



PROJET D'ETABLISSEMENT

2016-2020

SOMMAIRE

❖ INTRODUCTION	5
❖ PROJET MEDICAL	11
❖ PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES....	33
❖ PROJET MANAGERIAL	41
Projet Social	45
Projet de Management de la Qualité, des Risques et des Relations aux Usagers.....	51
Projet Economique, Technique et Logistique	63
Projet de Gestion.....	69
Schéma Directeur du Système d'Information	75

INTRODUCTION

Méthodologie d'élaboration du Projet

L'élaboration du Projet d'Etablissement 2016-2020 a fait l'objet de concertations internes, particulièrement avec le corps médical.

En premier lieu un cadre de référence du Projet Médical a été validé en Directoire en Juin 2015.

Cette réflexion a permis de préciser les contraintes externes, les orientations stratégiques ainsi que le socle des valeurs opposables aux contributeurs du Projet. Les thématiques suivantes ont été discutées :

- Territorialité et coopérations
- Restructuration de l'offre de soins intra et extra muros
- Qualité et sécurité des prises en charges
- Orientations des pôles cliniques et du pôle médico-technique

La formalisation plus avancée des projets s'est dès lors opérée au niveau des pôles cliniques et médico-technique ainsi que dans les directions fonctionnelles en cohérence avec le cadre de référence précité.

Au plan formel, le Projet d'Etablissement 2016-2020 est organisé autour de trois volets en totale cohérence :

- le projet médical
- le projet de soins
- le projet managérial, composé par le projet social, le projet de management de la qualité, des risques et des relations aux usagers, le projet patrimonial et logistique, le projet de gestion et le projet du système d'information.

Les instances consultatives sont appelées à se prononcer et le Conseil de Surveillance à délibérer sur le Projet d'Etablissement après concertation en Directoire.

Un projet en cohérence avec l'environnement externe

Le projet d'Etablissement 2016-2020 s'inscrit en premier lieu dans les objectifs du Projet Régional de Santé. Il permettra notamment :

- de mieux organiser les parcours coordonnés des patients en améliorant l'articulation avec les secteurs médico-social et social.
- de réduire les inégalités territoriales de santé en direction des adolescents, des personnes âgées et des publics en situation de précarité.
- d'innover pour améliorer la qualité des prises en charge
- de faire face aux défis du système de santé avec des réorganisations hospitalières adaptées.

Le projet d'Etablissement 2016-2020 s'attachera également à mettre en œuvre les dispositions de la future loi de modernisation du système de santé, notamment la participation de l'Etablissement à l'élaboration d'un projet de territoire et l'adhésion à un Groupement Hospitalier de Territoire avant le 30 juin 2016. Il prend également en considération les travaux du COMEXIH (Comité Exécutif Inter Hospitalier) composé par les représentants légaux et médicaux des Centres hospitaliers Edouard Toulouse, Valvert et l'AP-HM.

Enfin, les actions de coopération avec les institutions sociales et médico-sociales ainsi qu'avec la mairie de Marseille dans le cadre du Conseil d'orientation en Santé Mentale seront poursuivies, par exemple avec la création d'une unité précarité.

Force est de constater que la dynamique d'élaboration du Projet d'Etablissement 2016-2020 s'inscrit dans une trajectoire marquée depuis 2012 par des mesures de rationalisation des dépenses et par un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier signé en mai 2013.

Un projet volontariste qui concilie la prise en compte des contraintes et l'objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge

En dépit de contraintes externes de plus en plus fortes et d'une situation économique encore fragile, le Centre Hospitalier VALVERT poursuit, résolument un objectif central d'amélioration de la qualité des prises en charges, notamment grâce à un ambitieux programme de restructuration de l'offre de soins en intra et en extra hospitalier décliné dans le Projet médical.

La ligne force du Projet d'Etablissement 2016-2020 sera par conséquent de **continuer à améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge tout en consolidant l'efficience de la gestion.**

1. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE.

Cette dynamique d'amélioration de la qualité des prestations par la restructuration s'exprimera par :

1-1 - La réhabilitation de cinq unités d'hospitalisation temps plein (amélioration des conditions d'accueil et de sécurité, mise aux normes d'accessibilité)

1-2 - Le regroupement de structures alternatives à l'hospitalisation à temps plein (CMP, CATTP et hôpitaux de jour), dans le respect de la sectorisation (mise aux normes d'accessibilité, amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients ainsi que des conditions de travail des personnels).

