Centre Hospitalier
Spécialisé de Sevrey
Chalon sur Saône

PROJET D'ETABLISSEMENT

2014 – 2018

DECEMBRE 2014

INTRODUCTION GENERALE

Le projet d'établissement est un acte politique majeur d'un Centre Hospitalier. Elaboré par la collectivité hospitalière avec la participation active des représentants des usagers, il constitue à la fois le fondement et la référence pour l'ensemble des projets et des actions qui seront entrepris durant les cinq prochaines années.

Le projet d'établissement 2014-2018 s'inscrit dans la continuité des choix fondamentaux pris lors du précédent projet d'établissement qui, menés à bien, ont marqué une évolution en profondeur du CHS. Cette évolution s'est déroulée grâce à une dynamique institutionnelle sans relâche et sous l'effet de l'adaptation en permanence de nos organisations et de nos pratiques aux changements du contexte général, législatif, financier. Les tensions connues sur la démographie médicale ont également beaucoup pesé.

Sur la période 2014-2018, le CHS entend continuer sa marche en avant. Pour y parvenir, il s'attachera à maintenir le haut niveau qualitatif, évalué et reconnu comme tel notamment par la HAS, du travail réalisé et cela dans tous les secteurs qui font la réalité d'un hôpital spécialisé en psychiatrie. De même, de nouvelles activités thérapeutiques seront crées, des activités que l'ARS a identifiées comme nécessaires et qui sont attendues par les usagers. Enfin, dans le cadre des nouvelles organisations hospitalières territoriales prévues par la future Loi de Santé Publique, et pour leur animation, il promouvra sa vocation d'établissement de référence en santé mentale pour la Saône et Loire.

Au-delà des objectifs et des projets particuliers qu'il propose, penser et écrire le projet d'établissement est l'occasion de fédérer l'Institution autour d'enjeux qui dessinent son avenir.

La qualité du dialogue social, l'enrichissement des compétences, la pratique de l'évaluation, le développement des innovations participent à la mobilisation et à la motivation professionnelles, tous métiers confondus.

Ils sont les moteurs qui font progresser l'hôpital dans l'accomplissement de ses missions et qui le poussent à toujours mieux satisfaire les patients.

Mais pour que cet engagement collectif dure et reste solide, il a besoin d'une perspective forte.

Aujourd'hui, l'histoire ancienne et contemporaine du CHS, les conditions à réunir pour qu'il occupe pleinement son rôle et sa place dans l'offre publique en santé mentale de la région, nous amènent à affirmer que cette perspective doit déboucher sur la reconstruction du site hospitalier de Sevrey.

Cette reconstruction devrait être une priorité régionale, retenue et soutenue. En référence au respect des droits des patients et de leurs attentes, en considération des efforts fournis depuis de nombreuses années par les personnels, au regard du potentiel thérapeutique du CHS à préserver et à développer, elle acquiert un caractère indispensable et assurément urgent.

Nous sommes parfaitement conscients que la réalisation du Nouvel Hôpital de Sevrey nécessitera le soutien du Ministère, facilité par les relations de confiance établies avec l'ARS de Bourgogne, et l'appui des élus politiques.

L'importance pour la population de l'enjeu qui est devant nous doit permettre d'emporter la conviction de tous.

Le projet d'établissement se compose et conjugue ensemble :

- le projet médical
- le projet de soins
- le projet qualité et sécurité des soins
- le projet social
- le projet de gestion
- le projet du système d'information.

SOMMAIRE

PROJET MEDICAL 4

PREMIERE PARTIE : CONTINUITE ET APPROFONDISSEMENT DE L'EVOLUTION DU CHS 5
A. La démarche d'élaboration du projet médical 2014-2018 : éclairer les choix du centre hospitalier 5
B. La réalisation du projet médical 2009-2013 : bilan et portée stratégique 6
C. L'état des lieux 9
DEUXIEME PARTIE : VERS LE NOUVEL HOPITAL : NOUVELLES APPROCHES ET NOUVELLE ARCHITECTURE 24
A. Axes stratégiques et fiches-action 25
B. Reconstruction du site hospitalier de Sevrey 54
C. Le nouveau schéma directeur 59
D. Evaluation économique 62
ANNEXES : 64

PROJET DE SOINS 68

PHILOSOPHIE DE SOINS 69
POLITIQUE DES SOINS INFIRMIERS 70
PROJET DE SOINS 73
FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LE CNEH 76
FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LA DIRECTION DES SOINS 76
RAPPEL DES AXES DU PROJET DE SOINS 2014/2018 77
ANNEXES 78

PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS 100

AXE 1 : POURSUIVRE LE DEPLOIEMENT COORDONNEE ET PERENNE DE LA DEMARCHE QUALITE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT 103
AXE 2 : DEVELOPPER UNE CULTURE SECURITE COORDONNEE ET TRANSVERSALE 105
AXE 3 : PROMOUVOIR LA PRISE EN SOIN DU PATIENT 109
AXE 4 : FAVORISER LES DEMARCHES D'AMELIORATION ET D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 112

PROJET SOCIAL 116

QUELQUES PROPOS LIMINAIRES 117
LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL 118
LES DONNEES SOCIALES 2013 119
LE BILAN DU PROJET SOCIAL 2009 - 2013 124
LES AXES DE LA POLITIQUE SOCIALE 2014 - 2018 126
LA DECLINAISON DU PROJET SOCIAL EN FICHES PROJETS 127
Axe n°1 : La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences 127
Axe n°2 : Le dialogue social 130
Axe n°3 : Le management au quotidien 131
Axe n°4 : La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail 132
Axe n°5 : L'accompagnement social du professionnel 134
LE CALENDRIER DES ACTIONS 136
LE SIGLAIRE 140

PROJET DE GESTION 142

LA FIABILISATION DES COMPTES 1454
L'EFFICIENCE DES ORGANISATIONS 146
LA GESTION RENFORCEE 148
LE PILOTAGE 149

PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION 150

INTRODUCTION 151
METHODOLOGIE 152
LES GRANDS AXES DU PROJET DU SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION 153
FICHES PROJET 155
TABLEAU DE SYNTHESE 156

PROJET MEDICAL

PREMIERE PARTIE : CONTINUITE ET APPROFONDISSEMENT DE L'EVOLUTION DU CHS 5
A. La démarche d'élaboration du projet médical 2014-2018 : éclairer les choix du centre hospitalier 5
B. La réalisation du projet médical 2009-2013 : bilan et portée stratégique 6
C. L'état des lieux 9

DEUXIEME PARTIE : VERS LE NOUVEL HOPITAL : NOUVELLES APPROCHES ET NOUVELLE ARCHITECTURE 24
A. Axes stratégiques et fiches-action 25
B. Reconstruction du site hospitalier de Sevrey 54
C. Le nouveau schéma directeur 59
D. Evaluation économique 62
ANNEXES : 64

PREMIERE PARTIE : CONTINUITE ET APPROFONDISSEMENT DE L'EVOLUTION DU CHS

A. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL 2014-2018 : ECLAIRER LES CHOIX DU CENTRE HOSPITALIER

Préalablement à la définition des axes de progrès du projet d'établissement, le Comité de Pilotage a souhaité déterminer les principales problématiques à prendre en compte à partir d'une synthèse de l'analyse de l'activité, de l'analyse de l'environnement et d'entretiens avec les partenaires institutionnels du centre hospitalier. Il s'est agi d'identifier les déterminants que l'établissement devait prendre en compte (orientations régionales, besoins de la population, projets des équipes médicales et soignantes, attentes des principaux partenaires, place du centre hospitalier dans son environnement) et les opportunités qui s'offrent à lui.

Le diagnostic a consisté dans un premier temps à réaliser l'analyse :

- de la situation épidémiologique et socio-économique des territoires rattachés au centre hospitalier de Sevrey,
- de l'activité de l'établissement et de sa place dans l'environnement hospitalier psychiatrique et général,
- du regard des partenaires (sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que les autorités de tutelle et les élus) sur l'établissement.

Une analyse des bases de données de l'INSEE a été réalisée.

Le bilan du projet médical 2009 – 2013 et les projets des pôles d'activité ont été pris en compte.

Les attentes des partenaires du centre hospitalier ont été exprimées à travers des **entretiens individuels ou en groupe**, notamment :

- de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé,
- des représentants d'association d'usagers ou de familles d'usagers
- des représentants de l'agglomération chalonnaise
- des directeurs et présidents de CME des centres hospitaliers généraux du territoire de santé
- des représentants des structures médico-sociales partenaires (CAMSP, SAVS, ESAT)

Les principaux acteurs du pilotage de l'établissement ont également été rencontrés :

- Les médecins responsables de pôle, les cadres supérieurs de santé de pôle et des responsables soignants et éducatifs des pôles
- L'équipe de direction

Le diagnostic a permis au comité de pilotage et au directoire de dégager quatre axes de progrès majeurs pour l'établissement :

- Axe A : Promouvoir des spécialisations psychiatriques
- Axe B : Structurer la filière et le réseau « Réhabilitation psycho-sociale »
- Axe C : Développer la géronto-psychiatrie, volet sanitaire et volet médico-social
- Axe D : Psychiatrie infanto-juvénile

Les groupes de travail mis en place sur chacun de ces axes pour réfléchir et structurer le projet médical et ont associé des professionnels médicaux et non médicaux.
La réflexion des six axes a été animée par deux consultants du CNEH.
Les propositions formulées ont été validées par le comité de pilotage.

B. LA REALISATION DU PROJET MEDICAL 2009-2013 : BILAN ET PORTEE STRATEGIQUE

Le projet médical 2009 – 2013 a engagé une évolution du CHS pour qu'il réponde mieux à ses missions, grâce à une clarification des enjeux thérapeutiques et de soins (admissions, prises en charge de longue durée, psychiatrie extra-hospitalière, animation territoriale…). Cette clarification s'est traduite dans une organisation en pôles nouvelle et une démarche active de contractualisation. Pour le CHS, elle a été un facteur de réussite pour étoffer son offre de prévention et de soins et pour développer ses partenariats (lisibilité, responsabilisation des acteurs, coordination…).

1. UNE ORGANISATION HOSPITALIERE INSTITUEE AU SERVICE D'UN CADRE D'ACTION THERAPEUTIQUE RENOVE

Un cadre d'action thérapeutique rénové

- « Matrice des soins »
  - Généralisation de l'inter-sectorialité des admissions et des soins en hospitalisation complète adulte
  - Construction d'un pôle unique pour les activités extra-hospitalières adultes avec la délimitation de nouveaux « secteurs » correspondant aux bassins de santé du territoire nord Saône et Loire (réalité géo-démographique des 4 bassins de santé retenus : Autunois-Morvan, CUCM, Grand Chalon, Bresse Bourguignonne). Ces bassins de santé sont en correspondance avec les territoires de proximité délimités par l'ARS.

- Revitalisation des pratiques soignantes
  - Organisation et fonctionnement des unités de soins adaptés aux besoins thérapeutiques et aux droits des patients : dans le respect des filières définies, orientation progressive des unités d'hospitalisation en fonction des pathologies traitées, ouverture des pavillons, régulation des patients à risque de violence
  - Structuration de l'Unité Intersectorielle de Soins à Médiation (plateau technique et relationnel autour de 11 médiations thérapeutiques)
  - Dynamisation des relations avec les partenaires médico-sociaux : admission des patients en structures, séjours de rupture, séjours d'adaptation
  - Affectation d'équipes soignantes pour le suivi renforcé des patients au domicile (projet RETIS)

- Etablissement des filières de soins
  - Filière de soins en hospitalisation complète « Admission et Hospitalisation courte durée » / « Réhabilitation et Soins au long cours »
  - Recherche d'une « égalité » d'équipements disponibles pour les populations sur les bassins de santé (compromis proximité/accès aux soins/démographie médicale)
  - Articulation entre les filières d'hospitalisation complète : protocoles collaboratifs, réunions de synthèse…
  - Articulation extra-hospitalière / intra-hospitalière : travail mené au titre des E.P.P (fiche de liaison informatisée)
  - Généralisation de l'informatisation du dossier patient
  - Dépôt d'un dossier « Hôpital Numérique » sur le domaine 3 « Prescription »

Une dynamique institutionnelle renouvelée

- Nouvelle organisation polaire (délibération du Conseil d'Administration du 16 juillet 2009)
  - Pôle A – Pôle Clinique Psychiatrie Adultes « Admissions – Courts séjours de Psychiatrie Générale »
  - Pôle B – Pôle Clinique Psychiatrie Adultes « PRISMe Psychiatrie Réhabilitation Insertion Soins à Médiation »
  - Pôle C – Pôle Clinique Psychiatrie Adultes « Prévention et soins ambulatoires en psychiatrie générale »
  - Pôle D – Pôle Clinique « Psychiatrie Infanto-juvénile »
  - Pôle E – « Pôle Intersectoriel Médico-Technique »

- Gouvernance par la contractualisation interne
  - Elaboration des projets de pôle et signature des contrats de pôle en avril 2010 avec des engagements négociés sur :
    - La stratégie : mise en œuvre du projet médical et suivi de l'activité et des modes de prise en charge (filières de soins/parcours des patients)
    - La politique qualité : programme contractualisé en matière d'EPP et suivi de l'ensemble des indicateurs relatifs à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques, mise en œuvre des REX (SRA Bourgogne), production et analyse d'indicateurs spécifiques (délais d'attente CMP) et enquêtes de satisfaction
    - Les ressources humaines : développement des compétences soignantes au sein de chaque pôle (nombre d'ETP, évolution des métiers, qualification, formation)
    - Les délégations aux chefs de pôle :
      - Travaux d'entretien, équipements,
      - Colloques, formation
    - L'animation des pôles : Conseils de pôle, Bureaux de pôle…
  - Dialogue de gestion avec 2 rencontres annuelles Responsables de pôle/Direction, éclairé par le développement du contrôle de gestion médico-économique (PMSI-Pilot)

2. UNE CONSOLIDATION DES MISSIONS D'HOPITAL-PIVOT EN SANTE MENTALE

Une intensification du travail partenarial

- CH William Morey
  - Accord cadre en cours de signature avec le CHWM sur les urgences, la pédopsychiatrie, la psycho-gériatrie, l'accès au plateau technique **(signature prévue décembre 2014)**
  - Ouverture d'une consultation avancée de psycho-gériatrie au sein du pôle de gériatrie **(septembre 2014)**
  - Renforcement de l'équipe médicale (2 PH et 1 interne) et soignante (1 psychologue temps plein aux urgences) – **(2009 et 2010)**
  - Elaboration d'une demande d'autorisation en addictologie niveau II **(fin 2014)**
  - Pédopsychiatrie de liaison auprès du pôle « Mère-Enfant » **(septembre 2012)**
  - Installation de l'HdJ « Mère-Enfant Tintinnabule » dans le pôle Mère-Enfant **(septembre 2012)**

- Autres CH du territoire de santé
  - Présence d'un infirmier aux urgences des hôpitaux de Montceau et du Creusot
  - Création d'un poste d'interne partagé entre les urgences du CH de Montceau et le CMP de Montceau (agrément obtenu en **juillet 2014**)

- En direction des structures médico-sociales
  - A partir des CMP, redéploiement progressif de temps d'IDE sur les EHPAD (psycho-gériatrie) - **(2011-2012)**
  - Projet de Télépsychiatrie CHS/EHPAD d'Autun et de Tournus (en cours d'élaboration – objectif 2015)
  - Accompagnement des équipes des structures médico-sociales pour la mise en œuvre de stages professionnels croisés : EHPAD (géronto-psychiatrie), FAM (handicap psychique) (1er stage en **octobre 2013**) – 4 stages croisés sur **2014**.

- En direction des collectivités territoriales
  - Atelier Santé-Ville Autun
  - Signature du Contrat Local de Santé de l'Agglomération du Grand Chalon **(février 2014)**
  - Edition du Guide en Santé Mentale Agglomération du Grand Chalon **(février 2014)**

- Dispositifs particuliers
  - Protocole signé entre l'ARS, le Président du TGI de Chalon, le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Chalon et le CHS en **septembre 2011** pour l'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement
  - Convention entre le CH de Mâcon, la Clinique Val Dracy et le CHS pour les admissions en soins sans consentement (mise en œuvre à partir de **septembre 2013**)

- Développement soins aux détenus (diversification des soins, création d'ateliers thérapeutiques…) (**septembre 2012**) et signature de protocoles issus du Guide National « Soins aux détenus » avec l'ARS, le CHWM et le Centre Pénitentiaire en **juillet 2014**
- Création de la Maison des Adolescents et participation à ses missions (**octobre 2011**)
- Volontariat pour l'expérimentation de la Télémédecine, principalement en psycho-gériatrie entre le CHS, l'EHPAD d'Autun et l'EHPAD de Tournus (intégration des groupes de travail janvier 2014 pour mise en œuvre souhaitée premier **semestre 2015**)
- Convention en cours avec la MSP du Tournugeois et l'ARS en application de l'Art 46 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2013 : présence et activité d'un psychiatre, praticien hospitalier, au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire du Tournugeois (janvier 2015)

Un enrichissement de l'offre de prévention et de soins

- Psychiatrie adulte
  - Création du CMP – Pivot : Ouverture **septembre 2011** à Chalon sur Saône
  - Intersectorisation du CATTP et de l'Hôpital de jour de Chalon pour le bassin du Grand Chalon (**juin 2013**)
  - Création du PASA (12 places) : ouverture **septembre 2013**
  - Création du Pôle de Santé Mentale de la Bresse Bourgogne à Louhans (site unique psychiatrie générale et pédopsychiatrie) intégrant un nouvel hôpital de jour de 10 places (autorisation ARS : juin 2014) : ouverture **juillet 2014**
  - Maison Hospitalière Psychiatrique Polyvalente : psychoses résistantes, handicap psychique - Calendrier : ouverture **juillet-septembre 2016**

- Pédopsychiatrie
  - Réorientation des unités d'hospitalisation complète, seules du département avec :
    - 4 lits d'hospitalisation complète, temps plein (« La Source »)
    - 6 lits d'hospitalisation complète transformés en hôpital de semaine («La Cascade ») **(août 2012)**
  - Création Pôle de Santé Mentale de la Bresse Bourguignonne (site unique psychiatrie générale et pédopsychiatrie) : ouverture **juillet 2014**
  - Projet de la Plateforme de soins de pédopsychiatrie du Grand Chalon à St Rémy
    Calendrier : ouverture **septembre 2017**

Au vu de son application, le projet médical 2009-2013 a permis au CHS d'ouvrir une nouvelle étape institutionnelle jugée comme positive par l'ensemble de la communauté hospitalière. Ambitieux et profondément restructurant, ce projet a été mené à bien grâce à un investissement soutenu et constant de l'ensemble des professionnels du CHS, qui ont démontré, à la fois une grande maîtrise de leurs métiers et une maturité collective face à l'ampleur des changements et des adaptations à réaliser. Après ces cinq années, la situation du CHS le met, d'une part, en position favorable au regard des évolutions contenues dans la future Loi de Santé Publique dont l'adoption est prévue en 2015 (STSP, secteurs rénovés, animation territoriale…) et d'autre part, le conforte pour déployer ses nouveaux projets en cohérence avec le Programme Régional de Santé (P.R.S.), le Schéma Régional de l'Organisation de Soins (S.R.O.S) et en référence aux orientations retenues contractuellement dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

C. L'ETAT DES LIEUX

1. ANALYSE SOCIODEMOGRAPHIQUE

a) Situation démographique

Le département de la Saône et Loire est caractérisé par une population âgée importante. Une population globalement plus âgée que la moyenne nationale.
L'indice de vieillissement de la Saône et Loire est nettement plus élevé que la moyenne nationale (+40%).

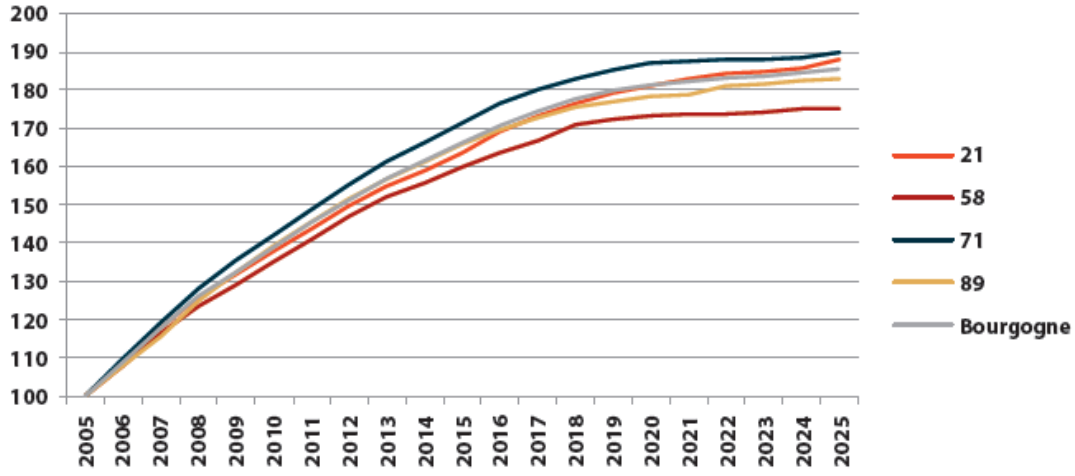
Tableau n°1 : Indicateurs démographiques

	Saône et Loire	Bourgogne	France métropolitaine
Taux de natalité en 2010 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	10,6	**10,7**	**12,8**
Taux de mortalité en 2010 - Décès domiciliés pour 1 000 habitants	10,7	**10,5**	**8,6**
Taux de fécondité en 2010 - Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	53,0	**51,2**	**55,8**
Indice de vieillissement au 1.01.2010 - Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	95,9	**87,7**	**68,6**
Espérance de vie à la naissance (2009)			
Hommes	78,0	**77,3**	**77,8**
Femmes	84,3	**84,2**	**84,3**
Espérance de vie à 65 ans (2009)			
Hommes	18,5	**18,1**	**18,4**
Femmes	22,7	**22,5**	**22,4**

Source: INSERM, STATISS 2012

Un vieillissement qui va se poursuivre de façon plus importante que dans les autres départements de Bourgogne.
Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus (36 000 en 2005) devrait s'accroître fortement et continument jusqu'en 2017 (63 000, soit +75% par rapport à 2005, +90% en Saône et Loire), modérément par la suite.

Graphique n°1 : Nombre d'habitants de 85 ans et plus en Bourgogne, entre 2005 et 2025

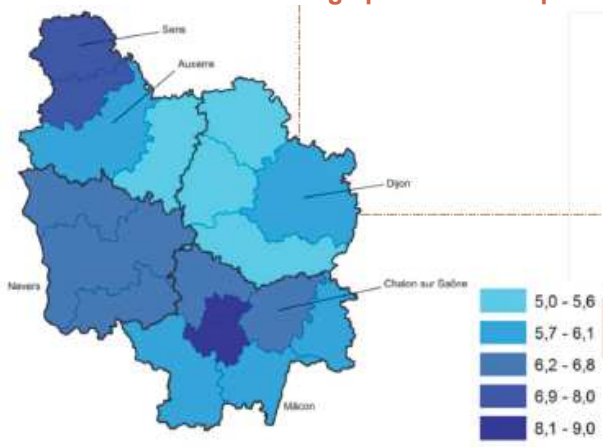


Source : INSEE, exploitation ORS, PRS cahier 1, p. 45

b) Situation sociale

La situation sociale en Saône et Loire semble plutôt favorable, avec un taux de chômage et un nombre de bénéficiaires de minima sociaux inférieurs à la moyenne nationale.
Cette situation globalement positive ne doit pas sous-estimer les zones de fragilité au centre et au nord-ouest du département.
En 2008, le taux de chômage en Bourgogne était de 6,5% de la population (7,4% en France hexagonale, voir carte ci-dessous).

Carte n°1 : Taux de chômage par zone d'emploi en Bourgogne en 2008 en %



Source : INSEE, exploitation ORS, PRS cahier 1, p. 11

Les chômeurs de longue durée représentent en 2008, 20,6% de l'ensemble des chômeurs, taux inférieur à la moyenne nationale (24,1%).

Le taux de bénéficiaires du RSA est sensiblement plus faible en Saône et Loire par rapport à la moyenne nationale de l'ordre de 20% (5 Vs 6,3 en moyenne nationale).
De même, le taux de bénéficiaires de la CMUc est plus de 20% plus faible en Saône et Loire par rapport à la moyenne nationale (4,7 Vs 6 en moyenne nationale).

Tableau n°2 : Taux de pauvreté monétaire et bénéficiaires de minimas sociaux

Allocataires, bénéficiaires	Saône et Loire	Bourgogne	France métropolitaine
Taux de pauvreté monétaire 2009	13,1	**12,5**	**13,5**
Indicateurs de précarité au 31.12.2011			
Revenu de Solidarité Active (RSA)			
Nombre total d'allocataires RSA	12 899	**40 771**	**1 869 687**
Population couverte par le RSA	27 874	**86 651**	**3 955 306**
Part de la population couverte par le RSA	5,0	**5,3**	**6,3**
Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) au 31.12.2011			
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	26 394	**82 842**	**3 796 184**
Part de la population couverte par la CMUC	4,7	**5,0**	**6,0**

Source: CNAMTS, CCMSA, CNAF, DREES, INSEE, Pôle emploi, RSI, STATISS 2012

2. ANALYSE DE LA MORBI-MORTALITE

a) Mortalité

On observe une surmortalité masculine par rapport à la moyenne nationale, notamment psychiatrique :
- Suicide
- Psychose alcoolique

En revanche, la mortalité féminine de Saône de Loire est inférieure à la moyenne nationale.

Tableau n°3 : Taux comparatifs de mortalité prématurée (décès avant 65 ans pour 100 000 hab.)

	Saône et Loire	Bourgogne	France métropolitaine
Hommes			
Toutes causes dont :	293,1	**297,8**	**278,5**
Tumeurs	91,1	**120,1**	**104,7**
Appareil circulatoire	36,1	**40,8**	**40,3**
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	59,9	**56,4**	**49,2**
dont suicides	30,7	**27,1**	**21,2**
dont accidents de transport	15,6	**14,0**	**11,0**
Alcoolisme	42,8	**37,5**	**33,0**
Femmes			
Toutes causes dont :	123,5	**130,8**	**126,1**
Tumeurs	57,7	**61,3**	**59,9**
Appareil circulatoire	12,5	**13,2**	**13,2**
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	17,6	**17,4**	**15,3**
dont suicides	8,6	**8,3**	**7,2**
dont accidents de transport	3,8	**4,2**	**2,6**
Alcoolisme	6,1	**8,3**	**8,1**

Source : INSERM - CepiDc, STATISS 2012, années 2007-2008-2009

Suicide en Bourgogne

En 2000-2007, **la mortalité par suicide en Bourgogne est supérieure à la moyenne nationale** (notamment dans la Nièvre et en Saône-et-Loire).
Le risque de suicide augmente avec l'âge, mais le poids du **suicide dans l'ensemble des décès est maximal** chez les adolescents et jeunes adultes.
Entre 1991-1997 et 2000-2007, la mortalité par suicide a diminué de 16,6% en Bourgogne, mais un peu moins qu'en France (-17,8%).
Entre 2007 et 2009, le constat est le même : **surmortalité significative par suicide chez les hommes en Bourgogne et en Saône et Loire par rapport à la moyenne nationale.**

Tableau n°4 : Mortalité par suicide des hommes et des femmes en Bourgogne et en France

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côte-d'Or	53	21,5*	22	7,7
Nièvre	43	38,3*	12	10,3
Saône-et-Loire	104	37,3*	32	10,2
Yonne	62	36,6*	16	8,6
Bourgogne	**261**	**32,4***	**82**	**9,1**
France hexagonale	7 738	26,3	2 725	8,1

** Significativement différent du taux national*

Source : Inserm CépiDc, exploitation Fnors

Taux standardisés pour 100 000 personnes du même sexe (en 2007 – 2009)

Psychose alcoolique

On observe une surmortalité significative par psychose alcoolique chez les hommes en Bourgogne et en Saône et Loire.

Tableau n°4 : Mortalité par psychose alcoolique en Bourgogne et en France, en 2007-2009

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côte-d'Or	19	6,4	4	1,5
Nièvre	10	9,5	7	3,4
Saône-et-Loire	26	10,3*	9	2,1
Yonne	20	11,2*	2	1,9
Bourgogne	75	9,1*	22	2,0
France hexagonale	2 251	7,7	608	1,8

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation Fnors

* significativement différents de la moyenne nationale
Taux standardisés pour 100 000 personnes du même sexe

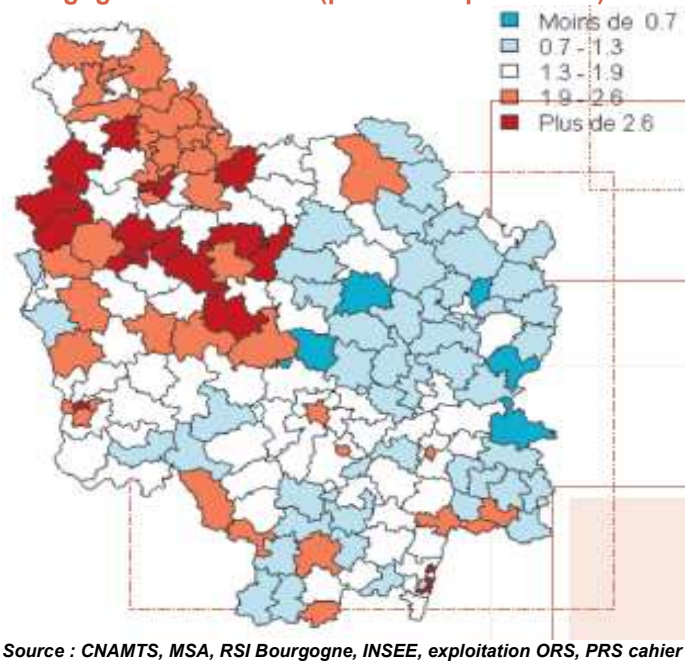
b) Morbidité psychiatrique

Concernant la morbidité psychiatrique, les indicateurs de la Saône et Loire sont moins favorables que les indicateurs nationaux, même s'ils apparaissent parfois meilleurs que la moyenne régionale.

Affections de longue durée pour affections psychiatriques

En 2009, la CNAMTS a dénombré près de 28 000 assurés du régime général en ALD pour affections psychiatriques en Bourgogne, soit un taux de 1,8% (1,6% en France).
Les nouvelles admissions en ALD (estimation de l'incidence) pour affections psychiatriques, les taux sont plus élevés dans les cantons de l'Yonne et du nord de la Nièvre que la moyenne régionale.

Carte n°2 : Taux standardisés d'ALD pour affections psychiatriques dans les cantons de Bourgogne en 2005-2007 (pour 1 000 personnes)



Source : CNAMTS, MSA, RSI Bourgogne, INSEE, exploitation ORS, PRS cahier 1, p. 29

Taux d'allocataires de l'AAH

Dans une région où le nombre de bénéficiaires est plus élevé que la moyenne nationale, la situation de la Saône et Loire semble légèrement plus favorable.

Tableau n°5 : Taux de bénéficiaires de l'AAH

	Saône et Loire	Bourgogne	France métropolitaine
Allocation Adulte Handicapé			
Nombre d'allocataires au 31.12.2011	9 724	**29 894**	**925 306**
Allocataires de l' AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans	3,1	**3,2**	**2,5**

Source: CNAF, CCMSA, DREES, STATISS 2012

3. ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

a. Offre sanitaire psychiatrique

Taux d'équipement hospitalier en psychiatrie générale

L'offre de soins sur le territoire couvert par le CH de Sevrey, et de manière générale sur la Saône et Loire, est globalement satisfaisante, c'est-à-dire **dans la moyenne nationale**.
En revanche, les alternatives à l'hospitalisation **(HdJ) semblent un peu moins développées**.
Cette analyse est corroborée par le SROS Psychiatrie santé mentale (p. 112) :
« *Enfin, la situation de la Saône et Loire est différente : avec une population similaire à celle de la Côte d'Or, ce territoire bénéficiera, avec l'installation complète des lits autorisés à la clinique Saint Rémy, d'une densité supérieure à la Côte d'Or en termes de lits. Il subsiste cependant un fort déséquilibre entre le nord et le sud du territoire. Ainsi, il convient de travailler à une organisation qui permette d'utiliser au mieux l'ensemble des lits d'hospitalisation et des places de ce département.* »

Tableau n°6 : Taux d'équipement en psychiatrie générale

	71 mis à jour	71	21	Bourgogne	France métropolitaine
Population (> 16 ans)	455 884	455 884	430 054	1 347 271	50 520 544
Nombre de lits	514	489	413	1 648	54 783
Taux d'équipement en lits / 1000 habitants	1,1	1,07	0,96	1,22	1,1
Nombre de lits et places	568	563	614	2 086	76 230
Taux d'équipement global 1000 habitants	1,29	1,23	1,4	1,55	1,5

Source: PRS 2012-2016, INSEE, STATISS 2012
Public : 414 ; Privé : 75 en fait 120

Taux d'équipement hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile

La Saône et Loire dispose d'un équipement **en lits inférieur à la moyenne nationale**.
En revanche, les alternatives à l'hospitalisation (HdJ) ont été développées dans les mêmes proportions qu'au niveau national.

Tableau n°7 : Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile

	71	21	Bourgogne	France métropolitaine
Population (<16 ans)	105 934	101 785	315 905	13 006 656
Nombre de lits	10	13	47	2 123
Taux d'équipement en lits / 1000 habitants	0,1	0,1	0,1	0,2
Nombre de lits et places	88	149	354	12 088
Taux d'équipement global 1000 habitants	0,8	1,5	1,1	0,9

Source: PRS 2012-2016, INSEE, STATISS 2012

b) Offre médico-sociale

Taux d'équipement en structures d'hébergement pour enfants handicapés

Le taux d'équipement de la Saône et Loire est inférieur aux moyennes régionale et nationale.
Le taux d'équipement spécifique pour **patients déficients psychiques est le plus élevé de la région, mais se situe globalement dans la moyenne nationale**.

Tableau n° 8 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour enfants handicapés

Taux d'équipement	Saône et Loire	Bourgogne	France
Taux d'équipement global en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD) pour 1 000 jeunes de - 20 ans	5,6	**6,8**	6,7
Dont patients déficients psychiques	**0,96**	**0,75**	**1,04**
Taux d'équipement global en SESSAD pour 1 000 jeunes de - 20 ans	2,5	**3,0**	2,8

Source: STATISS 2012

Taux d'équipement en structures d'hébergement pour les adultes handicapés

Le taux d'équipement de la Saône et Loire est supérieur à la moyenne nationale lié au taux élevé en FAM et en foyer de vie.
Le taux d'équipement en ESAT est comparable à la moyenne régionale et légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Tableau n° 9 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour les adultes handicapés

Taux d'équipement	Saône et Loire	Bourgogne	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (tout hébergement) (1)	5,6	**5,9**	4,1
Dont :			
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	0,5	**0,6**	0,7
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)	1,2	**1,1**	0,6
Taux d'équipement en foyer de vie	2,7	**2,6**	1,5
Taux d'équipement en Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,7	**3,8**	3,4

(1) Maisons d'accueil spécialisées + Foyers d'accueil médicalisé + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents (pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans)

Taux d'équipement en structures d'accueil pour les personnes âgées

Le taux d'équipement de la Saône et Loire est supérieur à la moyenne nationale et proche de la moyenne régionale (sauf en lits d'EHPAD et d'USLD où le taux est inférieur)

Tableau n°10 : Taux d'équipement en structures d'accueil pour les personnes âgées

Taux d'équipement	Saône et Loire	Bourgogne	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire, lits USLD)	**146,9**	**144,4**	**126,6**
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	**18,4**	**19,4**	**19,9**
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	**112,6**	**125,0**	**103,3**

Source: STATISS 2012, Taux d'équipement au 1.01.2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

c) Offre libérale

Taux de professionnels libéraux

Le taux de médecins libéraux est plus faible en Saône et Loire qu'en France (-23%) et concerne un peu plus les médecins spécialistes que les médecins généralistes (-29% Vs -19%).

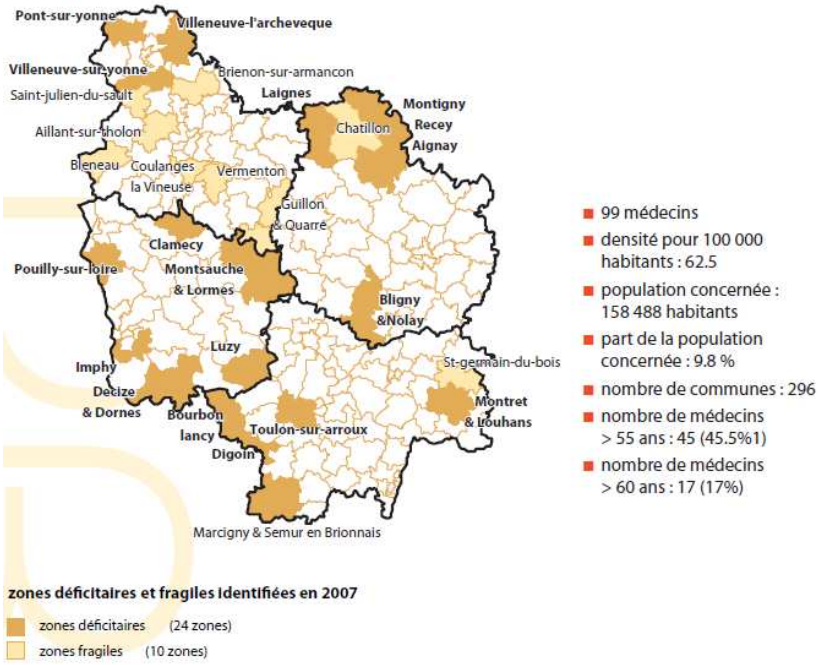
Tableau n°11 : nombre et densité de professionnels de santé libéraux

	Saône et Loire	Bourgogne	France
Médecins généralistes			
Nombre	490	1 577	67 704
Densité	88	96	108
dont praticiens de 55 ans et plus	43	44	48
Médecins spécialistes			
Nombre	370	1 210	59 248
Densité	67	74	94
dont praticiens de 55 ans et plus	33	38	48
Ensemble des médecins libéraux			
Nombre	860	2 787	126 952
Densité	155	169	202

Source: STATISS 2012, densité pour 100.000 habitants

Le PRS confirme les zones de fragilité de Saône et Loire (évaluation des besoins de santé de la population, p.50) :
En Bourgogne, 13 zones ont été reconnues « très sous-dotées » en IDE libéraux, dont Saint Germain du Bois, Montceau-les-Mines et Le Creusot.
Sur les 24 zones déficitaires de Bourgogne, 8 sont en Saône et Loire (voir carte ci-dessous).

Carte n°3 : Zones déficitaires et fragiles identifiées en médecine générale en 2007



Source : PRS cahier 1, p. 48

Taux de professionnels intervenant dans le champ de la psychiatrie

Le taux de psychiatres (salariés et libéraux) est près de **2 fois plus faible en Saône et Loire qu'en France métropolitaine**.

Le différentiel s'est accru en 7 ans.
En effet, la densité de psychiatres est resté stable en France (22,7 et 2005 et 22,6 en 2012). En revanche, la densité en Saône et Loire est passée de 14,5 à 12,8 entre 2005 et 2012.

Tableau n°12 : Densité de professionnels intervenant dans le champ de la psychiatrie

Densité	Saône et Loire	Bourgogne	France
Psychiatres (salariés et libéraux)			
Densité (STATISS 2012)	**12,8**	**15,7**	**22,6**
Rappel : Densité (STATISS 2005)	14,5	16,5	22,7
Psychiatres (salariés exclusifs)			
Densité (STATISS 2012)	**7,7**	**9,7**	**12,2**
Rappel : Densité (STATISS 2005)	8,8	9,8	11,8
Psychiatres libéraux (STATISS 2012)			
Nombre	**28**	**100**	**6 536**
Densité	**5**	**6**	**10**
Orthophonistes			
Densité	**17**	**16**	**26**

Source: STATISS 2012, densité pour 100.000 habitants

4. ANALYSE DE L'ACTIVITE

L'analyse de l'activité du CHS prend comme année de référence 2011 pour deux raisons :

- première année pleine de fonctionnement suite à la nouvelle organisation polaire
- première année de fiabilisation complète de l'utilisation du nouveau logiciel "Cariatides" pour le recueil des données chiffrées d'activité.

a) Psychiatrie générale

Le tableau ci-dessous retrace l'activité de psychiatrie générale sur la période 2011-2013.

Tableau n°13 : activité réalisée en psychiatrie générale entre 2010 et 2013

	2011	2012	2013	%
File active totale	7 818	7 759	7774	- 0.56
File active totale/10 000 h	274	271	272	- 0.6
File active HC	1 300	1 219	1209	
Journées d'hospitalisation complète	111 009	110 716	110 707	- 0.27
D.M.H (DMS en 2010)	85.39	90.82	91.56	+ 6.7
Taux d'occupation	91.00	90.35	90.54	- 0.5
Venues en Hospitalisation de Jour	10 607	10 205	10 175	- 4.2
File active HJ	233	254	221	- 5.4
Actes en activité Ambulatoire (CMP + CATTP)	72 151	74 588	75 645	+ 4.8
File active activité Ambulatoire (CMP + CATTP en 2013)	7 335	7 285	7 343	+ 1.1
File active exclusivement Ambulatoire	6 042	6 064	6 455	+ 6.8
% exclusivement Ambulatoire/file active totale	77.28	78	83	+ 7.4

Source : CH de Sevrey

Observations :

• Grande stabilité de la file active sur la période avec un "taux de recours" aux services du CHS de 272 personnes/10 000h.

• Les prises en charge exclusivement ambulatoires ont augmenté de 7,4% pour atteindre 83% de la file active annuelle, niveau supérieur à la moyenne nationale (75%). Le nombre d'actes (médicaux et soignants) réalisés en CMP et en CATTP (grille EDGAR) est en hausse de près de 4,8%.

• La baisse de l'activité des hôpitaux de jour s'explique par la régulation de l'activité des hôpitaux de jour dits "intra" (12 places) pour des raisons principalement de charge de travail des équipes des unités de soins et de qualité des prises en charge.

Les deux hôpitaux de jour l'un à Montceau (12 places), l'autre à Chalon (20 places) ont connu une hausse de leur file active de 26%.

• L'hospitalisation complète, comptabilisée en journées est en baisse de 2,56% tandis que le taux d'occupation lui aussi baisse de 3% tout en restant légèrement supérieur à 90%. Ces deux chiffres indiquent de moindres difficultés dans la réponse aux demandes d'admissions.
Les données de l'Unité d'Accueil et de Coordination des Soins aboutissent pour 2013 à un taux de satisfaction des demandes d'hospitalisation de 88%.

• Pour la durée moyenne d'hospitalisation qui se situe à 91.56 jours, il convient de préciser l'analyse grâce au tableau ci-dessous :

Durée d'Hospitalisation des patients en HOSPITALISATION COMPLETE camps thérapeutiques inclus Année 2013					
File active POLE A = 976					
File active POLE B = 295					
DUREE		**POLE A**		**POLE B**	
		F.A	**%**	**F.A**	**%**
moins de 21 jours		333	34,12	48	16,27
entre 21 et 60 jours		400	40,98	21	7,12
entre 61 et 90 jours		123	12,60	9	3,05
entre 91 et 120 jours		41	4,20	11	3,73
entre 121 et 150 jours		34	3,48	15	5,08
entre 151 et 180 jours		17	1,74	18	6,10
entre 181 et 210 jours		11	1,13	16	5,42
entre 211 et 240 jours		8	0,82	9	3,05
entre 241 et 270 jours		2	0,20	7	2,37
entre 271 et 300 jours		2	0,20	7	2,37
entre 301 et 330 jours		1	0,10	15	5,08
entre 331 et 365 jours		4	0,41	119	40,34
	TOTAL	976	**100**	295	**100**

File active en hospitalisation complète pour 10 000 h (pop de référence = 285 575 h)
Pôle A : 34,17 patients pour 10 000 h
Pôle B : 10,33 patients pour 10 000 h

La lecture de ce tableau amène les commentaires suivants :

- La durée moyenne de séjour au pôle A "Admissions – Courts Séjours de Psychiatrie Générale" est de 46 jours
- La durée moyenne d'hospitalisation au pôle B "PRISMe "Psychiatrie Réhabilitation Insertion Soins à Médiation" est de 211 jours

Cette différence est conforme aux missions respectives des deux pôles au sein des filières de soins constituées. Elle appelle une réflexion de fond sur la place au CHS des patients dits "chroniques" en se référant à l'enquête réalisée par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) qui retient le critère de 292 j de durée moyenne d'hospitalisation pour caractériser la situation de ces patients.

