous-commissions de la CME

3-2 : Prendre en compte les préconisations du projet des usagers dans la démarche qualité/sécurité des soins

L'évolution du rapport aux usagers et sa traduction dans les pratiques professionnelles passent par une écoute attentive de leurs attentes et de leur expérience. Ainsi des liens étroits traduits dans une méthode de travail structurée avec la Commission Des Usagers constituent un gage de coordination et de pertinence dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies et processus liés à la démarche qualité/sécurité des soins au sein du CHS.

La perception de la notion de qualité, voire de sécurité, peut s'apprécier différemment selon la place que l'on occupe au sein de l'institution. Des actions de communication et des formations communes usagers-professionnels viendront consolider une culture partagée dans le cadre d'un enrichissement mutuel, permettant ainsi d'améliorer la qualité d'accueil des usagers au sein du CHS ainsi que les prestations dispensées.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Créer une culture partagée soignants-soignés dans le domaine de la qualité et sécurité des soins
- ✓ Mobiliser l'expérience patient dans les différents groupes de travail en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles

3 - 3 : Evaluer le service rendu aux usagers ainsi que leur satisfaction

La prise en compte du regard des usagers sur les pratiques professionnelles, l'organisation de l'établissement et les prestations dispensées, nécessite que soient structurés des dispositifs permettant l'expression des patients à la fin de leur séjour ou en cours de soins. Cela implique d'élaborer des stratégies différenciées selon les types de prise en charge et le profil de la population accueillie.

Cette recherche de l'évaluation de la satisfaction des usagers doit s'inscrire dans un dialogue constant au quotidien afin que cette culture s'intègre dans les pratiques soignantes, voire devienne support de soins dans le cadre des relations soignants-soignés.

Ce rapport aux usagers devient structurant dans une démarche de co-construction de parcours de soins individualisés dans laquelle la personne concernée en premier lieu (le patient) exprime son point de vue et ses besoins.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Diversifier les modes d'évaluation de la satisfaction des usagers
- ✓ Déployer la mesure de l'expérience patient

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023

PROJET SOCIAL

1 - INTRODUCTION	75
2 - METHODOLOGIE	75
3 - PROJET SOCIAL DU PERSONNEL MEDICAL	75
4 - PROJET SOCIAL DU PERSONNEL NON MEDICAL	78
5 - PROJET MANAGERIAL	83

PROJET SOCIAL

1 - INTRODUCTION

Le CHS dispose d'atouts certains pour être un acteur incontournable sur le territoire.

La réalisation de son projet médico-soignant pour un parcours de soins adapté à chaque patient passe par l'accompagnement de ses professionnels médicaux et non médicaux, soutenu par une politique managériale partagée.

L'établissement a fait le choix de construire des projets spécifiques pour enrichir son approche dans un objectif commun d'adaptation aux évolutions et aux besoins des patients :

- Un projet social médical
- Un projet social non médical
- Un projet managérial

2 - METHODOLOGIE

Pour chacun des projets, un COPIL a été mis en place avec un co-pilote médical.

- Le groupe projet social médical était composé de représentants médicaux de différents statuts, à des moments de carrière différents, et présents sur l'établissement sur des durées différentes (3 réunions). Le pré-projet a été présenté en collège médical.
- Le groupe management regroupait des professionnels en situation d'encadrement N+1 et N+2 des filières administratives, techniques et soignantes (3 réunions) ; le pré-projet a ensuite été soumis en réunion d'encadrement.
- Le COPIL projet social non médical a été constitué de différentes catégories professionnelles au sein du CHS et d'un représentant de chaque syndicat, soit 14 personnes ; il s'est réuni à 5 reprises et a retenu 3 thématiques de travail :
 - Parcours et évolution professionnelle
 - Politique de gestion de l'absentéisme
 - Santé et qualité de vie au travail

Ces thèmes ont fait l'objet de 3 ateliers qui ont été ouverts à la participation des agents dans les pôles afin d'élargir la réflexion, à travers 7 réunions au total. L'ensemble des objectifs et des étapes de réalisation des ateliers ont été validés en COPIL le 4 février 2019 et présenté en CTE.

3 - PROJET SOCIAL DU PERSONNEL MEDICAL

Pour la 1ère fois, l'établissement a élaboré un projet social avec et pour le personnel médical, pour :

- Améliorer le recrutement et l'accueil
- Faciliter les parcours professionnels
- Développer la Qualité de Vie au Travail
- Promouvoir la santé au travail

NB : Ces thèmes se déclinent en un certain nombre d'objectifs qui pourront renvoyer à d'autres parties du projet d'établissement pour leur déclinaison et leur pilotage. Par ailleurs, le nombre des objectifs et sous objectifs liés à ces thèmes peuvent aboutir à une déclinaison importante d'actions qui se retrouveront alors en annexe 4 dans les fiches actions.

Axe 1 : Améliorer le recrutement et l'accueil

1 – 1 : Communiquer sur les besoins et l'attractivité de l'établissement

Se faire connaître dès l'internat

- ✓ Participer à la formation initiale à travers les séminaires de formation DESC,
- ✓ Donner une meilleure lisibilité des postes offerts au choix des internes (fiches de poste), et des dispositifs mis en place au sein du CHS au cours du semestre,
- ✓ Investiguer avec les internes comment ils ont connaissance des postes, lieux d'affichage...,
- ✓ Signer la charte d'accueil des internes

Rendre visible les postes vacants

- ✓ Elaborer une procédure d'affichage en interne, puis à l'extérieur,

Communiquer sur les activités de l'établissement, source d'attractivité

- ✓ Mettre en avant les outils de soins développés sur l'établissement

1 – 2 : Formaliser le recrutement

Prévenir des difficultés à venir

- ✓ Écrire le processus de recrutement,
- ✓ Lister les points "administratifs" à évoquer systématiquement à l'embauche (primes, droits à congés, possibilité de "titularisation"...)

1 – 3 : Faciliter l'intégration des professionnels

Disposer d'un livret d'accueil personnalisé

Définir un processus d'accueil

Axe 2 : Faciliter le parcours professionnel

2 – 1 : Faciliter les projets professionnels

Faciliter la mobilité

- ✓ Elaborer une procédure d'affichage en interne, puis à l'extérieur,
- ✓ Développer une rubrique affaires médicales sur le nouvel intranet

Rendre visible la procédure de recours à la formation

- ✓ Dématérialiser les formulaires dans la mesure du possible

2 – 2 : Communiquer sur les dispositifs statutaires

Communiquer sur les dispositifs possibles et les évolutions législatives (actualités)

- ✓ Rendre accessibles les règles intérieures spécifiques au personnel médical (rubrique dédiée),
- ✓ Informer de l'actualité statutaire concernant le personnel médical

Retravailler les Activités d'Intérêt Général (AIG)

- ✓ Mener une réflexion sur les possibilités d'AIG sur le territoire en lien avec les besoins et les capacités du pôle concerné

2 – 3 : Participer à l'élaboration du plan de formation

Co construire des axes de formation commun (personnel médical et personnel non médical) en lien avec le projet médico-soignant et les projets de pôle

- ✓ Définir les modalités de construction des axes de formation (recensement des formations par pôle, échanges de bonnes pratiques)
- ✓ Utiliser les instances et les réunions existantes pour optimiser le temps et être plus efficace dans la réflexion à avoir sur le sujet

Développer la participation des médecins en tant que formateur aux formations dispensées par le CHS

- ✓ Participer en amont à la construction des besoins de formation

Prévoir des formations communes pour les binômes médecin/ cadre (management...)

Axe 3 - Développer la qualité de vie au travail : favoriser le travailler ensemble*3 – 1 : Faciliter la recherche*

Faciliter l'accès au CDI

- ✓ Définir les besoins des médecins
- ✓ Améliorer la convivialité du lieu

3 – 2 : Avoir un « lieu » de partage collectif sur le métier

Capitaliser sur les expériences des collègues

- ✓ Affiner le besoin du type d'espace de parole médiatisé recherché

Améliorer le travailler ensemble services / pôles/ directions sur les fonctions managériales (échanges, accompagnement terrain...), relations entre les métiers

- ✓ Communiquer sur les dispositifs existants
- ✓ Favoriser les formations en commun
- ✓ Travailler la synchronisation des temps des différentes catégories professionnelles

Bien travailler ensemble entre collègues (qualité des relations interpersonnelles)

Axe 4 - Promouvoir la sante au travail*4 – 1 : Faciliter l'accès à la médecine du travail*

Informar les médecins sur le dispositif existant

- ✓ Etablir une fiche synthétique expliquant le dispositif (prise en charge post traumatique, accompagnement institutionnel)
- ✓ Constituer une rubrique Affaires médicales

4 – 2 : Prévenir les risques psycho sociaux

Elaborer un plan d'actions en intégrant les résultats de la journée Reconnaissance au travail et ceux de l'enquête sur la qualité de vie au travail (Saphora job)

4 - PROJET SOCIAL DU PERSONNEL NON MEDICAL

La prise en charge des usagers nécessite une bonne connaissance des différents dispositifs de soins, afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible aux besoins, dans un contexte particulièrement évolutif (stratégie nationale de santé, projet territorial de santé mentale, projet médico-soignant du GHT).

Cela signifie qu'il faut concevoir un parcours d'intégration du nouvel arrivant suffisamment structuré pour lui permettre d'acquérir rapidement les bases du fonctionnement d'un établissement qui a pour objectif d'organiser des parcours professionnels permettant l'évolution professionnelle et l'enrichissement des compétences.

Un des enjeux majeurs consiste à parvenir à concilier besoins collectifs et souhaits individuels, car celui-ci est une des clefs de la qualité de vie au travail attendue par chacun.

Cet enjeu se retrouve également dans la gestion du temps, que ce soit à travers les plannings ou la synchronisation des interventions de chaque catégorie professionnelle autour du patient.

C'est pourquoi, le projet social du personnel non médical se décline autour des thèmes suivants :

- Le parcours et l'évolution professionnels
- La gestion du temps
- La santé et la qualité de vie au travail

NB : Ces thèmes se déclinent en un certain nombre d'objectifs qui pourront renvoyer à d'autres parties du projet d'établissement pour leur déclinaison et leur pilotage. Par ailleurs, le nombre des objectifs et sous objectifs liés à ces thèmes peuvent aboutir à une déclinaison importante d'actions qui se retrouveront alors en annexe 4 dans les fiches actions.

Axe 1 - Accompagner l'évolution professionnelle en lien avec le projet d'établissement

Les règles de mobilité actuelles ne permettent pas de répondre au besoin institutionnel de répartition des compétences et de mixité des approches dans les unités, et par là-même ne permettent pas aux professionnels de diversifier leur parcours. De ce fait, la visibilité du parcours de soins est limitée, et le lien entre l'intra et l'extra hospitalier, et celui entre le jour et la nuit, sont appauvris.

Il convient donc, à partir des besoins identifiés de l'établissement dans le projet médico-soignant :

- D'accompagner les parcours professionnels à travers une politique lisible permettant,
- De maintenir et développer les compétences.

1 – 1 : Accompagner les parcours professionnels

La mixité des expériences au sein des équipes intra et extra hospitalières, des équipes de jour et de nuit, doit permettre de :

- Mieux répartir les compétences, et ainsi contribuer à leur développement,
- Acquérir une meilleure lisibilité des parcours de soins,
- Favoriser les liens entre les modes de prise en charge et ainsi permettre un double regard au bénéfice du patient,
- Maintenir une dynamique professionnelle dans un métier exigeant,
- Participer à l'attractivité de l'établissement en ayant la possibilité d'accéder à plusieurs exercices professionnels.

Pour atteindre cet objectif, il s'agit de :

Permettre la mobilité professionnelle pour connaître le réseau et les parcours patient

- ✓ Constituer un groupe de travail direction, cadres, syndicats pour retravailler les règles de mobilité avant passage aux instances

Accompagner les professionnels dans leur parcours

- ✓ Définir une politique d'accompagnement et d'évaluation (objectifs et périodicité),
- ✓ Retravailler la place et le contenu de l'entretien professionnel
- ✓ Revoir le support de l'entretien d'évaluation une fois le travail de réflexion sur son contenu mené,
- ✓ Former l'encadrement à l'entretien professionnel

Accompagner les projets individuels en lien avec le projet d'établissement

- ✓ Décliner le projet d'établissement et le projet territorial dans le plan de formation, en associant différemment les acteurs au processus d'élaboration
- ✓ Assurer la promotion professionnelle en lien avec les besoins de l'établissement et ceux du territoire
- ✓ Améliorer la lisibilité et la communication des dispositifs RH existants (possibilités d'accompagnement des projets dans et hors de l'établissement à tous les stades de la carrière, concours, règles intérieures).

1 – 2 : Maintenir et développer les compétences

Anticiper les besoins (départs en retraite) pour anticiper les besoins de formation

- ✓ Programmer des entretiens avant retraite pour connaître les intentions des agents, et les informer

Transmettre les savoirs

- ✓ Mettre en place un compagnonnage (déclinaison dans le projet de soins)

Permettre aux agents d'assurer des remplacements pour répondre à un besoin et conforter ou non son projet professionnel

- ✓ Définir un mode opératoire pour les détachements afin d'améliorer la lisibilité et la communication des besoins

1 – 3 : Concevoir un parcours d'intégration du nouvel arrivant (en lien avec le projet de soins)

Définir les conditions d'un bon accueil

- ✓ Déterminer l'ensemble des intervenants qui concourent à l'accueil d'un professionnel en fonction de sa catégorie, rédiger un circuit d'accueil spécifique à chaque catégorie

Améliorer la communication à l'arrivée de l'agent

- ✓ Définir les outils nécessaires et pertinents (livrets, trombinoscopes, organigramme, journée d'accueil, check-list), désigner un référent

Sécuriser les accès à l'hôpital

- ✓ Rédiger un circuit d'accueil et de sortie (clefs...)