Les restructurations garantiront aux populations concernées une offre de soins intra et extra hospitalière plus efficiente. Le dispositif envisagé s'inscrit par ailleurs en totale cohérence avec les coopérations existantes ou à créer dans le cadre de la future loi de santé.

Les restructurations participeront enfin pleinement aux objectifs du PRS, notamment pour la promotion des alternatives à l'hospitalisation et par l'amélioration des conditions d'accueil en CMP, CATTP et hôpitaux de jour.

1-3 - Des projets développés dans le Projet Médical, notamment :

- l'installation définitive du Centre d'Accueil, de Crise et de Consultation avec l'adjonction de lits parents/enfants
- la création d'un centre de thérapie regroupant des pratiques spécialisées
- la création d'un service Soins et Evaluation de l'Autisme
- le développement d'un dispositif à destination des adolescents visant à la création d'une Unité Mobile adolescents et au renforcement de soins ambulatoires
- l'installation d'une unité de consultation « Grand Marseille » au sein du Centre Gérontologique Départemental pour compléter le rôle important dévolu à l'Equipe Mobile de Gérontopsychiatrie
- La participation à une nouvelle organisation des urgences psychiatriques sur le Grand Marseille dans le cadre du COMEXIH

1-4 - la poursuite d'une dynamique d'amélioration continue de la Qualité et de prévention des Risques

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prestations ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des patients restent les valeurs porteuses du Projet d'Etablissement 2016-2020, traduites dans ses différents volets constitutifs.

Les réalisations permettront de répondre aux attentes de la certification et aux engagements du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens dans le domaine considéré ainsi que de réaliser les plans d'actions du Compte Qualité.

1-5 - la poursuite du dialogue social

Le dialogue avec les organisations représentatives des personnels sera privilégié. De même, les actions du Projet Social, notamment pour la prévention des risques professionnels et psycho-sociaux, seront mises en œuvre.

Outre les avancées précitées, la réalisation des objectifs du Projet d'Etablissement 2016-2020 permettront également de consolider l'efficacité de la gestion.

2 - LA CONSOLIDATION DE L'EFFICIENCE DE LA GESTION

Cet objectif sera servi par le respect des engagements du CREF et le maintien de l'équilibre financier, par la poursuite de la fiabilisation des comptes et par la relance du processus de contractualisation interne

2-1- Le respect des engagements du CREF et le maintien de l'équilibre financier

Depuis la signature du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier, l'Etablissement s'est engagé à réaliser des actions afin de résorber son déficit structurel. Une partie de ces actions est liée au projet de restructuration précité, pour lequel l'ARS PACA a accordé une subvention d'investissement.

Le Projet d'Etablissement 2016-2020 intègre la nécessité de réaliser l'ensemble des économies inscrites dans les fiches actions du CREF.

L'équilibre financier de l'Etablissement reste toutefois fragile, notamment du fait des incertitudes liées à la montée en charge de la péréquation régionale et par conséquent du montant de la DAF.

Par ailleurs, la péréquation reposant en grande partie sur l'activité, il conviendra de maintenir un niveau d'activité élevé et d'assurer l'exhaustivité de son recueil.

2-2 - La poursuite de la fiabilisation des comptes

Le Centre Hospitalier VALVERT n'est pas soumis à certification des comptes mais doit toutefois répondre à une exigence de fiabilisation des comptes. Une démarche a été mise en place à cet effet avec la Trésorerie Hospitalière. Les objectifs sont les suivants :

- Réaliser un inventaire comptable et physique
- Mettre en conformité les créances irrécouvrables
- Renforcer le contrôle interne comptable.

2-3- La relance du processus de contractualisation interne

Le Centre Hospitalier VALVERT poursuit un processus de contractualisation avec les pôles d'activité cliniques et médico-technique dont la finalité est un partage de responsabilité dans le cadre de domaines de gestion déconcentrés.

Dans le cadre de la charte de gestion en vigueur, il est envisagé de poursuivre le dialogue partenarial entre la Direction et les chefs de pôle pour la définition et l'utilisation des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs des pôles, se traduisant par un contrat d'objectifs et de moyens suivi périodiquement et évalué annuellement.