Alors que l'enquête nationale établit une proportion moyenne de 25% de patients chroniques présents dans l'ensemble des établissements, au CHS ce chiffre se monte à 45% (150 patients au-delà de 292 j d'hospitalisation pour 336 lits installés). La concentration de ces patients est très forte au pôle B "PRISMe "Psychiatrie Réhabilitation Insertion Soins à Médiation" (141 patients soit 73% des patients présents pour 195 lits installés).

Toujours éclairé par l'enquête nationale, il est admis que parmi ces patients "chroniques", les 2/3 ne justifient pas une prise en charge sanitaire mais une orientation en structures sociales ou médico-sociales en fonction de leur pathologie, de leur autonomie, etc (FAM, MAS, Résidence d'accueil…).

Appliqués au CHS, ces deux ratios amènent à considérer qu'environ 100 patients relèvent de ces orientations.

La création de la MHPP avec un secteur sanitaire de 30 lits et une MAS à orientation psychiatrique de 60 places est une réponse tout à fait essentielle à cette situation même si elle ne saurait suffire à elle seule à épuiser la problématique de la réhabilitation.

b) Psychiatrie infanto-juvénile

Le tableau ci-dessus contient les données chiffrées d'activité.

Tableau n°14 : activité réalisée en psychiatrie infanto-juvénile entre 2010 et 2013

	2011	2012	2013	%
File active totale	2 772	2 832	2902	+ 4.7
File active totale / 10 000 h	332	339,24	347,63	+ 4.5
File active HC	107	121	125	+ 16
Journées d'hospitalisation complète	2 064	1 932	1852	- 10
D.M.H.	19,29	16	14,8	- 23.3
Taux d'occupation	63.66	63.46	66.62	+ 4.6
Venues en Hospitalisation de Jour	7 763	8 497	8 223	+ 5.9
File active HJ	175	200	198	+ 13.1
Actes en activité Ambulatoire (CMP+CATTP)	25 378	27 563	30 635	+ 20.7
File active activité Ambulatoire (CMP+CATTP)	2 951	2 789	2 871	- 2.7
File active exclusivement Ambulatoire	2 364	2 401	2 584	+ 9.3
% exclusivement Ambulatoire/file active totale	85.25	84	89	+ 4,4

Source : CH de Sevrey

Observations :

• La hausse de la file active de pédopsychiatrie, avec une progression de 4,7% et un "taux de recours" de 347 personnes/10 000 habitants, marque l'augmentation constante de la demande en soins constatée nationalement.
En moyenne par an, plus de 40% des patients sont des nouveaux patients.

• La progression de la file active en hospitalisation complète articulée avec la baisse du nombre de journées réalisées, le raccourcissement de la durée moyenne d'hospitalisation et la diminution du taux d'occupation traduit le fort dynamisme de ces services après la révision des capacités (- 2 lits à l'unité "La Source") et l'évolution de l'unité "Cascade" en hôpital de semaine.
Ce dynamisme est également le résultat de l'important travail en réseau développé sur la période.

• L'augmentation de l'activité pour l'ensemble du dispositif extra-hospitalier (H.J et activité ambulatoire) avec un nombre d'actes significativement en hausse (+ 20,7%), conséquence d'une complexité accrue des prises en charge.

5. ANALYSE DES EFFECTIFS DU CH DE SEVREY

Pour réaliser cette analyse, nous avons comparé les effectifs médicaux et non médicaux de psychiatrie générale d'une part et de psychiatrie infanto-juvénile d'autre part du CH de Sevrey aux moyennes nationales issues du travail réalisé en 2007 par le DREES et coordonné par Mme Coldefy (« La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques »).
L'objectif de ce travail est d'identifier les effectifs en personnel du CH de Sevrey affectés à l'activité « classique » d'un secteur de psychiatrie, afin de les comparer à la moyenne nationale d'un secteur rattaché à un CHS.
Nous avons exclu de l'analyse le pôle médico-technique réalisant une activité non sectorielle.

Les populations de référence utilisées sont les suivantes :
Psychiatrie générale : 360 000 habitants en population générale sur le territoire couvert par les équipes du CH de Sevrey.
Psychiatrie infanto-juvénile : 80 352 habitants de moins de 20 ans sur le territoire couvert par les équipes du CH de Sevrey (en appliquant à ce territoire la part des moins de 20 ans du département de Saône et Loire).

a) Psychiatrie générale

La population prise en charge par les pôles A, B et C correspond à un peu moins de **5 secteurs standards**.
Le taux d'encadrement moyen en personnel non médical au CH de Sevrey est de 10,7 ETP pour 10.000 habitants, inférieur à la moyenne nationale (11,3 ETP pour 10.000 habitants), soit **- 5%.**
Il manque 21.6 ETP au CH de Sevrey pour atteindre la moyenne.

Effectifs non médicaux en psychiatrie générale

Pôles	A	B	C	Total
Effectif global ETP	117.80	171.70	98.80	**388.3 ETP**

Source : contrats de pôles mars 2014

Sur le même périmètre polaire, on observe que le taux d'encadrement médical est **très inférieur** à la moyenne nationale (23 ETP PM, soit 0,639 ETP PM pour 10.000 hab., pour une moyenne nationale à 0,787 ETP PM pour 10.000 hab.), soit **près de moins 20%**.
Il manque 5 médecins au CH de Sevrey pour atteindre la moyenne.

Effectifs médicaux en psychiatrie générale (hors internes)

Pôles	Effectifs de référence en ETP	Effectifs réels rémunérés	Différentiel	Notes*
A	12,60	10 *	-2,60	dont 1 DIM
B	7,40	4	-3,40	
C	10,70	9 *	-1,70	dont 2 UMU + 1 UCSA
Total	**30,70**	**23**	**-7,70**	

Source : DRH AM au 1/04/2014

Le nombre d'internes est un peu plus élevé que la moyenne (8 pour moins de 5 attendus).

Malgré le déficit de temps médical, la file active annuelle est comparable à la moyenne nationale (7.774 patients).

b) Psychiatrie infanto-juvénile

La population enfantine desservie par le pôle de Sevrey correspond à **1,75 intersecteur de pédopsychiatrie moyen national**.

Le taux d'encadrement non médical au CH de Sevrey est de 15,5 ETP PNM pour 10.000 hab., **comparable à la moyenne nationale** de 15,04 ETP PNM / 10.000 enfants de moins de 20 ans, soit **+3%**.

Effectifs non médicaux en psychiatrie infanto-juvénile

Pôle	Effectif global ETP
D	124,40

Source : contrats de pôles mars 2014

Le taux d'encadrement médical au CH de Sevrey est légèrement plus favorable : 10 ETP (soit 1,24 ETP PM / 10.000 enfants de moins de 20 ans) pour une moyenne nationale de 1,17 ETP PM / 10.000 enfants de moins de 20, soit **+ 6%.**

Effectifs médicaux en psychiatrie infanto-juvénile (hors internes)

Pôles	Effectifs de référence en ETP	Effectifs réels rémunérés
D	10	10

Source : DRH AM au 1/04/2014

Ces différentiels peuvent s'expliquer par l'existence de missions départementales assumées par l'équipe du CH.

La file active annuelle est supérieure à la moyenne nationale (2 902 patients pour 2 500 patients en moyenne), soit **16% de plus que la moyenne nationale.**

Démographie médicale au CH de Sevrey

En complément des éléments ci-dessus, il convient d'anticiper l'évolution de la démographie médicale sur le CH de Sevrey.
En effet, 12% des praticiens du CH de Sevrey ont plus de 60 ans, **32,5% ont plus de 55 ans** (voir tableau ci-dessous).
Ces chiffres sont légèrement plus favorables que la moyenne régionale, puisque le SROS identifiait sur la région **56% de praticiens de 55 ans et plus**.

Tableau n°15 : Répartition des praticiens du CH de Sevrey par tranche d'âge

Âge des praticiens	Nombre	Pourcentage
< ou = 40 ans	**9**	**22,5 %**
41 à 55 ans	**18**	**45 %**
56 à 60 ans	**8**	**20 %**
> 60 ans	**5**	**12,5 %**
TOTAL	**40**	

Source : CH de Sevrey

6. REGARD DES PARTENAIRES

Le point de vue que portent les nombreux partenaires du CHS sur sa manière d'accomplir ses missions, sur sa disponibilité envers leurs préoccupations et leurs attentes est restitué à l'issue d'entretiens et de tables-rondes organisés durant la période de diagnostic.

Une enquête auprès des médecins libéraux a été menée en février 2013.

Pour l'ARS, dans la continuité des actions menées ces dernières années et en correspondance avec le SROS et le CPOM, l'établissement doit accorder une place prépondérante au thème de la réhabilitation psycho-sociale et à l'articulation avec les secteurs partenaires sanitaires médico-sociaux et sociaux dans la logique du parcours de soins pour les adultes comme pour les enfants (séjours de rupture, complémentarité de prises en soins)

A ses yeux, compte tenu de la réorganisation architecturale prévue, un fort enjeu existe sur ce projet médical en direction de nouvelles prises en charge (addictologie, jeunes adultes).

Les partenariats existants sont d'ampleur et d'intensité variables et recueillent une appréciation naturellement différente en fonction de celles-ci même si, globalement, chacun s'accorde à considérer que des efforts certains sont fournis par le CHS pour accroître sa présence et son soutien auprès d'eux.

La complexité des actions à mener et les difficultés existantes en termes de moyens sont présentes à l'esprit des partenaires.

Les collaborations établies avec les CH du territoire de suite Nord-Saône-et-Loire illustrent cette situation.

Le CH de Chalon est très satisfait du service rendu et n'évoque pas de dysfonctionnements importants. Ces coopérations vont être renforcées grâce à l'accord cadre en cours de rédaction.
Bien que le partenariat soit satisfaisant, le CH de Montceau souhaite un renforcement des liens pour consultation en urgence, les situations complexes, ainsi que pour certaines prises en charge spécialisées (TCA, ados-jeunes adultes) afin de permettre une continuité des soins avec un retour d'information aux équipes.
Les représentants de l'hôpital du Creusot, en revanche, regrettent l'effritement des interventions des équipes du CH de Sevrey, même s'ils sont conscients des contraintes liées à la baisse de la démographie médicale.

Les autres établissements sanitaires du département intervenant dans le champ de la santé mentale (**CH de Macon et la clinique Val Dracy**) sont très satisfaits de l'organisation départementale mise en place fin 2013 pour les hospitalisations sans consentement. Ces structures soutiennent le CH de Sevrey dans ses projets à vocation départementale (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, voire addictologie).

Dans les champs médico-social et social, les représentants des structures sociales et médico-sociales (Maison relais, SAVS, CAMSP, ESAT) rencontrés font une analyse contrastée de la collaboration et souhaitent la renforcer et la formaliser davantage.

Les représentants de la municipalité de Chalon se réjouissent des liens construits au fil du temps, ainsi que de la perspective d'avancer plus avant grâce à la mise en place en 2014 d'un Conseil Local de Santé Mentale. Les questions majeures autour du logement et du transport des patients, ainsi que de la prise en charge des situations complexes pourront y être abordées et traitées.

De leur côté, les usagers insistent sur la bonne prise en compte de leurs avis dans les instances auxquelles ils participent. Toutefois ils mettent en évidence une attente accrue des familles, notamment sur l'information médicale et sur l'ouverture de l'établissement en leur direction. Ils reconnaissent la bonne qualité des soins délivrés.

Des attentes sont également formulées concernant la préparation de la sortie, l'accompagnement des familles dans la connaissance de la pathologie du proche pris en charge (éducation thérapeutique des familles), ainsi que sur l'importance de la coordination des différentes intervenants dans l'accompagnement à la sortie du patient (CMP, médecin traitant, SAMSAH, structures sociales et médico-sociales,…).

En conclusion de cette première partie, nous souhaitons particulièrement insister sur l'évolution de la "culture institutionnelle" que les équipes du CHS ont entreprise pour rendre possible et réussir les mutations mises en place entre 2009 et 2013.

L'appropriation progressive du nouveau cadre d'action thérapeutique, la construction de filières soins intra-hospitalières, la reconfiguration du dispositif extra-hospitalier, l'amplification du travail partenarial ont permis au CHS de poser des bases solides pour enclencher un nouveau cycle de développement.

Ce mouvement a été fortement "dynamisé" par la mise en correspondance entre l'organisation polaire et les enjeux auxquels l'établissement est confronté. Cette cohérence a débouché sur une pratique de la contractualisation qui a globalement répondu aux attendus de la gouvernance en termes de clarification de ces enjeux, de définition contractuelle des objectifs, de responsabilisation des parties et d'évaluation partagée des actions. D'une manière générale, elle a offert un espace de dialogue très constructif et a été un élément de motivation et de mobilisation institutionnelles tout à fait certain.

Sur ce socle, le CHS est conforté dans sa capacité à proposer de nouveaux projets qui doivent le qualifier dans son rôle d'établissement psychiatrique de référence à l'échelle du Département.

DEUXIEME PARTIE : VERS LE NOUVEL HOPITAL : NOUVELLES APPROCHES ET NOUVELLE ARCHITECTURE

Au cœur du projet médical 2014-2018, il y a une réflexion de fond sur la réévaluation des modalités d'accomplissement des missions du CHS en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile.

Ce travail de réévaluation a été conduit en prenant en compte les orientations du SROS et du CPOM et en s'appuyant sur les constats tirés de l'analyse des enjeux mis clairement en lumière au fur et à mesure de la réalisation du précédent projet médical.

Il s'agit donc de proposer de nouvelles approches pour affermir le rôle du CHS en tant qu'établissement de santé spécialisé sur le volet hospitalisation comme en matière de soins extra-hospitaliers et pour enrichir son offre thérapeutique en apportant des réponses à des problématiques non traitées et/ou émergentes à l'échelle du territoire de santé et du Département.

La démarche engagée vise à améliorer l'attractivité du CHS, tant pour les patients que pour les professionnels, en constituant des pôles de référence intégrés aux pôles cliniques existants, pôles d'excellence nécessitant le développement d'expertises thérapeutiques et la consolidation des compétences soignantes sur des prises en charge spécifiques.

Enfin, ces nouvelles approches intègrent dans leurs finalités et dans leurs méthodes de mise en pratique les notions de parcours de soins et de parcours de vie. Ces notions impliquent comme priorités l'élaboration de processus pour favoriser la "dé-hospitalisation" des prises en soins, l'accompagnement psycho-social renforcé par un intense travail partenarial.

Ces axes stratégiques dessinent un programme dont la réalisation oblige à penser l'établissement en fonction de nouveaux équilibres à la fois territoriaux (conjuguer les activités déployées à l'échelle du territoire de santé avec celles à dimension départementale), institutionnels (cohabitation d'un secteur sanitaire recentré sur sa vocation et d'un secteur médico-social augmenté : handicap psychique, personne âgée), médicaux (allier psychiatrie générale et psychiatrie spécialisée, répartition des missions et des ressources entre hospitalisation et soins extra-hospitaliers).

Ainsi présentée, cette construction de nouveaux équilibres concerne ce que l'on pourrait appeler de manière très simplifiée, le contenu des missions du CHS.

Les évolutions novatrices et structurantes que le CHS a mis en œuvre et qu'il entend poursuivre et approfondir ne peuvent pas ne pas connaître de traduction au regard du "contenant" en termes de nouveaux équilibres patrimoniaux touchant l'architecture et l'organisation spatiale des pôles sur le site de Sevrey.

Sans entrer dans un exposé sur l'importance de ces questions en puisant dans la longue histoire de la thérapie institutionnelle en psychiatrie, garantir l'avenir du CHS oblige à terme à engager sa reconstitution.

Les grandes lignes de cette reconstruction ont été développées dans un document baptisé "Document Blanc" qui a été soumis aux instances du CHS et transmis officiellement à l'Agence Régionale de Santé.

Pour s'accomplir pleinement, le présent projet médical nécessite que l'établissement puisse se projeter dans un hôpital reconstruit, moderne, respectueux des droits et des attentes des patients, dont la conception est pensée dans un rapport optimal avec l'organisation des soins et avec l'objectif d'améliorer les conditions générales d'exercice professionnel en particulier celles, spécifiques, connues en hôpital psychiatrique.

C'est sur la richesse et le potentiel accumulés au service des patients, des partenaires, illustrés à travers les projets réalisés, ceux en cours d'achèvement et ceux proposés que se fonde l'avenir le CHS.

A. AXES STRATEGIQUES ET FICHES-ACTION

Pour la psychiatrie générale, le Centre Hospitalier a retenu 3 axes stratégiques :

- Axe A : Promouvoir des spécialisations psychiatriques
- Axe B : Structurer la filière et le réseau "Réhabilitation psycho-sociale"
- Axe C : Développer la géronto-psychiatrie, volet sanitaire et volet médico-social.

Chaque axe stratégique comporte deux fiches action.

La psychiatrie infanto-juvénile qui constitue un axe stratégique en elle-même, l'Axe D, présente trois fiches action.

PREALABLE :

RAPPEL SYNTHETIQUE DES OBJECTIFS ET DES ORIENTATIONS DU SROS ET DU CPOM

- SROS

. Psychiatrie générale

- Soins ambulatoires
  - CMP renforcé : développement des VAD, amplitude plus large des horaires d'ouverture
  - Réponse téléphonique professionnelle (par un IDE) organisée la nuit et le week-end, sur un site hospitalier par territoire.
  - Participation des psychiatres libéraux à la réponse non programmée (téléphonique, consultation)

Populations en situation précaire
- Bilan des EMPP

Personnes âgées
- Mettre en place des équipes mobiles de gérontopsychiatrie
- Réserver du temps d'HdJ pour l'accueil des personnes âgées
- Définir des unités spécifiques pour les patients vieillissant souffrant de troubles psychiatriques
- Organiser un accueil en urgence permettant la réalisation de soins de gérontopsychiatrie aigus
- Poursuivre la formation des personnels

Personnes ayant une conduite addictive
- Implantation de soins complexes dans chacun des territoires de santé actuels dans le cadre d'un niveau 2.

Adolescents
- Évaluer le fonctionnement des MDA
- Soutien en soins psychiatriques à des structures expérimentales pour des jeunes en grandes difficultés socio-éducatives.

Mère / enfant
- Augmentation du nombre de journées consacrées aux consultations et HdJ mère/enfant de Chalon

- CPOM

Annexe 1 : orientations stratégiques au regard du PRS
- Maintenir l'astreinte sur le site du CHS
- Organiser une astreinte téléphonique (IDE) à destination des acteurs de soins de premier recours sur des créneaux horaires à déterminer
- Conduire le projet de MHPP

- Rechercher une solution alternative au projet d'accord cadre CHS – Clinique St Rémy afin de réaliser le regroupement des structures extra hospitalières de pédopsychiatrie du Chalonnais
- Mener à bien le regroupement des structures extra hospitalières adultes et enfants du Louhannais

Annexe 2 : développer les coopérations territoriales

- Conduire une réflexion sur l'utilisation de la télémédecine.
- Élaborer avec le CH de Mâcon des scénarii visant à définir d'une part, une stratégie commune pour l'organisation territoriale de la psychiatrie en Saône et Loire et d'autre part, les outils permettant de la mettre en œuvre.
- Élaborer et mettre en œuvre un accord-cadre de coopération avec le CH de Chalon, support unique des collaborations médicales et médico-techniques actuelles et à construire.
- Participer à la mise en œuvre de la convention de coopération relative au transfert et à la prise en charge de patients hospitalisés sous contrainte.
- Consolider les modalités d'appui aux structures médico-sociales.
- Renforcer la prise en charge des patients relevant d'addictologie.
- Participer aux différents groupes de travail relatifs à la psychiatrie (parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique, etc.).
- Renforcer l'EMPP afin d'assurer une couverture de l'ensemble du territoire départemental dans le cadre d'un partenariat à établir avec les autres acteurs concernés, dont le CH de Mâcon.
- Développer l'articulation avec la ville et les acteurs locaux dans le cadre de réseaux territoriaux (Autunois-Morvan notamment) et/ou de conseils locaux de santé mentale (Grand Chalon notamment).

1. PSYCHIATRIE ADULTE

a) Axe A : Promouvoir des spécialisations psychiatriques

En accord avec les orientations du SROS et du CPOM, il s'agit :

- d'allier psychiatrie adulte polyvalente et spécialisations psychiatriques afin de répondre à des besoins existants ou émergeants identifiés sur le territoire de santé et sur le Département
- d'améliorer l'attractivité du CHS pour les patients et pour les professionnels en créant des pôles de référence intégrés aux pôles cliniques
- de maintenir la dynamique thérapeutique des pôles cliniques en enrichissant les expertises et les compétences soignantes.

FICHE A.1 : GROUPE "ADDICTOLOGIE"
Mise en place d'une unité d'addictologie

Référents

- Dr Ch FERNANDEZ
- Mme BONVALOT

Contexte et objectifs

Contexte :

Cette unité est issue d'un projet qui s'inscrit dans un partenariat avec le CH W. Morey : capacités prévues :

- 6 lits somatiques de sevrages complexes somatiques dans le service de gastro-entérologie à WM.
- 6 lits de sevrages complexes psychiatriques au CHS pour des patients présentant des co-morbidités psychiatriques importantes.

Organisation au CH de Sevrey

- L'unité d'addictologie de consultations rattachée au pôle E, assure actuellement deux ½ journées de temps médical et cinq ½ journées de temps infirmier.
- L'unité assure des consultations individuelles et des activités de groupe (notamment sophrologie, groupe de parole,…). Cette activité est majoritairement assurée pour les patients hospitalisés au CH de Sevrey.
- Parmi les patients accueillis, les addictions portent pour 1/3 sur le tabac, 1/3 sur l'alcool et 1/3 sur les autres addictions. La majorité des patients présente des poly addictions.
- Actuellement, l'unité atteint son seuil de saturation et ne peut envisager un développement de son activité en l'état.
- 13% des patients admis au CHS présentent des pathologies addictives associées. Ces patients constituent 10% des patients du pôle A.
- Des sevrages sont assurés au sein du pôle A, avec éventuellement l'appui de l'unité d'addictologie du pôle E.
- Les articulations prises en charge en intra et prises en charge en ambulatoire doivent être précisées.

Description du tissu de partenaires

Le dispositif partenarial ambulatoire se compose de 2 opérateurs principaux :

- Le CSAPA de l'ANPAA 71 sur l'ouest et le sud du département
- Le CSAPA de L'association « La Sauvegarde » sur le nord et l'est du département

Il s'agit de 2 CSAPA généralistes.

Le partenariat concerne en premier lieu La Sauvegarde. Le CSAPA se trouve dans une situation de saturation du fait de la fermeture du CCAA de Chalon.

Des liens existent avec des structures de post-cure. Ces liens sont assez peu formalisés. Une filière de prise en charge en addictologie n'est pas à proprement parler mise en œuvre de façon effective.

Objectifs :

- Définir précisément le projet hospitalier d'addictologie

- Préciser les articulations entre l'unité d'hospitalisation et les prises en charge en ambulatoire
- Préciser le partenariat avec le CHWM
- Identifier les partenaires sociaux et médico-sociaux (CSAPA, centre de post-cure,...) et préciser les collaborations

Description de l'action

1) Mise en place d'une unité d'addictologie au CH de Sevrey

Le projet prévoit la création d'une unité d'hospitalisation par **transformation** de 6 lits de Psychiatrie en 6 lits de médecine dédiés à l'Addicto au sein d'une unité ouverte, Emeraude, du Pôle A.

L'objectif du projet est de créer au sein du pôle une filière qui aura vocation à diffuser dans l'ensemble de l'établissement et viendra épauler à terme les unités de soins du CHS par un travail de liaison pour ce type de prise en charge.
Il conviendra d'inscrire dans un second temps ce partenariat interne dans le projet de soins.

Le parcours de soins et le règlement intérieur ont été rédigés par le groupe de travail coordonné par les Dr Berthelard et Ch. Fernandez :
- L'objet,
- Les missions,
- Les objectifs thérapeutiques,
- Les moyens,
- Le fonctionnement

Des questions restent en suspens comme la localisation des lits :
- Faut-il une unité de lieu dédiée, avec les 6 lits regroupés au sein de l'unité Emeraude ?
- Les lits peuvent-ils être répartis dans l'unité en fonction des patients, sous réserve de maintenir les prises en charge spécifiques et de garantir le suivi du nombre de séjours et de journées réalisés ?

2) Préciser les articulations entre l'unité d'hospitalisation et les prises en charge en ambulatoire

En complémentarité de la filière constituée au sein du pôle A, il convient de prévoir l'articulation avec les suivis réalisés en ambulatoire dans les CMP.
Plusieurs options pourront être travaillées :
- Faut-il mettre en place des soignants-relais dans chaque CMP, par bassin ?
- Quels outils de relations formalisées avec les CMP : fiche de liaison informatisée spécifique ou ajout d'un item sur la fiche existante ? Traçabilité possible actuellement sur Cariatides.

Ces points seront à construire avec le chef du pôle C et ses équipes.

3) Préciser les collaborations avec les partenaires

- Le CHWM

Le lien avec l'Unité d' Addictologie spécialisée dans les sevrages somatiques complexes du CHWM est formalisé dans le cadre du présent projet.
Un partenariat avec les services de Médecine du Centre Hospitalier W.MOREY doit être affiné pour assurer la réalisation des soins somatiques, en lien avec le plateau technique de l'Unité Intersectorielle de Médecine Somatique.

- Les CSAPA,

Les liens avec les différents CSAPA devront être revus et faire l'objet de conventions.

- Les centres de post-cure

Concernant les structures de post-cure et de soins de suite, il convient d'attendre le fonctionnement en routine avant de développer un partenariat.

Synergie et partenariats

Réflexion associant en interne les équipes pluridisciplinaires des pôles A et C.
Réflexion impliquant en externe les principaux partenaires : CHWM, CSAPA, centres de post-cure.

Moyens à mettre en œuvre

Acquisition du logiciel de codage et de facturation de l'activité
Formation des équipes à l'addictologie (1 praticien hospitalier en psychiatrie supplémentaire, IDE,…)
Participation à des colloques et journées d'études.
Formation des équipes médicales au codage de l'activité

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Mise en place de l'unité d'addictologie		2015	Dr Ch Fernandez / Dr Bader
1	Finalisation du projet (articulation avec CHWM)	2014	
2	Acquisition du logiciel	2014	
3	Formation des équipes au codage	Nov 2014	
4	Formation des équipes à l'addictologie	2014 - 2016	
5	Mise en œuvre du projet	Janvier 2015	

Indicateurs de suivi et de résultats (inscrits dans le contrat de pôle)

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre de séjours, journées (T2A)		Semestrielle
Suivi des DMS (T2A)		Semestrielle
Suivi de l'activité ambulatoire pour des prises en charge en addictologie		Semestrielle
File active des prises en charge en addictologie en intra		Semestrielle
Suivi de l'activité de l'unité d'addictologie du pôle E		Semestrielle

FICHE A.2 : GROUPE "JEUNES ADULTES"
Création d'un Hôpital de Jour

Référents

- Dr DUPERRET
- Mme SARRE

Contexte et objectifs

Contexte :
Le projet concerne les patients aux caractéristiques suivantes :

- La tranche d'âge des patients concernés par ce projet : 16 à 25 ans.
- Profil pathologique : 2 populations
  - Patients entrant dans la psychose
  - Patients issus des services de pédopsychiatrie ou établissements médico-sociaux avec des soins psychiatriques plus ou moins continus

Des précisions sont apportées sur ces 2 profils de patients :

1. **Patients entrant dans la psychose :**

Le contact avec les équipes du CHS se fait soit par les CMP, soit par une hospitalisation en unité d'admission.
Pour beaucoup de patients, à la suite d'une hospitalisation, le retour au domicile et le relai avec le suivi en ambulatoire se passent bien.
Pour d'autres, lorsque le maintien des études et/ou de l'emploi est difficile, lorsque l'équilibre familial est rompu et lorsque l'expression de la pathologie est plus prononcée, il faut envisager une prise en charge en ambulatoire plus importante actuellement indisponible en hôpital de jour.
Le nombre de patients présentant ces caractéristiques n'a pu être précisé en séance.
Par ailleurs, lors de l'hospitalisation au pôle A, les activités proposées aux patients ne sont pas systématiquement adaptées à cette tranche d'âge : tricot, cuisine,…

2. **Patients issue de la pédopsychiatrie :**

Il pourrait s'agir d'un espace de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ayant pour objectifs :

- la primauté des relations avec les familles et/ou les établissements médico-sociaux
- la primauté de la psychothérapie individuelle et de groupe
- la mise en œuvre de l'éducation (réhab)
- le travail à faire sur l'acceptation de la maladie (avec les parents et les jeunes)
- le travail spécifique sur la prise en charge des jeunes adultes
- l'articulation de la continuité de la prise en charge (relai avec les structures extra-hospitalières)

Une analyse quantitative a été réalisée et a identifié **13 jeunes de 16 à 18 ans** nécessitant une prise en charge en HdJ plus importante qu'actuellement aux Cèdres bleus (un jour et demi).

140 patients entre 16 et 25 ans hospitalisés au CHS de 2013.

La pathologie présentée par ces patients est décrite dans le tableau ci-dessous :

PATHOLOGIES	%
Troubles psychiatriques aigus	3,5
Entrée dans la maladie psychiatrique chronique	12
Troubles de l'humeur	10
Syndrome dépressif	10
Tentatives de suicide	3,5
Troubles du comportement	15
Addiction	17
Autisme + troubles envahissants du développement	5
Epilepsie	1
Retard mental + troubles psychiatriques	10
Troubles psychiatriques somatiques	13
TOTAL	**100%**

Objectifs :
- Répondre aux besoins de prises en charge des jeunes adultes
- Adapter ces prises en charge aux spécificités des populations concernées
- Développer les compétences et les outils appropriés
- Développer la coopération entre les diverses équipes de psychiatrie du CH, notamment la pédopsychiatrie
- Renforcer les collaborations avec les partenaires du champ social et médico-social

Problématique :
- En quoi la création d'un dispositif spécifique va-t-il répondre aux besoins des jeunes adultes ?

Description de l'action

Pour répondre aux besoins identifiés ci-dessus, il est proposé de mettre en place un Hôpital de Jour compris entre 12 et 15 places.

Projet de soins de l'hôpital de jour :
L'hôpital de jour devra être organisé pour accueillir en alternance des patients venant de pédopsychiatrie et des patients issus des unités d'hospitalisation adultes avec une organisation des prises en charge de groupe mais surtout des prises en charge individuelles en fonction de l'âge et de la pathologie des patients.
Les prises en charge individuelles et groupales n'ont pas été détaillées.
Ce projet pose également la question de l'extension de l'UISAM.
Des prises en charge conjointes (séquentielles) sont prévues avec les structures partenaires.

Sur la base d'un planning type, des activités de groupe, individuelles, des temps de réunions, des psychothérapies,… ont été proposés. Ce document peut représenter une base de travail. Il conviendra de le compléter après avoir défini le nombre et les orientations des groupes.

Admission en hôpital de jour :
La problématique de l'admission des patients dans cette structure est à définir. Un dossier d'admission sera à créer. Il faut prévoir un temps d'évaluation qui sera déterminé en réunion et une grille d'évaluation pour les relais entre les passages d'un pôle à l'hôpital de jour. L'accueil des jeunes qui ne sont pas connus de la psychiatrie doit être précisé. Il est important d'identifier comment l'accueil sera articulé avec la prise en charge.
La question de l'accueil en urgence est à réfléchir.

Articulation de l'hôpital de jour :
Les articulations de cet hôpital de jour doivent être envisagées avec l'ensemble des dispositifs de soins prenant en charge cette tranche d'âge :

- Le pôle D
- Les unités d'admission du pôle A
- Les structures ambulatoires du pôle C (relais avec l'extra hospitalier)
- Les partenaires extérieurs : MDA, logements accompagnés, ESAT,…

Un bilan des partenariats a été amorcé. Il doit être poursuivi et complété, notamment en précisant l'importance du partenariat, le profil des patients accueillis et les attentes vis-à-vis de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie générale en termes d'appui, de prises en charge conjointes.

Une équipe mobile pourrait être envisagée pour compléter ce dispositif et pour accompagner ce travail d'articulation avec les partenaires.

Synergie et partenariats

Développement de synergies avec le pôle A, le pôle C et le pôle D.
Développement des complémentarités avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Moyens à mettre en œuvre

Ce projet sera mené à effectif constant.
Des formations sont à prévoir pour accompagner les équipes dans la mise en œuvre de ces nouvelles prises en charge.

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Définition du projet de soin		**2017**	**Dr Duperret /Mme Sarre**
1	Confirmation du profil des patients (âge, pathologie,…)	2015	
2	Définir le nombre et les orientations des groupes	2015	
3	Préciser l'organisation de l'HdJ et définir la composition de quantitative et qualitative de l'équipe	2015	
4	Développement des formations des agents	2015-2016	
5	Mise en œuvre du projet	2016 – 2017	
Renforcement des partenariats		**Tout au long du PM**	
Ouverture de l'HdJ jeunes adultes			

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre d'agents formés		Annuelle
Nombre de patients pris en charge à l'HdJ		Annuelle
Nombre de prises en charge conjointe avec les structures partenaires		Annuelle
Suivi des listes d'attentes pour l'HdJ		Semestrielle

b) Axe B : Structurer la filière et le réseau “Réhabilitation“

En accord avec les orientations du SROS et du CPOM, il s’agit :

- d’articuler une filière graduée de soins et d’accompagnement psycho-social renforcée pour la réhabilitation et la réinsertion des patients
- d’organiser les structures et de mobiliser les compétences et les outils dédiés
- de faire émerger une “culture“ de la réhabilitation
- d’élargir et d’intensifier les partenariats autour des parcours de soins et de vie.

FICHE B.1 : GROUPE "RÉHABILITATION"
Création d'une unité "Réhabilitation"

Référents

- Dr DUPERRET
- Mme SARRE

Contexte et objectifs

Contexte :

- La réorganisation polaire définie selon une logique de filière de soins a permis au pôle PRISMe d'envisager la prise en soin des patients sur le concept de réhabilitation.
- Constat actuel :
  - 155 patients sont hospitalisés plus de 292 jours
  - Près d'une centaine de patients relèvent d'une structure sociale ou médico-sociale
- Le manque de spécification de nos unités (mélange des pathologies, manque de compétences spécifiques, manque de moyens, locaux inadaptés…) ne permet pas aujourd'hui d'offrir des soins optimums aux patients hospitalisés au long cours.
- Sur cette problématique, le pôle B a mis en place **un système de « référent »** pour les structures médico-sociales partenaires. Ce système permet de personnaliser les relations, d'accompagner les équipes des structures partenaires dans la prise en charge de ces résidents, d'anticiper et/ou de préparer les hospitalisations. Des séjours temporaires sont organisés pour les patients qui sont en rupture de traitement ou en crise. Un contrat moral est instauré avec la structure qui s'engage à reprendre le patient au bout de 3 semaines environ. Par ailleurs, des stages croisés ont également été mis en place avec les structures médico-sociales.

Objectifs :

- Mettre en œuvre la réhabilitation comme moyen d'accompagnement de la maladie :
  - en utilisant différents outils tels que : remédiation cognitive, entrainement aux compétences sociales, éducation thérapeutique, soutien aux familles, psychothérapies…
  - en développant des compétences et outils appropriés
- Développer la coopération entre les diverses équipes de psychiatrie adulte intra-ambulatoire
- Renforcer les collaborations avec les partenaires du champ social et médico-social
- Travailler en collaboration étroite avec l'équipe mobile de réhabilitation (suivi, réinsertion, réseaux…)

Problématique :

- En quoi la création d'une unité d'hospitalisation spécifique de réhabilitation va-t-elle répondre aux besoins des patients en quête d'autonomisation et de réinsertion ?

Description de l'action

1) <u>Définition des missions de l'unité :</u>

- Promouvoir la réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Effectuer une évaluation et un accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques grâce à l'utilisation d'outils thérapeutiques spécifiques dans un contexte d'accompagnement personnalisé par des professionnels formés et certifiés.
- Mobiliser les patients conscients de leur pathologie, de leur besoin de soins et/ou adhérant à la démarche thérapeutique.
- Travailler en partenariat avec l'extra-hospitalier et les structures médico-sociales.

2) Travail sur l'instauration « d'un état d'esprit », d'une culture de la Réhabilitation

Ce travail s'appuie sur la formation des équipes, les visites de structures de réhabilitation mises en place dans d'autres établissements (Vinatier par exemple) et le partage de modèles conceptuels. Ce travail doit aboutir à la mise en place d'actions concrètes de réhabilitation au sein du pôle.
Cette action a vocation à être élargie aux autres pôles adultes (A et C), puisque les équipes sont directement confrontées à la question de la réhabilitation des patients pris en charge :

- Quelles actions de réhabilitation peuvent être envisagées dès l'entrée dans l'institution, même pour une prise en charge de courte durée (dans le pôle A) ?
- Quels renforcements des activités déjà réalisées dans les structures ambulatoires (consultations, VAD, activités groupales [habilités sociales, éducation thérapeutique]) du pôle C ?

3) Définition du projet de soin

Le point majeur de la prise en charge est l'étape consacrée à l'évaluation du patient. Celle-ci doit être très précise afin de permettre d'adapter les outils de soins aux besoins du patient.
L'objectif est de prendre en charge des patients conscients de leur pathologie, de leur besoin de soins et/ou adhérant à la démarche thérapeutique.

De nombreux outils sont identifiés, en fonction des objectifs thérapeutiques :

- Diagnostic social (compétences sociales)
- Groupe d'éducation thérapeutique
- La remédiation cognitive : RECOS, MCT, IPT de Brenner, Remédiation cognitive et entrainement des compétences sociales, entrainement aux habiletés sociales, TOM
- Psycho-éducation : mieux comprendre sa maladie pour mieux se soigner et éviter les rechutes
  - TIPP
  - Ateliers (horticoles, rénovations et peintures, menuiserie…)
- Groupe familial : espace d'échange avec les familles
- Organiser le relais extra ou autres partenaires (SAVS,…)

Les différents outils à développer demandent une réelle formation et des compétences avérées pour les professionnels. Le travail avec les familles notamment, revêt une grande importance.
Il est souhaitable au départ de développer une démarche d'acquisition de compétences polyvalentes pour les équipes avec des temps de supervision et apprendre à observer le patient autrement.
Il est nécessaire de bien clarifier la démarche de prise en charge et son cadre : unité d'hospitalisation, suivi ambulatoire, équipe mobile…

Le projet de soins doit être accompagné d'un contrat de soins avec le patient précisant les engagements réciproques.

Evaluation du dispositif de soins
Pour le suivi des patients, après la définition d'un projet personnel individualisé, un tableau de bord avec Cariatides pourrait être construit.
L'objectif de cet outil est de suivre sur une durée longue le parcours du patient entre les prises en charge en psychiatrie et les prises en charge en institution.

4) Renforcement du travail avec les partenaires

Le travail avec les partenaires sociaux et médico-sociaux est essentiel.
L'objectif du projet est de repenser les conventions avec les partenaires en y inscrivant **les engagements réciproques** pour les patients que l'on souhaite faire sortir mais aussi pour les patients déjà sortis ou placés.

Pour le CH de Sevrey :

- Organiser le suivi du patient après son admission dans la structure
- Identifier un interlocuteur spécifique (référent) pour répondre aux sollicitations de la structure

Pour les structures médico-sociales :

- Contacter le référent identifié avant d'adresser le patient au CH
- Reprendre le patient après une prise en charge au CH

Ces conventions seront évaluées tous les 3 ans avec les partenaires concernés.

Il s'agit à présent en lien avec la Direction du CHS de définir un plan d'action pour contacter les partenaires actuels et faire évoluer les conventions.
Définir la mission du (des) référent(s) ou personne ressource pour les partenaires, plutôt une « mission de référence » en équipe et non pas une seule personne. Une fiche de poste sera rédigée pour définir le profil le plus adapté.
Ce travail doit être réalisé avec les partenaires actuels, mais également avec de nouveaux partenaires à identifier, comme par exemple :

- SPA
- Jardin du cœur
- Emmaüs

Ce travail de développement pourra s'appuyer sur le CLSM de Chalon et l'annuaire des structures

De nouveaux projets ont été identifiés avec des partenaires actuels du pôle B : PEP (projet d'une structure d'hébergement), les papillons blancs (formations communes).

5) Définition d'un plan de communication

6) Ouverture de l'unité

L'ouverture de l'unité de 15 lits de réhabilitation est prévue en 2016.
D'ici là, les actions décrites ci-dessus auront permis aux équipes du pôle B d'être dans une dynamique active de réhabilitation en amorçant les prises en charge.

Synergie et partenariats

Développement des complémentarités avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.
Développement de synergies avec le pôle A et le pôle C.

Moyens à mettre en œuvre

Ces projets seront menés à effectif constant.
Financement des formations (inscription au plan de formation)

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Instauration d'une culture de la réhabilitation		**2014-2015**	
Définition du projet de soin		**Mi-2014**	
1	Validation des outils de soins disponibles	2015	
2	Développement des formations des agents	2014-2015	
3	Définition des premiers contrats de soins avec les patients	Fin 2015	
4	Réalisation des premières évaluations	Fin 2016	
Renforcement des partenariats		**Tout au long du PM**	
Définition d'un plan de communication		**2016**	
Ouverture de l'unité de réhabilitation		**2016**	

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre d'agents formés aux outils de la réhabilitation		Annuelle
Nombre de patients réhospitalisés		Annuelle
Nombre de patients pris en charge en intra plus de 292 jours dans l'année		Annuelle
Suivi des orientations des patients		Annuelle
Suivi des listes d'attentes pour un transfert en structures MS		Semestrielle

FICHE B.2 : GROUPE "RÉHABILITATION"

Création d'une équipe mobile de réhabilitation

Référents

- Dr DUPERRET
- Mme SARRE

Contexte et objectifs

Contexte :

- Un (des axes) majeur(s) de réhabilitation développé au sein du pôle est la réinsertion. Cet axe se travaille dès l'instauration du projet de sortie.
- Après une longue hospitalisation, les patients du pôle ont besoin d'une prise en charge intensive dans les premiers mois de leur sortie tant médical(e), que psycho, IDE…
- On constate actuellement sur l'ambulatoire :
  - Liste d'attente consultations médicales
  - VAD pas assez intensives
- Les patients concernés sont souvent des patients difficiles. L'offre de soins proposée est : appartements communautaires, appartements individuels, structures médico-sociales.

Objectifs :

Disposer d'un lieu de soins spécifiques regroupant des compétences et outils appropriés qui permettent l'accompagnement des patients dans leur projet de réinsertion :

- Permettre et accompagner la sortie du CHS de patients à risque de chronicisation
- Améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de maladie mentale
- Assurer un suivi post insertion
- Prévenir les rechutes et les hospitalisations temps complet itératives
- S'inscrire dans un réseau de soins en amont et en aval (ESAT/SAMSAH…)
- Travailler le relais avec les unités de soins ambulatoires
- Développer notre partenariat avec les structures médico sociales

Problématique :

- Comment proposer une prise en charge spécifique permettant de réinsérer les patients difficiles et de les maintenir en société ?
- Comment envisager un renforcement des liens de collaboration avec les structures médico-sociales au bénéfice de nos patients en attente de placement et/ou déjà placés ?

Description de l'action

1) <u>Définition des missions de l'unité :</u>

- Mission **soins** :
  - Promouvoir et développer des soins de réhabilitation spécifiques

  Il faudra définir les conditions d'admission dans la lignée du protocole RETIS pré existant et la durée de prise en charge.
- Mission **réseau** :
  - Favoriser la coordination du parcours d'insertion du patient
  - Améliorer la cohérence des ressources sanitaires (structurer davantage les liens avec l'ambulatoire, en formaliser d'autres) et médico sociales : séjours de rupture ; stages croises ; partenariat formation ; mission de référents à définir, plan de communication/collaboration inter disciplinaire à définir.
- Mission **formation** :
  - Participer à des actions de formation
  - Actualiser régulièrement les connaissances sur les soins de réhabilitation

2) Définition du projet de soin :

Il s'agit de définir le programme spécifique :

- Mettre en œuvre une évaluation globale pour chaque patient
- Elaborer un projet de soins individualises en fonction de l'évaluation et des objectifs définis par les différents partenaires
- Déterminer des interventions spécifiques (domicile ; groupes d'éducation thérapeutique…)

3) Définition des métiers nécessaires (médecins, psychologues, éducateurs, etc …)

- Répertorier les compétences existantes et les besoins en formation
- Déterminer les effectifs nécessaires :
  - 3 ETP IDE actuellement sur Samenta-RETIS ; 1 ETP supplémentaire d'ici le fin de l'année sur RETIS

L'analyse des projets des patients du pole réalisée au mois de mai 2014 a identifié 26 projets de retour à domicile.