Diffuser la bonne information à la bonne personne pour améliorer la communication

- ✓ Formaliser un processus décisionnel au CHS, établir un listing des personnes ressources, disposer d'un portail informatique RH ergonomique (changement du logiciel Ennov, développement des demandes dématérialisées (workflow))

Axe 2 - Promouvoir une politique de gestion du temps comme process majeur de la gestion des ressources humaines

2 – 1 : Concilier nécessités collectives et souhaits individuels

Affiner les règles de gestion des congés

- ✓ Organiser la pose des congés et des absences dans un calendrier bien défini pour anticiper et pouvoir poser ses congés, déterminer la règle du tiers en fonction de la taille des équipes,
- ✓ Concerter avant passage aux instances

Partager les règles de gestion

- ✓ Diffuser les règles institutionnelles,
- ✓ Favoriser les échanges directs avec le cadre et au sein des équipes pour poser les congés et tout changement éventuel dans les plannings (horaires postés, catégories...),
- ✓ Former les agents ayant peu accès à l'informatique, faire évoluer l'outil de gestion des plannings pour une meilleure "vision agent" (Agiltime)

Tendre à l'équité

- ✓ Elaborer une charte de gestion de l'absentéisme (règles de bonnes pratiques)

2 – 2 : Améliorer la lisibilité de la politique de remplacement

Contractualiser avec les pôles

- ✓ Décliner les choix arrêtés dans les contrats de pôle

Rendre visibles les modalités de remplacements

- ✓ Communiquer sur les dispositifs existants pour avoir une meilleure lisibilité des modalités d'utilisation des "outils" de remplacement,
- ✓ Elaborer une charte de gestion de l'absentéisme (règles de bonnes pratiques)
- ✓ Définir des règles institutionnelles des remplacements sur détachement, et les rendre visibles dans le pôle et hors du pôle
- ✓ Préciser les conditions du détachement

2-3 : Expérimenter de nouvelles approches

Malgré les nombreux outils existants pour gérer l'absentéisme, il peut y avoir un décalage entre les besoins et les moyens mis en œuvre.

Interroger les outils existants pour éventuellement les faire évoluer

- ✓ Déterminer les avantages et inconvénients du pool, de l'auto remplacement intégré dans les effectifs, des contrats de remplacements, de l'intérim et des heures supplémentaires

- ✓ Expérimenter de nouvelles approches suite au bilan

Organiser les temps d'interventions des différentes professions concourant à la prise en charge du patient (voir le projet médico soignant)

- ✓ Revoir l'articulation et la cohérence d'ensemble des interventions des différentes professions qui concourent à la prise en charge du patient (synchronisation des temps), pour améliorer l'impact sur la charge et les conditions de travail (service test)

Axe 3 – Promouvoir la santé et la qualité de vie au travail

3 – 1 : Mettre en œuvre un plan d'actions pour favoriser la qualité de vie au travail

Elaborer un plan d'actions en intégrant les résultats de la journée Reconnaissance au travail et ceux de l'enquête sur la qualité de vie au travail (QVT)

- ✓ Poursuivre le travail d'analyse des questionnaires Saphora job et des entretiens collectifs par groupes métiers, par le groupe Document unique,

Développer une politique de QVT de l'ensemble de l'encadrement à 2 niveaux: être acteur de la politique QVT auprès des équipes, et prendre soin de cet acteur (voir le projet managérial)

3 – 2 : Prévenir les troubles musculo squelettiques (TMS)

Elaborer un plan de prévention des TMS

- ✓ Travailler l'ergonomie des postes systématiquement à la création d'une nouvelle unité,
- ✓ Cibler les postes à risque (ASH/AS, secrétariat/administratif, logistique) pour en faire l'étude ergonomique et individualiser le matériel à acheter,
- ✓ Organiser une journée de sensibilisation,
- ✓ Explorer de nouvelles approches (ex : échauffement à la prise de poste)

3 – 3 : Promouvoir une politique en faveur du handicap et du retour au travail après un long arrêt

Accompagner individuellement les agents au retour à l'emploi

- ✓ Maintenir les rencontres systématiques après un long arrêt DRH/médecine du travail, liens avec l'encadrement

Sensibiliser le personnel et l'encadrement

- ✓ Associer davantage l'encadrement à la reprise,
- ✓ Avoir une remontée rapide des difficultés de terrain

Améliorer la communication et l'information

- ✓ Ajouter une rubrique sur le handicap et le retour au travail après un long arrêt dans le livret d'accueil,
- ✓ Savoir repérer un agent en difficulté,
- ✓ Désigner un référent handicap

3 – 4 : Améliorer la qualité des relations interpersonnelles (voir également le projet managérial)

Revoir les organisations pour mieux travailler ensemble (projet médico soignant)

- ✓ Revoir l'articulation et la cohérence d'ensemble des interventions des différentes professions qui concourent à la prise en charge du patient (synchronisation des temps), pour améliorer l'impact sur la charge et les conditions de travail (service test)

Elaborer une charte

- ✓ Rappeler les règles de savoir-vivre,
- ✓ Fixer des règles d'utilisation des mails,
- ✓ Préserver les espaces d'échanges (réunions de fonctionnement, transmissions),
- ✓ Respecter le travail de l'autre

Travailler sur les représentations

- ✓ Diminuer les tensions issues des représentations liées à chaque métier (les attentes ne seront pas alors honorées),
- ✓ Constituer un groupe de travail pour déterminer comment aborder cette thématique

3 – 5 : Promouvoir une politique de tolérance

Sensibiliser le personnel à la lutte contre les discriminations, les violences sexuelles, à la promotion de l'égalité homme/femme

- ✓ Constituer un groupe de travail pour déterminer comment aborder ces thématiques

5 - PROJET MANAGERIAL

La composition pluri professionnelle des groupes de travail du projet d'établissement a permis de faire converger les réflexions menées, permettant à chaque projet de dialoguer et de proposer des actions à la croisée de plusieurs objectifs.

Le projet managérial se décline en 4 axes :

- Promouvoir une politique institutionnelle managériale
- Inscrire la qualité de vie au travail dans le management quotidien
- Mettre en place une stratégie de communication adaptée aux acteurs
- Positionner l'encadrement dans l'établissement et sur le territoire en lien avec le GHT

NB : Ces thèmes se déclinent en un certain nombre d'objectifs qui pourront renvoyer à d'autres parties du projet d'établissement pour leur déclinaison et leur pilotage. Par ailleurs, le nombre des objectifs et sous objectifs liés à ces thèmes peuvent aboutir à une déclinaison importante d'actions qui se retrouveront alors en annexe 4 dans les fiches actions.

Axe 1 - Promouvoir une politique institutionnelle managériale

1 – 1 : Conforter le binôme médecin-cadre

Travailler l'accueil spécifique des nouveaux cadres et des nouveaux médecins (cf. projet social du personnel médical)

- ✓ Mettre en place des formations pour les binômes médico cadre

Définir le rôle de l'assistant administratif de pôle

1 – 2 : Conforter les cadres dans leur rôle de manager

Afficher la politique managériale et créer des outils d'aide au management

- ✓ Rédiger une charte managériale,
- ✓ Définir une politique d'accompagnement et d'évaluation des professionnels (faire de l'entretien individuel un outil managérial),
- ✓ Mettre en œuvre une formation et un accompagnement à la dimension gestionnaire de la fonction cadre (gestion du temps, posture cadre, gestion de conflit, entretien d'évaluation)
- ✓ Identifier les leviers permettant de reconnaître les efforts des agents

Redéfinir les missions de l'encadrement au CHS (rôle en matière de qualité de vie au travail, gestion de la qualité et des risques) et les partager

1 – 3 : Donner du sens à la pratique managériale

Pouvoir accompagner les équipes en retour en donnant du sens aux orientations posées

- ✓ Faire sens pour éviter la souffrance au travail

Organiser des réunions cadres et direction sur du partage de projets

Proposer de l'analyse des pratiques à l'encadrement N+2 administratifs, logistiques et soignants

*1 – 4 : Promouvoir une politique de gestion du temps (issu du projet social du personnel non médical)*Concilier nécessités collectives et souhaits individuels

- ✓ Affiner les règles de gestion des congés
- ✓ Partager les règles de gestion
- ✓ Tendre à l'équité

Améliorer la lisibilité et la compréhension de la politique de remplacement

- ✓ Communiquer sur les dispositifs existants pour avoir une meilleure lisibilité des modalités d'utilisation des "outils" de remplacement,
- ✓ Elaborer une charte de gestion de l'absentéisme (règles de bonnes pratiques)
- ✓ Définir des règles institutionnelles des remplacements sur détachement et en préciser les conditions

Expérimenter de nouvelles approches

- ✓ Interroger les outils existants pour éventuellement les faire évoluer,
- ✓ Expérimenter de nouvelles approches suite au bilan

*1 – 5 : Travailler une identité cadre commune*Fédérer les cadres autour de valeurs partagées et des projets institutionnelsOrganiser des événements communs à l'ensemble de l'encadrement de l'établissement**Axe 2 : Inscrire la qualité de vie au travail dans le management quotidien***2 – 1 : Développer une politique de QVT de l'ensemble de l'encadrement à 2 niveaux : être acteur de la politique QVT, et prendre soin de cet acteur (soutenir les souteneurs)*

- ✓ Améliorer tous les workflows : définir une procédure de gestion des bons de commande, travaux, en précisant le rôle de chacun),
- ✓ Communiquer et partager sur les outils mobilisables,
- ✓ Identifier les leviers permettant de reconnaître les efforts des agents,
- ✓ Réfléchir à des formations de type coaching en lien avec le groupe de travail du GHT, à la gestion des conflits, développer des lieux/moments pour permettre aux cadres de faire un pas de côté
- ✓ Proposer une démarche visant à intégrer la QVT dans la dimension managériale

2 – 2 : Donner du sens aux situations de travail

- ✓ Élaborer une charte de pratiques partagées notamment pour la gestion des mails (pouvoir prioriser, savoir utiliser les boîtes groupées, journée sans mail...), et des réunions
- ✓ Débriefing les astreintes de direction,
- ✓ Envisager des réunions cadres et direction sur du partage de projets

Axe 3 - Mettre en place une stratégie de communication adaptée aux acteurs

3 – 1 : Donner la bonne information à la personne au bon moment pour gagner en temps et en efficacité

- ✓ Remettre du formalisme dans les mails et les échanges
- ✓ Cibler les acteurs,
- ✓ Définir l'action pertinente,
- ✓ Arrêter un processus (meilleure connaissance du travail de l'autre),
- ✓ Travailler la communication du pôle gestion

Axe 4 - Positionner l'encadrement dans l'établissement et sur le territoire en lien avec le GHT

4 – 1 : Partager les enjeux d'établissement et de territoire

Organiser des réunions cadres et direction sur du partage de projets, des RDV thématiques

Participer à l'élaboration de parcours professionnalisant sur le territoire du GHT

4 – 2 : Travailler des représentations partagées de la fonction cadre (attentes direction, équipe, médecins)

Capitaliser sur les expériences entre cadres, cadre-agent, médecins

Prendre en compte l'expérience manager-managé

Acculturer les équipes au changement de la posture cadre (dimension territoriale, missions transversales, évolution de la fonction managériale)

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019-2023

**SCHEMA PATRIMONIAL
ET SCHEMA DIRECTEUR
DU SYSTEME
D'INFORMATION**

CHS DE BLAIN

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019-2023

SCHEMA PATRIMONIAL

1 - INTRODUCTION	91
2 - METHODOLOGIE	91
3 - DECLINAISON DU SCHEMA PATRIMONIAL	92

SCHEMA PATRIMONIAL

1 - INTRODUCTION

Le schéma patrimonial a pour objet de rédiger un schéma directeur immobilier de l'établissement au regard du projet de prise en charge médico-soignant, en cohérence avec la mission de l'établissement. Il doit optimiser les moyens actuels de l'établissement en fonctionnement et en investissement. Il doit également optimiser les coûts en prenant en compte plusieurs paramètres : la qualité des soins, la qualité de vie au travail, l'environnement urbanistique de l'établissement et de ses structures. Ainsi, l'articulation avec les différents volets du projet d'établissement (médico-soignant, social, usagers, système d'information) est un élément essentiel pour la bonne réalisation de ce schéma patrimonial.

Les objectifs du groupe étaient les suivants :

- Définir le périmètre du patrimoine de l'établissement et réaliser un inventaire de celui-ci ;
- Définir un programme d'entretien du patrimoine immobilier, des équipements et des infrastructures (maintenance des biens dans lesquels le CHS de Blain a investi) ;
- Définir un programme de renouvellement des immobilisations (prioriser, planifier)
- Ecrire des standards de conformités, de sécurités, d'hygiènes, d'acoustiques, d'informatique, de maintenance des biens ;
- Identifier la stratégie de potentialité de reconversion de l'actif ;
- Insertion et cohérence des bâtiments dans leur environnement et repérage de la signalétique sur site.

2 - METHODOLOGIE

Pour mener à bien ce projet un groupe de travail, piloté par la directrice des services financiers et logistiques, est mis en place. Il est composé :

- D'un référent médical ;
- Du responsable des services techniques ;
- De la responsable des services logistiques ;
- De la responsable des finances : contrôle de gestion ;
- Du responsable des ressources humaines ;
- D'un cadre supérieur de santé.

Ce groupe de travail s'est réuni 4 fois, mais a nécessité un travail important en amont de ces rencontres. En effet, une mise à jour complète du patrimoine immobilier a été réalisée avec l'intégration d'éléments de surface, de vétusté, d'accessibilité, mais également des éléments d'activité et d'effectif.

Cette base de données a permis de réaliser un bilan patrimonial facilitant la définition du plan d'action.

3 - DECLINAISON DU SCHEMA PATRIMONIAL

Axe 1 : Adapter les structures ambulatoires et extrahospitalières aux besoins de prises en charge sur le territoire

1 – 1 : Répondre aux besoins du territoire du pôle est

Le pôle Est dispose de plusieurs structures réparties sur l'ensemble du territoire qui ne répondent pas de façon satisfaisante aux besoins de la population et qui dispersent les moyens. De plus, la plupart de ces structures sont en location. Deux structures posent particulièrement des difficultés. L'hôpital de jour est sur le site principal du CHS de Blain. Cela ne facilite pas l'accès aux patients et ne rend pas cohérent le projet d'HDJ.

Enfin, le CMP de Nort sur Erdre est lui bien situé géographiquement mais dans des locaux inappropriés puisqu'ils ne répondent pas aux normes d'accessibilités, même si en terme de sécurité incendie il est aux normes réglementaires.

Un projet de construction est identifié pour la réalisation d'un centre de soins à Nort sur Erdre permettant de répondre à cette problématique et de regrouper plusieurs structures sur un même lieu. La procédure de concours d'architecte en cours.

1 – 2 : Répondre aux besoins de la pédopsychiatrie sur le territoire de blain

Les locaux actuels du CMP de Blain ne répondent pas aux besoins de la population. Les locaux sont trop petits et ne peuvent être déclarés ERP puisque l'enveloppe du bâtiment ne permet pas la création d'un sanitaire PMR. Une simple construction d'un WC PMR pourrait être envisagé mais ne serait pas satisfaisant au regard des besoins de la structure. En effet les locaux de l'hôpital de jour et du CATTP sont également à réinterroger. Cette structure sur 3 étages est peu fonctionnelle pour l'accueil des enfants. Un projet plus global devrait être mené intégrant les problématiques d'accessibilités et les besoins de fonctionnement de ce centre de soins. Deux scénarios devront être envisagé en fonction des capacités financières de l'établissement :

- Scénario 1 : Projet uniquement sur le CMP ;
- Scénario 2 : Projet global du centre de soins.