Le système de pilotage «médico administratif» qui se mettra en place à compter de 2016 permettra notamment d'objectiver les données du contrat et d'en assurer un suivi périodique.

PROJET MEDICAL

1 - PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Valvert a débuté ses activités le 1^{er} novembre 1975, avec trois secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, chargés d'intervenir auprès de la population de l'est du département des Bouches du Rhône (les cantons de Roquevaire, Aubagne, la Ciotat, la Vallée de l'Huveaune, les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille et le canton d'Allauch).

Dès l'ouverture, les équipes soignantes ont pris en charge un très grand nombre de patients chronicisés de tous âges et, de ce fait, ont été amenées à proposer des solutions originales. C'est ainsi qu'ont été créées des unités d'hospitalisation différenciées, sectorielles ou intersectorielles.

De même, dès l'origine, les secteurs de l'établissement ont développé une pratique ouverte sur l'environnement social avec la création d'hôpitaux de jour extra-muros, de structures d'hébergement thérapeutique (appartements associatifs...) et de nombreux Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour organiser des soins ambulatoires au plus près de la population desservie.

L'accroissement de celle-ci, ainsi que l'apparition de besoins nouveaux ont nécessité une évolution importante du dispositif de soins de chaque secteur qui s'est réalisée grâce à de nombreuses restructurations. Les unités intersectorielles ont évolué également, dans leur nombre comme dans leur forme (rattachement à un secteur, fédération, département) tout en conservant leurs caractéristiques originelles. Au CH Valvert, où la référence à la psychiatrie de secteur est forte, l'intersectorialité a toujours eu pour but d'enrichir la sectorisation psychiatrique et non de s'y substituer.

Le projet médical 1998-2002 avait :

- d'une part modifié la structure de l'établissement en proposant la création de deux nouveaux secteurs (un de psychiatrie générale et un de psychiatrie infanto-juvénile) afin de répondre à l'accroissement continu de la population
- d'autre part fait évoluer les pratiques soignantes par :
 - la création d'une nouvelle entité, la Fédération de Soins de Resocialisation et de Réinsertion (F.S.R.R.)
 - la prise en compte spécifique de catégories ciblées de patients (personnes âgées, adolescents, patients autistes adultes)
 - le développement de l'activité des secteurs dans le cadre de nouveaux projets (création de Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel – CATTP - , par exemple) ou de valorisation d'activités existantes (présence aux urgences des hôpitaux généraux d'Aubagne et la Ciotat)

Le projet 2005-2009 a permis de renforcer les dispositifs ambulatoires des deux secteurs de psychiatrie infanto juvénile et d'améliorer la qualité de l'accueil des patients par la rénovation de structures existantes, ou l'acquisition de nouveaux locaux extra hospitaliers dans certains secteurs de psychiatrie générale et en géronto-psychiatrie.

Au sein des unités d'admission des secteurs de psychiatrie générale, des « espaces isolement » ont été aménagés dans un souci d'humanisation des conditions de prise en charge.

Le projet 2011-2015 a vu :

- l'ouverture du Centre d'Accueil, de Crise et de Consultation (CACC), conçu en articulation avec les structures d'urgence d'Aubagne, La Ciotat et Marseille, au prix de la fermeture de l'hôpital de nuit. Doté de 8 lits, il permet d'accueillir, en hospitalisation non programmée, des patients présentant des détresses psychiques, pour une durée maximum de 7 jours. Il offre aussi un espace d'accueil pour des consultations non programmées. Il est ouvert aux patients de l'agglomération Marseillaise, Aubagnaise et Ciotadenne.

- la création de trois CATTP (secteurs 7, 9 et 10) à moyens constants.
- l'unification de deux hôpitaux de jour de la personne âgée à Aubagne, notamment dans une prévention des risques suicidaires, projet en relation avec les exigences du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF).
- La création d'une Unité Mobile Géro-nto-Psychiatrique (UMGP) effectuant des évaluations pluridisciplinaires au domicile des patients et des propositions d'orientation
- la relocalisation des 9 lits d'hôpital de semaine à la Calanque a été réalisée, entraînant une diminution de 9 lits pour les soins au long cours, avec le projet d'installation de ces lits dans les pavillons d'admission, toujours en relation avec le CREF.
- le 3^{ème} plan autisme a permis l'ouverture d'une unité d'évaluation et de diagnostic de l'autisme à l'âge adulte, fin 2014.