4) Définition d'un lieu, des locaux :

Il est proposé de réaliser une extension de l'UF Samenta actuelle permettant d'accueillir des groupes de remédiation cognitive ; des rencontres avec les familles…
Parallèlement, il faudra définir les outils nécessaires de la prise en charge (outils de médiation, transports, matériel, etc)

5) Définition d'un plan de communication

Synergie et partenariats

Développement des complémentarités avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.
Développement de synergies avec le pôle A et le pôle C.

Moyens à mettre en œuvre

Ces projets seront menés à effectif constant.
Financement des formations (inscription au plan de formation)

Démarches et calendrier

Objet	Date au + tard	Responsable
Définition des missions (finaliser la réflexion)	**2014-2015**	Dr Duperret
Définition du projet de soin	**2015**	Médecins et encadrement
1 Validation des outils de soins disponibles	2015	
2 Développement des formations des agents	2015	
Définition des métiers	**2015**	Dr Duperret, Mme Sarre et encadrement
Définition des locaux	**2015**	Dr Duperret / Direction
Définition d'un plan de communication	**2015**	Direction
Mise en place de l'équipe	**2016**	

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateurs	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre d'agents formés aux outils de la réhabilitation		Annuelle
Nombre de patients pris en charge		Annuelle
Nombre de patients ayant bénéficié de soins de groupes pré définis		Annuelle
Nombre de patients réhospitalisés		Annuelle
Nombre de conventions signées avec partenaires réseau (SPA-EMMAUS…)		Annuelle
nombre de conventions signées avec d'autres structures médico sociales		Annuelle

c) Axe C : Développer la géronto-psychiatrie, volet sanitaire et volet médico-social

En accord avec les orientations du SROS et du CPOM, il s'agit :

- d'étoffer le dispositif psycho-gériatrique du CHS : consultations spécialisées, accord-cadre avec le CH William Morey
- de soutenir le tissu médico-social : télémédecine, équipe mobile
- d'apporter une réponse aux besoins d'accueil spécialisé pour les personnes âgées

FICHE C.1 : GROUPE "GÉRONTO-PSYCHIATRIE"

Mise en place d'une consultation de géronto-psychiatrie

Référents

- Dr Ch. FERNANDEZ
- Mme BONVALOT

Contexte et objectifs

Contexte :
Une consultation de gérontopsychiatrie actuellement assurée sur le Creusot par le Dr. Ch. Fernandez.
Des besoins identiques sont identifiés sur le Chalonnais.

Objectifs :

- Développer les consultations de gérontopsychiatrie
- Développer la coopération avec le CH W. Morey
- Renforcer les collaborations avec les partenaires du champ social et médico-social, notamment par la mise en place de téléconsultations de gérontopsychiatrie.

Description de l'action

Cette consultation ambulatoire spécialisée articulée avec le CMP et le Centre Hospitalier William MOREY de Chalon-sur-Saône est issue d'un projet qui s'inscrit dans le partenariat avec le CH W. M dans un axe de coopération « Personnes âgées ».

Organisation du dispositif et fonctionnement
L'accord avec WM prévoit un accueil de cette consultation de deux ½ journées par semaine, au sein du pôle de gérontologie avec la mise à disposition de 2 bureaux dédiés, l'un pour la consultation médicale, l'autre pour la pré-consultation infirmière. La supervision des entretiens infirmiers sera assurée par le Dr Ch. Fernandez

Ce dispositif sera articulé avec l'unité de psychogériatrie du CHS (Edelweiss), l'unité mobile de gériatrie du CHWM, les EHPAD, le CMP de Chalon, les médecins libéraux, etc.
Le projet s'inscrit pleinement dans le réseau gériatrique du Chalonnais.

La file active et les actes de la consultation seront intégrés au CMP de Chalon. Il est envisagé également un accompagnement des patients dans les EHPAD pour les premières admissions, ainsi qu'un lien renforcé avec l'Assistante sociale du CMP.

139 communes du grand chalonnais sont concernées, soit environ 150 000 habitants.

Des interventions au domicile des patients et des liens téléphoniques avec le réseau seront également développés.

Un projet de télémédecine pour les personnes âgées, à partir du CMP, va être expérimenté avec 2 établissements volontaires, l'EHPAD de Tournus et celui d'Autun

La consultation doit démarrer en octobre 2014. Elle se déroulera tous les vendredis.

Dans un second temps, en fonction de l'évolution des besoins, des prises en charge comparables pourront être déployées de façon plus large sur le territoire rattaché au CH de Sevrey.

Synergie et partenariats

Réflexion associant en interne les équipes pluridisciplinaires concernées des pôles A et C.
Réflexion impliquant en externe les principaux partenaires : CHWM (pôle de gériatrie), SSIAD, EHPAD, etc.

Moyens à mettre en œuvre

Formation des IDE aux entretiens de préadmission à la consultation.
Participation à des colloques et journées d'études.
Acquisition des équipements de télémédecine.

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Mise en place de la consultation de géronto-psychiatrie			Dr Ch. Fernandez
1	Finalisation, validation et présentation du projet (articulation avec CHWM et CMP du Chalonnais)	Avril-sept 2014	
2	Ouverture de la consultation	Oct. 2014	
3	Acquisition des équipements de télémédecine	2015	
4	Formation des équipes à l'entretien de pré-consultation	2014	

Indicateurs de suivi et de résultats (inscrits dans le contrat de pôle)

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre de consultations, actes IDE		Semestrielle
Nombre de supervisions		Semestrielle
File active des prises en charge à la consultation		Semestrielle
Nombre de séances de télémédecine, file active		Semestrielle

FICHE C.2 : GROUPE "GÉRONTO-PSYCHIATRIE"

Extension et spécialisation de l'EHPAD

Référents

- Dr QUENTIN
- Dr PETITJEAN

Contexte et objectifs

Contexte :
L'EHPAD "Les Blés d'Or" rattaché au CHS a une capacité de 38 places. A cet EHPAD est associé un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) d'une capacité de 12 places pour les résidents présentant une démence (Alzheimer ou apparentés ou psychose déficitaire).
Si la conception de ces structures et leur fonctionnalité sont bonnes, les questions posées sont :

- d'une part, la forte demande d'accueil pour des personnes âgées présentant des besoins plus ou moins résiduels en soins psychiatriques, demande à laquelle il n'est pas apporté de réponse satisfaisante
- la demande d'accueil sur le bassin de vie pour les personnes présentant une démence avec des troubles du comportement nécessitant une unité protégée (cf la liste des demande d'admission à l'EHPAD)
- et d'autre part, les difficultés économiques que rencontre l'E.H.P.A.D du fait de sa faible taille et des problèmes de "seuil économique" qu'elle engendre.

Dans le Projet d'Etablissement 2009-2013, l'extension à 80 places, la spécialisation psychiatrique de l'E.H.P.A.D "Les Blés d'Or" et la création de deux unités protégées fermées pour personne présentant des démences ont été retenues comme un axe de développement avec une vocation départementale (cf fiche projet). Ce nouvel E.H.P.A.D s'inclura dans la filière "handicap psychique" pour offrir une réponse aux personnes handicapées psychiques vieillissantes.

Description du tissu de partenaires
Le dispositif partenarial se composera de plusieurs opérateurs :

- Fédération inter hospitalière du sujet âgé entre le C.H.S et le C.H. William Morey de Chalon-sur-Saône,
- Réseaux coordinations inter-établissements
- Filière interne des spécialisations psychiatriques au C.H.S
- Dispositif médico-sociaux du département

Objectifs :

- Définir précisément le projet d'extension de l'EHPAD spécialisé à vocation départementale
- Préciser les articulations avec la filière de gérontopsychiatrie
- Identifier les partenaires sociaux et médico-sociaux et préciser les collaborations

Description de l'action

Le précédent projet médical avait identifié la nécessité de développer le nombre de places d'EHPAD et pour partie de leur spécialisation pour les patients présentant une comorbidité psychiatrique.

1) **<u>Définir précisément le projet d'extension de l'EHPAD</u>**

Il est proposé de reprendre ce projet dans l'actuelle démarche stratégique dans une perspective de réponse <u>aux besoins du département</u>. Son extension à 80 lits a été retenue au regard des besoins et des impératifs de gestion et de sécurité des soins.
Le projet envisagé comprendrait 80 lits spécialisés d'E.H.P.A.D psychiatrique à vocation départementale :

- 2 unités sécurisées de 12 lits chacune pour personnes désorientées avec le PASA
- 4 unités de 14 lits pour malades psychiatriques vieillissants, pouvant être sécurisées

Il est fait référence également aux UHR définies dans la mesure 16 du plan Alzheimer :

« Destinées à l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ».

Une étude a été réalisée le 15 septembre afin de préciser le nombre de patients de plus de 60 ans hospitalisés au CHS et le profil, le besoin de prise en charge de ces patients.
Relèvent-ils d'un EHPAD « classique », d'une unité spécifique Alzheimer, d'une USLD, d'un EHPAD spécialisé pour les patients présentant une comorbidité psychiatrique ou nécessitent-ils la poursuite de soins au CHS, dans une structure sanitaire psychiatrique.
Les résultats sont les suivants :

- Le 15 septembre 2014 : 79 patients ont plus de 60 ans.
- Sur 2/3 de ces patients :
  - 29 relèvent d'un EHPAD
  - 3 relèvent d'une unité Alzheimer
  - 17 relèvent d'un EHPAD psy
  - 14 justifient le maintien dans une structure sanitaire psychiatrique

Le personnel de l'EHPAD est bien formé pour la prise en charge des résidents qui ont des troubles cognitifs et des troubles du comportement suite à des démences.
En revanche, peu de personnels a bénéficié des formations spécifiques sur la psychiatrie pour la prise en charge des résidents avec pathologie psychiatrique lourde qui ne sont pas suivis ni par les psychiatres, ni par des infirmiers du CHS jusqu'à présent.

Le nombre important de patients vieillissants hospitalisés actuellement au sein l'établissement reste préoccupant.

2) Définir les organisations et le fonctionnement de la structure

- Elaborer le(les) projet(s) de soins et de prise en charge et le travail avec les familles
- Définir la composition quantitative et qualitative des équipes
- Arrêter les principes d'organisation du travail
- Identifier les formations nécessaires
- Prévoir les équipements

3) Préciser les articulations avec la filière interne des spécialisations psychiatriques au C.H.S.

- Coordination inter-pôles,
- Articulation avec l'unité de court séjour de psycho-gériatrie,
- M.A.S handicap psychique

4) Préciser les collaborations avec les partenaires

- M.D.P.H
- Les EHPAD
- Unité mobile gériatrique externe du CHWM

Synergie et partenariats

Réflexion associant en interne les équipes pluridisciplinaires concernées des pôles A, B et E.
Réflexion impliquant en externe les principaux partenaires : CHWM, SSIAD, EHPAD

Moyens à mettre en œuvre

Formation spécifique des personnels de l'EHPAD
Participation à des colloques et journées d'études
Construction de la nouvelle structure (Cf. schéma directeur)
Equipements et matériels

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Développement et spécialisation de l'EHPAD		A définir	Dr Quentin et Petitjean
1	Finalisation, validation du projet	2015	
2	Mise en place des formations	A définir	

Indicateurs de suivi et de résultats (inscrits dans le contrat de pôle)

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre de patients pris en charge		Semestrielle
Analyse du profil des patients admis en EHPAD		Semestrielle
Nombre de patients en attente d'une place à l'EHPAD		Semestrielle

2. PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

En accord avec les orientations du SROS et du CPOM, les fiches action retenues par le groupe "Pédopsychiatrie" sont les suivantes :

FICHE ACTION D.1 : GROUPE "PÉDOPSYCHIATRIE "
Evolution du dispositif extra-hospitalier

Référents

- Dr MADINIER
- Mme CHAMPMARTIN

Contexte et objectifs

Contexte :

- Une activité qui avait beaucoup augmenté, mais qui se stabilise
- Perspective de baisse de la démographie des professionnels de santé (et notamment des médecins) qui interroge la pérennité de certaines structures ambulatoires.
- Géographie du territoire pôle santé Nord Saône-et-Loire particulièrement étendue avec des besoins de populations éloignés les unes des autres
- Fragilité de la réponse sur l'ouest du département liée à la baisse du nombre de professionnels de santé libéraux
- Besoin ancien de disposer sur le territoire du Grand Chalon d'un site unique, pivot du dispositif, regroupant l'ensemble des outils de soins ambulatoires.
- Un certain nombre de locaux en ambulatoire sont peu adaptés, soit par leur localisation (sur le site du CHS), ou leur manque d'accessibilité pour patients à mobilité réduite et ils ne répondent pas aux normes de sécurités en vigueur. Ces locaux sont anciens et demandent beaucoup de travaux : Creusot, région chalonnaise peu adaptés, voire totalement inadaptés pour Tournus.

Objectifs :

- Consolider le développement du dispositif extra-hospitalier de pédopsychiatrie
- Permettre au CHS de disposer sur Chalon d'un équipement moderne de soins ambulatoires de pédopsychiatrie, et proposer une présence médicale sur le site tous les jours d'ouverture.
- Développer les mutualisations des moyens

Description de l'action

1) Réorganisation de dispositif extrahospitalier en charge des enfants et des adolescents du Chalonnais

Ce projet a pour objectif de regrouper sur un lieu unique 3 Hôpitaux de Jour (Nuances, Cèdres Bleus, Myosotis) et le CMP de Chalon sur Saône sur un même site : Centre WINNICOTT. Ces structures sont actuellement éclatées sur le territoire du Chalonnais, certaines étant situées dans l'enceinte du C.H.S. Par ailleurs, ces structures sont peu accessibles pour les patients à mobilité réduite et ne répondent pas aux normes de sécurités en vigueur. Ces locaux sont anciens et demandent beaucoup de travaux.
Les étapes de la mise en œuvre sont les suivantes :

- Poursuite du travail du groupe utilisateur en lien avec le calendrier de l'avancée du projet
- Rencontrer et informer les équipes concernées et l'ensemble du Pôle sur l'avancée du projet
- Accompagner les équipes dans la préparation du nouveau projet et lors du transfert de ces unités sur un site unique, avec :
  - Travail sur chaque projet d'unité
  - Travail sur la mutualisation des moyens.
- Accompagner les patients et leurs familles et les partenaires pour un bon investissement de la nouvelle structure.

Le calendrier de mise en œuvre de ce projet est le suivant :

- Juin 2014 : Réajustement projet avec programmiste

- Mai, juin 2014 : Choix de la maitrise d'ouvrage déléguée en mai 2014.
- Septembre 2014 à Juin 2015 : Passation du marché de conception / réalisation
- Mai à décembre 2015 : Phase Etudes
- Juillet 2016 à août 2017 : Réalisation du bâtiment.

Par ailleurs, une réflexion sur une mise en cohérence du dispositif de soins à destination des adolescents sur le Chalonnais (HdJ, club ado et service pédiatrie) est engagée (voir fiche-action 3).

2) Réorganisation sur l'est du territoire

Il est proposé de regrouper sur la ville de Louhans l'offre ambulatoire (CMP) de l'est du territoire.
Une antenne sera maintenue à Tournus (IDE et psychologue), mais sans consultation médicale.

La mise en œuvre de ces projets est tributaire de l'évolution de la démographie médicale sur ce territoire.

3) Réorganisation sur l'ouest du territoire

Sur l'ouest du territoire, les membres du pôle souhaitent regrouper l'offre sur la CUCM.
Une antenne sera maintenue à Autun, mais sans consultation médicale. Il est proposé de développer des consultations/entretiens à distance grâce à la télémédecine à partir de W. Morey.

La mise en œuvre de ces projets est tributaire de l'évolution de la démographie médicale sur ce territoire.

Synergie et partenariats

Réorganisation de dispositif extrahospitalier du Chalonnais
Réflexion associant en interne les équipes pluridisciplinaires des trois Hôpitaux de jour et du CMP.
Réflexion impliquant en externe les principaux partenaires du Pôle : PMI, Foyer, Education National,…

Réorganisation sur l'est et l'ouest du département
Ces projets vont permettre de créer sur ces 2 zones des synergies entre les équipes qui vont se regrouper.

Moyens à mettre en œuvre

Ces 3 projets sont menés à effectif constant.

Concernant le projet sur Chalon (centre Winnicott), un programme immobilier et un plan d'investissement ont été définis. Ils sont détaillés dans un document spécifique. Un groupe projet spécifique a été constitué.

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Réorganisation du dispositif sur Chalon		2016	Dr Madinier
1	Réajustement projet avec programmiste	Mi-2014	
2	Choix de la maitrise d'ouvrage	Mi-2014	
3	Passation du marché de conception/ réalisation	Mi-2015	
4	Conception du bâtiment	Fin 2015	
5	Réalisation du bâtiment	Fin 2016	
Réorganisation sur l'est et l'ouest du département		2016 - 2017	Dr Madinier

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
File active (par année et sexe)	Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année dans les modalités de prise en charge considérées	Semestrielle
Actes EDGAR (méd. et non méd.)	Nombre d'actes réalisés par les différents professionnels	Semestrielle
Nb de nouveaux patients	Nombre de débuts de séjours dans la période pour des patients sans venue antérieure	Semestrielle
Délai d'attente pour un 1er rendez-vous/entretien (IDE, psycho, médecin)		Semestrielle
Suivi des listes d'attentes		Semestrielle

FICHE ACTION D.2 : GROUPE "PÉDOPSYCHIATRIE"

Renforcement du partenariat avec le CH William Morey

Référents

- Dr MADINIER
- Mme CHAMPMARTIN

Contexte et objectifs

Contexte :

- Ce projet était déjà présent dans le précédent projet d'établissement. Il est également prévu dans le projet médical de territoire.
- Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une collaboration ancienne avec le service de pédiatrie.
- Ce partenariat constitue un élément essentiel de la prise en charge pédiatrique globale

Objectifs :

- Renforcer le partenariat avec la pédiatrie du CH W. Morey
- Développer les mutualisations de moyens
- Développer un pôle parents/enfants sur l'hôpital pivot du nord Saône et Loire.
- Prise en charge du trouble du lien mère-père/enfant dès la grossesse, après l'accouchement et des troubles postnataux.

Description de l'action

1) <u>Développement des prises en charge des troubles des conduites alimentaires</u>

En 2013, 36 patients ont été pris en charge au sein du pôle de pédopsychiatrie pour un trouble des conduites alimentaires. Ces prises en charge peuvent être réalisées en intra (dans le service de pédiatrie ou dans l'unité Cascade) et/ou en extra-hospitalier (notamment club Ado).
Faute de moyens et d'une organisation adaptée la grande majorité de ces patients ne bénéficie pas d'une prise en charge suffisante. De plus, des patients sont en attente de soins, notamment des patients souffrant de boulimie. Des besoins importants sont identifiés pour les adolescents souffrant de diabète.

Le projet consiste à développer ces prises en charge en s'appuyant notamment sur le service de pédiatrie du CHWM. Il s'agit de développer les compétences au sein de l'équipe de pédopsychiatrie et de renforcer les interventions spécialisées au sein du service de pédiatrie pour une prise en charge conjointe médico-psychologique des patients souffrant de TCA.
Le renforcement de l'équipe pourra permettre également la participation active de la pédopsychiatrie au réseau Obésité.

Ce projet serait également facilité par le rapprochement géographique de l'unité Cascade du service de pédiatrie (voir 4ème point ci-dessous).

2) <u>Mise en place d'un Centre diagnostic Autisme</u>

Un projet commun du service de pédiatrie du CH W. Morey et du pôle D du CH Sevrey sur la mise en place d'un dépistage de l'autisme sur le CHG a été rédigé. Il a reçu un accueil positif de l'ARS. Un poste neuropsychologue (1 ETP) est prévu pour sa mise en œuvre.
Par ailleurs, le travail avec le réseau autisme se poursuit.

3) <u>Développement de l'HdJ mère-enfant « Tintinnabule »</u>

L'hôpital de jour est un dispositif à vocation départementale qui fonctionne 2 jours par semaine.
Pour renforcer cette mission départementale, l'équipe de pédopsychiatrie prévoit de renforcer la liaison avec les PMI, les pédiatres et (dans une moindre mesure) les maternités du département (Macon, CUCM, Autun).
Le renforcement de ces partenariats doit s'accompagner d'une augmentation des possibilités de réponse de l'hôpital de jour. Il est proposé de passer à une ouverture de **2 à 4 jours par semaine**.
Une évaluation plus précise des besoins (liste d'attente et origine des patients) sera réalisée sur 2015.

4) Déménagement de l'unité La Cascade au CHWM

Depuis plus de 10 ans les équipes de pédiatrie du CHWM et de pédopsychiatrie souhaitent adosser les unités d'hospitalisation des 2 institutions.
L'objectif est de :

- Développer les complémentarités (voir ci-dessus)
- Faciliter le passage d'une unité à l'autre
- Mettre en œuvre des projets nouveaux (voir ci-dessus)
- Renforcer la liaison
- Partager certaines activités : autour de la prise en charge des adolescents par exemple (voir fiche-action 3)

La mise en œuvre de ce projet est liée à l'évolution de la planification départementale des services de maternité et de pédiatrie, ainsi qu'au projet architectural du CHWM.

Synergie et partenariats

Le partenariat entre les équipes de pédopsychiatrie et de l'hôpital général (maternité et pédiatrie) est ancien et de qualité.
L'installation à proximité des équipes permettra encore de renforcer ces liens.
La mise en œuvre du projet sur les troubles des conduites alimentaires pourra permettre un partenariat plus étroit avec le réseau Obésité.

Moyens à mettre en œuvre

Développement des prises en charge des troubles des conduites alimentaires

Les membres du groupe ont évalué les besoins suivants pour le TCA :

- ½ ETP pédopsychiatre
- ½ ETP de psychologue
- 1 ETP infirmiers

Mise en place d'un Centre diagnostic Autisme

- 1 ETP neuropsychologue

Développement de l'HdJ mère-enfant « Tintinnabule »

	Effectif actuel	Besoins supplémentaires Pour 2 jours d'ouverture en plus	Total pour 4 jours
Pédopsychiatre	0.20 ETP	+ 0.30 ETP	0.50 ETP
Infirmier	1.10 ETP	+ 1.10 ETP	2.20 ETP
Orthophoniste	0.20 ETP	+ 0.20 ETP	0.40 ETP
Psychomotricien	0.40 ETP	+ 0.40 ETP	0.80 ETP
Psychologue	0.20 ETP	+ 0.20 ETP	0.40 ETP
Cadre de santé	0.30 ETP	+ 0.20 ETP	0.50 ETP
Secrétaire	0.20 ETP	+ 0.20 ETP	0.40 ETP
ASH	0.10 ETP	+ 0.40 ETP	0.50 ETP

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Projet TCA			Dr Madinier : Mme De Abreu
1	Renforcement de l'équipe	2015-2016	
2	Formations des intervenants	2015-2016	
3	Prise en charge médico-psychologique avec la pédiatrie	2015-2016	
4	Participation au réseau	2015-2016	
Centre de diagnostic Autisme			
1	Recrutement du neuropsychologue	2015	
2	Développement des prises en charge	2015	
3	Renforcement du travail avec le réseau Autisme	2014	
Développement de l'HdJ « Tintinnabule »			Dr Chaveneau / Mme De Abreu
1	Renforcement de l'équipe	2015	
2	Développement des prises en charge	2015	
3	Signature de conventions avec les autres maternités du département	2015	
Déménagement de l'unité La Cascade au CHWM			

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
File active (par année et sexe)	Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année dans les modalités de prise en charge considérées	Semestrielle
Nb de venues en hôpital de jour	Somme totale des venues de l'année en hôpital de jour	Semestrielle
Nb de nouveaux patients	Nombre de débuts de séjours dans la période pour des patients sans venue antérieure	Semestrielle
Nb de venues en hôpital de jour par ETP médicaux	Nombre de venues en hôpital de jour divisé par le nombre d'ETP médicaux (y compris les internes) affectés à l'hôpital de jour.	Semestrielle
Evaluation de la satisfaction des partenaires		Tri-annuelle

FICHE ACTION D3 : GROUPE "PÉDOPSYCHIATRIE"

Réorganisation de la filière adolescents

Référents

- Dr MADINIER
- Mme CHAMPMARTIN

Contexte et objectifs

L'offre de soins pour la prise en charge des adolescents s'articule autour des dispositifs suivants :

En hospitalisation complète :

- La Cascade : Unité d'hospitalisation de 6 lits uniquement du lundi au vendredi. Prise en charge de patients pour des troubles liés à l'adolescence, phobies scolaires, anorexie, tentatives de suicide, rarement de jeunes psychotiques. Il n'y a pas d'hospitalisation d'urgence dans cette unité.
- La Source : Unité d'hospitalisation de 4 lits à temps complet. Elle accueille des patients psychotiques, en urgence, et exceptionnellement des patients de La Cascade en cas d'hospitalisation sur le week-end.

De nombreux partenariats existent, notamment avec l'IDEF.

Les patients pris en charge sont de jeunes patients souffrant principalement, de troubles anorexiques, autisme, épisodes dépressifs, retard mental, agitation, troubles en rapport avec des intoxications aiguës, troubles envahissants du développement, anomalies chromosomiques…).

L'équipe de pédopsychiatrie peut également s'appuyer sur le service de pédiatrie du CH W. Morey pour hospitaliser des adolescents. Au 1er semestre 2014, 237 patients ont été vus en consultation (510 actes réalisés) et 94 patients pris en charge en psychiatrie de liaison (273 actes).

Des familles d'accueil prennent en charge également des adolescents.

En hôpital de jour :

- Nuance : Hôpital de Jour de 8 places qui accueille des pathologies névrotiques, phobies scolaires.
- L'Eau Vive : Hôpital de jour de 8 places qui accueille des pathologies psychotiques et carences graves.
- Les Cèdres Bleus : Hôpital de jour de 15 places. Les patients ne sont pas accueillis en même temps, il y a maximum 13 jeunes par jour. Ils sont répartis en 2 groupes : moyens (9 -12 ans) et grands (12 – 18 ans) avec un nombre de journées défini à l'avance en fonction des nécessités. Actuellement, 1 jour ½ pour les grands et 2 jours ½ pour les moyens.
- Les Etançons (Montceau les Mines). Accueil de patients de 5 à 16 ans mais en pratique la prise en charge s'arrête à 12 ans.

Objectifs :

- Harmoniser le dispositif de pédopsychiatrie
- Renforcer le travail avec les partenaires

Description de l'action

1) Harmonisation du dispositif adolescent

L'objectif de ce projet est de fluidifier les liens (et le passage) entre les dispositifs de soins orientés vers la prise en charge des adolescents et de mettre en place un pilotage unique commun (médical et soignant).

Ce rapprochement et cette gestion commune pourra permettre la mise en cohérence des projets de soins des différentes unités.

Les structures concernées :

- Cascade
- HdJ Nuance
- Le club ado (atelier thérapeutique)
- Service de pédiatrie du CH W. Morey

2) Développement du partenariat avec la Mutualité française

Le partenariat avec la Mutualité française va être renforcé. En effet, un projet de demande de création d'accueil familial thérapeutique (3 puis 6 places) va être déposé. Ce projet sera mis en œuvre en articulation avec les dispositifs DAS et l'ITEP : suivi éducatif de la mutualité avec accompagnement pour les soins par les équipes de pédopsychiatrie (HdJ Eau vive surtout et éventuellement les Cèdres Bleus).

3) Renforcement du dispositif en hospitalisation temps complet

Il est proposé de déménager les 6 lits du l'unité La Cascade sur le CHWM si le projet architectural du CHG le permet (voir fiche-action 2).
En rapprochant les équipes, ce projet pourrait permettre de développer l'accompagnement de jeunes patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge groupale adaptée.

Synergie et partenariats

Réflexion associant en interne les équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des adolescents
Réflexion impliquant en externe le CHWM et la Mutualité

Moyens à mettre en œuvre

Le projet d'harmonisation du dispositif adolescent sera mené à effectif constant.

Renforcement du partenariat avec la Mutualité française

- ½ ETP de psychologue
- 1 ETP IDE

Concernant le projet sur le CHWM, il dépend des projets (médical, schéma directeur immobilier) de cet établissement.

Démarches et calendrier

Objet	Date au + tard	Responsable
Harmonisation du dispositif adolescent	2016 - 2017	Dr Pichet / Dr Pigot / Mme Lagneau
Renforcement du partenariat avec la Mutualité française	2014 – 2015	Dr Madinier / Dr Pichet / Dr Fauconnet
Renforcement du dispositif en hospitalisation temps complet		Dr Madinier

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
File active (par année et sexe)	Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année dans les modalités de prise en charge considérées	Annuelle
Nb de venues en hôpital de jour	Somme totale des venues de l'année en hôpital de jour	Annuelle
Nb de nouveaux patients	Nombre de débuts de séjours dans la période pour des patients sans venue antérieure	Annuelle
Nb de VAD en AFT		Annuelle
Nb de prises en charge en HdJ d'enfants en AFT		Annuelle
Nb d'hospitalisations complètes en provenance des AFT		Annuelle
Evaluation de la satisfaction des partenaires		Tri-annuelle
…		

B. RECONSTRUCTION DU SITE HOSPITALIER DE SEVREY

Dans la continuité avec le précédent, le projet médical 2014-2018 modèle fortement le contenu de la politique médicale et soignante conduite par le CHS.

Aux yeux de la communauté hospitalière, il est devenu indispensable que le cadre architectural de l'établissement soit mis en correspondance avec l'action des pôles et des équipes. En effet, il apparaît clairement aujourd'hui que la conception et l'organisation du site de Sevrey sont un frein sérieux à la réalisation des projets thérapeutiques.

Cette demande pourrait être considéré comme seconde avec comme argumentation la recherche d'une recomposition de l'existant, si cet existant, ne se révélait pas, lui-même, dépassé au regard du respect des droits des patients et des exigences actuelles du soin en psychiatrie. A cela s'ajoute un ensemble de fragilités techniques qui sont autant de menaces à moyen terme sur nos possibilités à assurer les différentes conformités réglementaires, de sécurité, environnementales.

Construit à la fin des années 60, ouvert en 1970, conçu sur la conception de "l'Hôpital-Village", la situation du site de Sevrey appelle un programme massif d'investissements pour répondre au diagnostic très péjoratif posé sur le patrimoine bâti et pour tirer les conséquences des projets médicaux et soignants réalisés et ceux à proposer.

Les paragraphes qui suivent reprennent des chapitres du “Document Blanc“ présenté aux instances en janvier 2014 et adressé à l'Agence Régionale de Santé. Ce document, sans avoir valeur de schéma directeur, décrit étape par étape, la restructuration complète du site de Sevrey.

Dans un souci de vision d'ensemble et d'articulation des différentes phases de réalisation, le programme intègre la création de la Maison Hospitalière Psychiatrique Polyvalente (livraison 2016) et le Centre de Pédopsychiatrie "Winnicott" (livraison 2017).

L'ouverture de ces deux structures est en effet une première étape indispensable, ces mises en service ouvrant les disponibilités foncières et immobilières nécessaires pour engager les opérations suivantes.

1. DIAGNOSTIC DU PATRIMOINE HOSPITALIER - SITE DE SEVREY

D’une manière générale les espaces dédiés à l’hospitalisation sont inadéquats : malgré un patrimoine bâti important le ratio de surface par patient est insuffisant, l’organisation pavillonnaire est disséminée et l’accessibilité des locaux très partielle

- l’obsolescence des techniques constructives des années 1960 et le vieillissement des éléments d’infrastructures entraînent des déperditions énergétiques inacceptables et des problèmes de sécurité de plus en plus prégnants

a) Une surface par patient insuffisante malgré un patrimoine bâti important

Un patrimoine bâti important

L’étendue du patrimoine bâti est importante. Sans compter les structures de l’activité ambulatoire, le site principal comprend 27 403 mètres carrés. Par ailleurs sur ce site, il faut rajouter les 3900 mètres carrés des 63 logements dont le CH à la charge d’entretien. Soit un total de 31 303 mètres carrés.

Une surface par patient insuffisante

Malgré ce patrimoine important, la surface des unités d’hospitalisation rapportée au nombre de lits est très faible.

Les 336 lits d’hospitalisation adulte représentent une surface de 10 168 mètres carrés, c'est-à-dire en moyenne 30,35 mètres carrés par patient. Cette situation est notablement insatisfaisante : elle se traduit par une promiscuité objective pour les patients, qui est accentuée par la présence de dortoirs à 4 places dans 2/3 des pavillons.

La norme admise pour les constructions neuves se situe autour de 53 m^2/patient.

b) Une organisation pavillonnaire disséminée et une accessibilité très partielle des locaux

Une structure pavillonnaire très disséminée

La structure pavillonnaire du site, répartie sur une surface de 12,5 hectares, sans aucune logique polaire entraîne une dissémination spatiale qui pose nombreux problèmes :

- ♣ En matière de sécurité pour toutes les situations d'urgence (pour les équipes de renfort notamment, et pour l'encadrement de nuit qui est appelé à circuler entre les pavillons)
- ♣ En matière de circulation et de gestion des flux : absence de lisibilité pour les patients, leur familles et les visiteurs du CHS

L'absence de logique polaire médicale et soignante dans l'organisation spatiale entraîne également :

- ♣ une absence de lisibilité pour le personnel,
- ♣ une difficulté supplémentaire à créer des synergies dans les équipes et la gestion des pôles cliniques.

L'accessibilité très partielle des bâtiments

Si l'ensemble des rez-de-chaussée est accessible par des rampes d'accès, il n'en va pas de même des étages. Ainsi 37 % des surfaces disponibles à l'hospitalisation des patients en psychiatrie sont absolument inaccessibles aux personnes à mobilité réduite.
Faut-il rappeler que nos obligations en tant qu'établissement recevant du public vont très largement au-delà de la simple présence de rampe d'accès et que ces normes devraient normalement être respectées à partir de 2015 ?
Au-delà des strictes obligations normatives, il est certain que les unités d'hospitalisation ne sont pas adaptées et n'ont pas été adaptées au fil des années, pour la prise en charge fonctionnelle du handicap par les agents hospitaliers (absence totale de rails aux plafonds par exemple).

Le tableau ci-dessous détaille les surfaces par pavillon :

NOM DU Bâtiment	SDO	Surface R+1 sans accessibilité	R+ 1	Pôle	Lits
Emeraude	696	348	oui	A	25
Topaze	690	345	oui	A	15
Bengali	696	348	oui	A	25
Colchique	696	348	oui	A	25
Lavande	696	348	oui	A	24
Edelweiss	1291		**non**	A	25
Opale	696	348	oui	B	25
Cormoran	696	348	oui	B	25
Colibri	696	348	oui	B	25
Gentiane	696	348	oui	B	25
Perce Neige	696	348	oui	B	25
Jade	686		**non**	B	23
Aigue Marine	686		**non**	B	24
Frégate	551	275,5	oui	B	25
Total Psy adulte	**10168**	**3753**			**336**

c) Des problèmes d'infrastructure de plus en plus prégnants

En dehors des problèmes liés à l'organisation pavillonnaire de l'établissement, au ratio de surface par patient et à l'accessibilité, de nombreux problèmes d'infrastructure sont de plus en plus prégnants. Ils sont

liés à une obsolescence générale des techniques constructives utilisées dans les années 1960 et au vieillissement général de l'infrastructure et notamment des réseaux.

Cette situation est critique avec des conséquences :

- ♣ en matière de déperditions énergétiques difficilement soutenables à terme,
- ♣ en matière de sécurité.

L'obsolescence DES TECHNIQUES CONSTRUCTIVES : UN ENJEU EN MATIERE ENERGETIQUE ET ECOLOGIQUE

La très faible isolation des locaux entraîne des déperditions énergétiques majeures. Malgré un budget important en matière de dépenses énergétiques, l'absence quasi-totale d'isolation dans la plupart des pavillons implique :

- ♣ un budget énergie (gaz + électricité) disproportionné (12 % du titre 3)
- ♣ un inconfort élevé pour les patients avec des variations de températures significatives.

Même si l'établissement s'est engagé dans une démarche de développement durable, l'exercice trouve rapidement ses limites dans des conditions aussi défavorables.

L'obsolescence des techniques constructives et le vieillissement des infrastructures : un enjeu en matière de sécurité

- L'insuffisance de la couverture du groupe électrogène

Le groupe électrogène actuel ne couvre pas l'intégralité des besoins de l'établissement. Son ancienneté (plus de vingt ans) et sa puissance insuffisante rendent obligatoire à terme son remplacement (la zone logistique notamment n'est pas couverte et en particulier la cuisine dans laquelle la consommation électrique est importante (fours, chambres froides). La chambre mortuaire par exemple n'est pas non plus secourue.

- L'éclairage public

Son insuffisance est attestée.

Il n'a pas été adapté à l'étendue importante du terrain et à la répartition des pavillons. Cette insuffisance d'éclairage crée un climat d'insécurité notamment pour les équipes de nuit et en cas de recherches nocturnes pour d'éventuelles fugues.

L'ensemble du système d'éclairage doit faire l'objet d'une intervention significative avec le remplacement de l'intégralité des mâts et rajout systématique de mât dans des zones pas ou peu éclairées à ce jour.

- L'état du réseau de distribution de l'eau froide et de l'eau chaude sanitaire

Etendu au total sur 36 hectares, le CHS dispose d'un patrimoine vieillissant dont les réseaux de fluides sont dans un état médiocre et de nature hétérogène (galvanisé, cuivre, polyéthylène réticulé, éternite). Le réseau de distribution d'eau froide sanitaire notamment présente des fuites régulières dont il est vraisemblable que toutes ne sont pas identifiées. Ces fuites impactent potentiellement la qualité bactériologique de l'eau. La raison essentielle en est l'inadéquation du matériau majoritairement utilisé (l'éternite) dans un terrain sujet à variations de volume (gonflement/rétractation).

La qualité microbiologique de l'eau a fait l'objet de remarques de la part de la Direction Territoriale de l'ARS en décembre 2010, lors d'une visite de contrôle.

Malgré un plan d'amélioration de la qualité de l'eau et en dépit d'un traitement continu au dioxyde de chlore sur l'ensemble de l'établissement, les prélèvements mettent en évidence des contaminations récurrentes par les légionnelles et un « bruit de fond » inacceptable pour la qualité microbiologique de l'eau.

La conception du système de production d'eau chaude sanitaire rend difficile la maîtrise d'un paramètre essentiel dans la lutte contre les légionnelles : la maîtrise de température de l'eau tout au long de sa distribution.

Les sous-stations de chauffage qui hébergent aussi les ballons d'eau chaude desservent plusieurs pavillons. La production de l'eau chaude sanitaire doit absolument être rapprochée des points essentiels de puisage, à savoir les unités d'hospitalisation.

Enfin la suppression des « bras morts » du réseau atteint ses limites dans le cadre des opérations de maintenance.

La rénovation du système de production d'eau chaude sanitaire doit absolument être prise en compte dans un schéma directeur que ce soit en réhabilitation ou en neuf, de même que la reconstruction d'une boucle primaire de distribution de l'eau froide.

- l'absence d'un réseau de distribution d'eau pour la sécurité incendie

Il faut autonomiser le réseau d'eau utilisé pour l'incendie (bouches d'incendie), qui est à ce jour commun avec le réseau d'eau potable, ce qui est une non-conformité.

- un réseau de gestion des effluents à rénover

La conception du réseau des effluents a fait l'objet d'une erreur importante. Le réseau des eaux usées circule au dessus des eaux pluviales. En cas d'obstruction du premier, le trop plein se déverse dans la circulation des eaux pluviales au niveau des regards d'accès au réseau, ce qui entraîne des pollutions dans les bassins de déversement.

Il faut prévoir dans le cadre d'un schéma directeur la réhabilitation de ce réseau.

2. UNE ARCHITECTURE A ADAPTER AUX PROJETS MEDICAUX ET SOIGNANTS

Imaginer le Nouvel Hôpital de Sevrey, c'est chercher à répondre aux besoins en santé mentale de la population grâce à une offre publique sanitaire et médico-sociale clairement organisée, lisible, diversifiée et graduée avec comme fil conducteur le parcours de soins et le parcours de vie des patients.

Notre réflexion s'est nourrie des échanges avec les autres acteurs de la santé mentale du Département à la fois sur les manques actuels et sur les coopérations à établir à moyen terme.

a) Principes généraux

Le projet du Nouvel Hôpital de Sevrey repose sur les principes généraux suivants :

- créer des conditions d'hospitalisation à temps complet respectueuses des droits des patients incluant les conditions d'exercice des professionnels (surface par patient, chambre individuelle, accessibilité des locaux, sécurité…).

- mettre en correspondance la configuration spatiale du CHS avec la politique médicale et soignante conduite par les pôles cliniques et médico-techniques pour soutenir le dynamisme des équipes en proposant les organisations architecturales et les relations de travail cohérentes au niveau de chaque pôle.

- intégrer à chaque pôle de nouveaux espaces dédiés aux prises en charge spécifiques.

- d'apporter une réponse médico-sociale à l'accueil des personnes souffrant de handicap psychique (MHPP) et à l'accueil des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

Pour satisfaire ces principes, il est nécessaire :

- de rompre avec la configuration totalement pavillonnaire du site de Sevrey pour aller vers une organisation où les unités d'hospitalisation de chacun des pôles cliniques sont regroupées et articulées entre elles pour former des ensembles architecturaux et thérapeutiques clairement identifiés

- de réviser les capacités d'hospitalisation complète, révision qui porte sur la répartition des lits entre psychiatrie polyvalente et psychiatrie spécialisée telle que proposée dans le projet médical
- de construire un nouvel EHPAD spécialisé de 80 places.

b) Proposition d'évolution des capacités sanitaires de psychiatrie générale et médico-sociale
Le tableau ci-après décrit les évolutions capacitaires et médicales :

SITUATION ACTUELLE		**NOUVEL HOPITAL DE SEVREY** (CN = Construction Neuve)	
POLE A **POLE CLINIQUE PSYCHIATRIE ADULTES "ADMISSIONS - COURTS SEJOURS DE PSYCHIATRIE GENERALE" 139 LITS**		**POLE A** **POLE CLINIQUE PSYCHIATRIE ADULTES "ADMISSIONS - COURTS SEJOURS DE PSYCHIATRIE GENERALE" 130 LITS**	
Psychiatrie Polyvalente	**99 lits**	**Psychiatrie Polyvalente**	**75 lits**
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	24 lits		
Psychiatrie à orientation	**40 lits**	**Psychiatrie à orientation**	**55 lits**
Unité Anxio-dépressif (Vocation Territoire de Santé Nord Saône et Loire)	15 lits	Unité Anxio-dépressif - (CN)	15 lits
Unité Psychogériatrie (Vocation Territoire de Santé Nord Saône et Loire)	25 lits	Unité Psychogériatrie	25 lits
		Unité Addictologie - (CN)	15 lits
POLE B - POLE CLINIQUE PSYCHIATRIE ADULTES "PRISME PSYCHIATRIE REHABILITATION INSERTION SOINS A MEDIATION" 197 LITS		**POLE B - POLE CLINIQUE PSYCHIATRIE ADULTES "PRISME PSYCHIATRIE REHABILITATION INSERTION SOINS A MEDIATION" 180 LITS/15 PLACES**	
Psychiatrie Polyvalente	**150 lits**	**Psychiatrie Polyvalente**	**75 lits**
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	25 lits	Unité d'hospitalisation complète (CN)	25 lits
Unité d'hospitalisation complète	25 lits		
Unité d'hospitalisation complète	25 lits		
Unité d'hospitalisation complète	25 lits		
Psychiatrie à orientation	**47 lits**	**Psychiatrie à orientation**	**105 lits/ 15 places**
Unité 1 PPD	23 lits	Unité PPD - (CN)	30 lits
Unité 2 PPD	24 lits	Unité Jeunes Adultes - Hôpital de Jour - (CN)	15 places
		Unité Resocialisation - (CN)	15 lits
		Maison d'Accueil Spécialisée (handicap psychique) – (CN)	60 lits
TOTAL CAPACITE SANITAIRE	**336 lits**	**TOTAL CAPACITE SANITAIRE**	**250 lits/ 15 places**
Psychiatrie polyvalente	249 lits	Psychiatrie polyvalente	150 lits
Psychiatrie à orientation	87 lits	Psychiatrie à orientation	100 lits/ 15 places
TOTAL ETABLISSEMENT	**374 lits**	**TOTAL ETABLISSEMENT**	**390 lits/ 15 places**
SANITAIRE	336 lits	SANITAIRE	250 lits/ 15 places
MEDICO SOCIAL : EHPAD	38 lits	MEDICO SOCIAL : EHPAD (psycho-gériatrie) (CN) MAS (Handicap psychique) (CN)	140 lits 80 lits 60 lits

Evolution : capacité sanitaire globale d'hospitalisation complète : - 20 % dont :

- ♣ Psychiatrie polyvalente : - 40 %
- ♣ Psychiatrie à orientation : + 32 %

Evolution de la capacité totale du CHS : + 8%

Telle que décrite dans le tableau ci-dessus, l'évolution des capacités sanitaires et médico-sociales du CHS doit permettre de développer les alternatives à l'hospitalisation (Hôpital de Jour Jeunes Adultes), la mise en place d'équipes mobiles (Equipe Mobile de Réhabilitation, Equipe Mobile Psycho- gériatrique) et d'intensifier la présence et le travail des équipes au plus près de la population (activités ambulatoires, renforcement des CMP existants, VAD…)

C. LE NOUVEAU SCHEMA DIRECTEUR

DEUX PRE-REQUIS A L'ELABORATION D'UN NOUVEAU SCHEMA DIRECTEUR :

- être propriétaire du terrain,
- disposer d'une réserve foncière suffisante.