1 – 3 : Externaliser les structures ambulatoires actuellement sur le site du CHS de Blain

Aujourd'hui, deux activités ambulatoires et extrahospitalières se situent sur le site principal du CHS de Blain et ont vocation à être externalisées, l'hôpital de jour du pôle Est et le centre de soins d'addictologie.

Une solution est déjà envisagée pour l'hôpital de jour du pôle Est, avec le projet de construction à Nort sur Erdre.

Concernant le centre de soins d'addictologie, le projet est en cours de définition par l'équipe avec le souhait de s'implanter sur la zone géographique Blain-Héric-Nort sur Erdre. Le projet immobilier pourrait être adossé à une structure existante. La possibilité de mutualisation avec le projet de construction de Nort sur Erdre n'est pas envisageable au vu de la taille du terrain. Par contre, le terrain du centre de soins d'Héric ou de Blain permettrait d'étudier ce projet.

1 – 4 : Evaluer les structures en location en fonction des besoins, des opportunités et de l'offre de soins sur le territoire

Le CHS est locataires de 9 structures dont la pertinence en terme de localisation et de fonctionnalités devra être réévaluée au regard de l'évolution des besoins et des opportunités immobilières et locatives sur le territoire.

Les structures du pôle Ouest

3 structures au pôle Ouest sont concernées : CMP de Savenay, HDJ de St Gildas des Bois et le CATTP de Guémené. Ces locaux ne sont actuellement pas satisfaisants tant en termes de taille pour l'HDJ, que d'ambiance thermique (HDJ) et visuelle (CMP). De plus, on constate des problématiques d'accessibilité avec le peu de places de parking existantes sur le CMP et Le CATTP.

Une réflexion pourrait être menée pour le regroupement de ces structures afin d'optimiser les surfaces et maîtriser les coûts de fonctionnement.

Les locaux de l'AFT à Orvault

Les locaux accueillent des bureaux pour les professionnels ainsi qu'une grande salle de réunion. L'accueil de patients et de familles est satisfaisant et confortable et répond aux besoins exprimés par le pôle. La facilité d'accès est un point fort de la structure mais ne réduit pas la distance kilométrique avec le nord du département, où résident la majorité des familles.

Châteaubriant PC et PIJ

Les locaux sont très bien situés et idéals en terme de volume pour accueillir ces deux centres de soins. Cependant, le loyer est assez cher, c'est une structure vieillissante avec des difficultés de chauffage (des plafonds très hauts). De plus, de nombreuses surface sont inutilisées du fait de son ancienne fonction : les salles de bains, un grand hall d'accueil et de longs couloirs.

Une négociation avec Le CH de Châteaubriant, propriétaire actuel, est à engager soit pour une acquisition soit pour la mise en œuvre de travaux de rénovation du bâtiment.

St Géréon

La situation géographique des locaux de St Géréon est un point fort, mais les locaux sont trop confinés en RDC et le coût énergétique est important. Le déménagement de cette structure n'est pas une priorité mais il faut rester en alerte quant aux différentes opportunités éventuelles.

Le centre de soins pour adolescents à Orvault

Les locaux du centre de soins pour adolescents venant tout juste d'être ouverts, il n'est pas envisagé de les déménager. La réflexion pourra être menée avant l'échéance du bail.

Axe 2 : Optimiser l'utilisation des bâtiments en bon état et/ou dont le positionnement est pertinent.

Un certain nombre de bâtiments en bon état et/ ou dont le positionnement géographique est pertinent sont actuellement vacants.

Afin de rationaliser les espaces et de concentrer les efforts d'entretien et de maintenance des bâtiments, il est nécessaire d'optimiser l'utilisation de ces derniers. Une étude sur le regroupement des activités de soins doit être menée afin d'éviter l'éparpillement sur l'ensemble du site. Cette étude doit également être menée pour les activités administratives.

A l'issue de cette étude pour ne pas observer une dégradation importante des bâtiments, une réflexion doit être menée pour les bâtiments qui seraient inoccupés en étudiant les possibilités :

- De réhabilitation pour de nouveaux projets ;
- De location à d'autres structures ;
- D'abandon définitif avec un projet de déconstruction à moyen ou long terme.

2 – 1 : Prendre en compte les actions issues du projet médico-soignant

Créer des espaces d'évaluation et d'accompagnement au développement des habilités sociales et quotidiennes

Le Sillon sur le site principal du CHS étant déjà classé ERP pourrait recevoir l'espace d'évaluation aux habilités quotidiennes permettant de favoriser l'accompagnement soignant intensif et la préparation de la sortie.

Prendre en compte le projet "maison répit"

Le logement J sur le site principal du CHS pourrait être mis en location pour ce projet facilitant les relations avec les équipes soignantes du CHS.

Prendre en compte le projet de réhabilitation psychosociale

Après définition du contour du projet, les éléments patrimoniaux devront être pris en compte pour répondre au mieux aux besoins sur le territoire.

2 – 2 : Repositionner des activités de soins dans des locaux plus adaptés

Etudier le transfert des activités du P7 et de l'Ile pour investir le bâtiment Ecluse

En effet, le bâtiment P7 est vétuste et nécessite de travaux importants, pour une mise à niveau pertinente. Tandis qu'en parallèle, le bâtiment Ecluse lui est en bon état mais actuellement occupé jusqu'en juillet 2019 par l'IME de Blain (ADAPEI). Il pourrait être envisagé d'investir les locaux au départ de l'IME en y transférant les activités d'addictologie. Cependant, l'objectif d'externaliser l'addictologie ne doit pas être écarté

Ces locaux permettraient également d'accueillir l'Unité Plan de Crise qui se situe dans un bâtiment vétuste qui n'a pas vocation à être réutilisé (Ile).

Des travaux seront nécessaires en termes de câblage informatique.

Etudier le repositionnement des locaux de la Thérapie Familiale

Concernant la thérapie familiale, cette unité se situe dans un ancien logement qui ne permet pas de créer un sanitaire PMR et ainsi de le rendre accessible. Il existe également des contraintes de réseaux informatiques vieillissants qui seraient très difficiles et coûteux de rénover. Des possibilités de relocalisation sur le bâtiment de l'Ecluse sont envisageables

Prendre en compte les préconisations des audits de la Pharmacie

La pharmacie a souvent évoqué que ces locaux étaient inadaptés pour son fonctionnement. Un audit est mené en 2019 sur la sérialisation et l'impact sur les organisations de travail de la pharmacie. Au regard des conclusions et des contraintes de la pharmacie une réflexion pourra être menée pour un repositionnement si besoin.

2 – 3 : Repositionner des activités dans des locaux plus adaptés

Optimiser l'utilisation des locaux du bâtiment P14 - Accueil

Suite à la construction du bâtiment 108 lits et le déplacement des secrétariats auprès des unités, les bureaux médicaux du bâtiment P14 se trouvent sous utilisés. Ainsi, on peut constater que des bureaux sont disponibles de façon éparpillée. Il sera nécessaire de repenser ces espaces et de les regrouper.

Ces locaux pourraient accueillir sans difficulté la TF dans des locaux adaptés permettant ainsi de résoudre facilement et rapidement la problématique ci-dessus.

De plus, une réflexion est à mener sur le plateau technique notamment au départ du manipulateur radio puisque tout le bloc radio (une salle de radio, 4 bureaux, une salle de réunion) sera disponible ainsi que le bureau de l'ophtalmologue qu'il l'est actuellement. Des questions se posent autour du secrétariat du plateau technique, du bureau IDE Hygiène et de la localisation du bureau de la diététicienne.

Optimiser l'utilisation des locaux du bâtiment P13

Actuellement, 8 sont disponibles au P13 (3 au RDC et 5 à l'étage).

Etudier le repositionnement des locaux syndicaux

Les locaux syndicaux actuels ne répondent pas parfaitement aux besoins des organisations syndicales temps en termes de taille que de qualité de locaux. Ces locaux sont vétustes et difficiles à chauffer.

Etudier le repositionnement des associations

Afin d'identifier au mieux un pôle usager, il serait intéressant de pouvoir penser à l'intégration des associations soignants-soignés dans la maison des usagers.

Etudier le repositionnement Cottage Amicale

Le bâtiment Cottage nécessiterait des travaux importants et coûteux de rénovation de sa toiture et des huisseries. Actuellement seule l'activité de l'Amicale du CHS est présente dans ces locaux. Il faudrait envisager de soit repositionner cette association, soit de faire les travaux nécessaires sur ce bâtiment.

Axe 3 : développer des espaces dédiés en libre accès aux patients (PMS et P. usagers, CLAN, rapport CGLPL)

Au regard du projet des usagers et médico-soignant, ainsi qu'aux recommandations du CGLPL et de certains groupes de travail comme le CLAN, il est nécessaire de développer des espaces dédiés, en libre accès, aux patients.

Les besoins identifiés sont des espaces pour la pratique du sport, pour l'utilisation d'ordinateurs et également de détente.

Des espaces extérieurs peuvent être aménagés avec la mise en place de tables, banc, chaises et également de parcours pour favoriser la marche ou de tables de ping-pong.

Les bâtiments de la place du village pourraient être réinvestis et redynamisés avec notamment un projet de médiathèque.

Axe 4 : développer des espaces dédiés pour la qualité de vie au travail (Projet social)

Au regard du projet social notamment, il est nécessaire d'identifier des espaces dédiés pour améliorer la qualité de vie au travail et prendre en compte les problématiques de TMS.

La mise en place de volets roulants automatisés pour certaines unités (USLD, USLC, APSA) permettrait de limiter les risques de TMS. De même qu'une réflexion globale sur les postes de travail, en lien avec la standardisation des besoins, est à mener avec le DRH pour déterminer les besoins permettant de limiter au mieux les TMS.

Une réflexion est à mener autour du self, afin d'améliorer l'attractivité tant sur le choix culinaire offert que sur les espaces proposés, avec la mise en œuvre d'une terrasse, d'un espace détente/café, ... Des tables extérieures sont également à installer.

Une problématique autour des vestiaires des personnels techniques et logistiques est à résoudre, puisqu'ils ne bénéficient pas tous d'un vestiaire aux normes attendues et entretenus.

Une étude pourrait être faite sur le déplacement du magasin général, afin d'y transférer l'équipe espaces verts manutention et de créer un vestiaire commun entre cette équipe et les services techniques.

Enfin, après définition des besoins en terme d'offre de service, il faudra intégrer cette réflexion dans le patrimoine existant en optimisant les locaux maintenus en état.

Axe 5 : Valoriser le patrimoine du CHS

Poursuivre les cessions patrimoniales

Le CHS a engagé depuis quelques années la cession de son patrimoine non dédié aux soins. Plusieurs projets sont en cours avec la cession de terres agricoles, d'une bâtisse à l'entrée de l'établissement actuellement non utilisé, d'un ancien IFSI désaffecté et d'un centre équestre.

L'établissement doit poursuivre sa réflexion sur l'ensemble de son patrimoine afin d'optimiser au mieux ses moyens et de concentrer ses efforts sur le patrimoine nécessaire au bon fonctionnement de son activité.

Le CHS s'est d'ores et déjà engagé avec la mission MARTAA sur la gestion du patrimoine.

Ouvrir le CHS à d'autres structures (ADAPEI, SDIS, ...)

Afin d'optimiser l'utilisation de son patrimoine, le CHS doit poursuivre ses coopérations en terme de location de ses locaux et de ses équipements.

Insertion et cohérence des bâtiments dans leur environnement et définir la signalétique associée

A l'issue des mouvements proposés, la refonte de la signalétique sera nécessaire pour bien identifier les circuits et les bâtiments au sein d'un site de plus de 80 ha (hors forêt).

Abandonner et déconstruire des bâtiments

Des bâtiments actuellement vétustes ou déjà abandonnés nécessiteraient d'être déconstruits, pour éviter le maintien de certains équipements et une dégradation qui pourraient être dangereuse. Ainsi les bâtiment 9 et Don (P10) sont à cibler prioritairement, tout comme à terme le P7 et l'Ile (P5).

Une réflexion est à mener sur le maintien d'activité dans ce bâtiment. Le bâtiment est vétuste et nécessiterait des travaux important notamment de toiture pour ne pas se dégrader. Si on envisage de ne pas maintenir l'utilisation de ce bâtiment il faudra repositionner l'Amicale.

L'ex-IFSI doit faire l'objet d'une cession rapide ; Le bâtiment est actuellement sur un terrain constructible et pourrait intéresser un promoteur. La difficulté réside en la présence de ce bâtiment qui est sur 2 niveaux et qui est très dégradé.

La question se pose également sur le bâtiment Forêt occupé en partie par le FAM de Blain (ADAPEI) à l'issue de leur départ en juillet 2019. Il nécessiterait pour la partie inoccupée d'une remise en état des installations, sans aujourd'hui de projet identifié.

Axe 6 : Maîtriser les coûts de fonctionnement des bâtiments.

Afin de maîtriser les coûts de fonctionnement du patrimoine hospitalier plusieurs actions sont identifiées.

Faciliter les inventaires mobiliers et matériels

Il n'existe pas actuellement une nomenclature partagée des pièces par bâtiments. Afin de faciliter les inventaires mobiliers et matériels, sa définition devient incontournable.

Maîtriser les coûts énergétiques des bâtiments

- Mettre en place des outils de suivi énergétique
- Remplacement des menuiseries
- Réflexion sur le mode de chauffage
 - Mise en place de pompes à chaleur pour les locaux dont on est propriétaire
 - Mise en place de radiateurs plus performants pour les locaux dont on est locataire

Standardiser les besoins des locaux (prise électrique, surface, téléphonie, hygiène, acoustique, ...)

Axe 7 : Mettre en place une politique de développement durable, poursuivre, développer et valoriser les actions existantes

Depuis 20 ans, le CHS de Blain s'engage dans une démarche de développement durable. Sa première action a été la mise en œuvre du tri des déchets.

Conscient des impacts des activités de l'établissement sur l'environnement, le CHS est engagé dans une démarche active en mettant en place une politique de développement durable prenant en compte les trois piliers constitutifs, l'environnement, l'économie et le social. Cette démarche est complétée par deux piliers essentiels que sont la solidarité et le sociétal. En effet, l'hôpital a, par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable et de responsabilité sociétale. De plus, le secteur de la santé inspire confiance et a un devoir d'exemplarité dans une logique qui implique la santé future.