2 - LE CONTEXTE EXTERNE

Le projet médical 2016-2020 s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire spécifique.

2.1 - La loi de modernisation de la santé (attendue pour 2016)

Gouvernance

S'il n'est pas prévu d'orientations majeures telles que celles introduites par les deux lois précédentes (2005 et 2009), les modifications envisagées portent sur un retour de la reconnaissance des services et de certaines prérogatives de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), notamment en matière de gestion des personnels médicaux et de leur carrière.

Sur ces deux points, notre établissement avait anticipé sur le législateur puisque :

- l'organisation en pôles d'activité clinique n'a pas entamé l'attachement très fort au service (secteur), avec un effort particulier sur la partition claire des prérogatives de l'un et de l'autre.
- la CME a confirmé, dans son règlement intérieur, la poursuite d'avis et de délibérations sur des points non officiellement requis ; ces engagements ont été respectés.

Coopérations

Les coopérations existantes avec les Centre Hospitaliers d'Aubagne et La Ciotat, ainsi qu'avec le Centre Gérontologique Départemental de Montolivet (CGD), sont confirmées.

Le protocole d'accord signé en mars 2010 avec le Centre Hospitalier Edouard Toulouse et l'AP-HM a éprouvé des difficultés à trouver des applications concrètes, hormis certaines thématiques spécifiques. Le recours à la création du Comité Exécutif Inter Hospitalier (COMEXIH), en mai 2014, et à l'audit externe (mission BONNICI – HARDY BAYLE) devrait pallier cette situation conjoncturelle et des avancées significatives sont attendues à court terme sur deux axes pour le « Grand Marseille » :

- l'organisation territoriale des urgences psychiatriques
- la prise en charge du handicap psychique.

D'autres types de coopérations, avec le secteur médico-social, social et éducatif sont également amenés à être renforcés.

2.2 – Les soins sans consentement

Les lois de 2011 et 2013 - relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – ont généré des changements notables qui ont été bien négociés par notre établissement, notamment en matière d'adaptation du dossier médical.

Une amélioration des conditions d'accueil des personnes hospitalisées sans consentement sur Demande du Représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'article D398 du Code de Procédure Pénale est proposée, sans atteinte au principe fondamental de l'ouverture des unités de soins.

Demeure la question de(s) salle(s) d'audience des Juges des Libertés et de la Détention (JLD) qui devrait faire l'objet d'un traitement dans le cadre de la coopération psychiatrique du Grand Marseille.

2.3 - LES ORIENTATIONS DU SROS - PRS

Ce projet s'inscrit dans les objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé (SROS-PRS), notamment :

- assurer une répartition équilibrée des différentes modalités de prise en charge en respectant le principe de la solution la moins restrictive en matière de libertés individuelles, y compris par le renforcement des traitements au sein de la communauté.
- mettre en place des parcours coordonnés en améliorant :
 - la régulation des situations d'urgence
 - l'articulation avec les secteurs médico-social et social pour les solutions d'aval à certains cas d'hospitalisation temps plein
- réduire les inégalités territoriales de santé en direction des adolescents, des personnes âgées et des publics en situation de précarité.

3 - LES PRINCIPES : valeurs fondamentales

Au-delà du nécessaire respect des droits des patients reconnus par la législation et la réglementation, le CH VALVERT fonde son action sur la promotion de la bienveillance et une théorisation actualisée des soins psychiatriques institutionnels, ses orientations politiques et techniques diversifiées et coordonnées se mesurant à l'aune de celles-ci.

Un hôpital ouvert

Cette notion d'ouverture, présente dès la création du CH Valvert, est essentielle. La forte implantation de ses unités de soins ambulatoires et à temps partiel sur le territoire en est la première traduction. En effet, plus de la moitié de son personnel médical et soignant est affectée à ces structures extériorisées. Elle reflète d'emblée la nature des relations instituées avec les patients et leur entourage. Elle marque la façon dont l'établissement a pris place dans la cité et est perçu par la population. Elle constitue une aide à la déstigmatisation des troubles psychiques et favorise l'accès aux soins.