Le transfert de propriété du terrain

A ce jour l'établissement n'est pas propriétaire du terrain, sur lequel en son temps, les services déconcentrés de l'Etat (Préfecture de Saône et Loire) avaient mené à bien l'opération de construction du centre hospitalier de Sevrey pour le compte du Département. Cette opération de construction dont l'appel d'offres a été publié en 1965 s'est achevée en 1970.

Depuis cette date, la situation patrimoniale de l'établissement n'a pas changé : le centre hospitalier n'est pas propriétaire du terrain à l'exception notable de la parcelle sur laquelle va être construite la maison hospitalière psychiatrique polyvalente (MHPP). Celle ci a été acquise pour un euro symbolique en mai 2006.

Réhabiliter ou faire construire des bâtiments sur un terrain qui n'appartient pas à celui qui finance l'opération de construction est une situation juridiquement fragile sans parler de la symbolique de cette situation.

Il nous semble indispensable de pouvoir remédier à cette situation et d'effectuer ce transfert patrimonial.

La réserve foncière

Une réserve foncière est indispensable pour éviter un scénario de schéma directeur trop complexe dans lequel des opérations de démolition seraient une contrainte stricte d'antériorité avant toute opération de reconstruction.

C'est d'autant plus vrai que techniquement, les pavillons actuels sont en réseau par groupe de 4 ou 5 bâtiments. Cette structure en réseau concerne les fluides et notamment le chauffage. Cette situation rend impossible la destruction d'un pavillon sans faire des travaux sur les autres pavillons du groupe.

Ceci rend très largement inopérant tout schéma Directeur prévoyant de conserver certains pavillons à l'intérieur d'un groupe, cela rend également nécessaire de déconstruire les bâtiments par groupe entier.

Il existe une réserve foncière exploitable sur le site de Sevrey. Cette dernière se situe sur la partie Sud/Sud Ouest de l'emprise de l'hôpital, le long de la rocade en lieu et place d'un parc utilisé comme pâture pour un petit troupeau de daim et l'activité d'équithérapie.

Cette dernière permettrait de commencer une construction neuve sans passer dans l'immédiat par une phase de démolition, et en minimisant l'impact et les nuisances d'un chantier sur le fonctionnement de l'hôpital dans sa configuration actuelle. La forme longitudinale de cette partie de terrain exclut à priori un ensemble de plain pied.

Cela permettrait également de pouvoir faire un projet de constructions neuves sur une durée relativement courte ou à tout le moins compatible avec l'état très dégradé du bâti actuel et surtout des éléments d'infrastructure à reconstruire.

Pour être exploitable cette réserve foncière nécessite la construction d'un giratoire sur la route départementale 294, et la construction d'une nouvelle voie d'accès rendant nécessaire la destruction de deux logements de fonction.

1. LES PARAMETRES ESSENTIELS DU NOUVEAU SCHEMA DIRECTEUR

a) Construction neuve de psychiatrie adulte

L'ensemble de la psychiatrie adulte doit être construite à neuf (y compris EHPAD et hors unité de Psycho gériatrie). L'urgence identifiée étant clairement la reconstruction des pavillons d'hospitalisation, en conséquence l'administration et l'ensemble des autres bâtiments ne sont pas concernés par le projet de reconstruction.

Pour les unités d'hospitalisation, il s'agit de :

- rendre les espaces d'hébergement conformes aux normes actuelles de dimensionnement dans le domaine sanitaire pour atteindre en moyenne 52,5 mètres carrés de surface dans œuvre par patient,
- mettre aux normes au plan technique un ensemble architectural sur une durée compatible avec l'état actuel du patrimoine très menaçant,
- se doter d'un établissement conforme aux normes de prise en charge du handicap,
- aligner stratégiquement notre organisation polaire et notre organisation spatiale pour en augmenter l'efficience,
- diminuer la facture énergétique car les unités d'hospitalisation sont en terme d'utilisation les plus consommatrices d'énergie.

b) Construction neuve E.H.P.A.D

Le nouvel E.H.P.A.D d'une capacité de 80 places, capacité considérée comme efficiente en terme de projet de vie collectif et individuel pour les résidents, comme en terme économique pour la gestion de la structure, devra être pensé en rapport avec les besoins spécifiques des résidents accueillis (personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques et personnes handicapées psychiques vieillissantes).

Son organisation et son fonctionnement seront intégrés le mieux possible à la fois en référence à la satisfaction des demandes à l'échelle du département (M.D.P.H, Fédération inter-hospitalière du sujet âgé entre le C.H.S et le C.H.William Morey de Chalon-sur-Saône, réseaux et coordinations inter-établissements) et en référence à la filière interne des spécialisations psychiatriques au C.H.S (coordination inter-pôles, psycho-gériatrie, M.A.S handicap psychique).

Répartition des lits neufs par pôle et secteur à la fin des opérations de construction

POLES	NB DE LITS/PLACES SANITAIRES	NB DE PLACES MEDICO-SOCIALES	TOTAL	% NEUF
A	130	0	130	82%
B	120 lits/15 places	60	195	100%
E	0	80	80	100%
TOTAL	265	140	405	94%
Nb de lits neufs	240	140	380	
% Neufs	91%	100%	94%	

LES SURFACES CONSTRUITES, AVEC UNE VALEUR DE LA SURFACE DANS ŒUVRE PAR PATIENT DE 52,5 M²/PATIENT, SONT DE :

- ♣ Pour le pôle A, les 105 lits neufs représentent une surface de 5 512.50 mètres carrés
- ♣ Pour le pôle B, les 195 lits et places (180 lits/15 places) de construction neuve représentent une surface de 10 237.50 mètres carrés
- ♣ Pour le pôle E, les 80 places neuves représentent une surface de 4200 mètres carrés

Soit une surface reconstruite de 19 950 mètres carrés.

Les surfaces démolies représentent un total de 11 543 mètres carrés.

Le schéma de démolition, par zone (groupe), est présenté dans le plan de masse joint en annexe.
Les surfaces conservées représentent 4960 m2. Leur affectation pourrait être la suivante :

SURFACES REAFFECTEES			
NOM BATIMENT	**SDO**	**GROUPE**	**Affectation**
Iris	*211*	Groupe 5	Hôpital de jour pour adolescents : unité Eaux Vives
Perce Neige	*696*	Groupe 5	Unité d'hospitalisation de semaine Cascade (6 lits) + unité d'hospitalisation complète La source (4 lits)
Lavande	*696*	Groupe 5	Unité intersectorielle d'activités et soins à médiation (UISAM) - Bâtiment totalement dédié aux activités à médiation.
Gentiane	696	Groupe 5	Direction des soins-Informatique-Qualité- Hygiène – D.I.M - Soins somatiques
Colchique	696	Groupe 5	Non déterminée
Silène	*674*	Groupe 6	Même affectation
Edelweiss	1291	Groupe 6	Même affectation
TOTAL SURFACES CONSERVEES	**4960**		

c) Mise à niveau des éléments d'infrastructure

Le schéma directeur comporte nécessairement la mise à niveau des éléments d'infrastructure suivants :

- l'éclairage public
- les groupes électrogènes
- la distribution primaire d'eau froide sanitaire
- la distribution primaire du réseau d'eau pour la sécurité incendie
- le réseau des effluents
- construction d'une nouvelle voie d'accès pour le centre hospitalier avec création d'un giratoire sur la RD 294

2. LE PHASAGE DES OPÉRATIONS – DATE THÉORIQUE DE DÉBUT : JANVIER 2015

Ce phasage est pensé :

- pour les opérations de démolition par intervention sur des zones de bâtiments (groupes) identifiées dans le plan masse joint en annexe
- en intégrant les constructions déjà actées dans l'ancien schéma directeur (MHPP et centre Winnicott pour la psychiatrie infanto-juvénile)
- pour les opérations de constructions neuves en psychiatrie adulte, il y aurait une seule opération administrative de concours et deux grandes phases de construction, une première pour le pôle B (sans démolition préalable), une seconde pour le pôle A (avec démolition préalable).
- avec une seule assistance technique à maîtrise d'ouvrage pour l'ensemble des opérations : travaux neufs, éléments d'infrastructure
- la procédure choisie est celle de la conception réalisation pour les bâtiments neufs.

Le phasage est présenté en annexe.

D. EVALUATION ECONOMIQUE

Les hypothèses de coût :

Prix hors taxes des travaux par mètre carré

PRIX du mètre carré hors taxe (coût des travaux hors taxes)	Prix h.t.
Hors VRD	1 550,00 €
Avec VRD	1 712,00 €

Ratio travaux hors taxes travaux/ toutes dépenses confondues

Ce ratio permet de passer du montant hors taxes des travaux au montant toutes dépenses confondues avec toutes les prestations intellectuelles et les missions d'expertise nécessaires à l'opération avec une taxe à la valeur ajoutée (TVA) à 20 %.

Pour cette opération, il est de : 1,542

1. LES PRESTATIONS PRISES POUR L'ESTIMATION

a) Les travaux :

- Création d'un giratoire sur la route départementale avec nouvel accès pour le futur Pôle B.
- Reconstruction des pôles B et A à hauteur de 195 lits et places (180 lits et 15 places) neufs pour le Pôle B (y compris MHPP) et 105 lits neufs pour le pôle A et reconstruction du pôle E à hauteur de 80 lits.
- Equipements neufs pour les nouveaux locaux de ces deux pôles.
- Démolition après désamiantage des bâtiments des groupes 1 2 3 4 et 7.

- Réaménagement et réhabilitation partielle des pavillons conservés (sauf le bâtiment Perce-Neige totalement réhabilité en 2013) : autonomisation chauffage, de l'eau chaude sanitaire, adduction d'eau potable ; installation de l'informatique dans les locaux le nécessitant, remplacement des menuiseries extérieures. Création d'ascenseur pour les pavillons conservés.
- Etude et réfection générale de l'électricité (distribution courant fort) avec installation de groupes électrogènes complémentaires.
- Remplacement de tout l'éclairage public.
- Remplacement de tous les réseaux de fluides, adduction d'eau potable, eaux usées, eaux pluviales.
- Création d'un city park.

b) Les études :

- Equipe de maîtrise d'œuvre (MOE).
- Equipe ayant en charge la rédaction du programme technique détaillé de l'opération programmation
- Ordonnancement planification et contrôle du chantier (OPC)
- Contrôleur technique (CT)
- Coordonnateur pour la sécurité et la protection de la santé (CSPS)
- Assistance technique à la maîtrise d'ouvrage pour l'ensemble de l'opération (ATMO) (cette mission comporte en sus de la mission générale d'assistance technique administrative et financière toutes les études préalables et notamment pour la réhabilitation des éléments d'infrastructure identifiés dans ce document).
- Assurance dommages/ouvrage pour les bâtiments neufs.
- L'assistance juridique sur l'opération de conception/réalisation
- Réaménagement et réhabilitation partielle des pavillons conservés (sauf le bâtiment Perce-Neige totalement réhabilité en 2013).

Ne sont donc pas pris en compte :

- **Le déplacement de l'aire de retournement des bus**.
- **La valeur d'acquisition du terrain n'a pas été prise en compte.**

2. L'ESTIMATION GLOBALE (HORS ACTUALISATION)

Répartition par pôle

	Pôle A		Pôle B		Pôle D		Pôle E		Travaux d'infrastructure	
	HT	TDC	HT	TDC	HT	TDC	HT	TDC	HT	TDC
Travaux	9 437 400	14 551 109	17 526 600	27 023 488	3 060 000	4 845 796	7 190 400	11 086 559	10 757 381	16 586 329
Equipements		630 000		1 440 000				480 000		
TOTAL		15 181 109		28 463 488		4 845 796		11 566 559		16 586 329
TOTAL GENERAL		**76 643 281**								

Répartition par poste de dépenses

SITE INTRA HOSPITALIER	**Montant HT**	**Montant TTC**	**Montant TDC**
Constructions neuves pour le pôle A, le pôle B et le pôle E	34 154 400	40 985 280	52 661 156
Travaux de structure : Déconstruction dont désamiantage	4 628 099	5 553 718	7 135 860
Travaux de structure : Autonomisation des réseaux des 4 pavillons non démolis	1 462 000	1 754 400	2 254 193
Travaux d'infrastructure: Electricité générale du CHS (+ étude)	551 400	661 680	850 179
Travaux d'infrastructure: Téléphonie, informatique	125 000	150 000	192 732
Travaux d'infrastructure: Eclairage public	696 000	835 200	1 073 132
Travaux d'infrastructure: Adduction d'eau potable	422 000	506 400	650 663
Travaux d'infrastructure: Eaux usées/eaux pluviales	696 000	835 200	1 073 132
Travaux d'infrastructure: Réseau incendie	105 500	126 600	162 666
Travaux d'infrastructure: Accessibilité des 4 pavillons non démolis	320 000	384 000	493 394
Voiries et réseaux divers	1 751 382	2 101 658	2 700 378
TOTAL TRAVAUX	**44 911 781**	**53 894 137**	**69 247 485**
Equipements des constructions neuves	2 125 000	2 550 000	2 550 000
TOTAL TRAVAUX + EQUIPEMENTS	**47 036 781**	**63 799 275**	**71 797 485**

SITE EXTRA HOSPITALIER	**Montant HT**	**Montant TTC**	**Montant TDC**
Construction neuve Centre WINNICOTT - psychiatrie infanto-juvénile	3 060 000	3 672 000	4 845 796

Total schéma directeur		**76 643 281**

ANNEXES :

Phase 1 : janvier 2015 - décembre 2016

Opérations administratives

- Transfert de propriété du terrain au bénéfice du CHS (mai 2015)
- Finalisation du schéma directeur et phasage détaillé de l'opération (juillet 2015)
- Marché d'Assistant Technique à Maîtrise d'Ouvrage pour la reconstruction du pôle A et B. Un même ATMO sera choisi pour l'ensemble de l'opération y compris études préalables pour les éléments d'infrastructure à reconstruire.
- Etudes préalables pour les études d'infrastructures de janvier à juin 2016 (6 mois).
- Désignation du programmiste pour les pôles A et B (avril 2016)
- Rédaction du programme pour les pôles A et B (de mai à décembre 2016)
- Regroupement des structures pédopsychiatriques du Chalonnais au sein du futur Centre WINNICOTT à Saint Rémy => programme technique détaillé janvier/février 2014 et choix de la maîtrise d'ouvrage délégué en mai 2014, passation du marché de conception/réalisation de septembre 2014 à juin 2015

Opérations de construction/démolition

- Conception/réalisation de la Maison Hospitalière Psychiatrique Polyvalente (60 places de MAS et 30 lits de PPD) **=>** durée 23 mois de février 2014 à décembre 2015.
- Regroupement des structures pédopsychiatriques du Chalonnais au sein du futur Centre WINNICOTT à Saint Rémy **=>** conception du bâtiment de juillet 2015 à décembre 2015.
- Déplacement de l'aire de retournement juin 2015
- Démolition des bâtiments du groupe 1 deuxième semestre 2016.

Opérations logistiques

Phase 2 : janvier 2017 - décembre 2019

Opérations administratives

- Organisation du concours de conception/réalisation en 2017 pour la reconstruction des pôles A et B de janvier à décembre 2017.
- Désignation du lauréat concours conception/réalisation : juin 2017.

Opérations de construction/démolition

- Réalisation du giratoire et nouvel accès ouest et déplacement de l'aire de retournement des bus : juin 2017
- Regroupement des structures pédopsychiatriques du Chalonnais au sein du futur site de l'opération Centre WINNICOTT à Saint Rémy **=>** réalisation du bâtiment de janvier 2016 à décembre 2016.
- Conception du pôle B durée 6 mois (de janvier 2018 à juin 2018)
- Réalisation du pôle B durée 18 mois (de juin 2018 à décembre 2019)
- Démolition des bâtiments des groupes 2 et 3 (durée 6 mois de juillet 2019 à décembre 2019)
- Conception Pôle A durée 6 mois (de juin 2019 à décembre 2019)
- Travaux d'infrastructure

Opérations logistiques

- Livraison et aménagement MHPP **=> juin 2016.**
- Livraison et aménagement centre de psychiatrie infanto-juvénile **=> janvier 2017.**

Phase 3 (Durée 12 mois) : janvier 2020 - juin 2021

Opérations administratives

Opération de construction/démolition

- Réalisation du pôle A durée 18 mois (de janvier 2020 à juin 2021)
- Travaux d'infrastructure

Opérations logistiques

- Livraison et aménagement du pôle B **=> janvier 2020.**

Phase 4 (Durée 18 mois) : juin 2021 - décembre 2022

Opération de construction/démolition

- Travaux d'autonomisation des bâtiments du groupe 5 (12 mois) de juin 2021 à juin 2022
- Démolition des bâtiments du groupe 4 de juillet 2022 à décembre 2022
- Travaux d'infrastructure

Opérations logistiques

- Livraison et aménagement du pôle A **=> juillet 2021.**

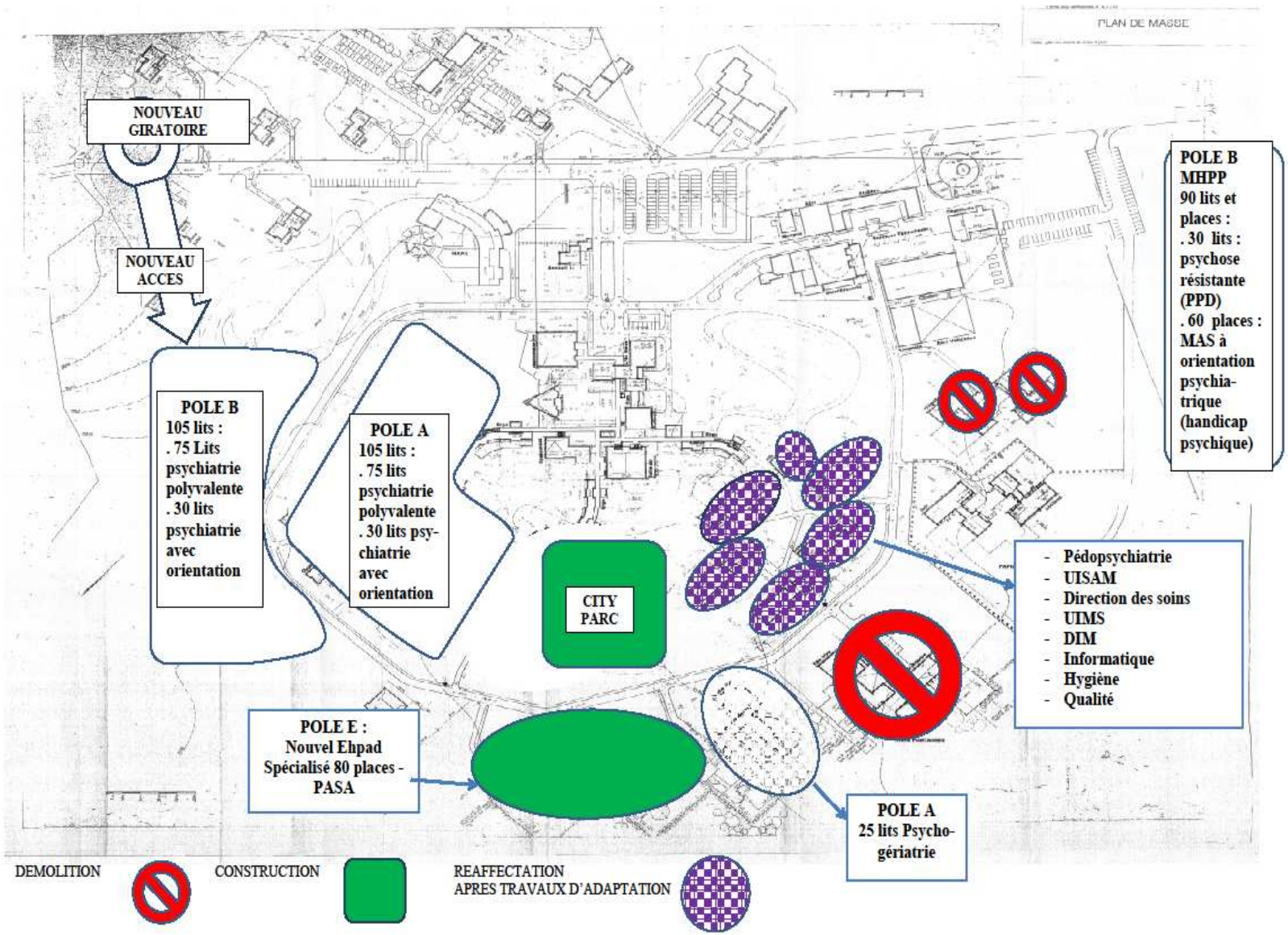
Phase 5 (Durée 24 mois) : décembre 2022 - décembre 2024

Opération de construction de l'E.H.P.A.D (80 places)

- Réalisation de l' EHPAD neuve
- Démolition des bâtiments du groupe 7

ANNEXE : PLAN

PHASE 4 Travaux d'adaptation des bâtiments GROUPE 5 / 6, création du City Parc et démolition bâtiments GROUPE 4 + Nouvel Ehpad



PROJET DE SOINS

PHILOSOPHIE DE SOINS 69
POLITIQUE DES SOINS INFIRMIERS 70
PROJET DE SOINS 73
FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LE CNEH 76
FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LA DIRECTION DES SOINS 76
RAPPEL DES AXES DU PROJET DE SOINS 2014/2018 77
ANNEXES 78

PHILOSOPHIE DE SOINS

Selon les soignants paramédicaux et éducatifs du centre hospitalier de SEVREY

« Ces quelques propos validés par la CSIRMT n'ont pas la prétention de tout dire sur le Soin et la relation au patient, mais du moins ont t-ils le mérite d'apporter des éléments propices à la réflexion en équipe sur le sens …».

Marie-Christine Vernier, Présidente de la CSIRMT

Les Soins Infirmiers en Psychiatrie :

Si l'on voulait qualifier au mieux le soin en Psychiatrie, il s'agirait d'arriver dans cette profession avec l'état d'esprit que l'on ne sait rien ou peu de choses.
Les soins infirmiers en santé mentale se caractérisent par une attitude et une disposition à la relation et à l'accompagnement s'articulant autour de notions telles que l'humilité, la disponibilité, l'écoute, l'observation, l'analyse des problématiques et s'appuient sur un réel savoir.
Le soin en psychiatrie implique un engagement éclairé et réfléchi du soignant qui débouche sur une relation de soin toujours en mouvement. Les soins infirmiers s'inscrivent dans la continuité, la permanence du soignant et la cohérence des équipes.
La qualité du soin se fonde sur : l'histoire du patient, sa prise en charge dont la valeur incontestable pour l'élaboration du projet psychothérapeutique et qui réunit l'équipe pluri professionnelle.

Etre Soignant au Centre Hospitalier de Sevrey :

« Il ne suffit pas d'apprendre à l'homme une spécialité car il devient ainsi une machine utilisable mais pas une personnalité. Il importe qu'il acquière un sentiment, un sens pratique de ce qui vaut la peine d'être entrepris, de ce qui est beau, de ce qui est moralement droit. Sinon il ressemble d'avantage avec ses connaissances professionnelles, à un chien savant qu'à une créature harmonieusement développée…» - A. Einstein

Ce propos sur l'homme s'applique d'autant plus en psychiatrie dont la préoccupation doit être l'autre, celui qui souffre. Si le savoir, les connaissances, sont nécessaires ils ne se suffisent pas en eux-mêmes. Il faut cultiver l'ouverture à l'autre, le respect de la dignité, ce qui fait que l'on est homme, ce qui fait que l'autre est homme.
Il importe que les soignants s'autorisent et se sentent autorisés, dans le cadre institutionnel, à revenir sur les protocoles pour les réinterroger.
Observer et écouter sont les bases du soin afin d'accompagner le patient avec ses différences. Cela suppose pour le soignant d'être disponible pour une rencontre singulière.
Au-delà du cadre réglementaire, il est question pour le soignant de créativité, de réponses personnelles, de ressenti et d'adaptabilité.
Un travail continu de recherche théorique et clinique est nécessaire pour repositionner les pratiques professionnelles en santé mentale afin de dynamiser la relation avec le patient.
Le diplôme d'infirmier nous ouvre les portes de l'exercice ; mais nous sommes novices face au parcours qui nous attend.

Le Patient au Centre Hospitalier de Sevrey :

Le soin infirmier en Psychiatrie auprès du patient pose comme préambule le respect de la personne en tant que sujet et celui de ses différences liées à l'expression de sa souffrance psychique.
Le patient nous fait côtoyer un univers nouveau, celui de la déstabilisation de la pensée et de l'esprit. Cet esprit qu'il nous faut rendre libre, mobile et ouvert à toute écoute, de souffrance, d'aberration mais aussi d'imagination et de découverte.
Ne pas laisser croire au patient que le soignant sait tout ; accepter d'apprendre du patient.
Ne pas vouloir pour lui. Accepter la part d'inconnue que l'on ne maîtrise pas.
Il s'agit bien de parcours en toute humilité que nous devons découvrir. Ce parcours, ce chemin, nous le faisons à deux, le patient et le reste de l'équipe.
Tel est le cheminement du parcours du patient et du notre, car nous apprenons ensemble de la souffrance psychique et de la joie de vivre.
C'est là notre plus grande satisfaction de soignant.

I – Aspects réglementaires : rappel :

- **Article L.6143-2 du code de la santé publique :**

« *Le projet d'établissement défini notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine de soins médicaux et des soins infirmiers de la recherche médicale de la gestion et du système d'information ».*

- **Article R.6146-10.- I. :**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :
1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins.

- **Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière :**

Sous l'autorité du Directeur d'établissement :

« Le Directeur des Soins organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement » ;

« Il élabore avec l'ensemble **des professionnels concernés le projet de soins infirmiers**, **de rééducation et médico-techniques**, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité des soins».

II – Les fondamentaux :

La politique de soins du CHS s'inspire des valeurs humanistes dont témoigne la philosophie de soins élaborée en avril 2014 et validée par la CSIRMT.

La politique de soins au CHS est centrée sur le patient. Elle en constitue le cadre de référence en apportant toutefois une attention particulière à la singularité de chaque parcours de soins.

La politique de soins favorise les démarches participatives et transversales. Elle répond aux exigences de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité et de l'efficience des organisations pour répondre aux besoins des patients.

Elle s'inscrit dans les préconisations du plan de santé mentale et Psychiatrie 2011-2015 ; en particulier concernant les objectifs collectifs du plan ci-dessous :

« PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES POUR MIEUX VIVRE AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES »

Axe 1 : Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne

- Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale ;
- Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, et renforcer la continuité des soins crise/post crise ;

- Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne ;
- Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention ;
- Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée ;
- Améliorer la prise en charge des addictions ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'exercice professionnel ;
- Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s).

Axe 2 : <u>Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires</u>

- Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins ;
- Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population ;
- Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations ;
- Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville ;
- Encourager les démarches qualité ;
- Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie ;
- Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale ;
- Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider.

Axe 3 : <u>Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal</u>

- Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie ;
- Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique ;
- Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques ;
- Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes ;
- Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance.

Axe 4 : <u>Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs</u>

- Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques ;
- Améliorer la formation de certains professionnels clé ;
- Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie ;
- Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées ;
- Entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ;
- Améliorer la formation des usagers et de leur entourage.

III – <u>Les acteurs de la politique de soins</u> :

La politique de soins concerne non seulement les professionnels paramédicaux du CHS mais interpelle aussi la collaboration avec le corps médical, l'ensemble de nos collègues des autres secteurs d'activité qui chaque jour œuvrent, d'une autre façon pour permettre « que tout soit possible pour le patient ».
La politique s'inscrit également dans une volonté de développer les partenariats externes avec les différents interlocuteurs qui gravitent autour du patient dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie ; partenaires sociaux, médico sociaux ou éducatifs. La restructuration par pôle d'activité du CHS confirme cette nécessité de développer le travail en réseau. Le personnel soignant du CHS contribue à l'amélioration des articulations entre les différents acteurs et surtout entre les différents métiers pour une meilleure cohérence du parcours du patient.
La politique comporte un volet important tourné vers l'évolution des professionnels tout au long de leur carrière en tenant compte de l'évolution en particulier de la réingénierie des diplômes pour les professions de santé.
La CSIRMT et, à travers elle, l'ensemble des professionnels, s'engagent avec l'établissement dans la démarche de certification et met au premier plan de ses préoccupations, l'amélioration des pratiques, la gestion des risques liés aux soins, le respect des droits du patient.

IV – <u>Le patient dans son parcours de soins</u> :

Rappel : Plan de santé mentale 2011 / 2015

« *L'enjeu majeur de ce nouveau plan 2011-2015 est de prévenir les ruptures dans les parcours de vie des personnes concernées, quel que soit leur lieu de vie, y compris celles en grande précarité ou en milieu pénitentiaire. L'objectif est donc de permettre à ces personnes de mieux vivre avec des troubles psychiques, troubles dont l'impact et la prévalence sont souvent sous-estimés, notamment chez les personnes placées sous main de justice ou faisant l'objet d'un suivi éducatif. »*

Chaque patient doit bénéficier d'une prise en charge globale et personnalisée inscrite dans un parcours personnalisé qui s'inscrit dans un maillage en amont et en aval entre les partenaires.
La prise en compte des risques somatiques occupe aussi une place dans la situation de soins du patient.
L'évolution de la place et des droits des usagers dans le système de soins nous ouvrent à de nouvelles modalités de la relation avec le patient ; intégrant par exemple une meilleure information, une co-responsabilité dans les soins faisant ainsi « passer le soignant de celui qui sait à celui qui accompagne.

V - <u>Conclusion</u> :

La politique n'a de sens que si elle se traduit dans un projet de soins, projet pour les patients mais aussi pour les soignants dans ce qui touche leur cœur de métier.

Le projet lui-même n'est rien s'il n'est pas porté par l'encadrement, relais indispensable au niveau opérationnel. L'engagement de tous à mettre en œuvre ce projet de soins doit être indéfectible.

Le projet de soins 2014 / 2018 centre l'essentiel des orientations sur le cœur de métier et un regard sur la cohérence de la démarche soignante.

PROJET DE SOINS

Le projet de soins constitue un cadre de référence qui structure l'organisation des soins et la prise en charge des patients et de leurs proches. C'est le fil conducteur, l'élément fédérateur de l'exercice des paramédicaux. Il est en étroite complémentarité avec le projet médical et le projet social.

I – <u>Eléments méthodologiques</u> :

La rédaction du projet de soins s'inscrit dans la méthodologie retenue pour le projet d'établissement.

La Direction des Soins est représentée au comité par le coordonnateur des soins.

Un comité de pilotage du projet de soins a également été mis en œuvre. Il se veut pluri-professionnel et représentatif de différents secteurs de soins et des secteurs médico-techniques.

Font partie de ce comité :

Pôle A	
Noms	**Métiers**
Sylvie BONVALOT	**Assistante de Pôle**
Laurence LIBOUROUX	**Cadre de santé – « Emeraude »**
Hans HUMBERT	**Infirmier – « Emeraude »**
Stéphanie COLLARD (suppléante)	**Infirmière – « Emeraude »**
Véronique GROSBEAU	**Aide-soignante – « Edelweiss »**

Pôle B	
Noms	**Métiers**
Christine SARRE	**Assistante de Pôle**
Claudie THIBERT-PHILIPPE	**Cadre de santé – « Gentiane »**
Cécile CABOUR	**Aide-soignante – « Jade »**

Pôle C	
Noms	**Métiers**
Eliane GROSJEAN	**Assistante de Pôle**
Emmanuel BENAS	**Infirmier – Tournus « Fil d'Ariane »**
Laurent BILLAUD	**Infirmier – HJ « Gloriette »**

Pôle D	
Noms	**Métiers**
Marie-Pierre CHAMPMARTIN	**Assistante de Pôle**
Virginie GAREL	**Cadre de Santé – HJ « Myosotis »**
Brice JEUNEU	**Infirmier – « La Source »**

Pôle F	
Noms	**Métiers**
Marie-Christine VERNIER - Pilote	**Directrice des soins**
Jacqueline PASQUINET - Copilote	**CSS Adjointe à la Direction des soins**

Représentants de la CSIRMT	
Noms	**Métiers**
Stéphanie CORREIA	**Aide-soignante – « Gentiane »**
Perrine MARCHANDIAU	**Préparatrice en pharmacie**
Aichouch MICHOT-BOUTABOUT	**Cadre de Santé – « Opale »**
Fabienne PREVOTAT	**Infirmière – CATTP « L'Etoile »**

II – <u>Choix des axes du projet</u> :

Dans un premier temps, la CSIRMT a été invitée à donner son avis : elle n'a pas émis de vœux particuliers hormis le fait de centrer le projet sur le cœur de métier à savoir :

⌊ La Psychiatrie

Une réunion a été organisée en présence des membres du comité de pilotage du projet de soins et du CNEH pour arrêter les axes prioritaires.

¬ **Axes centrés sur la spécificité des soins infirmiers en Psychiatrie :**

- Promouvoir le raisonnement clinique et la démarche clinique comme support à la prise en charge individuelle du patient et au travail d'équipe ;
- Management de la fonction soins : positionnement de l'encadrement de santé ;
- Amélioration de la qualité des prises en charge ; identifier les thématiques porteuses d'amélioration sur le plan organisationnel (notion de parcours de soins) ;
- Evaluation des pratiques professionnelles : identifier et mettre en œuvre un programme d'évaluation des pratiques sur des problématiques transversales ;
- Mobilité : comment répondre au maintien et à l'amélioration des compétences au service du patient.

¬ **Axes centrés sur l'accompagnement des orientations du projet médical :**

- Développement des partenariats avec les structures sociales et médico-sociales ;
- Identification des compétences requises pour les professionnels dans le champ de :
    - L'éducation thérapeutique du patient
    - Autres domaines liés au projet médical

In fine, 4 pistes de travail sont retenues pour le projet de soins 2014 / 2018 :

- **Deux travaillées avec l'appui méthodologique du CNEH**
- **Deux travaillées par la Direction des Soins**

⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄ ⊄

Les objectifs retenus pour le projet de soins 2014 / 2018 participent à :

- **Donner de la cohérence institutionnelle à la pratique soignante sur le CHS**
- **Rendre lisible l'exercice professionnel**
- **Transmettre les savoirs spécifiques en Psychiatrie**

FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LE CNEH

L'accompagnement méthodologique du projet de soin par le CNEH s'organise autour de deux problématiques :

- **Axes centrés sur la spécificité des soins infirmiers en Psychiatrie :**

  I : Promouvoir le raisonnement clinique et la démarche clinique comme support du travail d'équipe afin d'optimiser la prise en charge patient ;

  II : Fonction Soins du Cadre de Santé en Psychiatrie : organisation et fonctionnement.

Les thématiques donnent lieu à deux fiches projets, elles-mêmes déclinées en fiches action.

FEUILLE DE ROUTE PILOTEE PAR LA DIRECTION DES SOINS

Les axes ci-dessous sont pilotés par la Direction des Soins :

- **Axes centrés sur les soignants :**

III : Qualification des professionnels aux CHS : un enjeu pour accompagner le Projet d'établissement 2014 / 2018

IV : Education thérapeutique du patient au CHS : conduire le patient vers l'autonomie

RAPPEL DES AXES DU PROJET DE SOINS 2014/2018

<u>Fiche Projet I</u> ⇐ Promouvoir le raisonnement clinique et la démarche clinique comme support du travail d'équipe pour optimiser la prise en charge du patient

- **Fiche Action 1a :** Clarifier le cadre conceptuel
- **Fiche Action 1b :** Organiser avec les professionnels l'appropriation de la démarche et de son évolution

<u>Fiche Projet II</u> ⇐ La fonction soins du Cadre de Santé en Psychiatrie : organisation et fonctionnement

- **Fiche Action 2a :** Elaborer une philosophie de la fonction cadre
- **Fiche Action 2b** : Accompagner les équipes soignantes

Dans la pratique du raisonnement et de la démarche clinique
A la maitrise de la traçabilité "clinique" des soins

<u>Fiche Projet III</u> ⇐ Qualification des professionnels au CHS : un enjeu pour accompagner le PE 2014/2018

- **Fiche Action 3a** : Point sur les enjeux des formations universitaires ?
- **Fiche Action 3b :** Délégations de compétences ; quels enjeux pour le CHS ?

<u>Fiche Projet IV</u> ⇐ Education Thérapeutique du Patient au CHS : développement et mise en œuvre

- **Fiche Action 4a :** valoriser et partager les expériences au CHS
- **Fiche Action 4b :** Mesurer l'impact des programmes sur la qualité des soins

Action Projet de Soins 1 : Promouvoir le raisonnement clinique et la démarche clinique comme support du travail en équipe pour optimiser la prise en charge du patient [1]

Référents

- Madame Marie-Christine VERNIER, Directrice des Soins
- Madame Virginie GAREL, Cadre de Santé
- Madame Laurence LIBOUROUX, Cadre de Santé

Contexte et objectifs

1. Contexte national :

L'évolution de la demande sociétale, des sciences humaines, le développement des pathologies chroniques éclairent en partie la nécessité de repenser les fondamentaux de la démarche de soins.
De nouvelles réglementations remettent en question la place du patient et la relation soignant/soigné. Les recommandations nationales conduites par la Haute autorité de santé imposent de nouveaux objectifs aux professionnelles en termes de qualité, de sécurité et de traçabilité des soins. La profession elle-même s'organise. Des travaux de recherche menés par les sociétés savantes reconnues, de niveau national voir international (Association francophone de diagnostics infirmiers, Association pour la recherche en soins infirmiers etc…) ne cessent de faire progresser le soin infirmier comme une discipline à part entière organisée autour de concepts, de méthodologie, de processus de plus en plus complexes et maitrisés.
La réforme de la formation initiale en soins infirmiers de 2009 vise à former des praticiens réflexifs. Les étudiants reçoivent aujourd'hui des enseignements à propos de la démarche clinique et s'initient à la recherche en soins infirmiers. La réingénierie des diplômes des professions de santé ouvre l'accès à des diplômes universitaires à type par exemple de masters en sciences cliniques infirmières pour former des IDE en pratiques avancées, coordonnateurs de parcours complexes de soins.
Face à ces constats, les soignants du CHS manifestent aujourd'hui, à travers la CSIRMT leur volonté d'améliorer et de développer leurs connaissances et compétences cliniques dans le cadre d'une approche institutionnelle, pérenne, intégrant les enjeux et les attendus actualisés des soins en Psychiatrie. A travers cette démarche s'exprime aussi le souhait de « matérialiser » le transfert de compétences vers les nouvelles générations.
La Direction des Soins et les cadres de santé du CHS sont porteurs de ce projet pour initier la démarche avec les équipes.

Sans doute qu'à court il faudra envisager un accompagnement par le biais d'analyse réflexive des pratiques professionnelles et de formation y compris de formation validantes.

Il convient de prendre également en considération le contexte réglementaire qui encadre nos pratiques soignantes.

- La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients
- La loi HPST de juillet 2009 avec l'organisation en pôles
- La loi du 27 septembre 2013 qui modifie la loi de juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Le décret du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique (exercice de la profession infirmière et actes professionnels)
- L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
- Le référentiel de certification HAS et les pratiques exigibles sur les droits et la prise en charge des patients
- Le rôle des associations de patients et des familles de patients et le lien avec la CRUQPC

[1] Par travail en équipe nous entendons :
- les professionnels représentés au sein de la commission de soins infirmiers de rééducation et médico technique ayant à intervenir dans la prise en charge directe du patient

2. Contexte local (CHS) :

D'un point de vue du raisonnement, de la démarche clinique et de la démarche de soins.

Les concepteurs du dossier patient version papier au CHS (réf : groupe de travail dossier patient au CHS) avaient choisi comme modèle conceptuel les 14 besoins de Virginia Henderson pour organiser et structurer les différentes étapes du raisonnement et de la démarche clinique en psychiatrie pour assurer la traçabilité des interventions soignantes.
En 2009, l'établissement s'est doté du dossier patient informatisé CARIATIDES. Le modèle conceptuel inséré dans l'outil pour recueillir et organiser la traçabilité du « travail infirmier » ; du raisonnement clinique aux décisions de soins, est celui de Marjorie Gordon organisé selon *les modes fonctionnels de santé.*
Apres 5 années d'utilisation de CARIATIDES et malgré la mise en place de formation sur la maitrise technique du dossier informatisé, les évaluations de la traçabilité de soins témoignent que les items du dossier de soins sont inégalement renseignés, voire non renseignés. Ce constat traduit la difficulté d'utiliser un modèle conceptuel qui n'a pas fait l'objet d'une appropriation clinique collective et par conséquent de la difficulté à rendre compte collectivement de l'impact des pratiques sur la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Les enjeux :

- Concevoir **collectivement** « l'organisation du raisonnement clinique et de la démarche clinique de soins en faisant aussi émerger ce qui se fait déjà et le valoriser »
- Adapter les outils aux spécificités des différentes prise en charge en psychiatrie en garantissant le respect des fondamentaux des soins infirmiers définis dans le Projet de Soins.

Ceci implique de :

  - S'appuyer sur les projets de pôle ;
  - Poursuivre le travail de réflexion et de collaboration avec les médecins au niveau institutionnel ;
  - Définir les attendus « soignants » de la prise en charge tout au long du parcours de soin y compris avec nos partenaires externes.

Problématique :

La maitrise collective du raisonnement et de la démarche clinique, de la traçabilité des soins dans le dossier patient permettront de répondre aux attentes que le patient est en droit d'avoir en venant se faire soigner au CHS.
L'outil informatique doit être au service de la démarche de soins et non l'inverse. Le modèle conceptuel pour les années à venir reste cependant le modèle de Marjorie Gordon tel qu'il est inséré dans CARIATIDES. Cet élément est à prendre en compte pour garder un sens à la pratique clinique dans laquelle les soignants puissent se retrouver.

Le cadre de santé est au cœur de la démarche pour accompagner les équipes.

Finalité de la démarche projet : Promouvoir le raisonnement et la démarche clinique comme support du travail en équipe

- Répondre aux attentes et accompagner la réflexion des soignants dans le cadre du raisonnement et de la démarche clinique dans le champ de la psychiatrie ;
- Poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité des soins en termes de traçabilité dans le dossier patient ;
- Répondre aux besoins et aux attentes des patients dans leur parcours de soins ;
- Adapter nos pratiques face aux évolutions des soins infirmiers ;
- Répondre aux attendus médicaux, paramédicaux et réglementaires de la prise en charge.

OBJECTIFS

Objectif général :

Permettre à l'encadrement et aux professionnels soignants du CHS de renforcer leurs connaissances, d'améliorer leurs compétences en raisonnement et démarche clinique et d'en maitriser les évolutions :

- L'encadrement comme pilote et garant de la démarche auprès des équipes ;
- Les soignants comme acteur de la démarche auprès du patient.