L'engagement du CHS s'inscrit dans le cadre de ses missions de soins, de prévention et d'éducation pour une démarche environnementale de progrès permanent, volontariste et exemplaire.

Pour ce faire, il inscrit cette démarche dans ses orientations stratégiques avec pour objectif une réduction des consommations énergétiques sur les bâtiments, les déchets et les déplacements. Il sait pouvoir compter sur la mobilisation des professionnels pour les convaincre d'adopter d'autres comportements.

Cette démarche s'inscrit également dans le contexte réglementaire de la transition énergétique pour la croissance verte et de la certification HAS.

Le CHS a déjà effectué un recensement des actions conséquentes menées par l'établissement dans tous les domaines que ce soit social, économique ou écologique.

Cependant, une faiblesse est notée concernant la communication tant en interne qu'en externe sur les différentes actions menées. L'établissement doit mettre en place une stratégie de communication afin de valoriser ce qui a déjà été fait et les actions à venir. Cette communication doit également permettre de sensibiliser l'ensemble du personnel et des patients à cette démarche, de même que les différents partenaires extérieurs du CHS.

Des actions doivent être poursuivies que ce soit :

- En matière d'économie d'énergie des bâtiments avec une réflexion autour du mode de chauffage, mais également la rénovation des huisseries ;
- En matière de gestion des déchets avec notamment la mise en place de la redevance incitative pour le site de Blain et une réflexion sur les déchets alimentaires et les barquettes alimentaires ;
- En matière de qualité de vie de travail avec une réflexion autour de l'ergonomie des postes de travail et d'espaces dédiés.

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2019-2023

SCHEMA DIRECTEUR DU SIH

1 - PREAMBULE	101
2 - ETAT DES LIEUX	102
2.1 Service Informatique	102
2.2 Flux applicatifs	103
2.3 Cartographie applicative	104
2.4 Architecture technique	106
3 - CARTOGRAPHIE DES BESOINS	111
3.1 Méthodologie appliquée	111
3.2 Besoins exprimés par les services	111
3.3 Synthèse des besoins	113
4 - DECLINAISON DU SCHEMA DIRECTEUR	114
4.1 Axe Dossier patient Informatisé (DPI)	114
4.2 Axe Sécurité (SEC)	116
4.3 Axe Architecture et Equipements (Arch)	117
4.4 Axe Modernisation et normalisation des applications « supports » (Mod)	119
4.5 Dématérialisation et Communication (Décom)	120
4.6 Répartition des projets par besoins exprimés	122
5 - PLANIFICATION DES PROJETS	123
6 - PILOTAGE ET EVALUATION DU SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION	124
6.1 Pilotage	124
6.2 Evaluation	124
7 - REFERENCES	126
8 - LEXIQUE ET ABREVIATIONS	127

SCHEMA DIRECTEUR DU SIH

1 - PREAMBULE

Le présent document présente les orientations stratégiques d'évolution du système d'information du Centre Hospitalier Spécialisé de Blain pour la période 2019-2023.

Il se fonde sur le bilan du précédent Schéma Directeur du Système d'Information (S.D.S.I.) et s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement du Centre Hospitalier Spécialisé de Blain 2019-2025 et du Schéma Directeur du Système d'Information du Groupement Hospitalier de Territoire de la Loire Atlantique (GHT44)

La définition d'un Schéma Directeur depuis 2007, ainsi que la mise en place d'un comité de pilotage du système d'information actif, ont permis de structurer une démarche globale de développement et de coordination des projets relatifs au système d'information. Le CHS de Blain a ainsi su évoluer vers la mise en place d'un véritable système d'information hospitalier, au fil de l'informatisation croissante de processus touchant désormais le cœur de l'activité de l'hôpital, notamment avec la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé complet.

Le présent Schéma Directeur s'inscrit dans un contexte ayant très fortement évolué depuis le précédent S.D.S.I. :

- Au niveau national : la sécurisation des systèmes d'information amorcée lors du précédent schéma directeur est plus que jamais au cœur des préoccupations des autorités. Le Règlement Général sur la Protection des Données, le programme Hopen, la circulaire 309 (Instruction N°SG/DSSIS/2016/309) fournissent un cadre très contraint dans lequel l'établissement doit impérativement s'inscrire en menant des actions d'améliorations significatives sur son environnement pour se rapprocher des standards de normalisation.
Par ailleurs, le programme de modernisation de l'état poursuit son plan d'évolution en impactant prochainement les processus de facturation pour les établissements de notre taille.
- Au niveau régional : L'Agence Régionale de Santé poursuit le développement de la plateforme de télémédecine QIMED au travers du projet « Parcours » qui permet la coordination du parcours patient et du projet « Télémédecine » qui met en relation les professionnels de santé dans les usages de télé expertise et téléconsultation. Les systèmes d'informations des 5 GHT des Pays de Loire devront nécessairement savoir communiquer avec cette plateforme pour offrir à termes une plateforme complète d'offres de soins quel que soit le territoire.
- Au niveau local : les deux établissements dédiés à la psychiatrie (CHS de Blain et CHS Georges Daumezon) ont rejoint le Groupement Hospitalier de Territoire de Loire Atlantique (GHT44) et participent aux projets de territoires dont le système d'information est un projet structurant et inscrit dans la Loi.

Ces évolutions majeures conduisent le C.H.S. de Blain à établir un S.D.S.I. fondé sur de nouvelles ambitions :

- **Etre partie prenante de l'évolution du système d'information du GHT** sans occulter les spécificités de la psychiatrie et nos besoins propres,
- **Répondre aux exigences croissantes de sécurité du système d'information et de disponibilité**, du fait d'une plus grande criticité des applications déployées et des multiples lieux d'intervention, induisant la mise en place d'une véritable démarche qualité et de gestion des risques,

- **Adopter une approche ascendante et transversale** par l'analyse des besoins des utilisateurs, plutôt qu'une approche quantitative (taux d'informatisation des processus) et cloisonnée par champ d'activité.

Le Comité de Pilotage du Système d'Information, avec l'appui des ateliers du projet d'établissement a donc établi le présent Schéma Directeur autour de cinq axes de développement :

1. Dossier patient et prise en charge
2. Sécurité du Système d'Information
3. Architecture et équipement
4. Modernisation et normalisation des applications « support »
5. Dématérialisation et communication

2 - ETAT DES LIEUX

De nombreux changements ont été apportés dans le précédent schéma directeur tant sur le périmètre fonctionnel que sur les équipements déployés. Toutefois, certains projets n'ont pu être traités en raison d'une réorientation des priorités pour tenir compte des projets réglementaires prioritaires, des difficultés financières traversées par l'établissement et de la faiblesse de l'effectif du service informatique. Ainsi, parmi les dossiers les plus attendus, les projets liés à la visioconférence et à l'ouverture du système d'information ont été écartés sur la période considérée.

2.1 Service Informatique

2.1.1. Ressources Humaines

Pour mener à bien le schéma directeur un technicien est venu renforcer l'équipe informatique.

Ainsi, depuis 2013, trois agents à temps plein prennent en charge l'informatique, la téléphonie, la vidéo surveillance et le Dispositif d'Appel pour Travailleur Isolé (DATI).

Bien qu'ayant mis en œuvre des choix techniques pour faciliter la gestion du Système d'Information (Virtualisation des serveurs et des postes, supervision des équipements, automatisation de tâches, ...), l'effectif, dès 2017, semble trop tendu pour répondre aux missions couvertes et à la charge de travail engendrée par :

- Le nombre d'équipements gérés (480 postes, 90 serveurs virtuels, 8 serveurs physiques) et des sites déployés.
- L'infrastructure vieillissante qui limite les déploiements et qui génère des incidents plus fréquents.
- L'augmentation du nombre d'utilisateurs. Chaque agent dispose d'un accès à une boîte aux lettres électroniques et d'un accès à la gestion des congés ce qui engendre une augmentation du recours au support téléphonique.
- L'extension du périmètre fonctionnel.
- La pression réglementaire au travers du programme Hôpital Numérique mais aussi de la circulaire 309 sur la sécurisation du système d'information.
- La participation active à la mise en œuvre du GHT 44 sur les aspects de schéma directeur et de sécurité des systèmes d'informations.

Le schéma directeur actuel doit tenir compte de ses faiblesses d'autant que conformément à l'article 107 de la loi de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'essentiel des travaux doit être consacré à la convergence du système d'information de l'établissement vers l'hôpital pivot du Groupement Hospitalier de Territoire, le CHU de Nantes.

2.1.2. Fonction support

Le déploiement du dossier patient Cariatides sur tout le périmètre de la prise en charge patient nécessite un support utilisateur qui maîtrise le parcours de ce dernier. La fonction support a donc été répartie sur deux services :

- Le Département d'Information Médicale prend en charge, par le biais d'un numéro de téléphone dédié, tous les appels liés à la problématique « Cariatides ».
- Le service informatique prend, quant à lui, tous les autres appels y compris ceux liés à la téléphonie au travers d'un numéro dédié ou via la gestion de la demande informatisée.

2.1.3. Conduite de projets

Le service Informatique est souvent mis à contribution quelle que soit la nature du projet. Il peut être sollicité pour des problématiques d'activités thérapeutiques nécessitant de l'outillage ou des habilitations, des projets fonctionnels voire organisationnels ou architecturaux. Le manque de visibilité globale sur l'ensemble des projets institutionnels et leur enchaînement compliquent le travail du service informatique qui se retrouve régulièrement en mode urgence et qui doit bien souvent mettre en pause un dossier au profit d'un autre.

Le relai de la conduite de changement par la maîtrise d'œuvre « Métier » n'est pas systématique et ne permet pas au service informatique de se libérer de cette tâche pour se focaliser sur de futurs projets ou sur son cœur d'activité. Le succès des projets du schéma directeur à venir dépendra de l'implication des métiers dans leur exécution.

2.2 Flux applicatifs

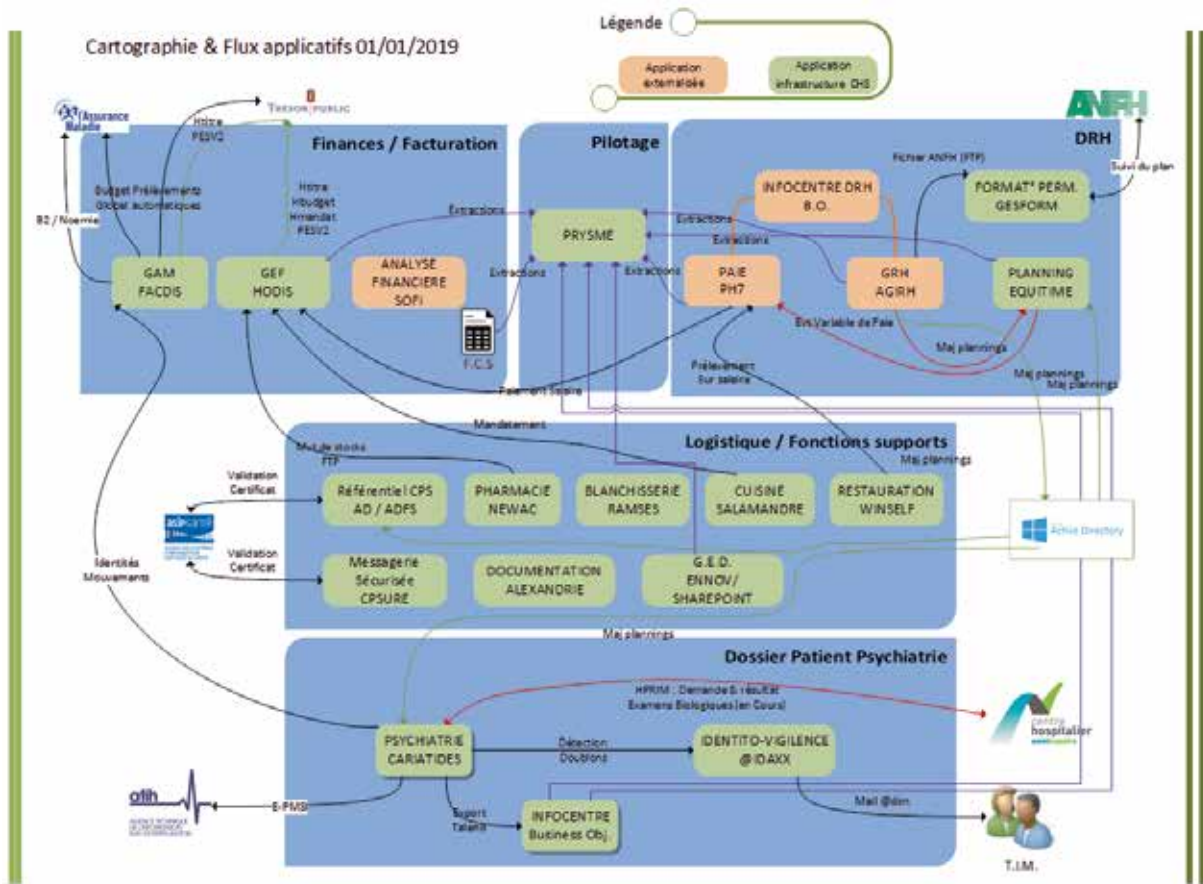
Conformément au schéma directeur précédent, le CHS a déployé le dossier patient CARIATIDES diffusé par le GIP SYMARIS sur l'ensemble des pôles de l'établissement et couvre :

- Le relevé d'activité permettant d'alimenter le RIMP
- Le dossier patient administratif et médico-soignant
- Le circuit du médicament
- Les transmissions ciblées

Les identités et mouvements des patients sont créés dans CARIATIDES et viennent alimenter le moteur de facturation FACDIS.

Le précédent projet de Pilotage Médico-économique a mis en exergue la nécessité de travailler sur des référentiels communs à toutes les applications. Des travaux ont été conduits sur la structure analytique de l'établissement mais aussi sur la gestion des annuaires d'habilitation. Ainsi, les données issues de la gestion des agents, hébergée au SIB de Bretagne, sont récupérées quotidiennement pour alimenter l'annuaire Active Directory et permettre ainsi une gestion de l'authentification des agents de l'établissement et de leurs habilitations pendant la durée de leur contrat. Les applications clientes CARIATIDES et EQUITIME bénéficient de cette synchronisation dans un contexte de sécurisation des données.

Le schéma suivant présente les principaux flux applicatifs mis en œuvre :



2.3 Cartographie applicative

Le tableau suivant présente la liste des applications principales déployées au sein du CHS. Cette liste est classée par domaine fonctionnel conformément aux attentes des critères Hôpital Numérique.