Le site hospitalier est lui-même ouvert à la communauté, notamment en accueillant l'association Ose l'Art, marquant par là-même la valeur de lien humain qu'il accorde à la création artistique.

De nouveaux projets (Centre d'Accueil et de Crise, Centre de Thérapie), permettant plus aisément un accès direct de la population aux soins psychothérapeutiques, contribueront certainement à une évolution positive des représentations de nos concitoyens envers notre site hospitalier et la psychiatrie de service public de manière plus générale.

Des unités de soins ouvertes

L'ouverture signifie d'abord une capacité effective à l'accueil dans le meilleur délai, eu égard au problème de santé psychique présenté par chaque patient. Autrement dit, l'accessibilité aux soins psychiatriques (se traduisant concrètement par la disponibilité permanente de lits d'hospitalisation temps plein, la brièveté du délai pour un premier accueil en CMP, la présence quotidienne aux Urgences des hôpitaux généraux) est une composante essentielle de la bienveillance.

L'ouverture des portes (et, il est utile de le préciser, leur caractère « non fermable ») concerne ensuite plus spécifiquement la totalité des unités d'hospitalisation à temps plein du CH Valvert : une unité ouverte facilite

de fait les relations de confiance entre les patients et les soignants et implique des prises en charge centrées sur la dimension relationnelle du soin. Cela indique la place centrale qu'a nécessairement l'équipe pluridisciplinaire dans l'organisation des soins pour chaque patient, avec comme corollaire un certain nombre d'exigences : des personnels soignants en nombre suffisant et avec des qualifications leur permettant de s'engager dans la réflexion théorico-clinique, qui est au cœur de tout travail en psychiatrie.

Le recours à l'isolement fondé sur des arguments cliniques, et non sur le type de mesure de soins psychiatriques (à l'exception des détenus hospitalisés au titre de l'article D398 du Code de Procédure Pénale à leur admission)

Une telle pratique est tout à fait conforme à l'article L3211-3 de la loi du 5 juillet 2011 qui précise : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre, ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. »

Elle implique une réflexion permanente des équipes pour allier les exigences de sécurité des personnes et de liberté. Elle nécessite également des échanges avec la Direction de l'établissement et plus particulièrement la Direction du Pôle Patient.

L'opposition totale à toute pratique de contention physique

Une éthique rigoureuse des pratiques impose de ne pas utiliser la contention physique. Une telle pratique, toujours susceptible d'aggraver l'état d'un patient, traduit de plus l'impuissance de l'équipe soignante dans sa fonction contenante, ce qui est quand même problématique dans un lieu de soins psychiatriques.

La collégialité médicale, facteur d'enrichissement et de cohésion, est également une valeur identitaire pour notre établissement.

Cette collégialité, qui exige une certaine discipline, a toujours permis une élaboration collective, en articulation avec la Direction, des différents projets médicaux d'établissement.

Elle a également permis le maintien de la cohésion du corps médical quand il s'est agi de faire face à différentes difficultés, qu'elles soient locales ou plus largement liées à des projets gouvernementaux controversés. Le lieu privilégié où s'exerce cette collégialité est le Collège Médical, dont la régularité des réunions est indispensable pour favoriser et valoriser la dimension collective du fonctionnement du corps médical. Elle s'impose également dans le respect des différentes responsabilités des structures cliniques, entre chef de pôle, chef de service, et responsable de structure interne.

La mise en place d'un groupe de réflexion éthique est apparue indispensable dans une période où une vigilance permanente doit s'exercer vis-à-vis de tous les dévoiements auxquels la pratique psychiatrique peut être exposée. Ce groupe est à concevoir dans une fonction sentinelle et à une place décalée par rapport aux instances de gouvernance. Sa composition est pluri catégorielle.

L'attachement à la psychiatrie de secteur

La psychiatrie de secteur, basée sur les notions de proximité et continuité des soins organisés par une équipe pluridisciplinaire sur une aire géographique donnée, nous paraît toujours d'une grande actualité pour permettre à une population d'accéder à un dispositif destiné à prendre en charge toute pathologie psychiatrique, sans aucune discrimination.