Objectifs opérationnels :

L'accent est mis sur le raisonnement et la démarche clinique et la traçabilité des soins :

- Clarifier le cadre conceptuel de référence (modèles, fondements, méthodes…) pour aborder le raisonnement et la démarche clinique au CHS ;
- Former l'encadrement à l'accompagnement des professionnels au quotidien.

Action 1a : Clarifier le cadre conceptuel

- Rechercher un consensus institutionnel sur le raisonnement et la démarche clinique : Mener la réflexion à partir de la philosophie des soins élaborée dans le cadre du projet d'établissement 2014 / 2018 et de la littérature professionnelle.
- Mettre en œuvre la dimension clinique dans la prise en charge des patients en centrant la réflexion sur la spécificité des soins en psychiatrie.

Description de l'action

1/ Définir le concept de raisonnement clinique et démarche de soins au CHS

- Rechercher les ressources internes : professionnels experts ;
- Organiser les recherches dans la littérature professionnelle pour étudier les différentes approches du raisonnement clinique et de la démarche clinique ;
- Elaborer une note de synthèse pour préciser les options retenues.

2/ Définir la stratégie de suivi de la démarche (Approche clinique / traçabilité dans le dossier patient / évaluation)

- Concevoir une organisation pérenne ;
- Rédiger le « document de référence : concepts et modalités du raisonnement et de la démarche clinique au CHS ;
- A court terme définir un programme de communication sur le travail réalisé pour le promouvoir auprès de tous les acteurs du soin.

A minima organisation d'un colloque de « lancement » au CHS.

Moyens à mettre en œuvre

Prévoir le financement et l'organisation du colloque

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Définir le concept de raisonnement et démarche clinique		30 juin 2015	Mme VERNIER
1	Rechercher les ressources internes : professionnels experts	12 / 2014	Référents du Groupe démarche clinique
2	Fixer un calendrier des rencontres	Janvier 2014	DS DRH Encadrement de santé
3	Organiser les recherches dans la littérature professionnelle	Février 2015	GDC
4	Etudier les différentes approches	Avril 2015	DS + GDC
5	Rédiger un document de synthèse	Juin 2015	GDC
6	Rechercher un consensus institutionnel sur les concepts : - auprès des cadres de santé - des équipes soignantes - et in fine de la CSIRMT	Septembre 2015	DS + GDC
7	Faire valider par la CSIRMT		
8	Diffuser le document comme outil du cadre de santé *A insérer dans la gestion documentaire du CHS (outil maitrisé)*	Septembre 2015	DS et service qualité
Définir la stratégie de suivi de la démarche sur le long terme		Fin 2015	Mme VERNIER
1	Valider en **CSIRMT** les missions du groupe « Démarche Clinique » validé en 2012 : - actualisé ses missions - revoir sa composition (élargir aux professionnels des UF) - définir et mettre en œuvre un programme de travail	Octobre 2015	DS + Groupe de travail + groupe démarche clinique
2	Rédiger le document « de référence» (concepts et modalités du raisonnement et de la démarche clinique au CHS) **Attention :** travail à réaliser en collaboration avec le groupe fonction soin du cadre (groupe du projet de soins)	Novembre 2015	Groupe de travail
3	Définir la stratégie de communication à court et long terme pour promouvoir la démarche et la faire connaitre, dont : - Organisation d'un colloque au CHS début 2016 - Présentation aux instances concernées (CME …)	Fin 2015	DS + Groupe de travail

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Suivi de la réalisation des différentes étapes	Respect du calendrier /Suivi fiche action	Mensuelle
Note de synthèse finalisée	Analyser la littérature professionnelle/ Respect du calendrier	Mensuelle
Document « de référence » finalisé	Définir un consensus institutionnel/ Respect du calendrier	Trimestriel
Organisation d'un colloque de lancement de la démarche	Communiquer la démarche aux acteurs / Respect du calendrier	Trimestriel

Action 1b : Organiser le pilotage du raisonnement et de la démarche clinique auprès des équipes

- Former les cadres de santé :
  - aux méthodes du raisonnement clinique et de la démarche de soins : consensus institutionnel ;
  - à la traçabilité dans le dossier de soins ; maitrise **« clinique »** du dossier informatisé ;
  - aux enjeux et méthodes de l'évaluation de la traçabilité des soins : contexte de la certification des établissements de santé.

Description de l'action

1 : <u>Mettre en place les actions de formation pour les cadres de santé :</u>

- Former l'encadrement à l'appropriation de la démarche :
  - Raisonnement, démarche clinique ;
  - Traçabilité clinique dans CARIATIDES ;
  - Eléments de pédagogie pour intervenir auprès des professionnels.

***La formation des cadres s'appuiera sur le** document de référence (action étape précédente) et le guide pédagogique du dossier patient en cours de rédaction).*

2 : <u>Définir les attendus du recueil et de la traçabilité des « observations » infirmières dans le champ de la clinique psychiatrique</u> : onglet du dossier patient CARIATIDES

- Rédiger des fiches pédagogiques pour les items « Observations Infirmières » (pour compléter le guide pédagogique) ;
- Faire valider le guide pédagogique du dossier patient par la CSIRMT.

3 : <u>Mettre en place les actions d'accompagnement des professionnels</u>

Cette action est réalisée en lien avec le groupe qui travaille sur la fonction soin du cadre de santé.

- Accompagner les professionnels à l'appropriation :
  - de la démarche institutionnelle (raisonnement et démarche clinique au CHS)
    - ♣ à partir du document de référence
  - des attendus réglementaires et spécifiques selon les pathologies accueillies (spécificité par pôle)
    - ♣ à partir du guide pédagogique du dossier patient
  - de la traçabilité des soins dans CARIATIDES

4 : <u>Mesurer l'impact de la formation sur la traçabilité des soins</u>

- Audit sur l'utilisation de Cariatides

5 : <u>Définir le premier programme d'amélioration continue de la démarche pour initier le suivi :</u>

- Analyse de l'audit
- Choix des actions correctives
- Rédaction du programme

Moyens à mettre en œuvre

Prévoir le financement et l'organisation du dispositif de formation des professionnels sur le long terme (à partir de 2017).
En 2015, les actions d'accompagnement seront réalisées par l'encadrement de santé.

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
	Mettre en place des actions de formation		
	- Former l'encadrement à l'appropriation de la démarche ♣ raisonnement et démarche clinique ♣ traçabilité dans CARIATIDES : ♣ éléments de pédagogie pour intervenir auprès des professionnels (*document de référence et du guide pédagogique)* - Rédiger les cahiers des charges des formations internes - Choix des organismes - Calendrier de mise en œuvre de la formation - **Formation des cadres**	Avril 2015 pour plan 2016 **Début 2016**	*<u>En fonction des étapes</u>* : Groupe Démarche Clinique / Encadrement / Direction des Soins / Service formation /service qualité
	Définir les attendus des « observations infirmières » dans le champ de la clinique psychiatrique ; onglet CARIATIDES :		
	- Rédiger les fiches : *attendus institutionnels, spécifiques par prise en charge et réglementaires* - Finaliser ainsi le guide pédagogique du dossier patient - Le faire valider par la CSIRMT - Diffuser auprès des cadres de santé	Année 2015	GDC/ IDE référent informatique/ Service Qualité / DS
	Mettre en place l'accompagnement des équipes par UF :	**Année 2015**	
1	Démarche consensuelle portée par l'encadrement et définie lors de la formation : - Raisonnement clinique - Démarche clinique - Traçabilité de soins **<u>Remarque</u> :** *les cadres de santé organiseront dès 2015 des actions d'accompagnement auprès des équipes pour « initier la mise en œuvre du projet ». Avant leur formation cadre et ainsi ne pas perdre trop de temps ... Par UF, des actions d'amélioration pourront être mises en place dès 2015 car l'objectif est de se préparer dès que possible à la certification V2014.* *Celles-ci seront suivies par la Direction des soins : la formation des cadres de santé prendra en compte ces expérimentations.*	**Année 2015 / 2016**	
2	Réaliser des bilans d'étape par UF de l''avancement du projet : - Grille de recueil - Analyse	**Fin 2016**	**DS + GDC**
3	Apporter les actions correctives *Dont rédaction d'un cahier des charges de formation des agents pour mise en œuvre de la formation à partir de 2017*	**Plan de formation 2016 à reconduire**	
	<u>Mesurer l'impact de la démarche sur la traçabilité des soins</u>		
	1 : Définir la méthode : 2 : Conduire l'évaluation : 3 : Analyser les données : ***<u>Remarque</u> :*** *le groupe démarche clinique organisera à partir de 2015 des évaluations de la traçabilité des soins par UF. Des actions d'amélioration pourront être mises en place dès 2015 avec comme objectif de se préparer dès que possible à la certification.* *Celles-ci seront suivies par la Direction des soins : l'accompagnement des agents prendra en compte ces évaluations.*	Premier trimestre …2016 / 2017	GDC+ Service Qualité + DSI + Auditeurs internes

<u>Evaluer l'impact sur la qualité de la prise en charge</u> :

Définir les méthodes, dont : - Mesure de la satisfaction des patients - Méthode du « Patient Traceur » - Analyse de processus - **Action de management de la Qualité et de la gestion des risques par l'encadrement** (démarche DS) ***<u>Remarque</u> :*** *le groupe démarche clinique et le service qualité organiseront en 2015 des mesures d'impact de la qualité de la prise en charge. Des actions d'amélioration pourront être mises en place dès 2015 avec comme objectif de préparer la certification V2014.* *Celles-ci seront suivies par la Direction des soins : l'accompagnement des agents prendra en compte ces évaluations.*	Fin 2016 Pour mise en œuvre début 2017	Direction des soins **Service Qualité** Référents à désigner parmi les cadres de santé
<u>Définir le premier programme d'amélioration continue pour initier le suivi de la démarche sur le long terme</u>		
- choix des actions - organisation du pilotage - validation par la CSIRMT	Juin 2017	GDC : Service qualité

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Nombre de cadres de santé et d'agents formés	Former l'encadrement à la démarche	A définir avec la service qualité et en lien avec l'avancement du projet
Nombre d'agents accompagnés		
Nombre de fiches sur les observations soignantes rédigées	Rédiger les fiches sur les observations soignantes du dossier patient informatisé	
Nombre d'items renseignés dans cariatides	Evaluer la traçabilité de la démarche clinique dans l'outil Cariatides	
Nombre de questionnaires remplis	Mesurer l'exhaustivité de l'évaluation	
Analyse du niveau de satisfaction exprimé	Evaluer la satisfaction du patient par rapport à sa prise en charge	
Nbre de Parcours patient initié	Mesurer l'impact de la démarche sur la qualité et la gestion des risques au bénéfice du patient	
Nbre d'action réalisée au PAQ		
Programme réalisé		

Action Projet de Soins 2 : La fonction soins du Cadre de Santé en Psychiatrie : organisation et fonctionnement

Référents

- Madame Marie-Christine VERNIER, Directrice des Soins
- Madame Aïchouche MICHOT- BOUTABOUT, cadre de santé

Contexte et objectifs

- **Axes de référence :**

  - Réglementation sur la fonction et littérature professionnel : décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière ;
  - Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly 11 septembre 2009 ;
  - Fiche métier (répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière) ;
  - Référentiels d'activités et de compétences des cadres de santé : ministère des affaires sociales et de la santé DGOS décembre 2012
  - Rapport d'Edouard Couty "Le pacte de confiance pour l'hôpital" mars 2013

Etre « Cadre de Santé » n'est pas une spécialisation infirmière, médico-technique ou de rééducation mais un changement de fonction. En matière de soins, le rôle du cadre de santé est important car il est au cœur des organisations et de la collaboration avec les médecins, les partenaires des secteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux et de la relation avec les patients... .
Par ailleurs, le positionnement des cadres ne doit pas ignorer l'impact des politiques de santé sur les établissements.

Sur les 5 dernières années, les postes de cadres de santé sur le CHS de SEVREY ont été renouvelés dans une grande proportion. Les années à venir vont connaitre d'autres renouvellements de postes d'encadrement. Aussi, il nous est apparu nécessaire de mener une réflexion collégiale sur la fonction soins comme cœur de métier.

Si la performance gestionnaire et managériale est à mettre en avant ; celle de la pertinence humaine des actions et de leurs organisations ne peut être cependant laissée dans l'ombre. C'est au nom de la pertinence **de la pratique quotidienne des soins** et de la nécessité de bien traiter l'humain – tant celui à qui se destinent les soins que celui qui a pour métier d'en donner – qu'il nous semble important d'engager aussi la réflexion sur la fonction soin du cadre de santé et arrêter nos actions. Il importe donc de définir les fondamentaux de la fonction soins à partir de la réflexion collective. Le collectif est un espace qui permet de questionner la pratique pour mieux repartir vers l'action collectivement.

- **Problématique**

⌊ En quoi et comment le cadre de santé peut-il soutenir et mettre en œuvre la fonction soins au quotidien auprès des équipes et des partenaires du soin ?

« C'est parce que cela ne va pas de soi que les équipes ont besoin d'être soutenues, encadrées et accompagnées grâce à la présence, au cœur du soin, d'un cadre de santé de proximité et grâce à l'autorité aidante et bienfaisante qu'il peut ainsi exprimer ». Walter HESBEEN (Infirmier, Docteur en santé publique, Directeur d'établissement, Enseignant à l'EHESP de RENNES, Rédacteur en chef de la revue perspective soignante).

- **Finalité de la démarche projet**

Positionner clairement la fonction soin du Cadre au CHS et la faire connaître auprès des équipes.

ATTENDUS :

- Définition de la philosophie de la fonction soins ;
- Modalités d'exercice de la fonction soin au CHS : préconisations ;
- Moyens et outils nécessaires à la fonction : en collaboration entre le **groupe fonction cadre** et le groupe démarche clinique ;
- Suivi de l'exercice de la fonction soin pour maitriser les évolutions nécessaires sur le long terme.

OBJECTIFS

Objectif général :

Développer une approche coordonnée et structurée de la fonction soin du Cadre de Santé au CHS pour répondre aux enjeux du projet d'établissement et aux attendus de la fonction, **en cohérence avec la philosophie définie dans le projet de soins.**

Objectifs opérationnels :

- Rédiger la philosophie de la fonction soins
  - Dont définition des valeurs qui guident l'action et le positionnement

- Définir les missions de la fonction soins au quotidien. Actions auprès :
  - Du patient / des familles
  - Des équipes du CHS
  - Des partenaires de la prise en charge

- Définir les préconisations pour l'exercice de la fonction soins au quotidien. En termes de :
  - Présence auprès des équipes :
  - Continuité de la fonction soin sur l'établissement : intra pole et inter pole etc…
  - Participation aux enjeux institutionnels
  - Implication dans le fonctionnement de la Direction des Soins

- Définir un programme de communication à court terme sur le travail réalisé pour le faire connaitre à tous les acteurs du soin et le promouvoir

Action 2a : Elaborer une philosophie de la fonction cadre

Description de l'action

1/ Rédiger la philosophie de la fonction cadre au CHS

- Information générale sur la démarche engagée dans le cadre du projet de soins à l'ensemble des cadres de santé ;
- Recueillir des points de vue ;
- Synthèse des éléments recueillis ;
- Validation par la CSIRMT ;
- Communiquer la philosophie du cadre de santé au CHS de Sevrey dans les différentes instances par l'intermédiaire de la Direction des Soins et la rendre visible par le biais du Projet de Soins.

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Elaborer une philosophie de la fonction cadre			
1	Information générale sur la démarche à l'ensemble des cadres de santé. Diffusion d'une grille de recueil (outil de recueil à élaborer) Remarque: le recueil comporte en particulier un positionnement sur les valeurs suivantes : - solidarité - exemplarité - disponibilité Il comporte un questionnement sur l'éthique de la fonction et la déontologie professionnelle	Décembre 2014	Mme MICHOT-BOUTABOUT + DS
	Communication aux cadres de la synthèse du recueil ci-dessus en réunion d'encadrement	Janvier 2015	Mme MICHOT-BOUTABOUT
2	Rédaction de la philosophie qui sous tend la fonction soins sur le CHS	Février 2015	Groupe de travail « Management de la fonction soin du Cadre de Santé »
4	Validation de la synthèse par la Direction des Soins	Mars 2015	Groupe de travail « Management de la fonction soin du Cadre de Santé »
5	Communication interne. Dont : - CSIRMT - CME - Professionnels de santé des UF		Directrice des Soins Et pilote du groupe projet

Action 2b : Accompagner les équipes soignantes

- **dans la pratique du raisonnement clinique et de la démarche clinique**
- **à la maîtrise de la traçabilité des soins**

Description de l'action

L'action 2B sera co pilotée avec le groupe « **Promouvoir le raisonnement clinique et la démarche clinique comme support du travail d'équipe pour optimiser la prise en charge du patient "**

L'accompagnement des équipes à la pratique du raisonnement clinique, de la démarche clinique et de la traçabilité constitue le cœur de métier de la fonction soin.

Les actions 3 et 4 en sont la traduction au quotidien.

Action 2c : Fonction soin du cadre de santé au quotidien : préconisations

- Organiser la fonction cadre au quotidien des équipes du CHS
- Organiser la **coordination et la continuité** des soins au quotidien sur le CHS
- Optimiser l'implication des cadres de santé dans le fonctionnement institutionnel

Moyens à mettre en œuvre

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
3 Fonction soin du cadre de sante au quotidien ; préconisations			
	Préalable : - Actualiser la grille de recrutement du cadre de santé pour apprécier lors de l'entretien la pertinence de la réflexion clinique - Formation systématique des cadres de santé lors d'une embauche - Mise en place d'un parrainage : référent du pole pour le suivi	Dès janvier 2015	DS et cadres tuteurs
Organiser la fonction cadre au quotidien des équipes du CHS			
1	Valider les préconisations : - Recueil auprès des cadres de santé des fonctionnements actuels - Confrontation aux attentes des équipes - Analyse des recueils - Rédaction des préconisations : **recherche d'un consensus** - Avis de la CSIRMT	**Premier trimestre 2015**	**Groupe projet**
2	Organiser la communication : - Diffusion auprès des cadres, des équipes et des instances concernées (CSIRMT, CME…)	**2015**	**Groupe projet DS**
3	Mise en œuvre des préconisations définies ci-dessus.	**2015**	**Assistantes de pole et Cadres de santé**
Accompagner la coordination et la continuité des soins au quotidien sur le CHS		**2015**	
1	Recueil des suggestions des cadres de santé sur la notion de coordination et de continuité des soins sur le CHS en terme en particulier de mission et de « présentéisme ».	**2015**	**DS et GFC**
2	Rédaction de propositions consensuelles :	**2015**	**DS et GFC DRH**
3	Validation par la direction		
4	Diffusion sur le CHS aux instances concernées (CSIRMT, CME…)	**2015**	**DS et pilote du groupe**
Optimiser l'implication des cadres de santé dans le fonctionnement institutionnel			
	Remarques : Les cadres de santé participent de longue date aux instances et comités : avec depuis 2012, une lettre de mission rédigée par la Direction des Soins. - Réaliser un bilan avec l'encadrement et les responsables des instances et comités - Actualiser les lettres de mission - Diffuser l'information à l'ensemble des cadres de santé, à la CSIRMT et aux responsables des comités et instances concernés.	**2015**	**DS et pilote du groupe**

Optimiser l'implication des cadres de santé dans le fonctionnement de la Direction des Soins	
- Réaliser un bilan de fonctionnement des groupes de travail Direction des Soins et des réunions d'encadrement ; - Redéfinir les méthodes de travail : missions rédigées / programme de travail / indicateurs de mesure d'impact etc … - Définir l'organigramme fonctionnel de la DS : enjeux ; - Diffuser l'information à l'ensemble des cadres de santé et à la CSIRMT.	**DS et pilote du groupe**

Action 2d : Définir le rôle du cadre de santé dans le parcours patient et le lien avec les réseaux

- Identifier par pôle les partenaires du parcours patient ;
- Poursuivre la rencontre des responsables de structures partenaires et des réseaux de soin par pôle ;
- Organiser des échanges sur le terrain entre professionnels ;
- Mettre en œuvre un plan d'action d'amélioration.

Moyens à mettre en œuvre

Démarches et calendrier

	Objet	Date au + tard	Responsable
Définir la place du cadre de santé dans le parcours patients et le lien avec les réseaux			
1	Identifier par pôle les partenaires du parcours patient	Début 2015 (travail initié en 2012)	Assistantes de pole et cadre de santé
2	Poursuivre la rencontre avec les responsables de structures partenaires et des réseaux de soin par pôle : **Objectifs :** - Améliorer la connaissance des fonctionnements des structures, du CHS et des particularités des prises en charge - Définir le partenariat entre cadre de santé et responsable de structure pour optimiser la communication autour du patient	2015	Assistantes de pole et cadre de santé
3	Organiser des échanges sur le terrain entre professionnels : - Mettre en œuvre de stages croisés pour les cadres de santé - Poursuivre l'organisation des stages croisés entre professionnels	Courant 2015	Assistantes de pole et cadre de santé
4	Définir et mettre en œuvre un programme d'action d'amélioration des partenariats au bénéfice du parcours patient - Exploiter en particulier les acquis des stages croisés	2015 à 2018	Assistantes de pole et cadre de santé

Indicateurs de suivi et de résultats

Indicateur	Définition	Fréquence de la mesure
Préconisations validées		
Propositions sur la coordination et la continuité mise en œuvre		
Organigramme fonctionnel actualisé		
Nbre de lettre de missions rédigées		
Nbre de stages croisés organises / an		DS
Nbre d'actions d'améliorations réalisées		

Le groupe cadre initié en 2012 sera le garant in fine du suivi de la fonction Soin du cadre sur le terrain. Il en proposera l'organisation en marge du projet de soins.

Action Projet de Soins 3: Qualification des professionnels au CHS : un enjeu pour accompagner le projet d'établissement 2014 / 2018

FICHE PROJET

INTITULE PROJET :

Qualification des professionnels au CHS :
un enjeu pour accompagner le PE 2014 / 2018

La CSIRMT interpellée courant 2014 a réaffirmé l'importance de mener une réflexion sur la qualification[2] des professionnels et la reconnaissance des exercices « spécifiques » sur le cœur de métier en Psychiatrie. Le projet cible la profession infirmière.

NB : le projet cible la profession infirmière.

Responsable du projet :
direction des soins et assistantes de pole

Composition du groupe de travail :

- Direction des Soins
- Assistantes de Pôles
- Cadre du groupe de travail « Fonction Cadres de santé »

Axes de référence du projet :

- **Décret fonction de Directeur des Soins :**

Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants

- **Loi HPST :**
  - Titre II :

Amélioration de l'accès aux soins (coopération entre professionnels) en termes de délégation de compétences.

  - Titre III :

Prévention et santé publique (maladies chroniques) ; prévention des facteurs de risques, éducation thérapeutique du patient dans le parcours de soins comme priorités nationales.

- **Plan Psychiatrie et de Santé Mentale :**

Orientations stratégiques pour les professionnels :

« Pour bien soigner et bien accompagner les personnes, les professionnels, quel que soit le champ de leur intervention, doivent travailler dans de bonnes conditions, et en particulier être ***dans une clarté de leurs rôles et de leurs missions, dans le cadre d'un partenariat respectueux des compétences de chacun ».***

[2] *Qualification = compétences et exercices des professionnels*

- **Décret de compétences des professions paramédicales**

- **Répertoire des métiers soignants**

- **Rapport de Singly sur la fonction Cadre de Santé en particulier :**

    - Proposition n°17 : donner à la formation des Cadres de Santé une équivalence universitaire permettant l'obtention d'un master dans un parcours de formation organisé incluant la validation des acquis de l'expérience.

    - Proposition n°18 : prévoir dès maintenant l'obtention d'un master pour les cadres de santé ….en situation de cadre paramédical de pôles.
- **Rapport BERLAND 2008 : coopération des professionnels de santé**

- **Loi de santé 2014**
    - Proposition sur une reconnaissance d'IDE de pratiques avancées

CONTEXTE

Les soignants du CHS répondent à l'attente de l'institution et des patients, dans des domaines d'activité variés faisant appel à leurs multiples compétences ; acquises en formation initiale, en formation continue et tout au long de leur pratique clinique.

Cependant, aujourd'hui les perspectives d'évolution s'orientent vers des formations de type universitaire avec la réingénierie du diplôme de la profession infirmier en particulier. La loi HPST ouvre aussi des perspectives en termes d'exercice du métier organisé autour de délégation de compétences entre professionnels. La future loi de santé 2014 « parle » même d'une reconnaissance statutaire possible d'Infirmier de pratiques cliniques avancées.

Les professionnels du CHS s'inscrivent de longue date dans une dynamique d'évolution des compétences au service du patient : la rédaction du projet de soins 2014 / 2018 est une opportunité pour les soignants de poursuivre leur réflexion.

PROBLEMATIQUE

Comment dans le contexte de la psychiatrie peut-on mettre à profit le dispositif de réingénierie des diplômes et de délégations de compétences pour accompagner au plus prêt les besoins du projet de soins.

OBJECTIF GENERAL

Etre force de proposition pour éclairer les décisions institutionnelles

OBJECTIFS OPERATIONNELS

Point sur les enjeux des formations universitaires DU / DIU /MASTER / etc ; de quoi parle t'on ?			*DS + AP + Référent du « groupe cadre »*
1	Organiser la recherche documentaire		*DS*
2	Analyser les documents sélectionnés	Mars 2015	*DS + AP + Référent du « groupe cadre »*
3	Rédiger une note synthétique	Avril 2015	*DS + AP + Référent du « groupe cadre »*
4	Echange avec tous l'encadrement de santé en réunion	***2015***	***DS***

5	Echange avec la DRH	*Mai 2015*	*DS / DRH*
6	Rédaction des orientations pour les 5 ans à venir : - Orientations opérationnelles pour le plan de formation 2016	Septembre 2015	DS + AP + Référent du « groupe cadre »
7	Information des instances concernées dont : - CSIRMT - CME - CTE	Octobre 2015	DS
Point sur les délégations de compétences et pratiques cliniques avancées : de quoi parle-t-on ?			
1	Organiser la recherche documentaire		DS
2	Analyser les documents sélectionnés	Mai 2015	DS + AP + Référent du « groupe cadre »
3	Recherche d'expérience auprès d'autres établissements psychiatriques		
4	Rédiger une note synthétique	Mai 2015	DS + AP + Référent du « groupe cadre »
5	Sur le CHS : des pratiques peuvent-elles être assimilées à des délégations de compétences : - Information du directoire - Echange avec les chefs de pôles et assistants de pôles « intéressés » - Analyse des pratiques - Vers une validation ARS des pratiques qui peuvent assimilées à des délégations de compétences … ?	mai à septembre 2015	DS / AP /Chef de pole
6	Sur le CHS des pratiques soignantes peuvent-elles être assimilées à des pratiques cliniques avancées : - Echange avec les assistants de pôles et les cadres de santé - Analyse des pratiques sélectionnées - Echanges avec la Direction		

Remarque : à ce jour le statut d'IDE de pratique avancée est une évolution possible dans le plan de sante 2014 ; à suivre …

FICHE PROJET
Education thérapeutique

INTITULE PROJET :

Education Thérapeutique du Patient (UTEP) :
Développement, Mise en œuvre

Responsable du projet :

Mmes SARRE, VERNIER et DIZET

Composition du groupe de travail :

M. HUMBERT Hans
M. BILLAUD Laurent
M. JEUNEU Brice

Axes de référence :

- **Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 :**

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, **préventifs,** curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, **dans le souci de son éducation à la santé** et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

Article R. 4311-5, "dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage." :

- **Définition OMS**
- **Loi HPST, article 84**
- **Articles L.1161-1 à L-1161-4 du CSP**
- **Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient**
- **Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient**
- **Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation**

- **Décret n° 2010-904 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient**
- **Guide HAS :**

    - **Des documents pour la mise en œuvre de l'ETP :**

¬ Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation
¬ Recommandations. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ?
¬ Education thérapeutique du patient. Principales rubriques du dossier patient.
¬ Recommandations. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent.

    - **Des documents méthodologiques pour élaborer des programmes d'ETP :**

¬ Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique
¬ Recommandations. Education thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique

    - **Des documents méthodologiques pour évaluer les programmes d'ETP et activités éducatives, et les améliorer :**

¬ INPES : Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme
¬ Requa : Guide d'aide à la formalisation et/ou au développement de l'ETP

CONTEXTE et PROBLEMATIQUE :

▶ Contexte général

- **contexte épidémiologique:**

En France, selon les données de l'assurance maladie 2008,

♣ 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours
♣ 9 millions de personnes déclarées en ALD
♣ Le nombre de malades chroniques est estimé à **15 millions soit ¼ de la population française**

- **une efficacité et une efficience démontrée** : amélioration autogestion des traitements, qualité de vie, mortalité, diminution couts directs et indirects, valorisation soignants

- **sur le plan sociologique** : volonté des patients d'être informés, se posent en partenaires des soignants et veulent être associés aux décisions qui les concernent. Loi mars 2002

- **contexte politique** : légitimité règlementaire

♣ Lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004
♣ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique (avril 2007) : prévention et de l'éducation des malades atteints de pathologies chroniques nécessitant non seulement une prise en charge thérapeutique mais aussi une assistance éducative dans la gestion de leur problème de santé
♣ Recommandations de la Haute Autorité de Santé (juin 2007)
♣ Rapport *« Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient »* (Saout, Charbonnel, Bertrand (août2008)
♣ Loi « Hôpital, patients, santé, territoires » Article 84 (juin 2009)
♣ Rapport du Haut Conseil de Santé Publique (novembre 2009) :« *l'ETP intégrée aux soins de premier recours »*
♣ Rapport Jacquat *« Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne »* (juin2010)

▶ Contexte en psychiatrie

Parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes pour le 21e siècle, on retient 5 maladies mentales : schizophrénies, troubles bipolaires, addictions, dépression, troubles obsessionnels.

Dans ce domaine, l'observance thérapeutique est défaillante. Ceci est lié à la stigmatisation des maladies mentales et des médicaments psychotropes, à un manque de reconnaissance de la maladie, à une qualité de la relation de soin, notamment avec l'entourage, insuffisante. Cette mauvaise observance explique la fréquence des rechutes, l'évolution vers des symptômes plus marqués et l'augmentation des ré-hospitalisations. Les comorbidités associées sont fréquentes.

Le concept d'éducation thérapeutique est né en diabétologie, puis s'est étendu aux patients asthmatiques et en cardiologie, donc plutôt associé aux pathologies somatiques. En santé mentale, ce sont les concepts de psychoéducation ou de thérapies psycho-éducatives qui se sont développés et ont prouvé leur efficacité. En réalité, le socle de ces conceptions est commun à l'ETP. Il Recouvre le concept de « psychoéducation » qui se définit comme « l'éducation ou la formation théorique et pratique axée sur la compréhension du trouble, sur les différentes mesures thérapeutiques et sur la réinsertion du sujet ».

▶ Contexte local et problématique

De nombreuses actions apparentées à de l'éducation thérapeutique sont organisées sur le CHS, l'intérêt à développer une démarche d'ETP structurée n'est pas défini. Les concepts d'ETP, de psychoéducation, de réhabilitation ne sont pas clairement distincts. Les rôles de chacun dans le domaine de l'ETP restent à définir.

Les complexités administratives de la constitution d'un dossier d'autorisation de programme d'ETP et l'évaluation des programmes d'ETP demandée par l'HAS et les ARS peuvent être des freins à l'élaboration d'actions d'ETP formelles.

(*A terme la constitution d'une unité transversale d'Education Thérapeutique permettrait sans doute de favoriser le développement de l'ETP au CHS et d'accompagner les équipes dans leurs démarches d'ETP : élaboration, demande d'autorisation à l'ARS, mise en œuvre, évaluation, reconnaissance ; la démarche est à l'étude)*

▶ L'éducation thérapeutique est cependant assujetti à une prise de conscience des paramédicaux et des médecins de l'importance

- de structurer les démarches d'éducation du patient et de l'entourage
- de s'impliquer en partenariat avec le corps médical et les partenaires externes
- de laisser des « écrits professionnels « en terme de passage de compétences' aux jeunes collègues
- de faire partager les expertises entre les différents pole pour mettre aux services des patients les compétences du plus grand nombre

DEFINITION de l'Education Thérapeutique du Patient au CHS :

Cette définition est le fruit de la réflexion de quelques professionnels qui sur le plan « philosophique »ont souhaité communiquer de l'intérêt de notre investissement pour le patient : ces quelques lignes servent de socle au projet d'éducation

L'éducation thérapeutique en psychiatrie c'est envisager de faire advenir le patient en lui donnant la possibilité d'éclairer ses actions par la médiation de la réflexion qui le conduit à une meilleure maîtrise de soi. Le rôle du soignant est d'accompagner, d'élever (du latin levare : faire mouvoir du bas vers le haut) le patient par diverses médiations, vers une connaissance de ses troubles et de son fonctionnement et de le guider vers l'accès à une autonomie, afin de lui permettre d'être lui-même et d'affirmer librement sa singularité. L'ETP devrait permettre au patient d'acquérir et d'être capable de maintenir les ressources nécessaires pour gérer sa vie de malade de manière optimale. Il s'agit d'une coopération entre la personne malade (et son entourage) et le soignant dans le respect du patient comme sujet à part entière. Le soignant prenant en compte la totalité des dimensions de la personne malade et le respectant dans sa globalité et sa complexité psychologique et sociale.

L. Billaud

Professionnels concernés par le projet :

- L'ensemble des personnels paramédicaux présents sur le CHS
- Le corps médical
- L'encadrement de santé
- La Direction

OBJECTIF GENERAL :

Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient comme une démarche à part entière dans le projet de soins

OBJECTIFS OPERATIONNELS :		
Valoriser et partager l'existant au CHS		
▶ Réaliser un état des lieux : - Faire un point sur les attendus d'une démarche d'ETP ; - Recenser les actions existantes sur le CHS : actions d'éducation ou actions apparentées à des actions d'ETP ; - Recherche des démarches potentielles dans le cadre du nouveau projet médical ; - Analyser les écarts entre les attendus et les actions d'éducation en cours sur l'établissement. ▶ Dans l'attente de la création éventuelle de l'UTEP (projet en cours de réflexion sur le CHS) : - Proposer un plan d'action pour améliorer la structuration des démarches en lien avec la clinique psychiatrique - Organiser la communication et le partage d'expériences sur les programmes existants au CHS	mai à octobre 2015	DS / Encadrement / pharmacien formé à l'ETP
Mesurer l'impact des programmes sur la qualité des soins		
Actions à réaliser avec le soutien du service qualité : ▶ Choix des méthodes et des indicateurs ▶ Premières mesures d'impact		
Indicateurs : à définir avec le service qualité		

FINALITE : ***(résultat global attendu / intitulé du projet)***

Inscrire l'ETP dans les pratiques professionnelles
Faire connaitre les démarches ETP dans le champ de la Psychiatrie

- **Moyens : temps de travail des personnels impliqués, formations initiale et continue, outil informatique, documentation**

- **Personnes ressources :**

  - ARS Bourgogne : Mme Bruet, Dr Boiret
  - CHWM : UTEP
  - Hôpitaux psychiatriques de Haute-Saône : Mme Marie-Pierre BIOT, responsable d'UTEP
  - CHU Besançon : Mr Penfornis, responsable de l'UTEP

PROJET QUALITE
ET SECURITE DES SOINS

AXE 1 : POURSUIVRE LE DEPLOIEMENT COORDONNEE ET PERENNE DE LA DEMARCHE QUALITE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT 103
AXE 2 : DEVELOPPER UNE CULTURE SECURITE COORDONNEE ET TRANSVERSALE 105
AXE 3 : PROMOUVOIR LA PRISE EN SOIN DU PATIENT 109
AXE 4 : FAVORISER LES DEMARCHES D'AMELIORATION ET D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 112

Notre établissement a la mission de prendre en charge tout patient relevant de sa compétence en santé mentale afin de lui assurer les soins adaptés à son état de santé, tout en appliquant des techniques et des connaissances actualisées dans le respect de la personne et de ses droits fondamentaux.

Le projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du CHS est basée essentiellement sur la garantie de la qualité, la sécurité et la continuité des soins des patients dans le respect de la personne et de ses besoins tout en limitant les risques auxquels elle est exposée aussi bien en intra hospitalier qu'en extra hospitalier.
Il a été bâti conformément aux trois objectifs opérationnels qui constituent l'annexe 3 « améliorer la qualité et la sécurité des soins » du CPOM signé le 31 décembre 2012.

C'est un projet institutionnel, transversal et non pas le projet exclusif du service qualité /gestion des risques. En effet la loi HPST, en terme de qualité et de sécurité des soins permet aux établissements de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats et de gestion de projet, fondée sur un programme d'actions et une véritable gestion des risques. A ce titre le décret du 30 avril 2010 confère à la CME l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
Le CHS lui a pleinement reconnu cette dimension transversale en l'inscrivant comme un axe prioritaire dans chaque contrat de pôle.

Ce projet participe et s'articule à l'ensemble du projet d'établissement 2014 2018.
Il intègre l'utilisation au quotidien des méthodes et des techniques favorisant dans tous les domaines d'activités, soins et fonctions supports, un service rendu optimal. Il implique au quotidien la mobilisation de tous les professionnels de l'établissement.

La valorisation et la poursuite de la démarche qualité, de prévention et de gestion des risques s'appuient essentiellement, au-delà des outils mobilisés sur une approche transversale et coordonnée des différents acteurs de l'établissement. Elle est consubstantielle à notre mission d'établissement de santé.

Les engagements de l'établissement

- **Le respect du bien être et des droits fondamentaux des patients et des résidents**
- **L'inscription pérenne de la démarche qualité basée sur la participation active dans tous les secteurs d'activité de l'établissement**
- **L'implication des professionnels dans leur champ de compétence**
- **La recherche du sens du soin**
- **La garantie de la sécurité de l'ensemble des personnes présentes dans notre établissement**

Le CHS s'est doté de moyens pour déployer son engagement qualité.

1. Un service qualité/risques en charge de la mise en œuvre politique qualité, de l'évaluation et de la gestion des risques,

2. Des commissions ad hoc constituées comme des groupes de travail pluri professionnels impliqués dans la démarche qualité et gestion des risques, Ces groupes sont sollicités à chaque étape de la démarche pour la définition des objectifs, le choix des outils et des indicateurs, l'évaluation des actions… Au cours de ces groupes la participation constante des représentants des usagers est recherchée,

3. Une gestion documentaire informatisée permettant la mise à disposition des documents en temps réel et leur actualisation,

4. Des outils de communication : « CHS info », intranet, réunions d'information visant à informer régulièrement les professionnels sur l'avancement du programme qualité,

5. Un dispositif de déclarations des évènements indésirables (DEI) permettant la connaissance des dysfonctionnements et des incidents survenus afin de conduire les actions d'amélioration s'y rapportant,

6. Le suivi d'indicateurs concernant la satisfaction des patients, les plaintes et les réclamations, le risque infectieux, la prise en charge de la douleur, la prise en charge nutritionnelle et les indicateurs obligatoires IPAQSS, concernant la tenue du dossier patient,

7. La formation à la démarche qualité et aux outils qualité et de gestion des risques destinés à l'ensemble des professionnels du soin. Le CHS a adhéré à la Structure Régionale d'Appui de Bourgogne qui donne l'accès à des formations et des accompagnements gratuits à la méthodologie de la qualité et de la sécurité des soins.

8. La participation au collectif permet des échanges fructueux et offre des perspectives et des démarches collaboratives

Les résultats de la certification, le projet d'établissement, les revues biannuelles d'évaluation et de dialogue entre la direction et les chefs de pôles, l'analyse des fiches de signalements des évènements indésirables, la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), les indicateurs qualité nourrissent la politique qualité et gestion des risques

Ce projet comprend 4 axes principaux.

AXE 1	Poursuivre le déploiement coordonnée et pérenne de la démarche qualité dans tous les secteurs d'activité de l'établissement
AXE 2	Développer une culture de sécurité des soins coordonnée et transversale
AXE 3	Optimiser la prise en soin du patient
AXE 4	Favoriser les démarches d'amélioration des pratiques et développer leur évaluation

AXE 1 : POURSUIVRE LE DEPLOIEMENT COORDONNEE ET PERENNE DE LA DEMARCHE QUALITE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

L'évolution des compétences de la Commission Médicale d'Etablissement et l'évolution des exigences liées à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ont été l'occasion de repenser le management de la qualité et des risques.et le rôle du Comité Permanent Qualité, Certification (CPQC).
Cette organisation a pour objectif de décentraliser la démarche qualité et de l'ancrer dans le fonctionnement au quotidien de chaque pôle d'activité clinique et médico-technique.

Un travail collaboratif avec les différentes sous commissions de la CME et la CSIRMT doit être privilégié pour favoriser le pilotage des actions de l'amélioration continue.

Les objectifs principaux sont :

1.1 Intégrer systématiquement les exigences de la HAS dans le programme itératif de la qualité et de la sécurité des soins

⊗ Intensifier notre implication dans le processus itératif de certification

⊗ Lever les deux recommandations de la visite de certification V2010

⊗ S'adapter et communiquer sur les exigences de la HAS

⊗ Favoriser le déploiement et l'application de ces exigences et recommandations dans le déploiement au quotidien des actions au sein des pôles

⊗ Développer les approches « parcours patient »

⊗ Collaborer avec les pilotes institutionnels et les présidents des commissions à l'élaboration du compte qualité comme outil de management et de pilotage

⊗ Déployer les différents plans d'actions dans un programme bisannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

responsables	Direction / CME/service qualité
Indicateurs	Intégration d'objectifs qualité dans les contrats de pôles Programme d'actions/an Bilans annuels

1.2 Optimiser et accompagner l'appropriation et systématiser l'utilisation des méthodes et des outils de la qualité au sein des pôles et des unités.

⊗ Sensibiliser et informer les personnels et les instances

⊗ Développer à la fois le retour d'expérience transversal et dans les pôles

⊗ Définir les modalités d'organisation de chaque CREX

⊗ Evaluer le dispositif en place et mis en œuvre

Responsables	Direction / CME/ service qualité
Indicateurs	Nombre de retours d'expérience /an Nombre d'actions d'amélioration/an

1.3 Recruter de nouveaux auditeurs internes

⊗ Former de nouveaux auditeurs internes

⊗ Redéfinir et formaliser les conditions de leur intervention

⊗ Rédiger une charte des auditeurs interne

⊗ Mettre en place le dispositif

⊗ L'évaluer

Responsables	Direction / CME/ service qualité
Indicateurs	Nombre d'auditeurs internes formés Nombre d'audits menés annuellement

1.4 Poursuivre et consolider la formation et l'information aux démarches qualité

(Principes, méthodes, outils)

⊗ Recenser les besoins de formation en interne

⊗ Définir les actions de formation annuelles, les inscrire au plan de formation de l'établissement

⊗ Les planifier et les évaluer

Responsables	Direction / CME/ service qualité
Indicateurs	Nombre annuel de formations qualités/risques Nombre de personnels formés annuellement

1.5 Déployer la démarche qualité au sein de nos structures médico-sociales

⊗ Nommer un référent qualité à l'EHPAD

⊗ Déployer et mettre en place le plan d'actions au regard des conclusions de l'évaluation externe

⊗ Planifier des évaluations au regard des recommandations de l'ANESM

⊗ Sensibiliser et informer les professionnels sur cette démarche continue

Responsables	Direction / service qualité
Indicateurs	Nombre d'actions correctives conduites annuellement Nombre annuel d'audits ou évaluations

AXE 2 : DEVELOPPER UNE CULTURE SECURITE COORDONNEE ET TRANSVERSALE

Le législateur a souhaité la nomination d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de renforcer la sécurité des patients. Ses missions et ses liens avec la CME doivent être déterminés dans une organisation efficiente mobilisant l'ensemble des professionnels. Il s'agit de promouvoir l'appropriation de la culture du risque à travers une meilleure identification des risques qu'elle soit a priori et/ou a posteriori.

 Pour ce faire, l'évaluation des risques a priori fait l'objet d'une cartographie des risques tandis que la gestion des risques a posteriori recueille les évènements indésirables (événement ou situation qui peut avoir des conséquences négatives sur la qualité du service rendu ou qui met en danger la sécurité des usagers et des professionnels).