Dans le cadre de la convergence vers le GHT 44 ; il faut noter que nos piliers applicatifs sont conservés. Ainsi, sont préservés pour les 4 ans à venir :

- Le dossier patient CARIATIDES qui devient un dossier de spécialités au niveau du GHT44.
- La filière Berger-Levrault avec BL-Santé pour les finances et Facdis pour la facturation des séjours et les recettes annexes.

Domaine	Fonctionnalités	Application	Editeur
Gestion administrative du patient	Facturation des séjours	FACDIS	Berger Levrault
Gestion du dossier patient (médical et paramédical)	Dossier administratif Dossier de soins Prescriptions Activités	CARIATIDES	GIP Symaris
Gestion des activités médico-techniques	Gestion du planning Gestion des résultats d'examen	CARIATIDES	GIP Symaris
Recueil d'activités, PMSI	Recueil de l'activité Recueil Rimp	CARIATIDES	GIP Symaris
Système d'information économique et financier	Gestion des commandes Gestion du mandatement Gestion des stocks Comptabilité générale	BL SANTE GEF	Berger Levrault
Système d'information logistique et technique	Gestion de la production alimentaire Gestion de la demande	FUSION ENNOV- PROCESS YES	SALAMANDRE ENNOV YES
Gestion des identités	Développement de Scripts de synchronisation		
Gestion des Ressources Humaines	Gestion des Carrières Rémunération	AGIRH	SIB Bretagne
Gestion de la formation	Gestion du plan de formation Gestion	GESFORM	ANFH
Système d'information Qualité et Gestion des risques	Gestion documentaire Gestion des événements indésirables	YES-SATOR	YES
Système d'information de pilotage	Activité médicale Ressources Humaines Financière	CARIATIDES- BO AGIRH-BO Excel PRYSME	GIP Symaris SIB BRETAGNE YES
Système d'information de Réseau Ville – Hôpital / Hôpital – Hôpital	Non traité		

2.4 Architecture technique

L'architecture technique mise en œuvre dans le précédent schéma directeur n'a pas été remise en cause mais a légèrement évolué en remplaçant les serveurs en charge de la virtualisation pour augmenter la puissance disponible.

L'architecture est donc répartie sur 2 salles situées dans des bâtiments distincts (P13 et P14) pour permettre une reprise de l'activité suite à un incident sur l'une des deux salles.

Le passage en client léger des postes clients s'est poursuivi avec l'intégration de la pharmacie, de la cuisine centrale, du DIM et du service de facturation et gestion des admissions. 98 % du parc utilise désormais l'architecture Citrix.

Une harmonisation des équipements d'impression a été faite en 2017/2018 en remplaçant d'une part le parc copieurs et d'autre part les imprimantes de proximité. L'objectif poursuivi est de diminuer le nombre de références pour réduire le stock de consommables, faciliter l'appropriation par les utilisateurs et fiabiliser le processus d'impression.

2.4.1. Poste de travail

Le parc du CHS est composé de 480 postes de travail de type client léger. Essentiellement filaire, le parc s'est étoffé de clients légers mobiles destinés à compléter les postes de travail classiques.

L'environnement utilisateur repose sur une architecture Citrix XenAPP 6.5 entièrement virtualisée. Les utilisateurs se voient proposer un bureau publié sur des serveurs Windows 2008 R2. Un passage en Citrix Xenapp 7.5 sur un environnement Windows 2016 permettra en 2019, de maintenir un niveau fonctionnel en phase avec les recommandations de sécurité tout en envisageant une authentification forte via carte à puce et une prise en charge des équipements tactiles.

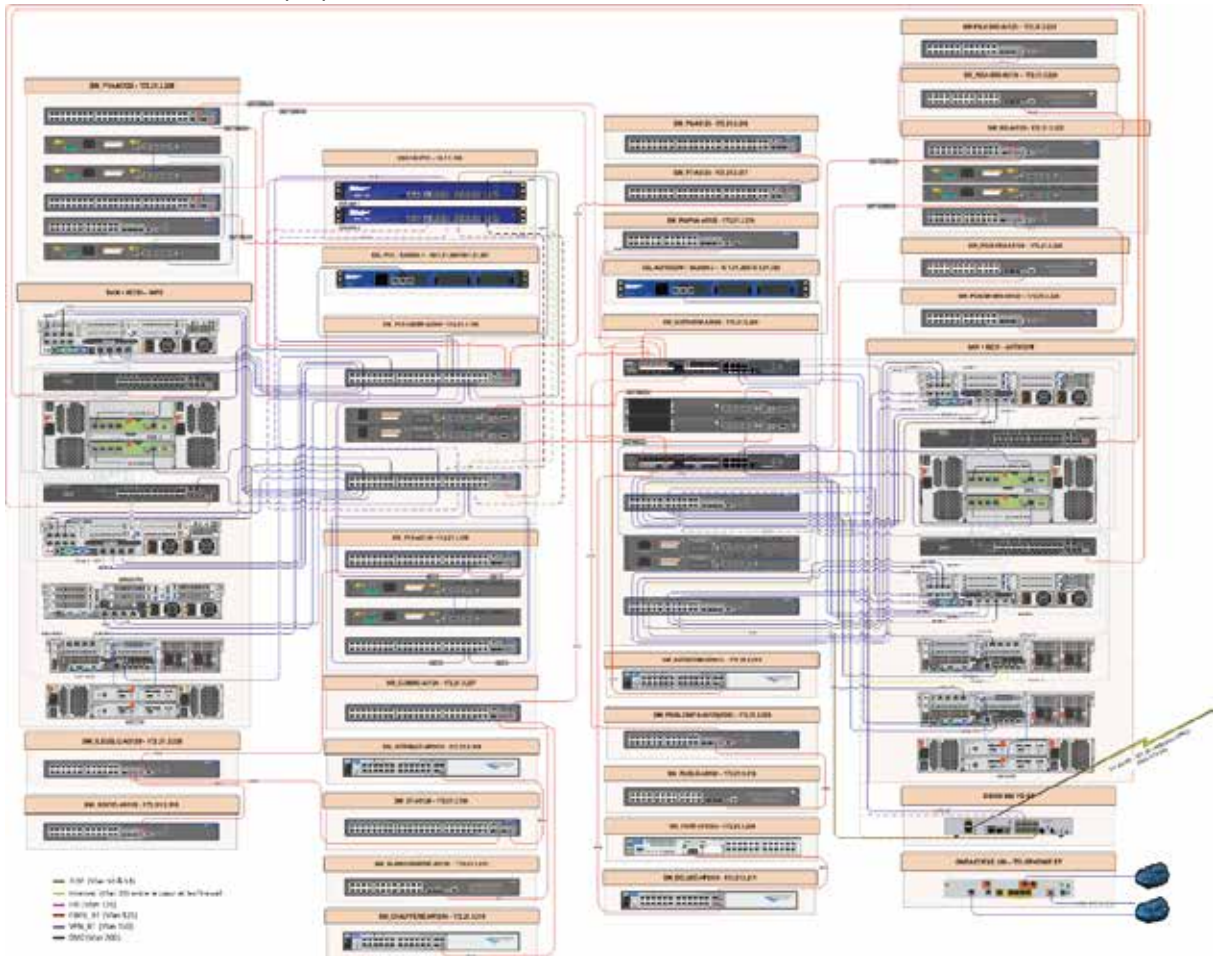
2.4.2. Architecture réseau local

La topologie a peu évolué sur la partie filaire depuis le dernier schéma directeur. La continuité de services des équipements a été traitée par l'acquisition d'équipements de secours pré-paramétrés.

L'infrastructure WIFI, basée sur un unique contrôleur, a été entièrement remplacée par des équipements de nouvelle génération plus performants et très souples d'usage.

Les préconisations de sécurité dictées par la circulaire 309 n'ont pas entièrement été traitées mais sont planifiées dans un plan d'actions axé sécurité.

Architecture LAN au 01/12/2018

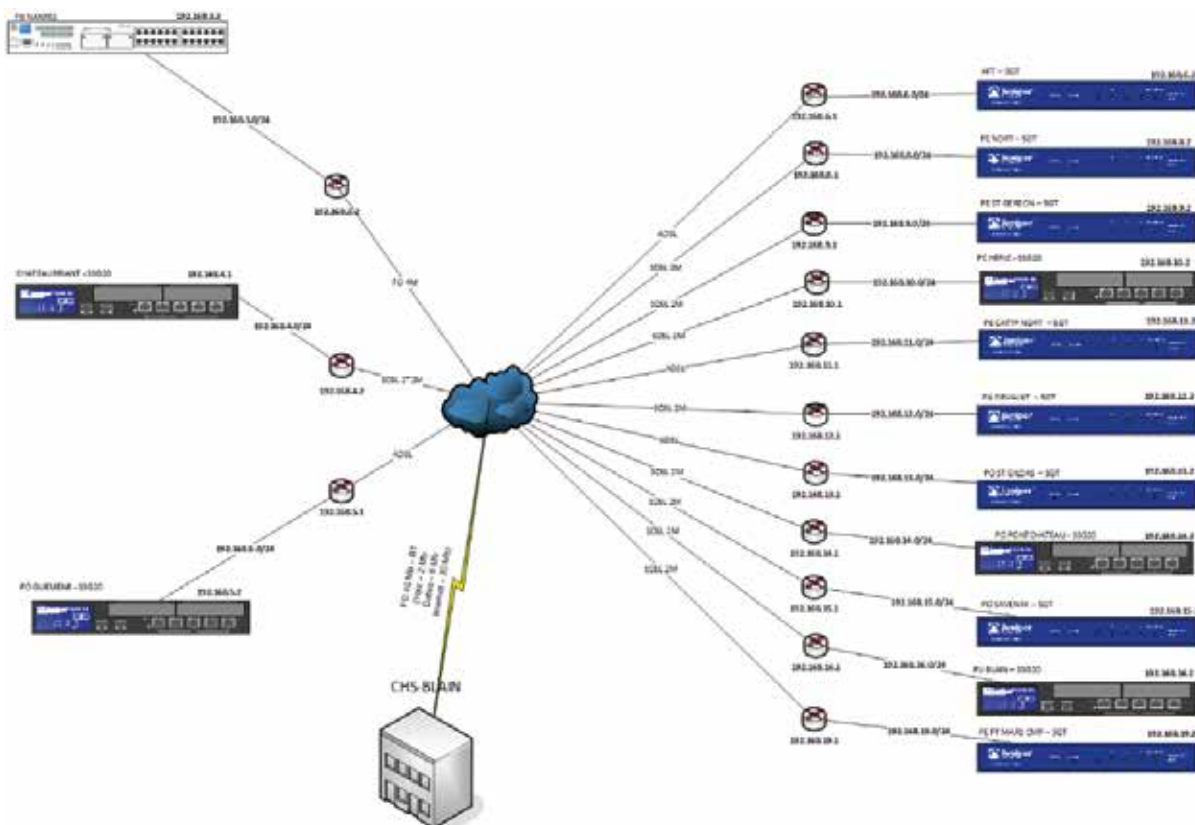


2.4.3. Architecture WAN

Suite au raccordement en fibre optique du CHS de Blain (2012) et à la baisse des coûts des opérateurs, nous avons lancé en 2016 une consultation pour le remplacement de nos liaisons distantes pour que la sécurité et la supervision soient assurées par l'opérateur titulaire. En 2017 ; le réseau MPLS proposé par Bouygues Télécom a été déployé sur l'ensemble de nos 14 sites permettant un meilleur ressenti utilisateur, une sécurité accrue et une baisse des coûts.

Toutefois, cette architecture devra être réinterrogée pour s'insérer dans les marchés disponibles et dans l'écosystème du GHT44.

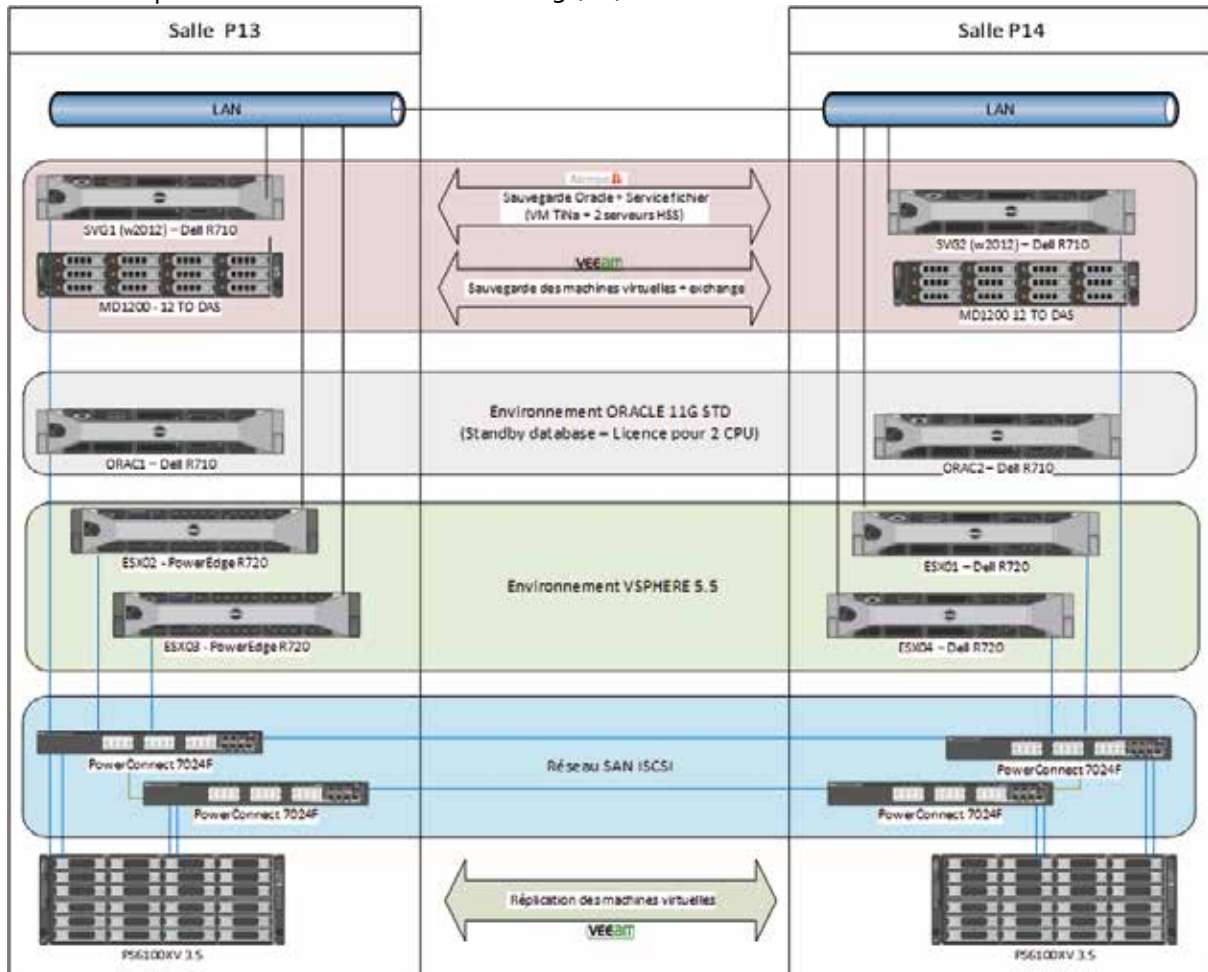
Architecture WAN opérée par Bouygues Télécom au 31/12/2018



2.4.4. Architecture Serveur

Des opérations de sécurisation de la sauvegarde et de la plateforme Oracle ont conduit à des changements légers de l'infrastructure serveur notamment le retrait de l'infrastructure de stockage des bases Oracle qui sont à présent conservées sur un stockage dédié plus performant. Le volume récupéré a permis de poursuivre la mise en œuvre de la nouvelle ferme Citrix sans remplacer les baies de stockage actuelles.