Une organisation en pôles cohérente et structurante

Un regroupement des secteurs au sein de pôles s'est effectué depuis 2011, à la recherche d'une cohérence et d'une facilitation des décisions stratégiques, tout en respectant l'identité et l'autonomie des secteurs au plan de la clinique, du fonctionnement et du soin institutionnels.

Des unités rattachées à des services

Certaines unités sont rattachées à des secteurs ou à des services mais ont naturellement une vocation intersectorielle, que ce soit pour les secteurs desservis par le CH Valvert, la métropole Marseillaise, le département ou la région.

4 - LES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL

Les équipes soignantes entendent poursuivre leur travail déjà engagé au service d'une population qui sollicite plus facilement qu'auparavant des soins spécialisés. Cette aide, que ne peuvent apporter les structures privées, s'exerçant au quotidien, sait s'inscrire dans la durée. A cette fin l'établissement est très soucieux de son attractivité pour le recrutement des personnels soignants. Différentes actions concourent à cet objectif : formations, séminaires, congrès et supervision des équipes.

Au-delà des modes et des éclats médiatiques, ce travail de fond reste irremplaçable. Toutefois, notre établissement est à l'écoute des besoins des patients. Les nouveaux projets sont toujours sous tendus par une volonté de pérennité grâce à une élaboration collective.

4.1 – Coopérations

4.1.1 - Secteur sanitaire

- **Marseille**

L'AP-HM, le CH Edouard-Toulouse et le CH Valvert ont noué de longue date des relations de coopération pour améliorer la prise en charge de la maladie mentale sur l'agglomération marseillaise.

Cette coopération a été formalisée dans le cadre d'un protocole d'accord, signé le 22 mars 2010 par les directeurs et présidents de CME, ainsi que par le Doyen de la faculté de médecine pour l'AP-HM.

Cette coopération, sous l'égide d'un COMEXIH, depuis 2014, a pour but, au-delà de l'amélioration de l'offre et des parcours de soins, de réfléchir à la mise en place d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Le COMEXIH, le 2 février 2015, a sollicité l'aide d'une mission d'appui composée de Mme le Pr MC HARDY-BAYLE et M. B. BONNICI. Les résultats de cette mission doivent être présentés au Directeur Général de l'ARS et les deux axes prioritaires à court terme sont l'organisation des urgences psychiatriques et la prise en charge du handicap psychique.

Ces trois établissements se sont inscrits dans la démarche initiée par la municipalité visant à la constitution d'un Conseil d'Orientation en Santé Mentale dont ils constituent le Comité de Pilotage, sous la présidence de la ville.

Ils se sont impliqués dans les travaux de la Conférence Sanitaire de territoire Bouches du Rhône Sud pour élaborer un projet médical de territoire.

- **Aubagne-La Ciotat-Allauch**

La collaboration avec ces trois hôpitaux se poursuit, que ce soit au niveau de notre intervention aux urgences, mais aussi par le biais d'une convention d'utilisation du laboratoire de l'hôpital d'Aubagne et de nombreuses autres conventions.

- **Centre gériatrique départemental de Montolivet**

Les actions de coopération entre le CH Valvert et le CGD sont également très anciennes. Le projet d'unité d'évaluation pluridisciplinaire de gériatrie-psychiatrie pour la prise en charge de patients présentant une co-

morbidity somatique et psychiatrique, dont la localisation était prévue au sein du CGD, a été abandonné. Cependant, le pôle de géronto-psychiatrie intègre le CGD dans sa réflexion sur l'extension de son unité mobile.

4.1.2 - Secteur medio social

- **Projet de création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé ou d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)**

Ce projet initié par le CH Valvert propose la création, sur un terrain du CH Valvert, d'un Foyer d'Accueil Médicalisé ou d'une MAS gérés par une association, pour des patients adultes présentant un syndrome autistique ou plus largement des pathologies psychotiques avec perte d'autonomie.

- **Maintien et développement des liens des équipes psychiatriques avec le dispositif médico-social**

En psychiatrie infanto-juvénile, comme en psychiatrie générale ou en géronto-psychiatrie, les liens entre les équipes psychiatriques du CH Valvert et le dispositif médico-social ont toujours existé, de façon importante et diverse.

Cette pratique de réseau est à maintenir et à étendre selon des modalités variables en fonction des équipes et des situations.

L'engagement personnel de certains agents du CH Valvert au sein du dispositif médico-social, ainsi que les diverses conventions passées, témoignent de la richesse de cette collaboration.