 Une réflexion institutionnelle doit s'engager pour mieux caractériser les évènements indésirables et ainsi mieux cibler les actions correctrices à conduire. Le recensement de ces évènements est présenté au Comité de Gestion des Risques et des Vigilances (CGRV) Une analyse de la criticité des évènements est réalisée. Ce comité propose à la Direction la mise en œuvre d'actions d'amélioration. La CRUQPC est associée à cette démarche. Les risques encourus par les patients au cours de leur hospitalisation sont en général des risques retrouvés dans tous les établissements (risque infectieux, risque médicamenteux,…) mais il existe des risques spécifiques à la santé mentale, notamment le risque suicidaire et le risque de violence.

 Ce projet prévoit de :

2.1 Développer la gestion des risques a priori et a posteriori dans tous les domaines d''activité

⊗ Consolider les articulations nécessaires et renforcer les liens entre les différents référents risques et le coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins

⊗ Participer au développement de la culture risque par le biais de la formation

⊗ Renforcer la démarche d'analyse des causes des évènements indésirables graves

⊗ Conduire un programme d'actions qui permettent le traitement de risques identifiés

⊗ Identifier et élaborer les thématiques prioritaires du programme de sécurité des soins

Responsables	CME/ CGRV
Indicateurs	Bilan annuel des EI Nombre annuel de réunions du CGRV Nombre annuel d'actions en lien avec les déclarations EI

2.2. Prévenir et prendre en compte les risques identifiés comme spécifiques

Il apparait nécessaire d'approfondir la dimension préventive (repérage des situations à risque) et la dimension clinique des patients pour prévenir le risque suicidaire et les comportements agités, violents. Pour ce faire, dans le cadre de cet axe il convient de :

2.2.a Développer la prévention du risque suicidaire

⊗ Instituer une réflexion pluri professionnelle et pluridisciplinaire

⊗ Evaluer les patients à risque et les identifier

⊗ Conduire des RMM.

Responsables	CME/Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS)
Indicateurs	Nombre d'agents formés à la prévention du risque suicidaire Nombre annuel de Tentatives de suicide ou suicide Nombre annuel de RMM/suicide

2.2 b Optimiser la prise en charge des situations de violence et d'agitation

⊗ Poursuivre la formation des équipes face à ces situations récurrentes

⊗ Relancer un groupe pluri professionnel type « l'observatoire de la violence » relatif à la prévention et à la prise en charge des situations de violence

⊗ Mettre en place ou pérenniser des rencontres avec les forces de l'ordre, l'administration pénitentiaire visant une meilleure coordination.

Responsables	Direction des soins / CME/ CGRAS
Indicateurs	Nombre de professionnels formés à la gestion des situations d'agressivité ou de violence (SRUC) Nombre d'appels à renfort/an Nombre d'évènements déclarés/an Nombre annuel de cas d'agression ou violence analysés (CREX)

2.3 Développer la qualité de la prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse des patients doit garantir le bon médicament au bon patient, à la bonne posologie, selon la bonne voie et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient.

Le cadre réglementaire de cette sécurisation fait l'objet de l'arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Par ailleurs l'établissement doit lever la recommandation de la HAS sur le critère 20a bis relatif à la prise en charge médicamenteuse du patient.

Avec l'appui et la nomination du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RMQPCM)

⊗ Fédérer un groupe pluri professionnel unique autour du circuit du médicament et en lien avec la CME au regard de l'arrêté du 6 avril 2011

⊗ Sécuriser les nouveaux risques liés à l'informatisation de la prescription

⊗ Développer les actions d'information des patients et le projet d'éducation thérapeutique

⊗ Formaliser le plan de formation de la prise en charge médicamenteuse

⊗ S'assurer des bonnes pratiques, évaluer la qualité de la prise en charge médicamenteuse aux différentes étapes du circuit.

Responsable	RMQPCM
Indicateurs	Nombre d'actions d'améliorations / correctives conduites/an Nombre annuel d'évènements médicamenteux signalés Nombre annuel de réunions CREX circuit du médicament

2.4 Organiser l'identification du patient tout au long de son parcours de soins

L'identitovigilance est identifiée par la HAS comme une pratique exigible prioritaire de la qualité des soins. Elle doit s'inscrire dans les préoccupations des différents acteurs de l'hôpital afin de passer d'une culture administrative de l'identité à une culture clinique, en effet l'identification du patient est un acte de soin.

⊗ Poursuivre la sensibilisation des professionnels aux risques liés à l'identitovigilance

⊗ Garantir et systématiser la recherche et la fiabilité de l'identité du patient au cours de son parcours de soin

Responsable	DIM/CIV
Indicateurs	Nombre annuel de déclarations d'identitovigilance Nombre annuel d'actions d'amélioration

2.5 Poursuivre et conforter la démarche de lutte contre les infections nosocomiales

La prévention des infections nosocomiales est un axe déterminant de la qualité et de la gestion des risques, elle s'appuie sur la dynamique impulsée par :

- Le CLIN qui propose la politique de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement
- L'équipe opérationnelle d'hygiène qui la met en œuvre

La démarche de lutte contre les infections nosocomiales s'appuie sur une surveillance régulière et sur des formations aux différents gestes d'hygiène
Les risques sanitaires peuvent également être liés à l'environnement. Pour limiter ces risques, l'établissement met en place un plan de surveillance de l'environnement et plus particulièrement du risque lié à l'eau.

Un programme d'action est mis en œuvre chaque année il vise à :

⊗ Surveiller l'écologie bactérienne et le taux d'infection nosocomiale

⊗ Prévenir la survenue d'infections nosocomiales chez les patients ainsi que l'émergence de bactéries hautement résistantes

⊗ Former les professionnels aux bonnes pratiques d'hygiène hospitalière

Conformément au plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013, l'établissement met à disposition l'équipe opérationnelle d'hygiène pour :

⊗ Prévenir le risque infectieux à l'EHPAD « Les Blés d'Or ».

Responsable	CLIN/EOH
Indicateurs	ICALIN Résultats des analyses de l'eau (potabilité, légionelles) Nombre d'agents formés à l'hygiène hospitalière/an

2.6 Identifier et prévenir les risques professionnels

Dans le cadre de la qualité de vie au travail, la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) démontre le lien entre les conditions de travail et les dimensions de la qualité des soins prodigués aux patients. L'introduction de ce thème entend développer une approche centrée sur les facteurs humains et organisationnels de la sécurité des soins.

 En ce sens nous poursuivons d'une par l'identification et l'évaluation des risques professionnels afin de faire de la prévention et réfléchir aux actions à conduire pour assurer la sécurité du personnel. Une analyse des risques professionnels fait l'objet d'une mise à jour annuelle afin d'harmoniser et de compléter les mesures nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité des agents. D'autre part, il va s'agir de développer en lien avec la Direction des ressources humaines le regard sur la qualité de vie au travail (QVT) à travers ses différentes dimensions.

Responsable	Direction/CHSCT/médecin du travail
Indicateurs	Document unique actualisé annuellement Nombre annuel d'accidents du travail Nombre annuel d'accidents d'exposition au sang Taux de satisfaction des professionnels/ 4 ans

AXE 3 : PROMOUVOIR LA PRISE EN SOIN DU PATIENT

Plusieurs leviers participent à l'optimisation de la prise en charge des patients et à sa bientraitance. Autant que faire se peut le patient doit être un acteur éclairé tout au long de son parcours de soin. Le respect de ses droits fondamentaux, le dialogue continu entre toutes les parties (professionnels et familles …), l'individualisation de ses soins participent à sa bientraitance. Par ailleurs les différentes évaluations renseignent sur les cibles à atteindre pour nous permettre de mieux répondre aux besoins et aux droits du patient dans son parcours de soins. D'une part les résultats des indicateurs IPAQSS 2013 montrent qu'il reste des points à améliorer concernant la tenue du dossier patient, le dépistage des troubles nutritionnels, la personne de confiance.

Grâce au déploiement du dossier patient informatisé (Cariatides) la base de données numérisée permet d'espérer une exhaustivité plus grande et une fiabilité améliorée des informations. En effet la participation active des professionnels utilisateurs pour améliorer les différentes fonctionnalités en fonction de leurs besoins n'est plus à démontrer, il reste à optimiser cet outil avec tous les professionnels. Il fait l'objet d'améliorations périodiques en collaboration avec son éditeur afin de faire du dossier un outil de communication fiable permettant de sécuriser la prise en charge du patient.

3.1 Optimiser le contenu et la tenue du dossier patient informatisé

⊗Poursuivre et accompagner l'informatisation et l'utilisation du dossier patient

⊗Consolider l'harmonisation de l'information pertinente des dossiers pour la continuité des soins 24h/24

⊗ Evaluer la tenue et le contenu du DP de manière infra annuelle en complément du recueil IPAQSS obligatoire

Responsable	DIM/CME/CSIRMT
Indicateurs	IPAQSS tous les 2 ans Evaluation tous les 2 ans de la tenue du dossier patient par pôle Nombre de réunions du groupe clinique « dossiers patients »

3.2 Poursuivre la prise en charge de la douleur

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. Dans les pathologies psychiatriques la sensibilité à la douleur peut s'avérer complexe, le repère des populations à risques reste complexe néanmoins les professionnels cherchent à adapter leur réponse. L'évaluation et le traitement de la douleur sont au cœur de nos préoccupations.

Le CLUD (comité de lutte contre la douleur) porte la prise en charge de la douleur. Cette prise en charge passe notamment par la formation des professionnels, l'évaluation de la douleur, et l'amélioration des pratiques de prescription des antalgiques

⊗ Développer l'information sur la prise en charge de la douleur

⊗Repérer les populations à risques

⊗Poursuivre la démarche d'évaluation de la prise en charge de la douleur

Responsable	CLUD/ infirmière douleur
Indicateurs	Traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur

3.3 Optimiser la prise en charge nutritionnelle

Au cours de son parcours de soin, le dépistage des troubles de l'état nutritionnel et alimentaire reste une préoccupation dans notre établissement. La réduction des patients dénutris, de l'obésité ou du surpoids, passe par la systématisation d'un suivi et le calcul de l'IMC. L'activité physique de nos patients et l'amélioration des pratiques alimentaires de notre population doit se poursuivre ainsi que le développement d'actions d'éducation en lien avec le CLAN et la diététicienne pour ce faire nous prévoyons de :

⊗ Favoriser le dépistage des troubles nutritionnels, repérer les risques

⊗ Améliorer les pratiques alimentaires chez les populations à risque

⊗Diminuer la sédentarité dans les unités

⊗Développer et poursuivre les actions d'éducation à la santé développées par la diététicienne

Responsable	CLAN
Indicateurs	Nombre de patients participant à l'éducation en santé/an Taux de patients ayant une IMC/2ans

3.4 Assurer une meilleure continuité et coordination des soins du patient

Durant son parcours, le patient passe par un ensemble d'étapes déterminées par l'évolution de sa pathologie d'une part et d'autre part par la situation dans laquelle il est admis pour une prise en soins jusqu'à sa sortie avec la possibilité d'une prise en charge ambulatoire.

L'anticipation et la préparation de la sortie du patient hospitalisé s'inscrit dans la continuité des soins. Cet accompagnement après l'hospitalisation peut prendre des formes variées : suivi en CMP, appartements thérapeutiques. Les liens entre le CHS et le tissu médico-social jouent un rôle essentiel.

⊗ Développer l'adhésion voir l'association du patient aux décisions thérapeutiques

⊗ Développer la communication entre nos structures d'hospitalisation intra et extra hospitalières

⊗Développer nos liens avec les partenaires extérieurs

Responsable	CME/CSIRMT/CRUQPC
Indicateurs	Taux de satisfaction des usagers /leur information sur les soins / 2ans Résultats des audits de dossiers patients Nombre d'actions développées pour favoriser une meilleure communication intra/extra, partenaires extérieurs.

3.5 Promouvoir la bientraitance des patients et des résidents

La bientraitance dans un établissement de santé mentale est un enjeu majeur. Toute personne accueillie dans un établissement de santé est une personne vulnérable. L'hospitalisation en soins sans consentement, sa pathologie, ses difficultés d'expression ou de compréhension, sa culture peuvent affecter ses capacités à se défendre.et peuvent mettre à mal l'exercice de ses droits individuels Une démarche de questionnement vis-à-vis des droits du patient ou du résident de son bien être amène naturellement chaque professionnel à se poser la question de la bientraitance dans ses pratiques quotidiennes. Le Comité de réflexion éthique, la CRUQPC participent à ce questionnement et à cette réflexion permanente. Un groupe de travail pluri professionnel a été constitué et se mobilise pour

⊗ Mettre en éveil les professionnels

⊗ Repérer et identifier les évènements précurseurs de maltraitance

⊗ Développer l'expression des patients et leurs proches

⊗ Elaborer une chartre de bientraitance

⊗ Valoriser les actions qui participent à la promotion de la bientraitance

Responsable	CME/CSIRMT/CRUQPC
Indicateurs	Taux de satisfaction des usagers / bisannuel Nombre d'actions développées /an

AXE 4 : FAVORISER LES DEMARCHES D'AMELIORATION ET D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le rôle du service qualité est d'apporter une aide méthodologique et un appui logistique aux groupes qui le sollicitent. L'EPP doit s'inscrire dans la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La définition des thématiques et le déploiement des EPP se fait en lien avec la commission ah hoc de la CME. Le potentiel d'amélioration des pratiques, les pratiques de l'établissement, des évènements indésirables récurrents et les résultats des évaluations (audit, enquêtes) doivent nourrir le choix des EPP.

Le CHS s'est engagé à travers les contrats de pôles à mettre en place une démarche permanente d'Evaluation de ses Pratiques Professionnelles Le choix des EPP s'inspire des indicateurs nationaux, des revues bibliographiques, prend en compte les recommandations, les conférences de consensus mais aussi des expériences vécues par les médecins et les soignants, les EPP étant conduites de manière pluridisciplinaire

Il est nécessaire de disposer d'un tableau de bord actualisé des projets en cours et de piloter les EPP retenues dans le cadre d'une démarche de projet identifiant clairement les responsables. Cela suppose un appel à projets du Président de CME aux chefs de pôle pour sélectionner les sujets qui doivent donner lieu à une EPP.

4.1 Poursuivre le développement des EPP dans tous les pôles d'activité

⊗ Recenser les thèmes d'EPP pertinents au regard de notre activité

⊗ Définir les critères de validation pertinents au regard des projets de pôle et du projet d'établissement, prendre en compte les résultats des indicateurs QUALHAS pour définir les EPP à prioriser

⊗ Définir l'accompagnement méthodologique pour chacune

⊗ Définir la communication à organiser (équipes, instances)

Responsable	Président de CME/Commission EPP/DPC
Indicateurs	Nombre d'EPP concourant à améliorer la sécurité et l'efficience de la prise en charge (impact) Nombre de personnes impliquées

4.2 Améliorer l'implication des personnels

⊗ Favoriser l'information et la formation des professionnels

⊗ Impliquer les professionnels dans la définition des thèmes d'EPP

⊗ Organiser la communication autour des travaux d'EPP

Responsable	Président de CME/Commission EPP/DPC
Indicateurs	Nombre de professionnels participant aux EPP Nombre d'action de communication par an

4.3 Mettre en place le suivi d'indicateurs

En collaboration d'une part avec la Direction, la Commission Médicale d'Établissement, la CSIRMT, l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins passe par le recueil d'indicateurs fiables et pertinents pour objectiver une situation, une pratique et les améliorations à conduire sur des thèmes spécifiques (médicaments, risque infectieux, douleur, nutrition, soins palliatifs…).

⊗ Déterminer avec les pôles les indicateurs à suivre

⊗ Assurer le suivi d'un tableau de bord

Responsable	Président de CME/CSIRMT
Indicateurs	Tableau de bord qualité/risques documenté

4.4 Préparer la certification V2014

La certification V2014 insiste sur le nouveau rôle du président de CME, sur l'évaluation des pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu…La visite de certification V2014 évalue la place du management de la qualité et de la sécurité des soins, et la réalité des pratiques de prise en charge au plus près du terrain et des professionnels.

Le manuel de certification V2010 reste le référentiel de la quatrième procédure de certification des établissements de santé. L'autoévaluation est remplacée par le compte qualité. Le compte qualité est la modalité d'échange avec le Haute Autorité de Santé. Il est le facteur de continuité de la démarche de certification. Il rend lisible l'adéquation entre la politique de qualité et de gestion des risques et les pratiques réelles dans les services.

⊗ Organiser la démarche dans le temps

⊗ Structurer l'analyse de processus et la méthode du patient traceur

⊗ Maîtriser le compte qualité

Responsable	Comité de pilotage ad hoc / service qualité
Indicateurs	Nombre de communication réalisée annuellement Nombre de personnes impliquées

La réussite de ce projet, pièce essentielle du projet d'établissement nécessite l'animation et la mise en synergie, sous l'égide du Président de la CME, de l'ensemble des commissions et comités (CRUQPC, CGRV, CLIN, COMEDIMS-CLUD, CLAN) saisis des problématiques relatives à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DHOS/E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

2. Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au Président de la commission médicale d'établissement, Vice-Président de directoire des établissements publics de santé

3. Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

4. Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

5. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

6. Instruction n° DGOS/PF/192/2010 du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

7. Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

8. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

9. Circulaire n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

10. Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

11. Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels paramédicaux

12. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins

13. Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens

14. 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

Projet social

QUELQUES PROPOS LIMINAIRES 117
LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL 118
LES DONNEES SOCIALES 2013 119
LE BILAN DU PROJET SOCIAL 2009 - 2013 124
LES AXES DE LA POLITIQUE SOCIALE 2014 - 2018 126
LA DECLINAISON DU PROJET SOCIAL EN FICHES PROJETS 127
Axe n°1 : La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences 127
Axe n°2 : Le dialogue social 129
Axe n°3 : Le management au quotidien 131
Axe n°4 : La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail 132
Axe n°5 : L'accompagnement social du professionnel 134
LE CALENDRIER DES ACTIONS 136
LE SIGLAIRE 140

QUELQUES PROPOS LIMINAIRES

Le Code de la Santé Publique fait du projet social est une des parties obligatoires du projet d'établissement (article L.6143-2).

Aux termes de l'article L.6143-2-1, « le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.
Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Le présent projet social 2014 - 2018 a été élaboré en tenant compte :

- du bilan du projet social 2009 - 2013 ;
- des préconisations ou obligations nationales en matière de :
    - développement durable ;
    - promotion de l'égalité et lutte contre les discriminations dans la fonction publique ;
    - lutte contre le harcèlement ;
    - prévention des risques psychosociaux (qualité de vie au travail) ;
    - technologie et information de la communication ;
- des orientations régionales et locales contenues dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2012 - 2017 :
    - maîtriser les comptes épargne temps ;
    - renforcer l'attractivité des postes de psychiatres dans le cadre de la coopération territoriale à définir ;
    - maintenir le principe d'un « tutorat » pour les personnels soignants ;
    - conduire des actions de formation avec les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales ;
    - favoriser l'implantation des internes formés en région au moyen de postes partagés ;
    - s'inscrire dans un Programme Hospitalier de Recherche Clinique en lien avec le centre hospitalier universitaire ;
- des projets institutionnels ;
- des propositions des membres du groupe de travail « Projet social 2014 - 2018 ».

LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

En cohérence avec l'article L.6143-2-1 du Code de la Santé Publique, le projet social est le fruit d'une négociation entre la direction et les organisations syndicales.

Un groupe de travail paritaire a été constitué. Il a été composé de :

Représentants	Qualité
Direction des ressources humaines et des affaires médicales	Directeur adjoint
	Adjoint au DRHAM
	Adjoint des cadres hospitaliers chargé des effectifs
	Adjoint administratif hospitalier chargé du secrétariat du groupe
Partenaires sociaux	2 représentants du syndicat CFDT
	3 représentants du syndicat CGT
	3 représentants du syndicat FO
Direction des soins	1 représentant du Coordonnateur Général des Soins

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ont été sollicités pour désigner, chacun, un membre à siéger dans le groupe.
Respectivement les 1er et 10 avril 2014, ces instances ont décliné la proposition ; estimant être déjà représentées parmi les organisations syndicales.

Le groupe de travail s'est réuni 7 fois : 25 mars, 15 avril, 06 mai, 19 mai, 06 juin, 19 septembre et 10 octobre 2014.

Au cours de leurs travaux, les membres ont retenu une méthodologie d'élaboration basée, d'une part, sur la concertation, une parole libre, les intérêts collectif et institutionnel et, d'autre part, une écoute active réciproque.

Le groupe de travail propose que la configuration de sa composition perdure dans le comité de suivi qui sera chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et d'en établir le bilan à son terme.

LES DONNEES SOCIALES 2013

Les statistiques infra sont issues du bilan social 2013 et du rapport d'activité 2013.

Effectifs

Ne sont pas inclus, les internes pour le personnel médical et les contrats aidés pour le personnel non médical.

ETPR moyen (effet lissé)	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen	ETPR
Total PM et PNM	874,22	44,42	882,55	44,38	0,94%
Total PM et PNM homme	210,87	45,97	218,49	46,28	3,48%
Total PM et PNM femme	663,34	43,93	664,07	43,76	0,11%

ETPR et effectif physique au 31 décembre	PM		PNM		Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ETPR	37,20	37,70	823,13	826,44	860,33	864,14
Effectif physique	42	43	862	864	904	907

PM - ETPR au 31 décembre	Femmes		Hommes		Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ETPR	28,80	27,30	08,40	10,40	37,20	37,70
Effectif physique	31	30	11	13	42	43

PNM - ETPR au 31 décembre	Femmes		Hommes		Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ETPR	621,32	621,33	201,81	205,11	823,13	826,44
Effectif physique	656	665	206	209	862	864

ETPR au 31 décembre	Femmes		Hommes		Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ETPR	650,12	648,63	210,21	215,51	860,33	864,14
Effectif physique	687	695	217	212	904	907

Contrats aidés

	Effectif physique au 31/12/13	ETP au 31/12/13	Nombre de personnes présentes au moins 6 mois au cours de l'année
CUI	29	-	34
CEA	1	-	1
Total	30	29,21	35

Internes

Agréments : 13
Postes pourvus au second semestre 2013 : 11

Répartition par catégorie

PM - ETPR moyen par statut, âge moyen	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen	ETPR
Praticien attaché renouvelable de droit	0,74	65,00	0,29	66,00	-151,41%
Praticien contractuel	6,41	40,86	6,19	40,71	-3,54%
Praticien hospitalier temps partiel	1,28	60,00	0,83	61,00	-53,67%
Praticien hospitalier temps plein	29,07	52,03	30,95	52,61	6,06%
Total médical	37,50	50,63	38,27	51,14	2,00%
Total médical homme	8,26	57,50	8,73	57,33	5,39%
Total médical femme	29,25	48,42	29,54	48,67	0,99%

PNM - ETPR moyen par catégorie et âge moyen	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen	ETPR
A	329,91	40,25	338,47	40,15	2,53%
B	197,89	49,41	196,87	48,97	-0,52%
C	308,91	45,06	308,95	45,30	0,01%
Total non médical	**836,71**	**44,15**	**844,29**	**44,06**	**0,90%**

Soit : A = 40.10 % des PNM 2013 / B = 23.30 % des PNM 2013 / C = 36.60 % des PNM 2013

ETPR au 31 décembre	Catégories						Total	
	A		B		C			
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ETPR	345,41	342,48	220,27	195,78	257,45	288,18	823,13	826,44
Effectif physique	366	364	232	205	264	295	862	864

Répartition du PNM par statut

ETPR moyen par statut et âge moyen	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	**Age moyen**	**ETPR**	**Age moyen**	**ETPR**
PNM - CDD et autres	110,86	37,97	117,02	37,08	5,26%
PNM - titulaires et stagiaires	725,85	45,30	727,27	45,21	0,20%
Total PNM	**836,71**	**44,15**	**844,29**	**44,06**	**0,90%**

Soit en 2013, 13,86 % de CDD+CDI / 84,14 % de fonctionnaires

Age moyen

PM - ETPR moyen par statut, âge moyen	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen	ETPR
Total médical	37,50	50,63	38,27	51,14	2,00%
Total médical homme	8,26	57,50	8,73	57,33	5,39%
Total médical femme	29,25	48,42	29,54	48,67	0,99%

PNM - ETPR moyen, âge moyen	2012		2013		Evolution 2013/2012
	ETPR	Age moyen	ETPR	Age moyen	ETPR
Total non médical	836,71	44,15	844,29	44,06	0,90%
Total non médical homme	202,62	45,46	209,76	45,66	3,41%
Total non médical femme	634,10	43,74	634,53	43,55	0,07%

Taux d'absentéisme

Les jours infra ont été calculés en « jours consécutifs ».

PM - Absentéisme par âge, genre et type d'absence - Année 2013											
Age	ETPR moyen	Nombre de jours d'absence	Taux absentéisme	Absence inférieure à 6 jours			Absence supérieure ou égale à 6 jours				
				AT	Maladie ordinaire	MLD	AT	Maladie ordinaire	MLD	MP	Maternité adoption
De 25 à 40 ans	7,07	2	0,08 %		2						
De 41 à 55 ans	18,79	133	1,94 %		8			125			
Plus de 55 ans	11,26	409	9,95 %					409			
Total PM	37,11	544	4,02 % (2,34 % en 2012)		10			534			
Homme	8,38	203	6,64 %		3			200			
Femme	28,74	341	3,25 %		7			334			

PNM - Absentéisme par âge, genre et type d'absence - Année 2013											
Age	ETPR moyen	Nombre de jours d'absence	Taux absentéisme	Absence inférieure à 6 jours			Absence supérieure ou égale à 6 jours				
				AT	Maladie ordinaire	MLD	AT	Maladie ordinaire	MLD	MP	Maternité adoption
Moins de 25 ans	21,37	279	3,58 %	3	40		8	228			
De 25 à 40 ans	281,70	6990	6,80 %	32	378		679	3683			2218
De 41 à 55 ans	405,58	10072	6,80 %	45	509		831	6636	1992	59	
Plus de 55 ans	122,92	4457	9,93 %	32	117		31	2017	1988	272	
Total PNM	831,57	21798	7,18 % (7,31 % en 2012)	112	1044		1549	12564	3980	331	2218
Homme	208,42	5115	6,72 %	25	228		790	3060	1012		
Femme	623,15	16683	7,33 %	87	816		759	9504	2968	331	2218

Accident du travail (service et trajet)

Il est précisé que les accidents de trajet sont inclus et que les jours infra ont été calculés en 5/7ème.

Taux de fréquence	Matin	Après-midi	Nuit	Journée	Non connu	Total
Nombre d'accident du travail	49	42	8	51	1	151
Taux de fréquence	32 %	28 %	5 %	34 %	1 %	100 %

Sur les 151 AT, 51 ont été suivis d'un arrêt de travail (33,77 %)

Type	Nombre d'accidents		Nombre de jours d'arrêt maladie	
Malade agité / agression	45	29,80 %	667	48,61 %
Effort de soulèvement	25	16,56 %	376	27,40 %
Chute ou glissade	23	15,23 %	73	
Autres + 2 sans info + 18 j suite AT 2011	22		76	
Accident dû à des objets ou masses en mouvement accidentel	18		81	5,90 %
Accident de trajet	8		36	
Objets coupants, contondants et perforants	4		63	
Accident exposant au sang	3		0	
Brûlures	3		0	
Accident de circulation	0		0	
Total	151		1372	

Nombre de jour moyen d'arrêt de travail :

- avec tous les AT = 9,09 j (1372 / 151)
- AT avec arrêt de travail = 26,90 j (1372 / 51)

Métiers touchés	Nombre de jours d'arrêt maladie	
Aide-soignant et ASHQ	829	60,42 %
Infirmier, cadre de santé- Etudiant	266	19,39 %
Jardinier - chauffeur - menuisier - serrurier - chauffagiste - encadrant STT	126	9,18 %
personnel de la restauration	63	4,59 %
Personnel administratif	31	2,26 %
Personnel de la blanchisserie	31	2,26 %
Secrétaire médicale	21	
Aide Médico-psychologique	5	
Psychologue - Assistante sociale	0	
Praticien et interne	0	
Total	1372	

79,81 % des AT concernent le personnel soignant

Les accidents du travail ont lieu majoritairement en journée (94,70 %) tant sur des postes de matin, d'après-midi que de journée ; donc 5,30 % surviennent la nuit.

Maladies professionnelles

7 demandes de reconnaissance de maladie professionnelle ont été déposées au titre des affections n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail : épaule coude, poignet main doigt, genou). 2 maladies professionnelles ont été reconnues imputables au service.

Travailleurs handicapés ou assimilés

	Déclaration faite en 2012 selon les données au 31/12/11	Déclaration faite en 2013 selon les données au 31/12/12	Déclaration faite en 2014 selon les données au 31/12/13
Travailleur handicapé (MDPH)		13	13
Situation assimilée (poste aménagé, CLM, CLD …)		22	23
Total déclaré (personnes physiques)	40	35	36

Changement affectation pour raison de santé

9 agents (personnels non médicaux) ont été amenés à changer d'affectation pour raison de santé : 6 sont de la catégorie B, filière soignante et 3 sont de la catégorie C, filière technique.

Causes de reclassement

Les principales causes de reclassement sont :

- la maladie professionnelle ;
- l'inaptitude à un poste de travail en raison de problèmes de santé (ex : contre-indication au port de charge, contre-indication aux gestes répétitifs, handicap).

Stagiaires accueillis

318 stagiaires ont été accueillis au cours de l'année 2013 (301 en 2012), dans les différents services de l'Etablissement. 17 métiers étaient concernés. Toutefois, 160 demandes de stages n'ont pas pu être satisfaites. Sur les 478 demandes, le taux de réponse est de : 66,53 % oui et 33,47 % non.

Santé au travail

- Décisions d'aptitude : 316 aptitudes au poste sans observation, 32 aptitudes avec contre-indication certains travaux et 28 aptitudes avec demande d'aménagement de poste, temporairement ou définitivement
- 3 déclarations d'accident exposant au sang
- 167 agents vaccinés contre la grippe

CGOS

Une aide du correspondant pour le remplissage des dossiers est apportée aux agents pour les prestations suivantes :

- aides financières (secours) : 19
- maladie : 50
- mariage : 13
- naissance / adoption : 24
- congé de présence parentale : 1
- décès : 1
- enfant handicapé : 4

LE BILAN DU PROJET SOCIAL 2009 - 2013

Le projet social 2009 - 2013 a été élaboré autour de 4 grands axes de travail :

- management et organisation ;
- gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;
- la formation ;
- amélioration des conditions de vie et de travail des personnels.

Sur certaines thématiques, la mise en œuvre a pu être ralentie ou suspendue en raison de l'absence prolongée du directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales puisqu'il en était le pilote.

L'état d'avancement ou de réalisation des orientations et des actions spécifiques est présenté dans les tableaux ci-après.

Thème général 1 : Management et organisation		
Orientations	**Actions**	**Bilan**
N°1 : Mettre en place le processus d'entretien d'évaluation et de formation	N°1 : S'assurer de la mise en place du processus d'entretien d'évaluation et de formation	Globalement, les actions ont été menées
	N°2 : Elaborer les fiches de postes	Les actions ont été menées
N°2 : Favoriser la culture management des cadres	N°1 : Mettre en place des réunions tous cadres	L'action est partiellement réalisée et mériterait d'être reprise dans le futur projet social pour aller à son terme
	N°2 : Elaborer un guide du cadre	L'action est partiellement réalisée et mériterait d'être reprise dans le futur projet social pour aller à son terme
	N°3 : Mettre en place une formation « management institutionnel » pour tous les cadres	L'action a été menée
N°3 : Rendre transparente et uniforme l'organisation du temps de travail	N°1 : Elaborer un guide sur l'organisation du temps de travail	L'action n'a pas été menée
N°4 : Décliner la faisabilité du projet médical en actions de management et d'organisation	N°1 : Décliner la faisabilité du projet médical en actions de management et d'organisation	L'action est partiellement menée

Thème général 2 : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences		
Orientations	**Actions**	**Bilan**
N°1 : Améliorer la GPMC	N°1 : Identifier les métiers et compétences à partir du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière	L'action est en grande partie réalisée
N°2 : Créer une politique de mobilité	N°1 : Mette en place une politique institutionnelle de mobilité	L'action est en partiellement réalisée
N°3 : Accompagner les personnels aux évolutions du projet d'établissement	N°1 : Décliner le projet d'établissement dans chaque pôle	L'action est réalisée
N°4 : Définir une politique d'attractivité et de fidélisation des personnels médicaux	N°1 : Améliorer le processus de recrutement des internes	L'action est réalisée ; tout en précisant que c'est une démarche continuelle puisque les internes sont renouvelés tous les 6 mois
	N°2 : Améliorer le processus de recrutement et la fidélisation des praticiens	L'action est réalisée ; tout en précisant que c'est une démarche continuelle

Thème général 3 : La formation		
Orientations	**Actions**	**Bilan**
N°1 : Décliner pour chacun des pôles ses objectifs de formation	N°1 : Systématiser l'examen des objectifs de formation en bureau de pôle	L'action est réalisée
N°2 : Appuyer la politique de formation	N°1 : Mettre en place une évaluation des actions de formation	L'action est réalisée
	N°2 : Organiser la culture de transmission en matière de formation	L'action est partiellement réalisée
	N°3 : Organiser l'information des formations existantes	L'action est partiellement réalisée
N°3 : Accompagner les trios de pôles aux évolutions de la gouvernance	N°1 : Mettre en place une formation spécifique pour les trios de pôles	L'action est réalisée

Thème général 4 : Amélioration des conditions de vie et de travail des personnels		
Orientations	**Actions**	**Bilan**
N°1 : Prévenir les accidents de travail	N°1 : Limiter les accidents du travail dans l'établissement	L'action est partiellement réalisée et qu'elle mériterait d'être reconduite dans le Projet social 2014 - 2018
N°2 : Apprécier le climat social	N°1 : Etablir et exploiter une enquête de satisfaction	L'action n'est pas réalisée
N°3 : Agir sur l'absentéisme	N°1 : Analyser et gérer l'absentéisme	L'action est globalement réalisée
	N°2 : Formaliser une politique de remplacement	L'action est partiellement réalisée
	N°3 : Identifier les postes susceptibles d'être « aménagés »	L'action est réalisée

LES AXES DE LA POLITIQUE SOCIALE 2014 - 2018

Le projet social 2014 - 2018 du CHS de Sevrey est décliné en 5 grands axes :

1. la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;
2. le dialogue social ;
3. le management au quotidien ;
4. la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail ;
5. l'accompagnement social du professionnel.

Chaque axe stratégique comprend des actions à mettre en œuvre au cours de la période de référence. Ces actions sont regroupées dans des fiches projets.

La politique sociale peut être présentée avec 3 chiffres :

1. 5 axes stratégiques ;
2. 16 fiches projets ;
3. 55 actions.

AXE N°1 : LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES

Cet axe stratégique comprend les 5 fiches projets suivantes, regroupant 21 actions :

1. maintenir et développer les compétences en santé mentale des professionnels (3 actions) ;
2. accompagner la mise en œuvre des projets institutionnels et des évolutions réglementaires (1 action) ;
3. fidéliser le personnel non médical (5 actions) ;
4. fidéliser le personnel médical et favoriser le recrutement de nouveaux praticiens (5 actions) ;
5. favoriser le recrutement des internes (7 actions).

Fiche projet n° 1-1 : Maintenir et développer les compétences en santé mentale des professionnels

Axe n° 1	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Fiche projet n° 1-1	Maintenir et développer les compétences en santé mentale des professionnels	
Contexte et objectif(s) du projet	Les études du diplôme infirmier n'apportent pas suffisamment de compétences psychiatriques aux jeunes professionnels. Le corps statutaire des infirmiers en soins psychiatriques est en voie d'extinction. Il est nécessaire d'apporter aux nouveaux diplômés les connaissances complémentaires indispensables. Il faut également veiller, pour les professionnels ayant plus d'expérience, à développer leurs compétences au regard de l'évolution des techniques de soins Par ailleurs, les autres catégories professionnelles (ex : AS, ASHQ, administratifs) doivent avoir les connaissances adaptées pour faciliter l'exercice de leurs missions. Enfin, il faut permettre au professionnel d'appréhender la notion de « parcours de soins coordonnés »	
Action(s) proposée(s) et calendrier	1-1-1 : Mettre en place les formations nécessaires	Chaque année
	1-1-2 : Maintenir le principe d'un « tutorat » pour les personnels soignants	Chaque année
	1-1-3 : Conduire des actions de formation avec les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales (ex : stages croisés, stages découverte)	Chaque année
Référent(s)	• Direction des soins • Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Commission de formation	
Indicateur(s) de suivi	Plan de formation	

Fiche projet n° 1-2 : Accompagner la mise en œuvre des projets institutionnels et des évolutions réglementaires

Axe n° 1	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Fiche projet n° 1-2	Accompagner la mise en œuvre des projets institutionnels et des évolutions réglementaires	
Contexte et objectif(s) du projet	Le monde de la santé est en constante évolution tant normative que technique (ex : technologie et information de la communication, système d'information hospitalière). Il faut également préparer et mettre en œuvre les orientations du projet d'établissement du CHS de Sevrey. Les professionnels doivent être accompagnés, si besoin, pour comprendre les changements et les appliquer	
Action(s) proposée(s) et calendrier	1-2-1 : Mettre en place les formations nécessaires	Chaque année
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Direction des soins • Commission de formation	
Indicateur(s) de suivi	Plan de formation	

Fiche projet n° 1-3 : Fidéliser le personnel non médical

Axe n° 1	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Fiche projet n° 1-3	Fidéliser le personnel non médical	
Contexte et objectif(s) du projet	Le turn-over de personnel fragilise les organisations, contrarie le développement des projets, réduit le niveau général du savoir-faire de l'établissement dans le domaine très complexe de la santé mentale et oblige à mobiliser des moyens humains et financiers de formation. En 2014, 56 agents sont concernés par la journée d'accueil des nouveaux agents et 26 professionnels ont fait valoir leur droit à retraite. Il est important de fidéliser le personnel	
Action(s) proposée(s) et calendrier	1-3-1 : Favoriser l'intégration d'un agent (ex : fiche de poste, droits d'accès informatiques, accueil par le cadre de proximité, guide d'intégration du cadre, guide d'intégration de l'infirmier)	A chaque recrutement
	1-3-2 : Maintenir la journée d'accueil	Une fois par an
	1-3-3 : Actualiser le livret d'accueil du personnel non médical	Au moins tous les 2 ans
	1-3-4 : Favoriser l'épanouissement professionnel du personnel non médical (ex : promotion de la mobilité interne, réalisation de stages découverte, promotion professionnelle, concours)	En continu
	1-3-5 : Améliorer le délai de mise en stage	Chaque année
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Direction des soins • Personnel d'encadrement • Commission de formation	
Indicateur(s) de suivi	• Taux de turn-over • Taux de participation à la journée d'accueil • Nombre de postes ouverts au concours • Délai moyen de mise en stage • Plan de formation	

Fiche projet n° 1-4 : Fidéliser le personnel médical et favoriser le recrutement de nouveaux praticiens

Axe n° 1	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Fiche projet n° 1-4	Fidéliser le personnel médical et favoriser le recrutement de nouveaux praticiens	
Contexte et objectif(s) du projet	L'âge moyen de la communauté médicale est de 51,14 ans (source : bilan social 2013). Certains postes sont vacants malgré les publications nationales. La démographie médicale de la spécialité dans le Département est très préoccupante que ce soit à l'hôpital ou en exercice libéral. Il est impératif de fidéliser les praticiens de l'Etablissement. La stabilité du corps médical est analysée, par ailleurs, comme un élément positif par les médecins en recherche de poste. Il est important de favoriser et de faciliter l'intégration des nouveaux praticiens. Par ailleurs, la présence de futurs médecins doit permettre, le temps d'un semestre, à ces derniers de voir s'ils pourraient exercer au CHS de Sevrey une fois leur formation terminée.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	1-4-1 : Favoriser l'épanouissement professionnel du personnel médical (ex : aider le praticien dans le déroulé de sa carrière)	En continu
	1-4-2 : Elaborer un livret d'accueil du personnel médical	1er semestre 2015
	1-4-3 : Favoriser l'intégration d'un nouveau médecin (ex : accueil par les confrères, aide dans les démarches, cours de français)	A chaque recrutement
	1-4-4 : Renforcer l'attractivité des postes de psychiatres dans le cadre de la coopération territoriale à définir	D'ici à fin 2018
	1-4-5 : Recruter des internes au terme de leur formation	En continu
Référent(s)	• Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement • Chefs de Pôle • Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales	
Indicateur(s) de suivi	• Taux de turn-over • Distribution du livret	

Fiche projet n° 1-5 : Favoriser le recrutement des internes

Axe n° 1	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Fiche projet n° 1-5	Favoriser le recrutement des internes	
Contexte et objectif(s) du projet	Le CHS de Sevrey dispose de 15 agréments pour recevoir des internes (14 en psychiatrie et 1 en médecine générale), en lien avec sa mission d'enseignement.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	1-5-1 : Accompagner le médecin en formation dans son apprentissage quotidien	En continu
	1-5-2 : Maintenir les temps conviviaux d'accueil à chaque semestre	Chaque année, en mai et novembre
	1-5-3 : Actualiser le livret d'accueil de l'interne créé en 2013	Au moins tous les 2 ans
	1-5-4 : Elaborer et mettre en place la charte d'accueil des internes	1er semestre 2015
	1-5-5 : Veiller à la qualité de vie de l'interne à l'internat	En continu
	1-5-6 : Evaluer le degré de satisfaction des internes	Chaque semestre
	1-5-7 : Favoriser l'implantation des internes formés en région au moyen de postes partagés au CHS de Sevrey	D'ici à fin 2018
Référent(s)	• Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement • Chefs de Pôle et médecins agréés • Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales	
Indicateur(s) de suivi	• Résultats des questionnaires de satisfaction • Nombre de réunions • Distribution du livret • Adoption de la charte • Nombre de postes partagés	

AXE N°2 : LE DIALOGUE SOCIAL

Cet axe stratégique comprend les 3 fiches projets suivantes, regroupant 6 actions :

1. élaborer un protocole local syndical (1 action) ;
2. suivre l'exécution du projet social (2 actions) ;
3. favoriser le dialogue social (3 actions).

Fiche projet n° 2-1 : Elaborer un protocole local syndical

Axe n° 2	Le dialogue social	
Fiche projet n° 2-1	Elaborer un protocole local syndical	
Contexte et objectif(s) du projet	Un document de gestion signé entre la direction et les partenaires sociaux faciliterait la connaissance sur la réglementation relative aux conditions matérielles d'exercice du droit syndical et aux droits reconnus aux représentants syndicaux	
Action(s) proposée(s) et calendrier	2-1-1 : Elaborer un protocole local syndical	1er trimestre 2015
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Organisations syndicales	
Indicateur(s) de suivi	Signature du protocole	

Fiche projet n° 2-2 : Suivre l'exécution du projet social

Axe n° 2	Le dialogue social	
Fiche projet n° 2-2	Suivre l'exécution du projet social	
Contexte et objectif(s) du projet	La mise en œuvre d'un projet social requiert un suivi régulier	
Action(s) proposée(s) et calendrier	2-2-1 : Installer le comité de suivi du projet social	1er semestre 2015
	2-2-2 : Veiller à la réalisation des actions	Une fois par semestre
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Membres du comité de suivi	
Indicateur(s) de suivi	Nombre de réunions	

Fiche projet n° 2-3 : Favoriser le dialogue social

Axe n° 2	Le dialogue social	
Fiche projet n° 2-3	Favoriser le dialogue social	
Contexte et objectif(s) du projet	L'état du dialogue social est révélateur, d'une part, de la capacité de la direction et des organisations syndicales à échanger et, d'autre, des conditions et la qualité de vie au travail des personnels	
Action(s) proposée(s) et calendrier	2-3-1 : Organiser des rencontres régulières entre l'administration et les partenaires sociaux	Au moins une fois par quadrimestre
	2-3-2 : Evaluer le climat social local	En continu
	2-3-3 : Réaliser et analyser un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail	2015 et 2018
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Organisations syndicales	
Indicateur(s) de suivi	• Nombre de réunions entre la Direction et les organisations syndicales • Nombre de mouvements de grève à caractère local • Résultats de l'enquête	

AXE N°3 : LE MANAGEMENT AU QUOTIDIEN

Cet axe stratégique comprend les 3 fiches projets suivantes, regroupant 7 actions :

1. poursuivre le développement d'une « culture commune du management » (3 actions) ;
2. favoriser la mobilité choisie des personnels (2 actions) ;
3. formaliser des politiques de gestion du personnel (2 actions).