Schéma simplifié de l'architecture serveur au 31/12/2018



2.4.4.1. Architecture VmWare

Quatre serveurs physiques répartis dans deux salles hébergent 90 serveurs applicatifs virtuels. Les serveurs virtuels sont stockés sur 2 baies de stockage réseau (protocole ISCSI). Un serveur dédié à la sauvegarde de l'environnement virtuel permet la réplication croisée des machines réparties sur les deux salles.

L'ensemble des composants techniques est redondant et permet d'envisager la perte d'un serveur par salle voire une salle complète dans une optique PCA/PRA.

Toutefois, nous sommes confrontés aux limites de l'architecture actuelle qui devrait s'intégrer dans un projet de convergence technique vers le DataCenter du CHU de Nantes. Il s'agit d'un point crucial qui peut non seulement retarder l'exécution de projets mais nuire à la capacité de production de l'établissement lors d'un incident.

2.4.4.2. Architecture Oracle

L'environnement ORACLE a été entièrement revu du fait de l'obsolescence des serveurs mis en place. Ne souhaitant pas s'interdire une migration vers le Datacenter du GHT 44 en réinvestissant dans une infrastructure lourde, le CHS de Blain a opté pour une architecture plus modeste basée sur un seul nouveau serveur physique doté d'un stockage local performant associé à un des deux anciens serveurs reconditionné comme serveur de secours. La migration s'est accompagnée d'un changement de version d'Oracle pour être dans une version acceptée par le support Oracle et l'éditeur GIP Symaris.

2.4.4.3. Dispositifs de sauvegarde

La restauration de données utilisateurs, applicatives ou systèmes est basée sur 2 composants de sauvegarde Time Navigator et Veeam Backup.

Time Navigator permet la sauvegarde et la restauration des données avec périodicité et des durées de rétention variables selon leur criticité. Time Navigator pilote aussi la sauvegarde des données du dossier patient. Grâce aux performances de l'outil, ces dernières sont à titre d'exemple sauvegardées toutes les 2 heures. L'architecture a été revue pour apporter de la redondance au niveau du serveur de sauvegarde. Ce dernier a ainsi été virtualisé pour le sécuriser puis associé à deux serveurs physiques dotés d'un stockage conséquent pour dupliquer les supports de sauvegarde automatiquement.

Veam Backup a en charge la duplication et la réplication des serveurs virtuels. Ces derniers sont en effet dupliqués sur un environnement hors périmètre de virtualisation et sont aussi répliqués sur les volumes des baies de stockage de la salle opposée. Le rythme des répliques est variable selon la nature des données traitées et a été réalisé pour permettre une reprise rapide en cas de sinistre sur l'une des deux salles.

2.4.5. *Supervision des équipements*

L'anticipation des pannes et la remontée des incidents permettent d'améliorer le service rendu aux utilisateurs. Un serveur de supervision associé à un outil de cartographie a été mis en œuvre et permet de surveiller plus de 800 équipements au travers 300 services de tests. La cartographie permet de représenter sur les plans de bâtiments la localisation des équipements et faciliter ainsi les interventions.

3 - CARTOGRAPHIE DES BESOINS

3.1 Méthodologie appliquée

Un groupe « Médico-soignant » a été mis en place pour recenser les problématiques rencontrées par les utilisateurs et définir ainsi des actions d'améliorations.

Outre ce groupe, chaque direction a été consultée pour définir leurs propres orientations.

Les attentes les plus structurantes et qui ne seront que faiblement impactées par le GHT ont fait ensuite l'objet d'un macro-chiffrage.

3.2 Besoins exprimés par les services

Ce chapitre dresse la synthèse des besoins collectés qui contribuera à la définition des axes de travail du schéma directeur et à la planification des projets.

3.2.1. Groupe Médico-Soignant

Réuni à plusieurs reprises, ce groupe pluridisciplinaire a retenu les actions suivantes :

3.2.1.1. Favoriser la mobilité des agents et des matériels

- Permettre de se réunir dans un même lieu avec des équipements mobiles
- Favoriser la saisie et la consultation d'informations au plus près du lieu de prise en charge
- Sécuriser les déplacements et favoriser la communication en dehors des locaux
- Mettre en œuvre la visioconférence et envisager la téléconsultation ou télé expertise pour éviter les déplacements et rationaliser les intervenants

3.2.1.2. Ouvrir le réseau « informatique » aux usagers

- Permettre le raccordement d'équipements non gérés sur le réseau
- Permettre l'accès à Internet aux patients sur différents matériels et lieux

3.2.1.3. Revoir la dotation de matériel

- Organiser la dotation d'équipements ergonomiques pour améliorer le confort de travail
- Evaluer les dispositifs d'impression et de projection
- Permettre l'usage de dictaphone ou de dictée numérique
- Mettre à disposition un équipement de sécurité du travailleur isolé dans les structures extrahospitalières

3.2.1.4. Compléter la couverture fonctionnelle

- Poursuivre le développement de Cariatides par l'intégration des résultats d'examen complémentaires et l'acquisition de documents externes
- Déployer la version mobile de Cariatides pour disposer d'un accès au dossier au plus près de la prise en charge
- Accentuer la dématérialisation des documents

3.2.1.5. Améliorer la communication interne et externe

- Améliorer les outils de communications et d'accueil (téléphoniques, adresses génériques électroniques, messagerie sécurisée, numéro vert d'accueil)
- Réinterroger la dotation en téléphones mobiles et en équipements téléphoniques classiques

3.2.2. Pharmacie

- Mettre en œuvre la sérialisation des médicaments
- Améliorer les conditions de travail en optimisant la gestion des stocks des produits pharmaceutiques
- Sécuriser la supervision de l'armoire réfrigérée

3.2.3. Département d'Informations Médicales

Le DIM souhaite poursuivre la dématérialisation du dossier patient en :

- Intégrant la gestion des lits en lieu et place des documents bureautiques
- Intégrant les échéanciers en lieu et place des documents bureautiques

Par ailleurs, la nécessité d'optimiser le temps des agents du DIM pour envisager le pilotage de la migration du dossier patient vers la version 8 implique de :

- Stabiliser la version de Cariatides en production
- Automatiser le reporting de données

3.2.4. Direction du Service de Soins Infirmiers

- Permettre la mobilité des agents tout en leur garantissant une connexion au réseau
- Utiliser la visioconférence pour les recrutements et les réunions intersites.
- Permettre un usage de la télé-expertise et télémédecine
- Poursuivre la dématérialisation du dossier pour favoriser la prise en charge en tout lieu
- Permettre l'usage du système d'information par les patients dans l'optique de réadaptation psychosociale
- Prendre en compte les aspects d'ergonomie dans le choix des équipements.

3.2.5. Centre de Documentation et Service Communication

- Etudier le remplacement de l'outil de gestion la bibliothèque
- Réactualiser le site Internet
- Organiser la gestion des réseaux sociaux

3.2.6. Services Logistiques

- Cuisine :
 - Dresser le bilan de l'outil de production
 - Sécuriser la gestion des surveillances des chambres froides
 - Remplacer l'outil de gestion du self devenu obsolète
- Garage :
 - Remplacer l'outil de gestion du carburant et du parc véhicule devenu obsolète
- Espaces Verts & Manutention
 - Faciliter la manutention par une gestion de parc matériel
- Services techniques
 - Remplacer la gestion de la demande actuelle devenue obsolète
 - Optimiser la maintenance par un outil de G.M.A.O

3.2.7. Services Economiques

- Dématérialiser les procédures d'achats et de liquidation
- Dématérialiser la signature électronique
- Faire évoluer le magasin vers un service de type comptoir
- Mettre en œuvre une gestion du patrimoine

3.2.8. Direction des Ressources Humaines

- Favoriser la communication vers les agents
 - Revoir les procédures et outils pour l'accueil des nouveaux arrivants
 - Revoir les circuits de diffusion de l'information
- Améliorer le parcours professionnel des agents
 - Favoriser la mise à disposition des offres de postes vacants
 - Gérer les besoins exprimés pendant les entretiens d'évaluations
- Optimiser la gestion des ressources humaines
 - Améliorer la lisibilité des plannings
 - Remplacer l'outil de gestion du pool
 - Optimiser la gestion des pièces contractuelles en intégrant la signature électronique

3.2.9. Services Finances

- Achever la dématérialisation des processus PESV2 et Chorus
- Faciliter l'extraction des données financières
- Envisager la mise en œuvre d'outils de gestion pour le GCS
- Permettre l'usage à distance des outils professionnels dans des optiques de télétravail

3.2.10. Services Informatique et Téléphonie

- Favoriser la migration du Système d'Information Local vers le Système d'Information du GHT
- Refonte de la téléphonie en extra-hospitalier suite à l'abandon des technologies commutées
- Refonte de l'architecture Serveurs et Stockage
- Intégration du contexte de normalisation et de sécurisation

3.3 Synthèse des besoins

Les attentes exprimées tant par les utilisateurs que par le contexte local et la réglementation en vigueur ou à venir permettent de définir les macros-besoins suivants :

- **Mobilité**
Favoriser le recueil d'information patient au plus près de la prise en charge et éviter les déplacements des agents par des moyens de visioconférence.
- **Ouverture du réseau**
Permettre une connexion sécurisée en dehors de notre réseau et favoriser l'accès à Internet aux équipements et personnes non gérés.
- **Environnement technique**
Planifier un renouvellement d'équipement pour répondre à de nouveaux besoins ou s'affranchir du vieillissement du parc.
- **Couverture fonctionnelle**
Optimiser ou mettre en œuvre de nouvelles applications pour répondre à des besoins émergents ou optimiser des processus en production.
- **Communication interne et externe**
Favoriser la communication sur l'intranet et sur le site internet.
- **Réglementation**
Aligner les processus actuels ou à venir sur les référentiels réglementaires.
- **Sécurisation**
Poursuivre les efforts de sécurisation en se basant sur les normes et décrets en vigueur.
- **Convergence**
Conduire les projets inscrits dans la trajectoire de convergence vers le système d'information du GHT44.

4 - DECLINAISON DU SCHEMA DIRECTEUR

L'ensemble des besoins recueillis permet d'alimenter un portefeuille de 13 thématiques donnant 37 projets. L'ensemble est réparti en 5 axes :

- Dossier patient informatisé
- Sécurité et normalisation
- Architecture et équipements
- Modernisation et normalisation des applications « support »
- Dématérialisation et communication.

Le périmètre est décrit succinctement dans ce chapitre.

4.1 Axe Dossier patient Informatisé (DPI)

Le dossier patient Cariatides a été déployé sur l'ensemble des services et pour tous les professionnels prenant en charge les patients. Arrivée au bout de son cycle de développement par l'éditeur Symaris, la version 7 va être remplacée à partir de 2020 par une version majeure, estampillée V8, basée sur une nouvelle plateforme technique et une nouvelle apparence graphique imposant une conduite du changement conséquente. Dans l'attente du lancement du projet de migration, en accord avec la trajectoire de convergence applicative du GHT44, plusieurs évolutions vont être apportées pour prendre en charge des exigences réglementaires.

4.1.1. Optimisation de Cariatides (DPI-01)

4.1.1.1. Gestion des lits (DPI-01-01)

La saturation chronique de nos capacités d'hospitalisation met en exergue la nécessité d'une gestion au plus près de l'événement pour que les acteurs d'une prise en charge puissent prendre un avis éclairé en évitant les recopies d'informations dans les outils bureautiques.

4.1.1.2. Cariatides « Mobile » (DPI-01-02)

Même si le nombre de postes a permis une facilité de connexion au Dossier Patient Informatisé il n'en demeure pas moins que la consultation du dossier en dehors de l'écosystème du CHS de Blain n'est pas envisageable avec les moyens actuellement mis en œuvre. Ainsi, le déploiement de Smartides, application permettant un accès sécurisé à Cariatides via un smartphone, devrait favoriser ce mode de fonctionnement tout en permettant une consultation et mise à jour du dossier au plus près de l'événement.

4.1.1.3. Gestion des résultats d'examens complémentaires (DPI-01-03)

Par le biais du projet « Echange et partage » du GHT 44, l'intégration automatique des résultats d'examens complémentaires (biologie, imagerie, ...) sous forme structurée permettra de sécuriser les données enregistrées tout en soulageant le travail des assistantes médico-administratives en évitant le travail manuel.

4.1.1.4. Ms-santé (DPI-01-04)

Disposition réglementaire un temps facultatif, la Messagerie Sécurisée Santé est devenue obligatoire dès lors qu'on souhaite acheminer des données Patient par messagerie électronique. Intégrée dès à présent au dossier patient Cariatides, elle doit cependant monter en charge pour répondre aux problématiques quotidiennes d'envoi de messages et aux indicateurs d'usage des programmes de modernisation de l'état.

4.1.1.5. D.M.P (DPI-01-05)

Tout aussi important réglementairement que la MS Santé, le Dossier Médical Partagé prend tout son sens dans un contexte de prise en charge multi-établissement et de rapprochement de la médecine de ville. Si techniquement, Cariatides permet son alimentation, il faut organiser sa gestion à l'échelle de l'établissement.

4.1.2. *Cariatides V8 (DPI-02)*

2019 verra la mise en production sur le site du CH de Rouffach de cette nouvelle version de Cariatides dont le développement a été axé sur une meilleure ergonomie et sur l'intégration des Dossiers Patient de Territoire. Projet d'envergure, il nécessitera des moyens humains et organisationnels adaptés et sera traité en 3 phases.