4.1.3 - Secteur social

- **Les partenariats avec les mairies (Marseille, Aubagne, La Ciotat) sont nombreux.**

A Marseille, où a été signé en juin 2010 un Contrat Local de Santé, notre établissement est partie prenante des actions prévues dans le cadre de ce contrat.

Par ailleurs, comme cela a déjà été indiqué, il est membre du Conseil d'Orientation en Santé Mentale.

A Aubagne, le secteur 13G09 a des liens avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), participe au Plan Local de Santé Publique dans le cadre de l'Observatoire Local de la Santé (OLS) - axe santé mentale - et est impliqué au niveau du Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance.

Par ailleurs, le secteur 13I04 participe au Collectif Santé Jeunes du Pays d'Aubagne, notamment un des praticiens hospitaliers est membre du Conseil d'Administration.

A la Ciotat, les secteurs 13G10 et 13I04 participent régulièrement à l'OLS, aux réunions sur les thématiques de santé du service de la politique de la ville, au plan urbain de cohésion sociale, et sont impliqués au sein du dispositif de prévention et de soins du Réseau Santé Jeunes.

Dans le domaine de l'hébergement social, des liens sont déjà contractualisés et effectifs avec la résidence-foyer ADOMA et le Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale (CHRS) et doivent être renforcés.

Des partenariats existent également avec le Conseil Général des Bouches du Rhône, dans le domaine de l'insertion, de la protection de l'enfance, de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées... Les relations avec les différents services concernés sont appelées à se développer.

Par ailleurs les différentes équipes soignantes de l'établissement ont une pratique constante de liens avec des associations s'occupant de logement, ou de resocialisation.

- **L'Association Ose l'Art**

La communauté médicale continuera à soutenir les actions culturelles et les projets artistiques au sein de l'établissement en s'impliquant fortement dans l'association Ose l'Art.

Fondée en 2006 Ose l'Art crée des espaces de rencontre entre patients, artistes, personnel du CH et partenaires associatifs au sein d'ateliers artistiques évoluant dans la durée ou d'évènements qui inscrivent de façon dynamique l'hôpital dans son environnement social et culturel.

Le projet d'Ose l'Art, dans un souci d'ouverture et de circulation, est de favoriser plus encore l'accès à la culture pour le bassin de population desservie et de faire de Valvert un acteur à part entière de la vie culturelle de sa zone d'implantation.

4.2 – Organisation en pôles

Dans un souci de cohérence, il est apparu pertinent de proposer l'organisation suivante pour les pôles d'activité cliniques à compter du 1^{er} janvier 2011 :

- un pôle regroupant les 4 secteurs de psychiatrie générale, la FSRR, le Centre d'Accueil et de Crise
- un pôle associant les 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et la Fédération Soins et Vie (FSV)
- un pôle de géronto-psychiatrie et d'hygiène
- un pôle de pharmacie

Au 1^{er} janvier 2016, l'organisation en pôles est réaffirmée, avec une évolution rendue nécessaire par 4 années d'expérience.

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile et de soins de l'autisme se réorganise en maintenant les 2 secteurs 13103 et 13104 et en transformant la FSV en un Service à part entière, Service Evaluation et Soins de l'Autisme regroupant

- l'hôpital de jour pour adolescents et jeunes adultes présentant un trouble du spectre autistique (OASIS),

et les UF transversales non sectorisées du pôle, spécialisées dans l'évaluation et/ou les soins des personnes autistes, à savoir :

- Unité Mobile De l'Autisme (UMDA),
- Equipe de Référence pour l'Evaluation de l'Autisme (EREA),
- Unité d'évaluation et de diagnostic de l'autisme à l'âge adulte : les Makaras.

Ce service répond à un besoin actuel concernant les Troubles du Spectre Autistique et propose donc un accompagnement, une évaluation et des soins pour cette population tout au long de leur vie.

Il présente, de plus, la particularité d'être non sectorisé et ainsi de couvrir un territoire d'action assez large pouvant aller du Grand Marseille à la région PACA pour certaines unités. Son objectif principal est de permettre un meilleur accompagnement, une meilleure coordination dans la prise en charge des patients autistes afin d'éviter les ruptures dans leur parcours de soin, ayant un impact fortement négatif sur l'évolution des troubles.