Fiche projet n° 3-1 : Poursuivre le développement d'une « culture commune du management »

Axe n° 3	Le management au quotidien	
Fiche projet n° 3-1	Poursuivre le développement d'une « culture commune du management »	
Contexte et objectif(s) du projet	Le cadre de proximité n'exerce pas seul ; il fait partie d'une équipe d'encadrants. Ils ont besoin d'avoir une culture commune et un sentiment d'appartenance. Cette vision partagée et les outils collectifs doivent permettre aux agents de bénéficier d'une égalité de traitement et de prévenir certains risques psychosociaux. Le cadre est en relations constantes entre la Direction, les médecins, les personnels non médicaux et les usagers. Le cadre ne doit pas être en situation de simple exécution. Relais institutionnel précieux, il doit être une force de propositions.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	3-1-1 : Organiser un temps d'échanges Direction / encadrement	Au moins une fois par an
	3-1-2 : Elaborer le guide pratique de la fonction cadre (ex : généralités statut, accord local sur l'organisation du temps de travail)	2015
	3-1-3 : Réactualiser la formation des cadres, en même temps, à la conduite d'entretien d'évaluation et/ou de notation et proposer aux médecins évaluateurs de suivre cette action	D'ici fin 2017
Référent(s)	• Equipe de direction • Personnels d'encadrement	
Indicateur(s) de suivi	• Nombre de réunions Direction / encadrement • Diffusion du guide pratique • Réalisation de la formation	

Fiche projet n° 3-2 : Favoriser la mobilité choisie des personnels

Axe n° 3	Le management au quotidien	
Fiche projet n° 3-2	Favoriser la mobilité choisie des personnels	
Contexte et objectif(s) du projet	La mobilité est un moyen de lutter contre l'épuisement professionnel. Il est nécessaire de combattre le sentiment de cloisonnement induit par les organisations polaires	
Action(s) proposée(s) et calendrier	3-2-1 : Diffuser plus largement les postes vacants	A chaque projet de recrutement
	3-2-2 : Actualiser les fiches de postes en intégrant un item « formations possibles / à envisager »	A chaque projet de recrutement
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Direction des Soins • Chefferies de Pôle • Personnels d'encadrement	
Indicateur(s) de suivi	• Nombre de vacances internes de postes • Nombre de fiches de postes actualisées	

Fiche projet n° 3-3 : Formaliser des politiques de management

Axe n° 3	Le management au quotidien	
Fiche projet n° 3-3	Formaliser des politiques de gestion du personnel	
Contexte et objectif(s) du projet	Il convient d'étudier la faisabilité d'une formalisation de règles en matière de temps partiels et de recours à des contractuels eu égard à l'absentéisme	
Action(s) proposée(s) et calendrier	3-3-1 : Elaborer une politique des temps partiels	D'ici à 2018
	3-3-2 : Travailler sur une politique des remplacements	D'ici à 2018
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Direction des Soins • Personnels d'encadrement	
Indicateur(s) de suivi	Finalisation des documents	

AXE N°4 : LA SANTE, LA SECURITE ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Cet axe stratégique comprend les 3 fiches projets suivantes, regroupant 15 actions :
1. mettre en œuvre une démarche de prévention sur les risques psychosociaux (6 actions) ;
2. poursuivre et développer les actions favorisant la santé au travail (7 actions) ;
3. améliorer la communication interne (2 actions).

Fiche projet n° 4-1 : Mettre en œuvre une démarche de prévention sur les risques psychosociaux

Axe n° 4	La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail	
Fiche projet n° 4-1	Mettre en œuvre une démarche de prévention sur les risques psychosociaux	
Contexte et objectif(s) du projet	En application du protocole d'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, l'Etablissement doit s'engager dans une démarche active sur cette thématique dans l'intérêt collectif. Il convient d'intégrer durablement la prise en compte des RPS, au même titre que les autres risques professionnels, dans la politique institutionnelle de prévention. Ces travaux devront inclure, d'une part, la promotion de l'égalité et la lutte contre les discriminations dans la fonction publique (protocole du 08 mars 2013) et, d'autre part, la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique (circulaire n° SE1 2014-1 du 04 mars 2014)	
Action(s) proposée(s) et calendrier	4-1-1 : Sensibiliser les membres du CHSCT, l'encadrement et l'ensemble du personnel sur les RPS	2014
	4-1-2 : Installer un comité de pilotage sur la prévention des RPS	2015
	4-1-3 : Former l'encadrement et les membres du CHSCT sur les risques psychosociaux	D'ici à 2017
	4-1-4 : Réaliser et analyser un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail	2015 et 2018
	4-1-5 : Actualiser le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, mettre en œuvre son plan d'actions et l'évaluer	Chaque année
	4-1-6 : Maîtriser le versement de congés sur les Comptes Epargne Temps	Chaque année
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail • Médecine de santé au travail • Commission de formation • Personnel d'encadrement	
Indicateur(s) de suivi	• Formations réalisées • Nombre de réunions du comité de pilotage • Résultats du questionnaire • Adoption du DUERP et de ses mises à jour • Mesures pour les agents en fin de carrière • Bilan annuel des CET	

Fiche projet n° 4-2 : Poursuivre et développer les actions favorisant la santé au travail

Axe n° 4	La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail	
Fiche projet n° 4-2	Poursuivre et développer les actions favorisant la santé au travail	
Contexte et objectif(s) du projet	Au fil des années, diverses actions ont été engagées pour favoriser le reclassement professionnel ou l'accompagnement de l'agent en difficulté (ex : maladies, situation de handicap, addictions [tabacologie, plaquette, protocole sur les troubles manifestes du comportement]). Il convient de poursuivre cet engagement. Cependant en amont, dans la mesure du possible, il est nécessaire de s'interroger constamment sur les circonstances pouvant être à l'origine d'un besoin de reclassement ou d'accompagnement. Il est également essentiel d'analyser les événements pouvant avoir des conséquences sur la santé des professionnels et de prendre les mesures préventives ou correctrices requises. Les situations de violence peuvent survenir pendant les prises en charge soignantes. Il est impératif d'apporter au personnel des techniques de soin leur permettant d'avoir un comportement adapté, tant pour sa santé et sa sécurité que pour celles du patient.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	4-2-1 : Mieux faire connaître l'Unité Psychologique d'Accompagnement des Pratiques pour les Personnels (UPAPP)	2014
	4-2-2 : Etudier des mesures d'accompagnement pour les agents en fin de carrière	D'ici à 2018
	4-2-3 : Formaliser la politique de l'établissement relative aux actions favorisant le maintien dans l'emploi	2015 / 2016
	4-2-4 : Analyser les événements impactant la santé des personnels (DAT, DAV, épidémies), élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions	A partir de 2015
	4-2-5 : Proposer au personnel soignant des formations spécifiques aux situations de violence en psychiatrie	Chaque année
	4-2-6 : Prévenir les accidents de trajet (ex : formation spécifique à la conduite, stages de sécurité routière, sensibilisation à l'éco-conduite)	2016 / 2018
	4-2-7 : Construire un projet pouvant être mis en œuvre dans un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) si l'Agence Régionale de Santé offre l'opportunité d'en signer	D'ici à 2018
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail • Médecine de santé au travail • UPAPP • Service qualité et gestion des risques • Commission de formation	
Indicateur(s) de suivi	• Comptes-rendus du CHSCT • Action de communication sur l'UPAPP • Formalisation de la politique sur le maintien dans l'emploi • Comptes-rendus du Comité de Gestion des Risques • Nombre d'agents formés • Signature d'un CLACT	

Fiche projet n° 4-3 : Améliorer la communication interne

Axe n° 4	La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail	
Fiche projet n° 4-3	Améliorer la communication interne	
Contexte et objectif(s) du projet	L'information est parfois difficile à obtenir ou obsolète; l'architecture des serveurs informatiques étant devenue complexe (I, P, S, U, portail, Blue Medi). Il faut simplifier le système. La méconnaissance du travail de chacun peut être source de tensions entre services, d'incompréhension sur les contraintes réciproques ou de dénigrement du travail de l'autre. Des liens entre les équipes de jour et de nuit doivent être développés. Il est enfin important de maintenir le sentiment d'appartenance au CHS de Sevrey au-delà d'un pôle d'activité.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	4-3-1 : Faciliter l'obtention des informations utiles par les personnels (ex : créer une « boîte à outils » de l'agent, simplifier la recherche sur les serveurs)	D'ici à 2018
	4-3-2 : Favoriser les relations professionnelles entre les agents, entre les pôles	En continu
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • Direction des Soins • Direction du Système d'Information • Chefferies de pôle • Personnel d'encadrement	
Indicateur(s) de suivi	• Déploiement de la boîte à outils de l'agent • Refonte de l'architecture des serveurs informatiques • Recensement d'actions de communication interne	

AXE N°5 : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DU PROFESSIONNEL

Cet axe stratégique comprend les 2 fiches projets suivantes, regroupant 6 actions :

1. accompagner les personnels dans leur vie quotidienne (5 actions) ;
2. soutenir l'engagement associatif local des personnels (1 action).

Fiche projet n° 5-1 : Accompagner les personnels dans leur vie quotidienne

Axe n° 5	L'accompagnement social du professionnel	
Fiche projet n° 5-1	Accompagner les personnels dans leur vie quotidienne	
Contexte et objectif(s) du projet	Il n'est pas évident pour une personne de « laisser à la porte de son travail » ses soucis d'autant quand ils sont quotidiens (ex : logement, déplacement, garde d'enfant, problème financier ou social). Malgré le contexte économique contraint de l'Etablissement, la mise en œuvre de mesures d'accompagnement social peut être étudiée ; le tout étant de trouver les partenariats adéquats.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	5-1-1 : Etudier la faisabilité d'une réhabilitation des logements loués aux personnels (ex : chantier école ou chantier de réinsertion) et, si possible, l'engager	D'ici à 2018
	5-1-2 : Actualiser et poursuivre l'étude de faisabilité sur une structure d'accueil des jeunes enfants du personnel (état du besoin, recherche de financement, etc.) et, si possible, engager la démarche de réalisation	D'ici à 2018
	5-1-3 : Poursuivre le soutien aux personnels pour se loger (ex : loyers maîtrisés du parc locatif du CHS, liens avec l'OPAC) ou en souffrance psychique générée par l'exercice des missions (UPAPP)	En continu
	5-1-4 : Mettre en place un temps d'assistant social (0.10 à 0.20 ETP) pour le personnel et évaluer son intérêt pour les agents	D'ici à 2018
	5-1-5 : Obtenir une amélioration des transports en commun pour accéder au site de Sevrey (fréquence et horaires du bus) et réfléchir à un outil favorisant le co-voiturage	D'ici à 2018
Référent(s)	• Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales • UPAPP • Organisations syndicales	
Indicateur(s) de suivi	Nombre de logements rafraîchis Rapport d'étude sur la structure d'accueil des jeunes enfants Montant des loyers des logements du CHS Fiche « horaires » des bus Mise en route d'une organisation co-voiturage	

Fiche projet n° 5-2 : Soutenir l'engagement associatif local des personnels

Axe n° 5	L'accompagnement social du professionnel	
Fiche projet n° 5-2	Soutenir l'engagement associatif local des personnels	
Contexte et objectif(s) du projet	Depuis des années, nombre de professionnels ont créé et gèrent diverses associations (ex : Amicale du Personnel, OASIS, SAMENTA, Feux Follets, Comité des Loisirs, FAIRe). Il est important de leur réaffirmer l'attachement et le soutien de l'Hôpital.	
Action(s) proposée(s) et calendrier	5-2-1 : Maintenir le soutien aux associations dont les membres sont majoritairement des agents	En continu
Référent(s)	• Equipe de direction • Présidents des associations	
Indicateur(s) de suivi	Rapports CHS / associations	

LE CALENDRIER DES ACTIONS

Le délai prévisionnel de réalisation des 55 actions du présent projet social est ci-dessous récapitulé :

Thématiques				Période ou année(s)				
Axes	**Fiches projets**	**Actions**	**Total**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
1 : La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	1-1 : Maintenir et développer les compétences en santé mentale des professionnels	1-1-1 : Mettre en place les formations nécessaires	1	X	X	X	X	X
		1-1-2 : Maintenir le principe d'un « tutorat » pour les personnels soignants	2	X	X	X	X	X
		1-1-3 : Conduire des actions de formation avec les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales (ex : stages croisés, stages découverte)	3	X	X	X	X	X
	1-2 : Accompagner la mise en œuvre des projets institutionnels et des évolutions réglementaires	1-2-1 : Mettre en place les formations nécessaires	4	X	X	X	X	X
	1-3 : Fidéliser le personnel non médical	1-3-1 : Favoriser l'intégration d'un agent (ex : fiche de poste, droits d'accès informatiques, accueil par le cadre de proximité, guide d'intégration du cadre, guide d'intégration de l'infirmier)	5	A chaque recrutement				
		1-3-2 : Maintenir la journée d'accueil	6	X	X	X	X	X
		1-3-3 : Actualiser le livret d'accueil du personnel non médical	7		X		X	
		1-3-4 : Favoriser l'épanouissement professionnel du personnel non médical (ex : promotion de la mobilité interne, réalisation de stages découverte, promotion professionnelle, concours)	8	En continu				
		1-3-5 : Améliorer le délai de mise en stage	9	X	X	X	X	X
	1-4 : Fidéliser le personnel médical et favoriser le recrutement de nouveaux praticiens	1-4-1 : Favoriser l'épanouissement professionnel du personnel médical (ex : aider le praticien dans le déroulé de sa carrière)	10	En continu				
		1-4-2 : Elaborer un livret d'accueil du personnel médical	11		1er Sem			
		1-4-3 : Favoriser l'intégration d'un nouveau médecin	12	A chaque recrutement				

1 : La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences		(ex : accueil par les confrères, aide dans les démarches, cours de français)						
		1-4-4 : Renforcer l'attractivité des postes de psychiatres dans le cadre de la coopération territoriale à définir	13					X
		1-4-5 : Recruter des internes au terme de leur formation	14	En continu				
	1-5 : Favoriser le recrutement des internes	1-5-1 : Accompagner le médecin en formation dans son apprentissage quotidien	15	En continu				
		1-5-2 : Maintenir les temps conviviaux d'accueil à chaque semestre	16	X	X	X	X	X
		1-5-3 : Actualiser le livret d'accueil de l'interne créé en 2013	17	X		X		X
		1-5-4 : Elaborer et mettre en place la charte d'accueil des internes	18		1er Sem			
		1-5-5 : Veiller à la qualité de vie de l'interne à l'internat	19	En continu				
		1-5-6 : Evaluer le degré de satisfaction des internes	20	1 fois par semestre				
		1-5-7 : Favoriser l'implantation des internes formés en région au moyen de postes partagés	21					X
2 : Le dialogue social	2-1 : Elaborer un protocole local syndical	2-1-1 : Elaborer un protocole local syndical	22		1er Trim			
	2-2 : Suivre l'exécution du projet social	2-2-1 : Installer le comité de suivi du projet social	23		1er Sem			
		2-2-2 : Veiller à la réalisation des actions	24	1 fois par semestre				
	2-3 : Favoriser le dialogue social	2-3-1 : Organiser des rencontres régulières entre l'administration et les partenaires sociaux	25	1 fois par quadrimestre				
		2-3-2 : Evaluer le climat social local	26	En continu				
		2-3-3 : Réaliser et analyser un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail	27		X			X
3 : Le management au quotidien	3-1 : Poursuivre le développement d'une « culture commune du management »	3-1-1 : Organiser un temps d'échanges Direction / encadrement	28			X	X	X
		3-1-2 : Elaborer le guide pratique de la fonction cadre (ex : généralités statut, accord local sur l'organisation du temps de travail)	29		X			
		3-1-3 : Réactualiser la formation des cadres, en même temps, à la conduite d'entretien d'évaluation et/ou de notation et proposer aux médecins évaluateurs de suivre cette action	30				X	
	3-2 : Favoriser la	3-2-1 : Diffuser plus largement les postes vacants	31	A chaque projet de recrutement				

	mobilité choisie des personnels	3-2-2 : Actualiser les fiches de postes en intégrant un item « formations possibles / à envisager »	32	A chaque projet de recrutement				
	3-3 : Formaliser des politiques de gestion du personnel	3-3-1 : Elaborer une politique des temps partiels	33					X
		3-3-2 : Travailler sur une politique des remplacements	34					X
4 : La santé, la sécurité et la qualité de vie au travail	4-1 : Mettre en œuvre une démarche de prévention sur les risques psychosociaux	4-1-1 : Sensibiliser les membres du CHSCT, l'encadrement et l'ensemble du personnel sur les RPS	35	X				
		4-1-2 : Installer un comité de pilotage sur la prévention des RPS	36		X			
		4-1-3 : Former l'encadrement et les membres du CHSCT sur les risques psychosociaux	37				X	
		4-1-4 : Réaliser et analyser un questionnaire d'évaluation collective du bien être au travail	38		X			X
		4-1-5 : Actualiser le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, mettre en œuvre son plan d'actions et l'évaluer	39	X	X	X	X	X
		4-1-6 : Maîtriser le versement de congés sur les Comptes Epargne Temps	40	X	X	X	X	X
	4-2 : Poursuivre et développer les actions favorisant la santé au travail	4-2-1 : Mieux faire connaître l'Unité Psychologique d'Accompagnement des Pratiques pour les Personnels (UPAPP)	41	X				
		4-2-2 : Etudier les mesures d'accompagnement pour les agents en fin de carrière	42					X
		4-2-3 : Formaliser la politique de l'établissement relative aux actions favorisant le maintien dans l'emploi	43		X	X		
		4-2-4 : Analyser les événements impactant la santé des personnels (DAT, DAV, épidémies), élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions	44		X	X	X	X
		4-2-5 : Proposer au personnel soignant des formations spécifiques aux situations de violence en psychiatrie	45	X	X	X	X	X
		4-2-6 : Prévenir les accidents de trajet (ex : formation spécifique à la conduite, stages de sécurité routière, sensibilisation à l'éco-conduite)	46			X	X	X
		4-2-7 : Construire un projet pouvant être mis en œuvre dans un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) si l'Agence Régionale de Santé offre l'opportunité d'en signer	47					X
	4-3 : Améliorer la	~~4-3-1 : Faciliter l'obtention des informations utiles~~	~~48~~					X

	communication interne	par les personnels (ex : créer une « boîte à outils » de l'agent, simplifier la recherche sur les serveurs)						
		4-3-2 : Favoriser les relations professionnelles entre les agents, entre les pôles	49	En continu				
5 : L'accompagnement social du professionnel	5-1 : Accompagner les personnels dans leur vie quotidienne	5-1-1 : Etudier la faisabilité d'une réhabilitation des logements loués aux personnels (ex : chantier école ou chantier de réinsertion) et, si possible, l'engager	50					X
		5-1-2 : Actualiser et poursuivre l'étude de faisabilité sur une structure d'accueil des jeunes enfants du personnel (état du besoin, recherche de financement, etc.) et, si possible, engager la démarche de réalisation	51					X
		5-1-3 : Poursuivre le soutien aux personnels pour se loger (ex : loyers maîtrisés du parc locatif du CHS, liens avec l'OPAC) ou en souffrance psychique générée par l'exercice des missions (UPAPP)	52	En continu				
		5-1-4 : Mettre en place un temps d'assistant social (0.10 à 0.20 ETP) pour le personnel et évaluer son intérêt pour les agents	53					X
		5-1-5 : Obtenir une amélioration des transports en commun pour accéder au site de Sevrey (fréquence et horaires du bus) et réfléchir à un outil favorisant le co-voiturage	54					X
	5-2 : Soutenir l'engagement associatif local des personnels	5-2-1 : Maintenir le soutien aux associations dont les membres sont majoritairement des agents	55	En continu				

LE SIGLAIRE

ASHQ	Agent de Services Hospitaliers Qualifiés
AS	Aide-soignant
AT	Accident du Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CET	Compte Epargne Temps
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CGOS	Comité de Gestion des Œuvres Sociales
CGT	Confédération Générale du Travail
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CLM	Congé de Longue Maladie
CLD	Congé de Longue Durée
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
DAT	Déclaration d'Accident du Travail
DAV	Déclaration d'Acte de Violence
DRHAM	Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
ETP	Equivalent Temps Plein
ETPR	Equivalent Temps Plein Rémunéré
FO	Force Ouvrière
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OPAC	Office Public d'Aménagement et de Construction
PM	Personnel Médical
PNM	Personnel Non Médical
RPS	Risques Psycho Sociaux
Sem	Semestre
STT	Services Techniques et Travaux
Trim	Trimestre
UPAPP	Unité Psychologique d'Accompagnement des Pratiques pour les Personnels

Projet de gestion

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES 144
L'EFFICIENCE DES ORGANISATIONS 146
LA GESTION RENFORCEE 148
LE PILOTAGE 149

Le projet de gestion est un volet récent du projet d'établissement. Depuis HPST et dans la perspective de la future loi de santé, l'autonomie en matière de gestion, le rôle central du directoire et le pouvoir de décision accru du directeur, rendent ce volet essentiel. Le projet d'établissement qui vient de se dérouler comportait un projet de gestion ambitieux. Si les chapitres essentiels relatifs à la gouvernance ont été intégralement exécutés, d'autres n'ont pu l'être notamment pour des raisons de changement d'orientation réglementaire (VAP).

Ce projet de gestion s'appuie sur deux axiomes :

- Capitaliser sur les résultats produits par le précédent projet de gestion
- Développer des projets assis sur une réglementation considérée comme établie

Par ailleurs, la situation des comptes publics poussent les autorités à réfléchir une nouvelle fois à un système plus juste d'allocation des ressources en psychiatrie. Le CHS de Sevrey, plus que simple spectateur, souhaite être acteur de cette réflexion. Ce projet de gestion permettra d'accompagner cette démarche de façon itérative et constructive.

Ces contraintes budgétaires nous incitent par ailleurs à mieux piloter nos ressources. La encore, le CHS de Sevrey mettra en œuvre dans ce projet de gestion, les outils et organisations nécessaires à une meilleure efficience.

Enfin, le maître mot de ce projet de gestion, est **DECLOISONNEMENT**. A l'instar de ce qu'ont vécu les hôpitaux généraux depuis une dizaine d'années, plus aucun projet ne pourra aujourd'hui voir le jour en psychiatrie si les "frontières" (hôpital/trésor public, administration/soins, etc) ne sont pas dépassées. Le CHS de Sevrey est aujourd'hui mâture pour y parvenir, notamment grâce à son organisation en pôle. Il convient d'aller plus loin et d'engager des projets portés en commun entre les pôles de soins et l'administration.

Il s'agit là de l'enjeu majeur de ce projet de gestion qui s'orientera autour de 4 axes, dont voici quelques-uns des projets phares :

1/ Obligations réglementaires

- PESV2
- Fiabilisation des comptes

2/ Efficience des organisations

- Outil de gestion des certificats, des ordonnanciers
- Numérisation des archives

3/ Gestion renforcée

- ANAPEPS

4/ Pilotage

- Outil de pilotage

1/ OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

LE PROJET PES V2 : LE NOUVEAU PROTOCOLE D'ECHANGE STANDARD (PES V2)

Le nouveau protocole d'échange standard (PES V2) vise la dématérialisation de bout en bout des échanges entre l'ordonnateur – l'hôpital – et son comptable sur l'ensemble des budgets : cela, qu'il s'agisse d'opérations en dépense ou en recette et quelle que soit la nature de l'activité hospitalière concernée (activité de soin, achat, paye…).

Il comporte 2 dispositifs : le protocole « aller » permettant de gérer les pièces justificatives dématérialisées de l'hôpital vers son comptable et un protocole « retour » permettant d'informer l'hôpital des actions menées par son comptable, notamment en matière de recouvrement (actions précontentieuses et contentieuses, avancement des échéanciers de paiement, suspension des poursuites).

Le protocole PES V2 « aller » devant être généralisé à tous les hôpitaux sur le périmètre sanitaire au 1er janvier 2015, le CHS de Sevrey a déjà engagé des actions notamment auprès de son éditeur CPAGE. Le protocole « retour », quant à lui, est actuellement en phase de « spécifications » : il sera testé auprès de sites expérimentateurs fin 2014-début 2015 pour une généralisation progressive d'ici 2016.

Des objectifs pour moderniser les procédures

Concrètement, la généralisation du PES V2 vise :

- A l'enrichissement des données comptables
- A la dématérialisation des pièces comptables - titres de recette, mandats de dépense et bordereaux journaliers qui les récapitulent – transmises par l'hôpital à son comptable public
- Un transport des pièces justificatives dématérialisées : factures, marchés publics, états de paie, etc.
- Un transport de la signature électronique des bordereaux de dépenses et de recettes (la signature électronique des flux PES V2 emporte la dématérialisation des bordereaux de titres et de mandats)

Le protocole permettra :

- De générer des gains d'efficience (simplification et accélération des processus, diminution des coûts de gestion)
- De faciliter les échanges d'information entre l'hôpital et le comptable public par le biais d'un vecteur unique
- Une meilleures qualité comptable, une "auditabilité" et une traçabilité renforcées (enrichichissement des données échangées entre l'hôpital et le comptable public, réduction des risques de rejet, garantie d'exhaustivité des données échangées via le PES, ….)
- De répondre aux problématiques actuelles de développement durable avec l'objectif « zéro papier ».

LA FIABILISATION DES COMPTES

- La fiabilisation des comptes hospitaliers a donné lieu à la publication d'une circulaire interministérielle et d'un guide de fiabilisation. Le CHS de Sevrey mettra en œuvre cette obligation réglementaire en s'appuyant sur les recommandations de ce guide.

- Ainsi, le pilotage sera réalisé conjointement par le chef d'établissement et le comptable.
- Pour parvenir à la fiabilisation des états financiers, la direction des affaires financières du CHS initiera, un plan d'action à partir d'un diagnostic approfondi de ces états. Cette analyse pourra déboucher, le cas échant, sur la nécessité de procéder à des écritures correctives et de compléter ou renseigner les informations de l'annexe afin de respecter les dispositions de l'instruction M21.
- La mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers, dénommé contrôle interne comptable et financier sera mis en œuvre par les services financiers du CHS. Pour identifier les processus présentant les plus forts enjeux et/ou risques, la direction de affaires financières du CHS se fondera sur :

    - Les cartographies des risques type
    - Les comptes rendus des contrôles, des tableaux de bord utilisés pour la gestion de l'hôpital ou bien encore les analyses financières existantes
    - Les rapports d'audit
    - La connaissance de l'environnement dans lequel l'établissement intervient

- La documentation des décisions et des procédures ayant une dimension comptable et financière sera classée afin d'être partagée entre le directeur du CHS et la direction des affaires financières.
- Enfin, la mutualisation et les échanges de bonne pratique avec les directions des autres établissements Bourguignons seront développés.

- Le renforcement du partenariat entre l'ordonnateur et le comptable implique que soit défini conjointement un plan d'actions visant à renforcer progressivement et durablement la fiabilité des comptes de l'établissement.
- Un complément apporté à la convention de service comptable et financier, avenant ou nouvelle convention, peut constituer le moyen de formaliser les engagements réciproques entre le trésorier de Chalon et le directeur du CHS de Sevrey.

2/ L'EFFICIENCE DES ORGANISATIONS

OUTIL DE GESTION DES CERTIFICATS, DES ORDONNANCIERS

La loi du 5 juillet 2011 modifiée par celle du 27 septembre 2013 garantit les droits des personnes hospitalisées sans consentement. Cela implique un suivi précis, horodaté et partagé entre les acteurs hospitaliers : de la GAP jusqu'au médecin, en passant par les secrétariats médicaux, l'encadrement et les unités de soins, le tout sous l'autorité du directeur d'établissement. Le suivi du dispositif est aujourd'hui complexe, générateur de stress pour les personnels et coûteux car consommateur de temps.

Une gestion informatisée et décloisonnée des certificats sera développée à la suite de la mise en œuvre de l'interface bidirectionnel et de l'outil de pilotage. Cet outil sera créé spécifiquement à la demande du CHS de Sevrey et pourra répondre au même besoin dans d'autres structures psychiatriques.

Le même outil informatique sera utilisé pour la gestion des certificats, des ordonnanciers et des tableaux de bords. Ainsi l'appropriation par les utilisateurs en sera facilitée.

● En fonction du cas de chaque patient (SDDE, SDRE, placement, hospitalisation complète, etc…), détermination automatique des prochaines échéances concernant :

- Les certificats à produire
- Les décisions à produire
- Les réunions du collège
- Les saisines du juge

● Écran de visualisation des échéances du jour courant (ou d'un autre jour sélectionné) et du nombre d'échéances par type et par mois, avec une vue adaptée pour les secrétaires médicales et la GAP

- Toutes les informations liées aux échéances du collège
- Toutes les informations liées aux échéances du juge
- Toutes les informations liées aux échéances de certificat
- Toutes les informations liées aux échéances de décision

● Aide à la production des documents réglementaires

- Possibilité de définir des modèles de documents
- Génération des documents à partir des modèles avec insertion de variables automatiquement alimentées par exemple le nom du patient, du médecin…

● Écran de consultation de l'historique des échéances des différentes prises en charge du patient, avec possibilité d'interagir sur la prise en charge courante (validation d'échéance, génération de documents)

● Écran de paramétrage des journées d'audiences pour l'établissement, des alertes X jours avant la date de l'audience pour l'envoi des demandes d'avis motivé et pour la réception des avis, ainsi que des alertes X jours avant la date du collège pour la désignation des membres et la réception des membres.

NUMERISATION DES ARCHIVES

Lorsqu'on introduit un système de dossiers médicaux électroniques, tel que Cariatide, dans sa pratique, se pose inévitablement la question de déterminer ce qu'on va faire avec les dossiers papier. Travailler avec deux dossiers parallèles, un papier et un informatique, est un facteur de complexité additionnel. Par ailleurs l'établissement dispose d'un nombre important de structures extrahospitalières et il n'est pas aujourd'hui possible simplement, de partager les informations des différents dossiers. Enfin, le local des archives du site de Sevrey nécessiterait des investissements importants pour répondre aux normes. C'est pourquoi la numérisation est un sujet prioritaire.

L'objectif premier de la numérisation est de regrouper et de rendre aisément accessible l'ensemble de l'information pertinente dans le dossier médical informatique du patient. Il en résulte d'autres avantages non négligeables : la secrétaire gagne du temps parce qu'elle n'a plus besoin de sortir le dossier des archives, et une partie de l'espace occupé par les archives peut être récupérée et utilisée à des fins plus utiles.

Avant de s'engager dans la numérisation, il faut bien cerner ses besoins et les moyens dont on dispose. La numérisation est un processus ambitieux, qui doit donc être élaboré avec soin. C'est pourquoi, nous ferons appel aux services d'une entreprise spécialisée dans le domaine afin d'accompagner le médecin DIM dans ce projet.

Il s'agira de déterminer ce que l'établissement souhaite numériser, comment le numériser et ensuite, comment intégrer tout nouveau document externes ou internes. Chaque document numérisé pourra être remis au patient dans le respect de la réglementation en vigueur, au même titre qu'un extrait du dossier papier.

Ce projet sera long et impliquera l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient : médecins, soignants, secrétaires, DIM, … Il sera gage de meilleur partage d'information entre les pôles extra et intra, courte durée et longue durée, pédo et jeunes adultes, etc. Le CHS recrutera un agent dédié formé à la mise en œuvre et au suivi d'un tel projet, placé sous l'autorité du médecin DIM, responsable des archives médicales. Un comité de pilotage sera constitué courant 2015.

3/ GESTION RENFORCEE

ANAPEPS (ANALYSE ET PREVISIONS FINANCIERES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE)

ANAPEPS a été conçu dans le souci de concilier les exigences des textes législatifs et réglementaires relatifs à la mise en œuvre en 2006 du nouveau régime budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé publics et privés et qui étaient antérieurement financés par dotation globale (ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005, arrêtés du 22 décembre 2005) et la production aisée des documents de diagnostic et de prévisions (EPRD et PGFP).

L'ergonomie retenue, la logique adoptée pour le traitement des données et les choix de présentation effectués permettent à l'utilisateur un traitement complet et des simulations simplifiées des données financières de l'établissement. L'usage d'ANAPEPS sera synonyme de gain de temps pour la direction des affaires financières, mais également de fiabilité des informations.

Les documents présentés aux instances seront issus d'ANAPEPS, ainsi la même information sera partagée par l'ensemble des acteurs concernés : tutelles, direction, commission médicale, partenaires sociaux, …

ANAPEPS comporte deux volets :

1) diagnostic financier :

La direction des affaires financières a déjà mis en œuvre ce volet qui a permis de procéder au diagnostic financier de l'établissement. Ce diagnostic a permis notamment de préparer les phases d'emprunts des projets de MHPP et Pédopsy.

2) état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et plan global de financement pluriannuel (PGFP).

La direction des affaires financières s'appuiera sur ANAPEPS pour fournir les documents réglementaires aux tutelles (EPRD, PGFP).

4/ PILOTAGE

OUTIL DE PILOTAGE

Pour assurer une analyse détaillée et un suivi régulier de l'activité du CHS, le service des Finances crée une cellule Analyse de gestion dans le cadre de son projet de gestion. Celle-ci est gérée par une personne à temps plein.

Ce projet vise une démarche d'analyse de gestion institutionnelle appuyée sur le dialogue entre les acteurs. Des outils existent, ils devront être adaptés : (indicateurs, tableaux de bord…). L'objectif est que les mêmes informations soient partagées par l'ensemble des acteurs concernés : directions, pôles, …

Trois outils vont être mis en place et exploités :

- PMSI Psy qui recense l'activité médicale en lien avec le dossier administratif du patient. Cet outil sera complété par PMSI MCO avec l'ouverture de lits d'addictologie afin de permettre le codage, le groupage et l'envoie de fichiers sur la plate forme ATIH. Ces deux outils de gestion du PMSI permettront au médecin DIM et au responsable de la GAP de fournir rapidement des données statistiques fiables, et partagées par les acteurs de la prise en charge des patients. Il sera plus aisé de répondre aux exigences de transmission d'information vers les tutelles.
- PMSI CDG (Contrôle De Gestion) permettra à la direction des affaires financières d'analyser les coûts des activités par pôles, par services et par l'UF.
- BI Query permettra de créer et personnaliser des requêtes en fonction de nos besoins. Il permettra notamment de croiser les données RH avec celles des finances, ou bien encore les données financières avec celles du DIM issues de PMSI Psy.

La cellule Analyse de gestion établira des tableaux de bord mensuels, trimestriels, semestriels, annuels de façon automatisée et/ou à la demande. Le suivi de la masse salariale (80% des dépenses du CHS) en est un exemple puisque chaque mois, DAF et DRH examineront des données fines de son évolution. Il conviendra d'aller plus loin. Des tableaux de bord par pôle intriquant notamment données d'activité et dépenses engagées seront créés.

PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION

INTRODUCTION 151
METHODOLOGIE 152
LES GRANDS AXES DU PROJET DU SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION 153
FICHES PROJET 155
TABLEAU DE SYNTHESE 156

INTRODUCTION

Le présent document constitue le projet du Schéma Directeur du Système d'Information du Centre Hospitalier de Sevrey.
La vocation du SDSI est de poser clairement les objectifs assignés au futur Système d'Information Hospitalier.

- Ces objectifs doivent être cohérents avec les enjeux à court et moyen termes de l'établissement.
- Il trace toutes les opérations à caractère non récurrent dans un délai limité :
  - **Un schéma directeur est un plan d'actions global visant à organiser l'évolution du Système d'Information qui doit permettre de donner une vision pluriannuelle des projets qui seront lancés.**
- Il se positionne en aval de la décision «d'étudier» et en amont de la décision «de faire»**.**
  - **Un schéma directeur est un outil de communication pour des messages réfléchis visant :**
    - A répondre aux besoins exprimés,
    - A ne pas créer de « faux espoirs »,
    - A donner un planning réaliste.
- Il fixe le niveau de faisabilité des opérations à engager en intégrant les contraintes majeures que sont :
  - Le nombre de projets et leurs priorités fixées selon des critères «coût/efficacité»:
    - Service rendu,
    - Satisfaction des attentes utilisateurs,
    - ROI (Retour sur investissement),
    - Facilité de mise en œuvre.
  - Les délais et la planification de la réalisation,
  - Les ressources et compétences humaines à mobiliser,
  - Les délais d'acceptation du changement des différents acteurs et contributeurs,
  - Les réponses technologiques,
  - L'enveloppe budgétaire.
- C'est un outil d'argumentation budgétaire.

Le Système d'Information est au cœur de tous les métiers avec une forte dépendance, les utilisateurs et contributeurs du Système d'Information sont partie prenante dans la définition de ce schéma directeur.

Le projet pour la période 2014-2018 s'inscrit dans la continuité du précédent en mettant d'une part la priorité sur la sécurisation du SIH et d'autre part en améliorant et/ou en développant des outils quotidiennement utilisés.

Groupe de travail

Afin d'élaborer ce nouveau Schéma Directeur du Système d'Information, un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué et validé en directoire.
Chaque direction a proposé un ou plusieurs agents représentatifs et compétents dans leur domaine.
Le Président de CME a également désigné deux représentants du corps médical pour participer à ces travaux.

Composition initiale du groupe

- Docteur Catherine FERNANDEZ	Psychiatre
- Docteur Pierre LORIOT	Psychiatre
- Docteur Raphaële MERABET	DIM
- Stéphanie BOULNOIS	Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines et des Affaires Médicale
- Linda ABDELLAH	Adjointe au Directeur des Ressources Humaines
- Marie Christine VERNIER	Directrice des Soins
- Patrick BASSET	Directeur Système d'Information
- Nicolas LIMOGE	Responsable Système d'Information, puis Directeur du Système d'Information
- Audrey VEUILLET	Responsable projet informatique, puis Responsable du Système d'Information
- Christine TUDO	Responsable affaires financières
- Luc GESLIN	Responsable GAP
- Sandra HESPEL	Adjointe au responsable GAP
- Amandine FERREIRA	Responsable Services Techniques et Travaux
- Frédéric ROMAND	Responsable Services Affaires Economiques
- Brigitte GAUDILLAT	Responsable Qualité

Suite au départ de M. BASSET du GCS du Chalonnais en septembre 2014, M. LIMOGE a repris ses fonctions et a poursuivi le travail initialisé.

Méthodologie

Le groupe de travail s'est réuni 4 fois, pour chaque réunion, un compte rendu de réunion a été rédigé et transmis à chaque membre du groupe présent ou non à la réunion.
Le bilan du Schéma Directeur précédent a été élaboré ensemble et la rédaction prise en charge par N. LIMOGE

La trame du nouveau Schéma Directeur a été également élaborée en séance plénière. Chaque membre du groupe a pris en charge la rédaction d'une ou plusieurs fiches dans son domaine de compétence sur une trame proposée par la DSI.
La relecture et correction de chaque fiche s'est déroulée en séance plénière.

L'ensemble des fiches projets a été présenté aux représentants du personnel.

Ce travail de SDSI ne doit en aucun cas rester confiné à la DSI, une large diffusion doit en être faite compte tenu de l'importance du système d'information dans l'organisation pérenne de l'établissement.

LES GRANDS AXES DU PROJET DU SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

La structure du SIH est maintenant bien posée, il convient maintenant de faire évoluer cette structure en s'appuyant sur une architecture solide et sécurisée.
Les cibles sont aujourd'hui bien balisées au travers du plan Hôpital Numérique qui constitue à la fois notre référentiel et notre feuille de route pour le volet soins.
Les projets régionaux sont également un autre axe de réflexion dont les enjeux d'un point de vue médical et de l'offre de soins sont essentiels au centre hospitalier spécialisé de Sevrey, et plus précisément les outils de télémédecine permettant le décroisement géographique de la prise en charge médicale.

Il conviendra de savoir prendre à temps les virages technologiques aussi bien sur l'architecture informatique que l'intégration de nouvelles technologies ou solutions logiciels.

Suite aux attentes exprimées lors du bilan de la mise en œuvre du schéma précédent, et des enjeux pour l'établissement, le projet pour les 4 ans à venir, s'oriente vers les axes structurants suivants:

Sécurisation du système d'information

La dépendance de l'institution au système d'information est totale, une défaillance de l'outil informatique risque de bloquer l'organisation, la production et la communication non seulement de tout l'établissement mais aussi d'un grand nombre d'acteurs périphériques.

Il n'est pas envisageable un seul instant de perdre une donnée quelconque, la non accessibilité à ces données ne supportera qu'une faible tolérance, la protection des données contre toutes malveillances doit être garantie et enfin tracer l'accès à ces données est indispensable.

C'est pourquoi ce SDSI met en place ce grand chantier sur la sécurité du Système d'Information en réalisant un état des lieux, une mise en conformité et un suivi de la sécurité informatique.

La démarche de sécurisation du système d'information se décompose en trois temps:

- La réalisation d'un audit par une société extérieure,
- Elaboration d'un schéma directeur sur la sécurisation du Système d'Information,
- Mise en œuvre du schéma directeur avec priorisation des pré-requis hôpital numérique

L'ensemble des processus du Système d'Information est concerné y compris nos prestataires extérieurs.

Evolutions des différents outils

Le CHS va migrer un certain nombre d'applications majeures vers des versions plus élaborées, certaines d'entre elles sont contraintes, d'autres volontaires. Dans tous les cas, la volonté d'évolution est présente ce qui prouve le dynamisme des équipes utilisateurs dans une démarche d'amélioration et de meilleure prise en charge. Cette démarche montre aussi une stabilité des outils et un non rejet de ceux-ci comme ce fut le cas avec l'ancien Dossier Patient Informatisé Cristal Net.

Migration Windows/Office

Faire évoluer et uniformiser l'ensemble des postes informatique vers la version Windows 2007 et Office 2010.
Cette migration nécessitera un accompagnement fort notamment au niveau des secrétariats.
Cette migration devrait commencer par les secteurs administratifs.

Migration PES V2

Le Protocole d'Echange Standard d'Hélios Version 2 (PES V2) sera le seul protocole d'échange pouvant être utilisé par l'ordonnateur pour les flux allers en recette et dépense.

Le protocole PES V2 sera le seul flux informatique qui intégrera les pièces comptables, les pièces justificatives dématérialisées et la signature électronique, documents ayant valeur probante et produits en compte de gestion.

Migration CPAGE i

La migration vers CPAGE i est contrainte, la version actuelle ne sera plus maintenue à compter de fin 2017.
Trois modules sont à migrer, la Gestion Economique et Financière (GEF), la Gestion Administrative du Patient (GAP) et la Gestion des Ressources Humaines (GRH).
La migration de ces modules dès lors qu'ils seront disponibles en totalité, seront déployés en 2015 et 2016.

Migration CARIATIDES V8

L'ensemble de l'application Dossier Patient Informatisé (DPI) CARIATIDES va être restructurée, il s'agit d'une migration structurelle.
Cette migration nécessitera un fort accompagnement des équipes de soins s'appuyant sur un programme de formation adapté au public et à la structure.

Télémédecine et réseau

Les outils de télémédecine (portée par l'ARS Bourgogne et le GCS E-Santé Bourgogne) permettront de pallier les problématiques de déserts médicaux sans pénaliser les prises en charge des patients au plus près de leur lieu de vie.
Trois axes sont prioritaires pour le centre hospitalier spécialisé de Sevrey :

- La prise en charge de la géronto psychiatrie pour une centralisation physique des consultations du territoire.
- La télémédecine d'urgence psychiatrique pour offrir une consultation spécialisée dans les centres sans présence de psychiatre.
- La pédopsychiatrie avec la mise en place d'outils de téléconsultation et de télé expertise pour l'ensemble des patients consultants dans les CMP.

Les projets de télémédecines sont les projets phares de ce schéma directeur du Système d'Information de par les enjeux médicaux concernés mais aussi de par le positionnement et la visibilité régionale sur la télémédecine.

Hôpital Numérique

La mise en conformité des indicateurs pré-requis Hôpital Numérique est prioritaire, ces indicateurs seront intégrés à part entière dans la nouvelle version de certification HAS.
De plus cette conformité ouvre le champ de potentiels financements soutenant l'atteinte d'un ou plusieurs domaines prioritaires parmi les cinq ciblés par la DGOS.
L'atteinte des pré-requis est en lien avec la sécurisation du Système d'Information.
L'objectif est bien l'atteinte de l'ensemble des domaines prioritaires concernés dans la psychiatrie.

Autres projets

Numérisation des archives

La problématique des archives papier est multiple, à savoir

- Volume de stockage,
- Multiplicité des dossiers (structures externes),
- Organisation des dossiers,
- Accès à l'information.