4.1.2.1. Travaux préparatoires à la migration (DPI-02-01)

Cariatides a été validé comme dossier de spécialités psychiatrique sur le GHT44. L'évolution vers la Version 8 devra envisager une mutualisation du support utilisateur à l'échelle du GHT44. Ainsi, outre les aspects purement techniques, la phase préparatoire devra avoir comme cible un rapprochement du paramétrage de Cariatides entre les deux établissements de psychiatrie de Loire Atlantique.

4.1.2.2. Migration Cariatides (DPI-02-02)

Pour optimiser les coûts d'infrastructure et apporter une continuité de service optimale, la migration fonctionnelle s'accompagnera d'une migration technique dans un environnement sécurisé. Des phases préparatoires permettront de limiter les impacts utilisateurs.

4.1.2.3. Accompagnement des professionnels (DPI-02-03)

Les travaux de développement ont été axés vers une meilleure ergonomie et une plus grande souplesse de paramétrage. Pour en exploiter les bénéfices, une organisation devra être mise en place pour apporter le support quotidien aux professionnels.

4.1.3. *Ouverture vers le GHT 44 (DPI-03)*

Cariatides a été validé pour les 5 années à venir comme le Dossier Patient de Psychiatrie et doit donc s'ouvrir vers le futur système d'information du GHT 44 dont 2 projets émergent.

4.1.3.1. Serveur de Rapprochement d'Identité (DPI-03-01)

Pour communiquer avec les établissements membres du GHT44, il est fondamental de s'appuyer sur un référentiel d'identité patient fiabilisé qui détiendra un Identifiant Permanent du Patient de Territoire appelé « IPP Supra ». Les applications contributrices, telle Cariatides, devront alimenter ce référentiel avec les nouvelles identités mais devront aussi le consulter pour traduire l'IPP Supra en IPP locale lors d'un échange d'informations comme peuvent l'être les résultats d'examen complémentaires réalisés en dehors de nos murs.

4.1.3.2. Plateforme Echange et Partage (DPI-03-02)

Une fois l'identification patient consolidé il est alors possible d'échanger des données « patient » structurées directement de dossier patient à dossier patient au travers d'une plateforme d'échange et partage qui va gérer ces flux d'informations conformément aux bonnes pratiques de sécurité des données individuelles. Au-delà de la transmission des résultats d'examen complémentaires cités précédemment, les dossiers locaux d'urgence (DLU) pourraient être les premiers services mis en œuvre.

4.2 Axe Sécurité (SEC)

Domaine qui s'applique à tous les processus de l'établissement, elle est au cœur des préoccupations du service informatique et a fait l'objet de travaux importants tant sur le plan technique qu'organisationnel qu'il convient de poursuivre. Cette problématique est déclinée en trois thématiques.

4.2.1. Conformité réglementaire (SEC-01)

La Loi de Santé s'accompagne de plusieurs plans de modernisation des systèmes d'informations de santé que doivent impérativement respecter les établissements. L'atteinte de la plupart des exigences est à justifier auprès de la plateforme d'Observation des Systèmes d'Information de Santé (OSIS) reprise en grande partie par la procédure de certification des établissements de santé.

4.2.1.1. Programme HOP'EN (SEC-01-01)

Le programme HOP'EN remplace et renforce le programme Hôpital Numérique avec une extension de son domaine d'analyse et un relèvement des seuils des indicateurs à atteindre. Il est important de noter qu'il est le reflet d'une politique et d'une organisation d'établissements. Il n'est en aucun cas l'apanage du système d'information et doit donc être traité à plusieurs échelles au sein de l'établissement.

4.2.1.2. Instruction n°309 de la DSSIS (SEC-01-02)

La Circulaire 309, diffusée en 2018, met l'accent sur les bonnes pratiques informatiques en termes de sécurité. Les exigences sont nombreuses et nécessitent des travaux d'infrastructures qui constitueront des prérequis à plusieurs projets du schéma directeur (Téléphonie, portail captif, visioconférence, ...)

4.2.2. Faciliter l'accès à Internet et au réseau local (SEC-02)

Les usages d'Internet, un temps, ludiques, se sont professionnalisés au point de devenir une application critique du système d'information. Au-delà des pratiques professionnelles, ils constituent aussi un lien social pour notre population prise en charge et un des services qu'un établissement de santé se doit de proposer. Nous devons donc outiller la gestion des usages de l'Internet en intégrant les contraintes de sécurité et les usages à venir comme la téléconsultation, la visioconférence ou le travail à distances. Trois sous-projets permettront de bâtir un socle propice aux nouveaux usages.

4.2.2.1. Remplacement du Bloc d'Accès (SEC-02-01)

Communément appelés « Firewall », ces équipements permettent d'étanchéifier le réseau public du réseau privé local. Les fonctions embarquées par ces équipements ont considérablement évolué et permettent, outre le filtrage des flux et des données, une connexion à distance sécurisée qui nous intéresse pour le télétravail ou l'utilisation de Cariatides sur smartphone. Le choix d'une solution sera travaillé en accord avec les préconisations du GHT44 pour s'assurer d'une pleine compatibilité et d'une administration centralisée.

4.2.2.2. Portail Captif (SEC-02-02)

La circulaire 309 impose progressivement aux établissements un renforcement de la sécurité et un respect des bonnes pratiques en matière de système d'information. Parmi toutes les actions à mener, certaines vont permettre d'offrir un nouveau service aux usagers dans un cadre sécurisé et réglementaire. Ainsi, le portail captif permettra d'autoriser le raccordement à Internet d'équipements non gérés. Les patients, le personnel logé à l'Internat, les intervenants extérieurs pourront bénéficier de ce service.

4.2.2.3. Accès Internet (SEC-02-03)

Le projet « Portail Captif » favorisera l'accès à Internet et augmentera donc la consommation du réseau. Si en intra hospitalier les impacts seront faibles, il n'en n'est pas de même pour la partie extrahospitalière où il faudra veiller que le réseau soit adapté aux usages pour ne pas nuire à l'expérience utilisateur sur les applications métier dont le Dossier Patient.

4.2.3. *Traçabilité (SEC-03)*

4.2.3.1. Gestion de l'identification agent (SEC-03-01)

Le projet de pilotage médico-économique a permis d'aboutir sur une première partie de l'identification agent par l'attribution automatique d'un identifiant basé sur les mouvements des ressources humaines et par la mise à jour des applications clientes. Une fois consolidée, l'authentification utilisateur peut être durcie par l'usage des cartes nominatives comme les Cartes Professionnelles de Santé.

Ce travail doit aussi se poursuivre par une réflexion sur la matrice des habilitations et sur une logique de traçabilité des comptes.

4.3 *Axe Architecture et Equipements (Arch)*

Les composants techniques mis en œuvre doivent être régulièrement évalués pour les confronter aux usages attendus. Le socle technique qui permet de faire fonctionner les applications, de stocker les données et de les sécuriser arrivera en fin de support en 2020. Parallèlement, les besoins en mobilité des agents nous conduisent à revoir la politique d'équipement tant sur le plan poste de travail que sur le plan téléphonique.

Trois projets majeurs permettront de faire évoluer l'architecture tout en offrant de nouveaux usages.

4.3.1. *Infrastructure Serveur (ARCH-01)*

Le GHT44 incite les établissements à migrer leurs infrastructures techniques vers le Datacenter du CHU de Nantes pour décharger les équipes locales de tâches d'administration tout en améliorant le niveau de sécurité des données. Le projet est découpé en deux sous-dossiers. Le premier pour l'infrastructure de production et le second pour la sauvegarde des environnements de travail.

4.3.1.1. Refonte Serveur et stockage (ARCH-01-01)

La migration vers le Datacenter du CHU de Nantes représente une charge financière qu'il faudra supporter annuellement à l'instar des opérateurs privés spécialisés dans l'hébergement d'infrastructure. Le projet de transfert de l'infrastructure devra donc être confronté à un projet traité en local en lieu et place des équipements actuels pour définir la solution la plus viable en étudiant outre les aspects financiers, les thématiques de sécurité, de performance et de charges humaines.

4.3.1.2. Refonte de la Sauvegarde (ARCH-01-02)

En parallèle des serveurs de production, une plateforme de sauvegarde sécurise les données en les copiant et les conservant selon leur degré de criticité. L'architecture devenant caduque en raison de l'ancienneté des équipements utilisés, il conviendra de réinterroger cette plateforme en parallèle de l'infrastructure de production.

4.3.2. *Infrastructure Client (ARCH-02)*

Si la partie serveur et sauvegarde n'est que peu visible par les utilisateurs finaux, la partie client les impactera directement car elle constitue la partie visible des choix d'architecture réalisés. Ces derniers sont faits en tenant compte des impératifs de sécurité, des besoins des utilisateurs et d'une rationalisation des charges de maintenance.

Deux projets permettront de traiter tant l'architecture permettant de mettre à disposition les applications aux utilisateurs finaux que les postes de travail eux-mêmes.

4.3.2.1. Migration outils de publication d'applications (ARCH-02-01)

L'environnement de publication des applications est amené à évoluer pour prendre en compte les nouveaux systèmes d'exploitation et mettre en œuvre de nouvelles fonctionnalités comme la prise en charge du tactile ou l'authentification via des cartes individuelles. Le projet consistera à créer une architecture basée sur les technologies Citrix et sur des systèmes d'exploitation récents et donc conformes au niveau sécurité.

4.3.2.2. Dotation d'équipements mobiles (ARCH-02-02)

Les rencontres avec les différents utilisateurs ont mis en évidence les limites de l'architecture actuelle basée sur la dotation d'un équipement par bureau de manière générale. Les professionnels émettent le besoin de se déplacer ou de se réunir tout en conservant le lien avec le système d'information que ce soit sur le réseau de l'établissement ou en dehors de celui-ci. Le cycle de remplacement du parc des postes de travail prendra en compte ce besoin en orientant les choix vers des équipements mobiles dans un environnement technique adapté.

4.3.3. *Infrastructure de communication (ARCH-03)*

La téléphonie est un point de contact essentiel avec notre institution et doit évoluer pour répondre à l'abandon de technologies opérateurs et aux nouveaux besoins exprimés dont la mobilité, la demande d'aide à l'instar des dispositifs pour travailleur isolé (DATI) ou encore la visio-conférence.

4.3.3.1. Equipement de communication mobile (ARCH-03-01)

Le dossier patient Cariatides propose un outil permettant d'accéder à Cariatides via une application sur Smartphone. Si la sécurité est traitée au niveau applicatif et au niveau de la communication, il faut néanmoins doter les professionnels ciblés du matériel adapté et le service informatique d'outils de gestion de flotte mobile pour en assurer le suivi et le pilotage.

4.3.3.2. Equipement téléphonique pour l'extrahospitalier (ARCH-03-02)

Un programme de modernisation a été lancé en 2017 sur l'équipement téléphonique des sites extrahospitaliers. Le travail doit s'accroître pour améliorer l'accueil des usagers, uniformiser les installations sur l'ensemble des sites et rationaliser les coûts d'exploitation.

4.3.3.3. Sécurisation des lieux de consultation (ARCH-03-03)

A l'occasion de la refonte de la téléphonie il conviendra de s'interroger sur des dispositifs d'appel pour travailleur isolé qui permettront d'apporter une réponse aux demandes de sécurisation des locaux pendant une consultation.

4.3.3.4. Visio-conférence multisite (ARCH-03-04)

Les évolutions technologiques et les marchés actuellement en vigueur vont nous permettre d'offrir ce service que nous n'avions pas pu traiter jusqu'à lors. En parallèle de ces usages internes, il conviendra de s'inscrire dans les projets du GHT 44 plus axés sur la télé-expertise ou la télé-consultation.

4.4 Axe Modernisation et normalisation des applications « supports » (Mod)

Un établissement de santé, outre les 4 piliers applicatifs que sont la gestion des ressources humaines, la gestion économiques et financières, la facturation des usagers et le dossier patient, utilise nombre d'applications périphériques au travers de ses services support. L'évolution technique et les contraintes de sécurité nous obligent à nous réinterroger sur plusieurs d'entre-elles ne serait-ce que pour s'assurer d'avoir une procédure de maintien en conditions opérationnelles. En marge de ces applications pour la plupart « historiques » apparaissent de nouveaux besoins pour aider l'établissement à mettre en œuvre sa stratégie et évaluer sa performance.

4.4.1. *Applications "support" (Mod-01)*

4.4.1.1. Gestion du self (Mod-01-02)

L'environnement technique n'étant plus supporté il conviendra de remplacer les outils en place pour assurer la continuité du service rendu. A termes, il faudra réinterroger ce processus si l'établissement s'engage dans un déploiement de cartes professionnelles au travers d'un projet GHT.

4.4.1.2. Gestion des alarmes techniques (Mod-01-02)

Plusieurs solutions perfectibles sont mises en œuvre pour la supervision des chambres froides et des armoires réfrigérées. Dans un contexte de traçabilité, il est important d'entamer une démarche globale de supervision et d'alerte des alarmes techniques pour être en accord avec les exigences des organismes de contrôle tel la Direction Départementale de la Protection des Populations.

4.4.1.3. Gestion de la bibliothèque (Mod-01-03)

Le CHS dispose d'un fond documentaire conséquent et participe à l'animation du réseau ASCODOCPSY. Outre la difficulté à maintenir cette solution, la vétusté du produit en place ne simplifie par le travail de l'agent en charge de cette activité et ne valorise par le fond documentaire. Une mutualisation de l'outil avec la bibliothèque des patients devra être envisagée.

4.4.1.4. Gestion du parc matériel et mobilier (Mod-01-04)

La gestion actuelle du parc matériel et mobilier n'est que partielle. S'il est aisé de suivre un matériel récent, il devient complexe de le localiser au fur et à mesure des déplacements ou des déménagements. L'objectif de l'outil ciblé serait, une fois le processus d'achat traité, enchaîner sur un outil de suivi de parc ou d'inventaire destiné à faciliter la recherche mais aussi les interventions de maintenance.

4.4.1.5. Gestion de stocks logistiques (Mod-01-05)

Si le sujet précédent concerne des éléments amortissables, la partie des stocks logistiques concernent majoritairement des consommables que les services économiques souhaitent optimiser en transformant le magasin des services logistiques en un magasin doté d'un guichet unique. Une mutualisation des outils de tenue de stocks pourrait être envisagée avec le stock pharmaceutique et le stock alimentaire.

4.4.1.6. Gestion des produits pharmaceutiques (Mod-01-06)

La publication du décret n° 2018-291 du 20 avril 2018 relatif à la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments met en exergue la nécessité de revoir les outils mis en place et l'organisation du processus de gestion des stocks pharmaceutiques. Ce sera aussi l'occasion de mettre en œuvre les recommandations des audits ergonomiques et organisationnels du service. En marge de l'application du décret, il conviendra de revoir le processus de commande de produits pharmaceutiques par les unités qui nécessitent du travail manuel de synthèse.

4.4.1.7. Gestion de la production alimentaire (Mod-01-07)

La fabrication alimentaire est un domaine complexe pendant lequel des matières premières sont commandées, réceptionnées, transformées, conditionnées puis distribuées en fonction d'un plan alimentaire et des besoins des consommateurs dans un ensemble de processus encadrés dans une démarche d'hygiène et sécurité des aliments (HACCP). Informatisé depuis plus de 10 ans, nous devons nous questionner sur l'opportunité de remplacer l'outil en vigueur en sondant le marché qui est devenu concurrentiel tout en limitant l'impact du changement sur les coûts de fabrication qui pourrait nuire à la rentabilité de l'unité de production.

4.4.2. Pilotage et accompagnement (Mod-02)

Un des objectifs du système d'information est d'optimiser la gestion de l'information pour aider l'établissement à déployer son offre de soins. Tout processus géré doit donc pouvoir être analysé pour en mesurer les effets sans omettre d'accompagner les utilisateurs dans la maîtrise de ce dernier.

4.4.2.1. Gestion des indicateurs de performances (Mod-02-01)

Le programme « Hôpital Numérique » piloté par la D.G.O.S. nous avait permis de mettre en place une plateforme de consolidation des données. Si les indicateurs doivent être réinterrogés, cette plateforme a eu le mérite de mettre en relation des applications « piliers » qui ne communiquaient pas jusqu'à lors. Le terrain technique est donc favorable à l'élaboration de nouveaux indicateurs qui viendront en appui du projet d'établissement.

4.4.2.2. Accompagnement des utilisateurs (Mod-02-02)

Au-delà des programmes de formation embarqués par un projet de migration applicative comme pourra l'être la migration de Cariatides, nous devons trouver une nouvelle forme d'accompagnement pour l'appropriation des outils bureautiques dans les tâches quotidiennes de manière à optimiser le travail des agents et éviter la perte ou la modification d'information en dehors des applications métiers.

4.5 Dématérialisation et Communication (Décom)

Dernier axe de travail, la dématérialisation et la communication prennent tout leur sens dans un contexte de collaboration entre les établissements du GHT 44, d'une politique nationale de modernisation de l'état et dans le souhait des agents de limiter les déplacements pour optimiser les temps de travail.

4.5.1. Dématérialisation réglementaire (Décom-01)

Les Etablissements Publics de Santé sont impactés principalement par deux programmes de modernisation de l'état ; la dématérialisation des flux financier et le programme Simphonie.

4.5.1.1. PESV2 / CHORUS(Décom-01-01)

Initiée en 2017, la réflexion sur la dématérialisation des flux comptables n'a pas permis de traiter l'exhaustivité des exigences réglementaires. Nos lacunes deviennent flagrantes depuis que la fonction « Achat » est coordonnée par le CHU de Nantes et se traduit par une rematérialisation des documents numériques.

4.5.1.2. Simphonie (Décom-01-02)

Le programme Simphonie a pour objectif de fluidifier le parcours patient dans les établissements de santé grâce aux nouveaux outils numériques. Il est composé d'un ensemble de projets qui ont pour objectif d'augmenter l'automatisation des étapes du parcours patient et la dématérialisation des échanges entre les acteurs de la prise en charge. L'impact sur le parcours patient n'est pas à négliger ni les travaux de mise en conformité de notre outil de facturation.

4.5.2. *Dématérialisation des flux internes (Décom-02)*

Le portail intranet a contribué à diminuer la diffusion de d'informations par voie papier mais de nombreux flux restent à traiter en raison de leur complexité, d'un besoin de confidentialité ou d'une signature à valeur probante.

4.5.2.1. Signature électronique (Décom-02-01)

Pour le moment seuls les flux réglementaires sont traités par une signature électronique adaptée à la criticité du contenu des flux. En marge de ces flux externes, de nombreux processus internes administratifs et soignants nécessitent une signature électronique à valeur probante pour éviter des déplacements de personnels et des transports de documents par le courrier interne.

4.5.2.2. Optimisation des flux internes (Décom-02-02)

Le remplacement de l'intranet par l'outil SharePoint de Microsoft va permettre d'augmenter le niveau de service rendu par cette plateforme. Les outils mis en œuvre permettront d'apporter une réponse aux besoins exprimés sur des processus mettant en œuvre des formulaires devant être validés voire signés dans une organisation hiérarchique.

4.5.3. *Publication d'informations (Décom-03)*

Le service communication a en charge l'animation du site Internet de l'établissement et la diffusion d'informations sur l'intranet de l'établissement. Ce dernier, évoluant vers une plus grande autonomie des utilisateurs nécessitera un accompagnement de proximité.

4.5.3.1. Site Internet de l'établissement (Décom-03-01)

Vitrine de l'établissement, le site internet est consulté aussi bien par des patients, des professionnels que par des futurs collaborateurs. La technique utilisée est cependant dépassée et ne facilite pas sa mise à jour ni son développement. Son remplacement devient inéluctable ne serait-ce que pour compléter les informations affichées et permettre sa consultation sur les équipements de type smartphone.

4.5.3.2. Site Intranet (Décom-03-02)

La refonte de l'intranet de l'établissement doit se poursuivre pour offrir aux pôles de l'établissement un outil collaboratif et évolutif pour répondre aux attentes des utilisateurs et offrir un service complémentaire au serveur de partage de fichiers.

4.6 Répartition des projets par besoins exprimés

Le tableau suivant présente une vision consolidée de la traduction des besoins déclinés en projets.

			Mobiles	Ouverture du Réseau	Environnement technique	Couverture fonctionnelle	Communication interne et externe	Réglementation	Sécurité	Convergence
Dossier Patient et Prise en charge										
DPI-01	Optimisation de cariatides									
	DPI-01-01	Gestion des lits	✓	✓	✓					
	DPI-01-02	Cariatides mobile			✓					
	DPI-01-03	Cariatides/examen			✓					✓
	DPI-01-04	M3-Santé			✓	✓	✓			✓
	DPI-01-05	DMF			✓		✓			✓
DPI-02	Cariatides V8									
	DPI-02-01	Travaux préparatoires			✓					✓
	DPI-02-02	Migration			✓					✓
	DPI-02-03	Accompagnement			✓					✓
DPI-03	Ouverture GHF 44									
	DPI-03-01	Serveur de rapprochement d'identité			✓					✓
	DPI-03-02	Plateforme échange et partage			✓					✓
Sécurité										
Sec-01	Conformité réglementaire									
	Sec-01-01	Hop'EN			✓		✓	✓	✓	✓
	Sec-01-02	Circulaire 309	✓	✓			✓	✓	✓	✓
Sec-02	Ouverture accès Internet									
	Sec02-01	Remplacement Bloc Accès dont SSL	✓	✓	✓			✓	✓	✓
	Sec02-02	Portail Captif	✓	✓				✓	✓	✓
	Sec02-03	Accès Internet sites distants	✓	✓				✓	✓	✓
Sec-03	Tracabilité									
	Sec-03-01	Gestion de l'identification agent			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Architecture et Equipements										
Arch-01	Infrastructure Serveur									
	Arch-01-01	Refonte Serveur/stockage			✓					✓
	Arch-01-02	Refonte sauvegarde			✓					✓
Arch-02	Infrastructure clienté									
	Arch-02-01	Migration Citrix			✓					
	Arch-02-02	Dotation PC Portables	✓							
Arch-03	Infrastructure de communication									
	Arch03-01	Equipement de communication mobile	✓		✓					
	Arch03-02	Téléphonie extra			✓					
	Arch03-03	Sécurisation des lieux de consultation			✓					
	Arch03-04	Vidéoconférence multi-site	✓		✓	✓				✓
Modernisation/Normalisation des applications "support"										
Mod-01	Applications périphériques									
	Mod-01-01	Gestion du self			✓					
	Mod-01-02	Gestion du carburant			✓					
	Mod-01-03	Gestion des alertes températures			✓					
	Mod-01-04	Gestion de la bibliothèque			✓					
	Mod-01-05	Gestion du parc matériel et mobilier			✓					
	Mod-01-06	Gestion des stocks logistiques			✓					
	Mod-01-07	Gestion des produits pharmaceutiques			✓					
	Mod-01-08	Gestion de la production alimentaire			✓					
Mod-02	Pilotage/Performance									
	Mod-02-01	Gestion des indicateurs de performances			✓					
	Mod-02-02	Accompagnement des utilisateurs			✓					
Dématérialisation / Communication										
Décom-01	Dématérialisation réglementaire									
	Décom-01-01	FESV2 / CHORUS			✓	✓	✓			
	Décom-01-02	Symphonie			✓	✓	✓			
Décom-02	Dématérialisation flux internes									
	Décom-02-01	Signature Electronique	✓	✓	✓			✓		
Décom-03	Publication d'informations									
	Décom-03-02	Externe - Site Internet			✓	✓				
	Décom-03-03	Interne - Portail Sharepoint			✓	✓				

6 - PILOTAGE ET EVALUATION DU SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION

6.1 Pilotage

Le Comité de Pilotage du S.I.H. est l'instance constituant la maîtrise d'ouvrage du présent S.D.S.I. Sa composition est la suivante :

- Le Directeur
- Le Directeur des Soins, de la Qualité et des Relations avec les Usagers
- Le Directeur des Ressources Humaines
- Le Directeur des Services Financiers et Logistiques
- Le médecin D.I.M.
- Le médecin référent qualité et système d'information désigné par la C.M.E.
- Le Cadre Supérieur de Santé responsable du service qualité / risques
- Un représentant du D.I.M.
- Les agents du service informatique

Le Comité de Pilotage du S.I.H. se réunit minimum trois fois par an, avec pour missions :

- Définir et valider le S.D.S.I.
- Suivre la mise en œuvre des projets inscrits au S.D.S.I.
- Faire évoluer le S.D.S.I. en procédant à d'éventuels arbitrages : ajout ou suppression d'un projet, modification des priorités, réorientation à opérer
- Accompagner la communication institutionnelle mise en œuvre autour des projets du système d'information

En ce qui concerne le dossier patient informatisé, le Conseil de DIM est l'instance décisionnelle quant aux évolutions du contenu et des règles de gestion du dossier patient.

Le Comité de Pilotage du S.I.H. s'articule également avec le Comité de Pilotage de l'Identitovigilance, le Comité de Pilotage Cariatides et le groupe de suivi du PAQ et de la certification pour les projets relevant de leurs champs de compétences respectifs.

La maîtrise d'œuvre du S.D.S.I. repose sur deux services en première ligne pour repérer et analyser les besoins des utilisateurs du système d'information :

- Le D.I.M., pour ce qui concerne les aspects fonctionnels du dossier patient informatisé
- Le service informatique, pour tous les autres éléments du système d'information
- Les deux services travaillent en étroite collaboration pour la mise en œuvre des projets du S.D.S.I.

6.2 Evaluation

Le S.D.S.I. n'est pas un plan quinquennal, mais un outil de pilotage et d'ajustement permanent des évolutions du système d'information.

Annuellement, et en vue d'alimenter le bilan du projet d'établissement 2019-2023, le Comité de pilotage du S.I.H. réalise une évaluation du S.D.S.I., comprenant les éléments suivants :

- Bilan qualitatif et quantitatif quant à l'avancement des différents projets inscrits au S.D.S.I. Ce bilan doit permettre d'opérer les réajustements nécessaires en termes de délais et de calendrier, de priorisation des projets et de pouvoir ajouter ou supprimer des projets le cas échéant
- Evaluation de la maturité du système d'information du S.I.H., fondée sur le calcul des indicateurs H.A.S. et Hôpital Numérique. L'observatoire oSIS V2 développé par la DGOS permettra de disposer d'un outil de référence stable et partagé.

7 - REFERENCES

Textes réglementaires :

Instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 107

Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011, Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (Loi LOPPSI2)

Loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur

Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique

Décret n° 2006-358 du 24 mars 2006 relatif à la conservation des données des communications électroniques

Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel

Programmes nationaux et régionaux :

Ministère des Solidarités et de la Santé - Le projet de loi Ma Santé 2022

Direction Générale de l'Offre de Soins - Programme HOP'EN qui constitue la nouvelle feuille de route nationale des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans

Direction Générale de l'Offre de Soins – Programme Hôpital Numérique, la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2017, avril 2013

Haute Autorité de Santé, Programme HAS 2019-2024

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire – Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés de Santé et de Télémédecine, 9 mars 2012

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire - Cadre régional d'urbanisation des Systèmes d'Information Partagés de Santé, 14 mars 2013

8 - LEXIQUE ET ABREVIATIONS

A.R.S. :	Agence Régionale de Santé
C.H.S. :	Centre Hospitalier Spécialisé
C.M.E. :	Commission Médicale d'Établissement
C.O.P.I.L.I.V. :	Comité de Pilotage de l'Identitovigilance
C.P.S. :	Carte de Professionnel de Santé
D.G.O.S. :	Direction Générale de l'Offre de Soins
D.I.M. :	Département d'Information Médicale
D.M.P. :	Dossier Médical Personnel
D.P. :	Dossier Pharmaceutique
D.P.I. :	Dossier Patient Informatisé
E.H.P.A.D. :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
G.C.S. :	Groupement de Coopération Sanitaire
G.H.T. :	Groupement Hospitalier de Territoire
G.I.P. :	Groupement d'Intérêt Public
H.A.S. :	Haute Autorité de Santé
H.N. :	Hôpital Numérique
J.L.D. :	Juge des Libertés et de la Détention
M.P.L.S.:	Multi-Protocol Label Switching
oSIS :	Observatoire des Systèmes d'Information de Santé
P.C.A. :	Plan de Continuité d'Activité
P.R.A. :	Plan de Reprise d'Activité
P.R.S. :	Projet Régional de Santé
P.R.S.I.P.T. :	Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés de Santé et de Télémédecine
R.S.S.I.	Réfèrent (ou Responsable) Sécurité des Systèmes d'Information
S.D.S.I. :	Schéma Directeur du Système d'Information
S.I.H. :	Système d'Information Hospitalier
U.S.L.D. :	Unité de Soins de Longue Durée
V.A.P. :	Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Impression : Imprigraph Groupe / Le Sillon
13 rue Victor-Rodrigue - 44260 Savenay
Tél. 02 40 58 91 24



Document imprimé sur du papier issu de forêts gérées durablement avec des encres sans solvant.