Certes, l'étape de numérisation est fastidieuse et chronophage mais indispensable aujourd'hui pour régler ces différentes problématiques.
La mise en place d'un outil centralisant l'ensemble des éléments des archives médicales sera un véritable atout pour la gestion du dossier patient, qu'il soit informatisé ou dématérialisé depuis le dossier papier. Sa consultation sera donc complète quel que soit le lieu de prise en charge du patient.

Mise en place de GIDD

La connaissance des accès ainsi que leur traçabilité au Système d'Information est indispensable. La création d'un outil « maison » a permis de répondre aux attentes dans ce domaine. Cet outil est à personnaliser au mode de fonctionnement du CHS et à déployer.

Mise en place d'un bus applicatif d'échanges

L'objectif est de fiabiliser à court terme les flux existants tout en standardisant les échanges inter-applicatifs. Les connecteurs applicatifs présents sur le site de Sevrey devront être progressivement remplacés par les connecteurs conformes aux normes proposées par les éditeurs. L'application capable de mettre en œuvre un tel dispositif est un « EAI » pour Entreprise Application Intégration.

Téléphonie sur IP

Ce projet va permettre de rendre l'autocommutateur actuel hybride, c'est-à-dire capable de gérer la téléphonie classique et la téléphonie en lien avec le réseau de l'établissement dit "réseau IP". Cela permettra entre autre de relier les structures extérieures sur l'autocom de l'établissement sans avoir à gérer de mini standard et de pouvoir utiliser toute l'infrastructure sans coût téléphonique.

Extraction de données PMSI pour le MCO

Projet en lien avec l'ouverture des lits d'addictologie qui nécessite la mise en place d'un outil de codage PMSI spécifique MCO et non psy comme l'établissement l'utilise déjà. Celui-ci permettra la valorisation de l'activité suivant les normes de codage MCO propres à l'addictologie.

Gestion de l'échéancier et des modèles de décision

Un développement spécifique sera nécessaire pour assurer la bonne prise en charge administrative pour l'admission des nouveaux patients. La gestion des échéances de RDV ou de demandes judiciaires nécessite un suivi rigoureux. A ce jour, aucune application commerciale n'est capable de prendre en charge ces modèles et cette gestion des alertes.

FICHES PROJET

Fiche Projet N° 01 – Sécurisation du système d'information
Fiche Projet N° 02 – Evolution Bureautique utilisateurs
Fiche Projet N° 03 – Hôpital Numérique
Fiche Projet N° 04 – Gestion du dossier administratif
Fiche Projet N° 05 – Evolution Dossier Patient Informatisé
Fiche Projet N° 06 – Télémédecines et réseaux
Fiche Projet N° 07 – Mise en place de la Gestion Informatisée Des Droits (GIDD)
Fiche Projet N° 08 – Mise en place d'un bus applicatifs d'échanges
Fiche Projet N° 09 – Téléphonie sur IP
Fiche Projet N° 10 – Extraction PMSI MCO
Fiche Projet N° 11 – Numérisation des archives
Fiche Projet N° 12 – Echéancier et modèle de décision

L'ensemble des fiches projets est regroupé dans un document de synthèse « Fiches projets Sevrey 2014-2018 »

TABLEAU DE SYNTHESE

	Estimation durée (mois)	Estimation couts (k€ TTC)	Estimation Charge DSI (j/h)	Estimation charge autre (J/h)	Cout fonctionnement (k€ TTC par an) (*)
Fiche Projet N° 01 – Sécurisation du système d'information	36	200	450		
Fiche Projet N° 02 – Evolution Bureautique utilisateurs					
Migration Office / Windows	30		200		35
Changement arborescence users	30	0	100	80	
Fiche Projet N° 03 – Hôpital Numérique	30	20	80	10	
Fiche Projet N° 04 – Gestion du dossier administratif					
PES v2	4	10	30	60	
Migration Cpage i	30	50	50	50	
Fiche Projet N° 05 – Evolution Dossier Patient Informatisé					
Migration Cariatides v8	6	25	40	30	
Accès dossier patient en dehors des sites du CHS	6	11	20		8
Fiche Projet N° 06 – Télémédecines et réseaux	12	70	40		
Fiche Projet N° 07 – Mise en place de la Gestion Informatisée Des Droits (GIDD)	6	0	30	20	
Fiche Projet N° 08 – Mise en place d'un EAI	18	100	80		
Fiche Projet N° 09 – Téléphonie sur IP	36	200	200		
Fiche Projet N° 10 – Extraction PMSI MCO	2	9	5		
Fiche Projet N° 11 – Numérisation des archives	30	300	40	100	
Fiche Projet N° 12 – Echéancier et modèle de décision	6	20	15	10	
Total	282	1015	1380	360	43

(*) Coûts ne tenant pas compte des amortissements ou des coûts de maintenance

Fiche Projet N° 01 – Sécurisation du système d'information

Les objectifs du projet:

Le projet sécurité du Système d'Information est un axe essentiel pour notre Système d'Information Hospitalier. Il a pour but de structurer, de sécuriser le SIH dans une dynamique d'amélioration continue. Un schéma directeur sur la sécurité du Système d'Information a été validé en janvier 2014 avec un plan d'actions sur 3 années. Ce schéma directeur est issu de l'audit sécurité du Système d'Information fait dans le cadre du projet Hôpital Numérique.
Le projet est axé sur un volet organisationnel et un volet technique. Ci-dessous, une liste non exhaustive que l'on retrouve dans les deux domaines.

- Volet organisationnel :
  - Rédaction d'une politique générale de sécurité du Système d'Information,
  - Rédaction de politiques ciblées (authentification, sauvegarde, télémaintenance, …),
  - Mise en place d'un workflow des demandes de droits,
  - Formalisation des modes dégradés,
  - Sensibilisation des utilisateurs à la sécurité.
- Volet technique :
  - Mise en conformité de la salle informatique,
  - Mise en place d'une politique d'authentification forte,
  - Mise en place d'un système de SSO,
  - Mise en place d'une nouvelle arborescence,
  - Sécurisation des accès VPN, permettant un accès sécurisé au SIH et en particulier l'accès au DPI depuis l'extérieur des structures gérées par le GCS du Chalonnais.
  - Cloisonnement logique des réseaux.

Le périmètre fonctionnel :

L'ensemble du Système d'Information Hospitalier.
L'utilisation du SIH depuis l'extérieur est une attente forte des utilisateurs, pour leurs messageries professionnelles mais également pour l'accès au Dossier Patient Informatisé.

La population cible :

Tous les utilisateurs du Système d'Information.

Estimation de la durée prévisible du projet :

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

La charge de travail est estimée entre 400 et 500 jours homme.
Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution :
Les différentes phases seront mises en application suivant le schéma directeur de la sécurité du Système d'Information.

Freins et difficultés :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :
Charge de travail importante. Les délais seront complexes à tenir au vu de la multitude de projets et du nombre d'acteurs important.
Différents changements et contraintes seront apportés aux utilisateurs, il faudra donc bien aborder la question de l'accompagnement au changement.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☐ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€
La globalité du projet sécurité du Système d'Information représente un montant d'environ 200 000 € TTC.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Sécurisation du Système d'Information,
- Respect des bonnes pratiques,
- Ouverture du Système d'Information hors les murs,
- Simplification des authentifications de l'utilisateur.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Non maitrise du Système d'Information,
- Indisponibilité du Système d'Information,
- Fuite de données.

Fiche Projet N° 02 – Evolution Bureautique utilisateurs

Les objectifs du projet:

L'évolution des produits de bureautique est découpée en deux sous projets distincts :
Les évolutions technologiques autour des produits bureautiques de Microsoft (Office, Windows) et l'organisation liée au changement des arborescences des documents utilisateurs.

Objectifs Migration Windows / Office :

Migrer l'intégralité du parc informatique du CHS en Windows 7 + Office 2010.
Migrer les environnements de travail des consoles pour suivre cette évolution (Windows serveur 2008/2012 et Office 2010).

Objectifs Changement Arborescence Users :

L'objectif de ce projet est de refondre totalement la gestion des documents des utilisateurs afin de définir un espace de travail privé et un espace d'échange de données sécurisées.
Actuellement deux arborescences sont utilisées en parallèle et selon les services :
Un lecteur réseau S : correspondant à Services.
Un lecteur réseau U : correspondant à Users.
Une remise à plat de ces répertoires et des droits est nécessaire.

Le périmètre fonctionnel:

Tous les ordinateurs fixes et portables et les terminaux légers (consoles).
Il est possible de revoir les arborescences de manière globale et structurée en proposant par exemple un lecteur réseau dédié au répertoire personnel et un second lecteur pour la gestion du pôle / du service.
Il est également possible de réfléchir à la mise en place d'une véritable Gestion Electronique du Document permettant de clarifier les « rangements » mais également de définir un workflow pour la gestion des validations et des versions de documents.

La population cible:

Tout agent utilisant un ordinateur fixe ou portable.
L'ensemble des utilisateurs des dossiers partagés, essentiellement les agents de l'administration mais également dans une moindre mesure les autres utilisateurs du SI.
Il faut prendre garde aux populations utilisant particulièrement beaucoup le système de gestion de fichiers : agent de l'administration dont les secrétariats mais également les secrétariats médicaux.

Estimation de la durée prévisible du projet:

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : 01/01/2017.

Le travail à réaliser est long et fastidieux. La réalisation de ce projet doit se faire de manière séquencée et suivant une logique par rapprochement des utilisateurs : services par services et les directions qui travaillent ensemble.

Freins et difficultés:

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

Freins Migration Windows / Office :

- Changements importants de la prise en main de l'ordinateur et de la suite Office: formation potentiellement nécessaire pour certains agents utilisant des fonctionnalités avancées d'Office,
- Accompagnement de la DSI suite au changement de système d'exploitation pour les agents en ayant besoin,
- Volume de poste à migrer important,
- Configuration des serveurs Citrix complexe à mettre en œuvre. Un accompagnement technique sera à prendre en compte.

Freins et difficultés Arborescences Users:

- Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...),
- Le principal frein est lié au volume de données à migrer et à l'imbrication des documents faisant référence des chemins « statiques » comme cela pourrait être le cas dans des procédures,
- Confusion possible entre l'outil de gestion de document « vivant » et la gestion documentaire / procédure de la qualité avec l'outil Blue Medi,
- Il faut également faire le listing des documents publics largement utilisés comme la gestion des mouvements (qui va disparaitre à terme) et la gestion faite par l'UAC.

Coûts:

Coûts Migration Windows / Office :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

¨ < 10 k€ ¨ de 10 à 30 k€ ¨ de 30 à 70 k€ ¨ de 70 à 120 k€ ¨ > 120 k€

Coût Licence Microsoft : 25 à 30 k€ / an (coût mutualisé avec les licences serveurs). Budget de fonctionnement impacté directement.
Coût de migration Citrix à définir.
Coût des formations à estimer.
Coût en Jour / Homme : 200 jours côté DSI.

Coûts Changement Arborescence Users :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

¨ < 10 k€ ¨ de 10 à 30 k€ ¨ de 30 à 70 k€ ¨ de 70 à 120 k€ ¨ > 120 k€

Deux cas se présentent:

- Soit la refonte des droits repose sur une nouvelle structure et dans ce cas les coûts seront essentiellement des coûts humains (mais conséquents).
- Soit la gestion de l'arborescence nécessite un outil de gestion documentaire (et dépasse donc le périmètre du projet initial), en plus du temps humain, un coût de mise en œuvre d'un outil de gestion documentaire sera à prendre en compte. Voir pour la mise en place d'une GED (Gestion Electronique des Documents) de type SharePoint de Microsoft qui serait mise à disposition dans l'accord UniHa.

Le temps humain estimé dans les deux cas est de 20 jours homme pour la reprise de l'arborescence, refonte des groupes, droits… et d'un temps variable par utilisateur pour l'accompagner dans la migration de ses documents (de 1H pour les médecins à 1 jour pour les secrétaires en fonction du volume de documents et des échanges inter services).

Estimation bénéfices attendus :

Bénéfices Migration Windows / Office :

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Besoins utilisateurs : suppression des limites matérielles imposées par Windows XP, possibilité d'augmentation des performances des ordinateurs,
- Parc informatique mieux protégé.

Bénéfices Changement Arborescence Users :

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Clarification des droits dans les répertoires,
- Sécurisation des droits et contrôle de ceux-ci,
- Uniformatisation des pratiques coté informatique,
- Meilleure efficience sur le circuit de création de documents.

Risque de ne pas faire :

Risque Migration Windows / Office :

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Ordinateurs non migrés plus supportés par les différentes sociétés en cas de problème,
- Plus de corrections des failles de sécurité par Microsoft,
- Arrivée de nouveaux systèmes d'exploitation comme Windows 8.1 (peu adaptés aux professionnels selon la DSI) ou Windows 10.

Risque Changement Arborescence Users :

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Laisser l'arborescence actuelle, sans grande cohérence,
- Perte de temps pour une recherche de document,
- Perte de temps lors du remplacement du personnel (reprise des droits à l'identique impossible).

Fiche Projet N° 03 – Hôpital Numérique

Les objectifs du projet:

Le projet hôpital Numérique est inscrit dans la stratégie nationale des SIH sur la période 2012-2016. L'objectif de ce plan se décompose en trois phases pour le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey :

A. L'atteinte des prérequis :
    a. Identités-mouvements,
    b. Fiabilité – disponibilité,
    c. Confidentialité.
B. La réalisation des domaines fonctionnels :
    a. Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie : non envisageable pour le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey compte tenu de son activité spécialisée en psychiatrie,
    b. Le dossier patient informatisé et interopérable,
    c. La prescription électronique alimentant le plan de soins,
    d. La programmation des ressources et l'agenda du patient,
    e. Le pilotage médico-économique.
C. Les demandes de financements conditionnées à la réalisation de l'ensemble des pré-requis et à la réalisation d'au moins un domaine. Plusieurs demandes de financement peuvent être faites sur plusieurs années à chaque atteinte de domaine réalisé. Les orientations stratégiques de l'ARS Bourgogne sur le dossier positionne trois domaines prioritaires : le dossier patient, les prescriptions et le pilotage médico-économique.

Le périmètre fonctionnel:

L'ensemble du Système d'Information Hospitalier et en particulier autour du dossier patient Cariatides.

La population cible:

Tous les utilisateurs du Système d'Information.

Estimation de la durée prévisible du projet:

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☑ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution :
Objectif pour l'atteinte des prérequis : septembre 2014.
Objectif pour la réalisation des domaines :

a. Les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie : non concerné,
b. Le dossier patient informatisé et interopérable : 2015,
c. La prescription électronique alimentant le plan de soins : Septembre 2014,
d. La programmation des ressources et l'agenda du patient : 2016,
e. Le pilotage médico-économique : 2015.

Les objectifs d'atteinte des domaines sont à synchroniser avec les dépôts des demandes de financements.

Freins et difficultés:

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

Les principaux freins sont dans la réalisation des projets en lien avec l'atteinte des pré-requis ou des domaines d'Hôpital Numérique.
La gestion des dépôts de dossiers de financements doit engendrer une attention particulière auprès du chargé de Mission Système d'Information de l'ARS Bourgogne afin de cadencer avec lui les possibilités de financements des domaines pour l'établissement.

Coûts:

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

þ < 10 k€ þ de 10 à 30 k€ þ de 30 à 70 k€ þ de 70 à 120 k€ þ > 120 k€

Le coût du projet Hôpital Numérique est directement dépendant des applications mises en œuvre pour sa réalisation, et dont le budget est exclu de cette fiche projet.

La réalisation de ce projet est en lien fort avec la fiche projet de sécurisation du Système d'Information.

Le temps de réalisation et de formalisation du projet est estimé à 50 jours / homme pour la partie rédactionnelle des prérequis (temps de stagiaire dédié sur le sujet).

Le temps de réalisation et de suivi de chaque domaine éligible est estimé à 10 jours par domaine soit 30 jours homme pour 3 domaines.

Les dépôts de dossiers de financements sont estimés à 10 jours homme pour le dépôt initial et de 1 jour homme par domaine spécifique.

Le suivi de dossier étant inconnu, il n'est pas possible de faire une estimation du temps que cela nécessitera.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Mise en conformité attendu des SI et maturité de ceux-ci,
- Prise de conscience des enjeux du SI dans la structure,
- Formalisation des procédures et des moyens informatiques nécessaires au bon fonctionnement de la structure,
- Enveloppes financières conséquentes permettant la réalisation de projets informatiques tels que ceux inscrits dans ce schéma directeur.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Perte des enveloppes conséquentes de financements,
- Mise à la marge du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey par rapport aux objectifs d'Hôpital Numérique et son inscription au CPOM de l'établissement,
- Non certification HAS,
- Pénalités

Fiche Projet N° 04 – Gestion du dossier administratif

Les objectifs du projet:

Deux évolutions impactantes du dossier administratif sont à prévoir :
La première réglementaire concerne la mise en place du protocole d'échange PES v2 avec les trésoreries et la seconde concerne les évolutions imposées de la version CPage V2 en CPage i pour l'ensemble des modules : Patient, Economat-Finances et Ressources humaines.

Objectifs PES v2 :

Dématérialisation des échanges entre l'ordonnateur et le comptable en dépenses et en recettes quelle que soit la nature de l'activité hospitalière (soins, achats, paies…).
Partage d'un même format (collectivités, EPS, DGFIP, CRC).

Objectifs CPage i :

Réaliser les migrations techniques et fonctionnelles des modules de CPage i, afin de répondre aux besoins d'évolutions de l'application et pour mettre en œuvre de nouveaux outils (Gestion du dossier agents, Gestion des stocks…).

Le périmètre fonctionnel:

Ensemble des utilisateurs CPage GAP, GEF, GRH, Tutelles
L'ensemble des services : DAF / DSEL / DSIO / GAP / RH / TPM.

La population cible:

Population cible PES V2 :

Ensemble des utilisateurs effectuant des transmissions à la TPM (DAF, DRH, GAP, SMP, DSEL).
Ensemble des directions (signature électronique des bordereaux de dépenses et de recettes).
Application concernées : CPage et Médiane Tutelles.

Population Cible CPage i

Ensemble des utilisateurs CPage GAP, GEF, GRH.

Estimation de la durée prévisible du projet :

Durée PES V2 :

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Obligation de démarrage au 1er janvier 2015.

Durée CPage i :

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Module GAP : 1er trim 2016,
Module GEF : 2ème trim 2015,
Module GRH : 2ème trim 2016.

Freins et difficultés :

Freins PES V2 :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...).

Mise à jour de la base de données aux normes PES V2 : temps DAF GAP DRH.
Acteurs multiples : CHS Sevrey, GIP CPage, DGFIP, TPM, logiciel Hélios, DSIO.
Peu ou pas d'informations.

Besoin de scanner pour numériser les pièces justificatives ?
Puissance des installations pour transmettre, impact matériel pour les envois des pièces et impact copieurs à prévoir).

Freins CPage i :

Développement de CPage i (applications complètes).
Fiabilité de CPage i.
Migration des interfaces fonctionnant déjà avec la V2.
Besoin de formation des utilisateurs.
Fin de la maintenance de Cpage V2.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

Coûts PES v2 :

o < 10 k€ ⅈ de 10 à 30 k€ ⅉde 30 à 70 k€ ⅉ de 70 à 120 k€ ⅉ > 120 k€

Estimation de la charge DSI : 30 jours homme, impact sur les services impactés estimé à 60 j/h.

Coûts CPage i :

ⅉo < 10 k€ ⅉ de 10 à 30 k€ ⅈ de 30 à 70 k€ ⅉ de 70 à 120 k€ ⅉ > 120 k€

Estimation de la charge DSI : 50 j/h.

Estimation bénéfices attendus:

- Amélioration de l'utilisation,
- Economie de papier ?
- Gain de temps,
- Gain de place (stockage papier)
- Meilleure traçabilité.

Risque de ne pas faire:

Ne pas répondre à l'obligation du 01/01/2015 pour la mise en place de PES v2.
Contraintes CPage liées aux déploiements de leurs outils.
Risque lié à la mise en place de l'interface bidirectionnelle pour la partie GAM

Fiche Projet N° 05 – Evolution Dossier Patient Informatisé

Les objectifs du projet:

Objectifs Cariatide v8 :

L'objectif est de changer la version actuelle de Cariatides afin de passer en version 8. Ce changement nous est imposé par Symaris. Il implique un changement complet du logiciel (visuellement, ergonomiquement, modification de la base de données,…).

Objectifs accès Dossier Patient en dehors de structures:

Mettre en place un accès à distance à Cariatides.
Améliorer la qualité de la prise en charge des patients.
Sécuriser les données qui figurent au dossier patient.
Sécuriser la validation des actes infirmiers faits hors site.

Le périmètre fonctionnel:

Périmètre Cariatides v8 :

Cariatides est le principal logiciel impacté.
CPage pourra être impacté si l'interface est modifiée.

Périmètre Dossier patient en dehors des structures:

Centres d'accès déportés :- Etablissements soignants et médicaux sociaux où interviennent les soignants du CHS (EHPAD, foyer, CHG…).
Domicile des patients.

La population cible:

- Les équipes de soins de l'intra et de l'extra,
- Les secrétariats,
- Les médecins,
- Le DIM,
- La DSI.
- Les assistantes sociales

Estimation de la durée prévisible du projet :

Durée Cariatide v8 :

o 1 à 3 mois 3 à 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans 2 à 3 ans > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : A partir de 2016.

Durée accès Dossier Patient en dehors des structures:

o 1 à 3 mois 3 à 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans 2 à 3 ans > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : phase de pilotage en 2015.
Pilotage sur les agents du CMP du Chalonnais. Extension du projet après analyse de la phase pilote.

Freins et difficultés :

Freins Cariatides v8 :

- Symaris doit nous mettre à disposition la nouvelle version,
- Cette nouvelle version doit être stable,
- L'antériorité doit être reprise intégralement,

- Attention à ne pas superposer cette migration avec d'autres projets lourds comme la migration de CPage i.

Freins accès Dossier Patient en dehors des structures :

- Contrainte de coûts à estimer.
- Problématique de la couverture réseau 3g dans le département.

Phase de pilotage sur le CMP du Chalonnais : 1 assistance sociale, 12 Infirmières dont 11 en simultané.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

Coûts Cariatides v8 :

☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☐ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€

A ce jour, pas d'impact sur la partie investissement technique. Un accompagnement sera à prévoir sur la partie formation et paramétrage.

Estimation de la charge DSI : 30 à 50 jours homme, impact sur les services impactés estimé à 40 j/h.

Coût accès Dossier Patient en dehors des structures :

☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☐ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€

Investissement de 1000€ par poste et 700€ de cout d'abonnement par an.

Estimation bénéfices attendus:

Bénéfices Cariatides v8 :

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Prise en compte de certaines évolutions attendues,
- Correction de bugs et anomalies de fonctionnement,
- Meilleure ergonomie.

Bénéfices accès Dossier Patient en dehors des structures :

- Amélioration de la qualité de la PEC du patient avec l'accès à son dossier,
- Amélioration de la qualité des observations avec la rédaction en temps réel,
- Meilleur traçabilité des données, des actions réalisées au fil de l'eau et non plus en fin de journée,
- Gain de temps infirmier et médical,
- Sécurisation de la qualité des réponses médicales en astreinte.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

Risque Cariatides v8 :

Que la version actuelle ne soit plus supportée par Symaris.

Risque accès Dossier patient en dehors des structures :

- Ne pas contribuer à l'amélioration de la qualité des données recueillies dans le dossier patient alors que l'on dispose de l'outil pour le faire,
- Absence d'optimisation du temps infirmier en soins directs auprès du patient par perte de temps,
- Risque d'erreur.

Fiche Projet N° 06 – Télémédecines et réseaux

Les objectifs du projet:

Objectifs Télémédecine urgences adultes CHWM :

Pallier le manque de présence de psychiatres dans les hôpitaux généraux sous forme de téléconsultations ou de téléexpertises auprès des médecins urgentistes éloignés.

Objectifs Télémédecine géronto psychiatrie :

- Faciliter l'accès aux soins psychiatriques, par des téléconsultations, des personnes âgées en EHPAD qui ne disposent pas de recours faciles à un psychiatre (éloignement géographique, désertification médicale…) sous forme de téléconsultations,
- Faire des propositions thérapeutiques aux médecins traitants et médecins coordonnateurs des EHPAD.

Objectif Télémédecine pédopsychiatrie :

Les services de téléconsultations et télé expertises seraient proposés aux CMP du secteur alloué au CHS. Dans tous les cas, les patients seraient suivis par des équipes locales.
Palier au recrutement médical est difficile en particulier dans les CMP.
Les patients pourraient bénéficier de téléconsultations à intervalles réguliers, planifiées par les équipes soignantes et psychologues présentes sur place.

Le périmètre fonctionnel:

Périmètre fonctionnel: Télémédecine urgences adultes CHWM :

- SAU du CHWM et les SAU des CH du territoire nord de Saône-et-Loire (aire de desserte du CHS de SEVREY) – les psychiatres du CHWM,
- SAU du CREUSOT pour l'expérimentation,
- Deux plages hebdomadaires d'une heure.

Périmètre fonctionnel: Télémédecine géronto psychiatrie :

- Le médecin géronto psychiatre du CHS de SEVREY et les EHPAD du Territoire nord du département de Saône-et-Loire (aire de desserte du CHS de Sevrey),
- Deux établissements candidats pour l'expérimentation (Les EHPAD de Tournus et d'Autun),
- Consultations programmées sur des plages horaires délimitées et déterminées dans la semaine (2 heures par semaine).

Périmètre fonctionnel: Télémédecine pédopsychiatrie :

Deux lieux ont été identifiés pour réaliser ces téléconsultations :

- Un bureau dans le service de pédiatrie du CH de Chalon-sur-Saône où une présence pédopsychiatre est assurée.
- Un bureau dans le pavillon « l'île bleue »

La population cible:

Population cible : Télémédecine urgences adultes CHWM :

- Patients : hospitalisés en UHCD hors urgence immédiate pour des demandes de soins non programmées,
- Personnels : médecins psychiatres des urgences du CHWM et personnel médical et paramédical du SAU pendant la télétransmission.

Population cible: Télémédecine géronto psychiatrie :

- Patients : personnes âgées des EHPAD pressentant des troubles psychiatriques en lien ou non avec le déclin cognitif,
- Personnels : médecins géronto psychiatres du CHS de SEVREY et personnel médical et paramédical de l'EHPAD pendant la télétransmission.

Population cible : Télémédecine pédopsychiatrie :

- Patients : patients dans les CMP avec présence médicale réduite.

- Personnels : Equipe soignantes et médicales des CMP et Médecins pédopsychiatres.

Estimation de la durée prévisible du projet :

La durée du projet est liée au déploiement de la télémédecine par le GCS e santé Bourgogne. Le délai estimé pourrait être de 12 mois.
o 1 à 3 mois † o 3 à 6 mois †Ÿ 6 à 12 mois ††o1 à 2 ans ¦o¦ 2 à 3 ans ¦o¦ > 3ans

Freins et difficultés :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

Freins : Télémédecine urgences adultes CHWM :

- Cadre éthique et réglementaire non défini,
- Infrastructure et sécurisation non élaborées, en particulier le lien entre télémédecine et dossier patient,
- Manque de disponibilité de médecins psychiatres.

Freins : Télémédecine géronto psychiatrie :

- Difficultés techniques de mise en œuvre de la consultation (acceptation de la présence de la caméra par les patients, accompagnement des personnes âgées à mobilité réduite)
- Le lien entre télémédecine et dossier patient n'est pas encore élaboré
- Manque de disponibilité de médecins psychiatres (compétence unique à l'heure actuelle).

Freins : Télémédecine pédopsychiatrie :

Déploiement progressif à prévoir afin de valider le fonctionnement de la pratique.
Gestion des prescriptions médicales sans présence de médecin sur le lien de consultation.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

¦o¦ < 10 k€ ¦o¦ de 10 à 30 k€ ¦o¦ de 30 à 70 k€¦Ÿ¦ de 70 à 120 k€ ¦o¦ > 120 k€

Il faut prévoir environ 6 000 à 15 000 euros de budget matériel par site (Chalon, Le Creusot, Montceau, Autun et les EHPAD et CMP d'Autun et de Tournus) ainsi que 40 jours homme.
Des subventions seront probablement allouées par l'ARS Bourgogne pour l'initialisation des projets de télémedecine.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

Bénéfices : Télémédecine urgences adultes CHWM :

Offrir un accès à des soins spécialisés malgré la pénurie médicale.

Bénéfices : Télémédecine géronto psychiatrie :

- Affranchissement des contraintes géographiques,
- Eviter les déplacements des patients en CMP ou en CH,
- Répondre à des situations d'urgence, en particulier les troubles psychos comportementaux liés au déclin cognitif,
- Prévention des hospitalisations en service de Psychiatrie.

Bénéfices : Pédopsychiatrie :

Garder une présence médicale spécialiste accessible
Eviter le déplacement pour les patients, et réduire les coûts liés au déplacement.
Proximité de prise en charge préservé, malgré la baisse de la population médicale.
Outil de visioconférence mutualisable pour la gestion des réunions de synthèse clinique.
Principe extensible aux maisons médicales.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

Risque : Télémédecine urgences adultes CHC WM :

Hospitalisations inutiles dans les services de Psychiatrie.
Disponibilité des médecins urgentistes des autres structures que le CHC WM.

Risque : Télémédecine géronto psychiatrie :

Multiplication des hospitalisations de personnes âgées dans les services de Psychiatrie.

Risque : Télémédecine pédopsychiatrie :

Disparition des consultations spécialisée
Hospitalisation potentiellement inutile.

Fiche Projet N° 07 – Mise en place de la Gestion Informatisée Des Droits (GIDD)

Les objectifs du projet:

Afin d'améliorer la sécurité dans l'établissement, il est impératif de maîtriser au mieux les droits d'accès des agents, que ce soit un accès physique ou informatique.

L'objectif de l'application est de gérer les droits d'accès de manière globale tout en gardant une trace de ce qui a été fait pour chaque agent et ce, de son arrivée jusqu'à son départ de l'établissement.

Le périmètre fonctionnel:

Gestion globale de l'ensemble des droits gérer par des outils informatiques.
Une revue de droits doit également être réalisée afin de contrôler une à deux fois par an, que les droits sont conformes à ce qui a été défini. Cela concerne en particulier les départs d'agents de l'établissement, qui généralement sont peu signalés et dont les droits informatiques pourraient s'avérer être encore ouverts.

La population cible:

L'ensemble des agents du Système d'Information.

Estimation de la durée prévisible du projet :

o 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

La durée du projet comprend les temps de développement, corrections de bugs et dysfonctionnements ainsi que le déploiement de la solution auprès de la DRH et des services concernés.

Freins et difficultés :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

Complexité d'adaptation de l'application existante.
Mauvaise définition du cahier des charges.
Modification des pratiques structurelles et réorganisation complète de la gestion des droits.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).
☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☐ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€

Le développement de l'application est une adaptation d'une application développée en interne pour le CHC WM. Une estimation de 20 à 30 jours de développement sera nécessaire pour adapter l'application aux spécificités du CHS, en particulier la gestion d'affectations multiples.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

Traçabilité de l'ensemble des accès.
Clarification des rôles de chacun des acteurs du système d'information.
Anticipation des créations de comptes informatiques et la mise en place des droits informatiques
Intégration des droits dans le dossier agent.

Risque de ne pas faire:

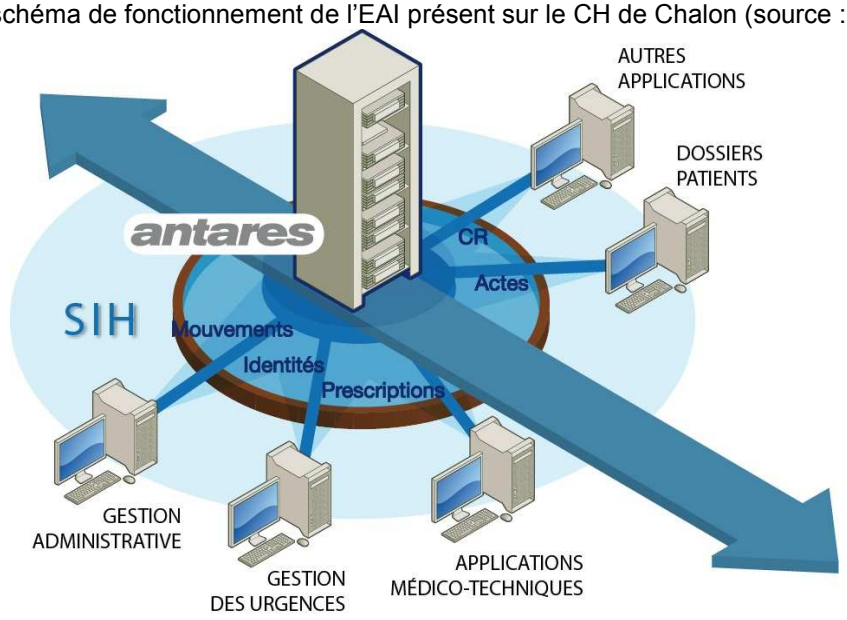
Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

Complexité de gestion de l'application, temps de développement.
Disponibilité des acteurs : développeur de la DSI et membre de la DRH.
Volonté et investissement des cadres de proximité.

Fiche Projet N° 08 – Mise en place d'un bus applicatifs d'échanges

Les objectifs du projet:

L'objectif est de fiabiliser à court terme les flux existants tout en standardisant les échanges inter-applicatifs. Les connecteurs applicatifs présents sur le site de Sevrey devront être progressivement remplacés par les connecteurs conformes aux normes proposées par les éditeurs.
L'application capable de mettre en œuvre un tel dispositif est un « EAI » pour Entreprise Application Intégration.
Un « EAI » est une plateforme qui gère l'ensemble des connecteurs entre nos applications, ce qui évite la multiplication des flux et permet un meilleur contrôle des échanges entre les applications.
Ci-dessous, le schéma de fonctionnement de l'EAI présent sur le CH de Chalon (source : Enovacom).



Le périmètre fonctionnel:

Toutes les interfaces applicatives en place sur le CHS vont être impactées.

La population cible:

La direction du Système d'Information.

Estimation de la durée prévisible du projet :

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☒ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : 2016.

Freins et difficultés :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

- Complexité technique,
- Absence de volonté des éditeurs.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☒ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€

Il faut prévoir environ 100 000 euros de coût logiciel et une charge DSI estimée de 80 jours homme pour la mise en œuvre.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Fiabiliser et normaliser les interfaces existantes,
- Administrer et exploiter les interfaces avec un outil unique,
- Assurer la mise à disposition des informations en temps et heure voulus,
- Faciliter l'intégration de nouvelles applications,
- Produire tous les états récapitulatifs et statistiques nécessaires,
- Respecter l'ensemble des recommandations, normes, standards utilisés dans le domaine pour gérer les connecteurs applicatifs métiers dédiés à la santé.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Absence de moyens financiers,
- Délais de mise en œuvre.

Fiche Projet N° 09 – Téléphonie sur IP

Les objectifs du projet:

Le projet a pour but de :

- Faire évoluer la téléphonie actuelle,
- Apporter de nouvelles fonctionnalités aux utilisateurs,
- Développer le travail collaboratif,
- Mutualiser les équipements pour les différents sites,
- Réduire les coûts des appels téléphoniques inter-sites,
- Mise en place d'une messagerie vocale d'entreprise,
- Mise en place de « mobilité » téléphonique.

Le périmètre fonctionnel:

L'ensemble du système de communication de l'établissement.

La population cible:

Tous les utilisateurs du système de téléphonie.

Estimation de la durée prévisible du projet :

þ 1 à 3 mois þ 3 à 6 mois þ 6 à 12 mois þ 1 à 2 ans þ 2 à 3 ans þ > 3ans
La charge du projet est estimée à environ 200 jours homme.

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution :

Les différentes phases seront mises en place tout au long du projet.

Freins et difficultés :

Freins et difficultés prévisibles à faire le projet (Difficultés organisationnelles, fonctionnelles, ...) :

Contraintes techniques à bien appréhender du fait de la mise en place d'un système multi-sites.
Mise en place également d'une redondance des équipements réseaux principaux.
Accompagner le personnel sur les nouveaux outils pour une bonne prise en main.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

þ < 10 k€ þ de 10 à 30 k€ þ de 30 à 70 k€ þ de 70 à 120 k€ þ > 120 k€
L'enveloppe financière pour l'ensemble des sites est de l'ordre de 200 000 € TTC.

Estimation bénéfices attendus:

Par rapport aux objectifs stratégiques définis et/ou par rapport aux besoins utilisateurs :

- Sécurisation du réseau,
- Apport de nouvelles fonctionnalités,
- Optimisation des coûts et des équipements.

Risque de ne pas faire:

Existe-t-il un risque engendré par la non réalisation de ce projet ?

- Pas de nouveaux services apportés aux utilisateurs et pas d'intégrations fortes entre les outils téléphoniques et le Système d'Information.

Fiche Projet N° 10 – Extraction PMSI MCO

Les objectifs du projet:

Permettre d'effectuer un recueil de données pour une activité du champ MCO à Sevrey (activité d'addictologie mise en place au 1er janvier 2015).
Groupage et valorisation des séjours correspondants.
Extraction et export mensuel des données sur la plateforme epmsi.

Le périmètre fonctionnel:

Interface du logiciel de recueil avec le logiciel administratif.
Eventuellement interface avec Cariatides.

La population cible:

- DIM,
- GAP,
- Services financiers.

Estimation de la durée prévisible du projet :

1 à 3 mois 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans 2 à 3 ans > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : 01/01/2015

Freins et difficultés :

Aucun.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

< 10 k€ de 10 à 30 k€ de 30 à 70 k€ de 70 à 120 k€ > 120 k€

Il faut prévoir environ 9 000 euros de coût logiciel et interfaces et une charge DSI estimée à 5 jours homme.

Estimation bénéfices attendus:

Possibilité de valoriser une activité MCO en Psychiatrie.
Facturation en T2A des séjours de cette unité.

Risque de ne pas faire:

Perte financière pour l'établissement.

Fiche Projet N° 11 – Numérisation des archives

Les objectifs du projet:

La numérisation des archives médicales, puis dans un second temps des archives administratives, permettra de gérer de façon optimale les dossiers : meilleure accessibilité des données, meilleure traçabilité des dossiers médicaux.
Cela permettra un gain de place certain, compte-tenu de la saturation des locaux utilisés actuellement pour les archives, ainsi qu'un gain de temps conséquent (diminution voire suppression de la manutention des dossiers papiers).

La numérisation des dossiers médicaux permettra également de répondre à l'exigence réglementaire d'un dossier unique, et de mieux respecter la réglementation en vigueur concernant les archives publiques.

Le périmètre fonctionnel:

Le logiciel choisi pour la numérisation devra s'interfacer avec le logiciel administratif CPage (pour récupérer les données administratives du patient), ainsi qu'avec le D.P.I. Cariatides, afin de permettre un accès direct au logiciel depuis ce D.P.I au moyen d'un lien contextuel.

Il devra permettre de préciser s'il existe une arborescence en sous-dossiers (référencés sous le même numéro d'archivage), et notamment si certains sont au format papier.

La population cible:

- Archiviste,
- DIM,
- Secrétariats médicaux,
- L'ensemble des utilisateurs du D.P.I,
- La DSIB.

Estimation de la durée prévisible du projet :

☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : 2015.

Freins et difficultés :

- Coût élevé : une partie seulement des dossiers seulement pourra être numérisée (les plus récents),
- Nécessité d'une réflexion préalable sur l'organisation à mettre en œuvre avant la numérisation, notamment le « toilettage » préalable des dossiers : moyens humains à prévoir,
- La solution retenue devra permettre la numérisation ET la modification des documents numérisés (ajout de nouvelles pièces dans un dossier par exemple),
- Les documents numérisés restent des archives publiques et doivent obéir à la réglementation archivistique en vigueur (prévoir la mise en place de procédures d'archivage : plans de classement des fichiers, gestion des versements aux AD71 et des éliminations),
- Prévoir une période de test (durée à définir) afin d'effectuer des contrôles sur échantillon et d'affiner les réglages.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

☐ < 10 k€ ☐ de 10 à 30 k€ ☐ de 30 à 70 k€ ☐ de 70 à 120 k€ ☐ > 120 k€

Il faut prévoir environ 300 000 euros de coût logiciel, interfaces et prestations de numérisation et une charge DSI estimée à 30 jours homme. L'impact coté service archives est estimé à 100 j/h par an.

Estimation bénéfices attendus:

- Accessibilité des données facilitée,
- Organisation de l'archivage plus fonctionnelle avec une meilleure traçabilité du circuit des dossiers,
- Gain de place par rapport au stockage des dossiers papier,
- Gain de temps : plus de tri « manuel » pour les éliminations et versements réglementaires aux AD71.

Risque de ne pas faire:

Contraintes liées au manque de place : risque de ne plus pouvoir rajouter de dossiers papiers dans certains locaux saturés.

Contraintes liées à l'organisation actuelle non fonctionnelle (absence de concordance entre l'organisation polaire actuelle et le classement dans le local d'archives, absence de références fiables pour répertorier les dossiers archivés et de traçabilité lors des mouvements de dossiers) : perte de temps, risque de perte d'une partie ou de la totalité des dossiers, absence de visibilité sur les différentes parties de dossier pour un même patient pris en charge dans plusieurs structures éloignées géographiquement.

Elargissement de la capacité de stockage physique ou externalisation.

Fiche Projet N° 12 – Echéancier et modèle de décision

Les objectifs du projet:

Avoir un suivi automatisé des échéances impactées par la loi des soins sous contrainte et une gestion automatisée des décisions du directeur.

Le périmètre fonctionnel:

Lien avec CPage (transaction permettant de connaître le mode de placement).

La population cible:

- La G.A.P,
- Les secrétaires médicales,
- Les praticiens.

Estimation de la durée prévisible du projet :

1 à 3 mois 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans 2 à 3 ans > 3ans

Echéance souhaitée pour la date de mise en service de la solution : janvier 2015.

Freins et difficultés :

Aucun, si l'outil est bien adapté à la demande.

Coûts :

Estimation du coût global du projet (A remplir avec la DSI).

< 10 k€ de 10 à 30 k€ de 30 à 70 k€ de 70 à 120 k€ > 120 k€

Il faut prévoir environs 20 000 euros de coût logiciel et une charge DSI estimée à 15 jours homme.

Estimation bénéfices attendus:

- gain en sérénité,
- gain de temps,
- limiter les risques de caducité et d'erreur de saisie.

Risque de ne pas faire:

- Gestion chronophage,
- Gestion reposant sur un binôme à la GAP : risque majeur de non-réalisation en cas d'absence simultanée,
- Risque d'oubli et d'erreur dans la gestion manuelle des échéances, avec pour conséquence un risque de levée du placement par le JLD.

Tableau de synthèses

	Estimation durée (mois)	Estimation couts (k€ TTC)	Estimation Charge DSI (j/h)	Estimation charge autre (J/h)	Cout fonctionnement (k€ TTC par an) (*)
Fiche Projet N° 01 – Sécurisation du système d'information	36	200	450		
Fiche Projet N° 02 – Evolution Bureautique utilisateurs					
Migration Office / Windows	30		200		35
Changement arborescence users	30	0	100	80	
Fiche Projet N° 03 – Hôpital Numérique	30	20	80	10	
Fiche Projet N° 04 – Gestion du dossier administratif					
PES v2	4	10	30	60	
Migration Cpage i	30	50	50	50	
Fiche Projet N° 05 – Evolution Dossier Patient Informatisé					
Migration Cariatides v8	6	25	40	30	
Accès dossier patient en dehors des sites du CHS	6	11	20		8
Fiche Projet N° 06 – Télémédecines et réseaux	12	70	40		
Fiche Projet N° 07 – Mise en place de la Gestion Informatisée Des Droits (GIDD)	6	0	30	20	
Fiche Projet N° 08 – Mise en place d'un EAI	18	100	80		
Fiche Projet N° 09 – Téléphonie sur IP	36	200	200		
Fiche Projet N° 10 – Extraction PMSI MCO	2	9	5		
Fiche Projet N° 11 – Numérisation des archives	30	300	40	100	
Fiche Projet N° 12 – Echéancier et modèle de décision	6	20	15	10	
Total	282	1015	1380	360	43

(*) Coûts ne tenant pas compte des amortissements ou des coûts de maintenance