Sa spécificité et son action tout au long de la vie vont permettre de développer, de créer, un réseau partenarial pertinent, actif, autour de ces patients ; réseau regroupant l'ensemble des acteurs du champ de l'autisme (médico-social, sanitaire, éducatif et autres). Ce réseau permet une coopération, un maillage qui a fait la preuve de son efficacité. Il devra bien évidemment poursuivre le travail en partenariat étroit avec les structures de secteur pédopsychiatriques et de psychiatrie générale des différents hôpitaux de la région.

L'intérêt d'un Service d'Evaluation et de Soins de l'Autisme est une meilleure articulation des différentes unités les unes avec les autres et ainsi d'éviter leur isolement potentiel - isolement, repli souvent générés par la pathologie autistique elle-même. Il est indispensable de lutter contre ces éléments qui entravent l'évolution et les capacités thérapeutiques de ces lieux de soins.

Le pôle de psychiatrie générale comportera 4 services à partir des 4 secteurs.

Le secteur 7 sera renforcé par :

- le rattachement de l'hôpital de jour intramuros du secteur 8, puis la contraction des 2 hôpitaux de jour intramuros, secteur 7 et 8, en un seul,
- le rattachement de l'unité intersectorielle de psychothérapie,
- le rattachement de l'unité précarité.

Le secteur 8 sera renforcé par :

- le rattachement de l'unité intersectorielle de soins au long cours la Calanque (16 lits)
- les 9 lits de l'hôpital de semaine du secteur 8 deviendront intersectoriels et compléteront le dispositif dans un pavillon de 25 lits comprenant les 2 structures. Le projet de l'hôpital de semaine est ainsi conforté, avec pour vocation de désinstitutionnalisation progressive par une double prise en charge, la journée à l'hôpital de jour du secteur 7 et de 18H à 8H à la Calanque.

Le secteur 9 sera renforcé par le rattachement du centre de thérapie (consultations programmées).

Le secteur 10 sera renforcé par le rattachement du CACC.

Ces 4 services, dont la base est le secteur, permettront d'atteindre une certaine masse critique. Leur aspect intersectoriel, pour une part, rappelle aussi l'importance des prérogatives des responsables des unités fonctionnelles en leur sein.

Le pôle de géronto-psychiatrie et d'hygiène où les fonctions de chef de pôle et chef de service sont confondues.

Le pôle de pharmacie où les fonctions de chef de pôle et chef de service sont confondues.

4.3 – Réponses à des besoins spécifiques

4.3.1 - Extension du centre d'accueil de crise et de consultation

Le CACC a pour objectif la prise en charge de patients présentant des détresses psychiques (tentatives de suicide, troubles dépressifs, troubles anxieux...), afin de prévenir la récurrence de la crise et/ou un nouvel effondrement psychique.

Il propose actuellement un lieu d'hospitalisation de 8 lits pour des séjours de durée brève auquel est associé un espace d'accueil pour des consultations non programmées, 24H sur 24.

Par la mise en place d'un plateau technique médical, psychologique, social et relationnel suffisamment consistant, l'unité d'hospitalisation, associée à des consultations non programmées (sollicitées par les hôpitaux généraux et les professionnels de santé, ou émanant de personnes se présentant spontanément), fonctionne comme un centre de crise. Il dessert la ville de Marseille et l'Est du département des Bouches du Rhône.

L'absence de structure d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour enfants, nous conduit à développer le projet d'extension de 4 lits du CACC. Ils permettraient d'accueillir à la fois parent et enfant ou enfant, dans des chambres individuelles prévues pour cela.

La réalisation de ce projet est sous-tendue par l'obtention d'une subvention de l'ARS et/ou du Conseil Départemental pour la construction du nouveau bâtiment initialement prévu.

Ce projet est innovant car il n'existe pas à l'échelon national, à notre connaissance, et couvrirait les besoins du futur GHT.

4.3.2 - Centre de thérapie

Dans la continuité du précédent projet d'établissement qui s'attachait au développement de consultations spécialisées, mais dont la seule réalisation a été la thérapie familiale, est née l'idée novatrice de **création d'un centre de thérapie**, regroupant des pratiques spécialisées, jusqu'à présent proposées dans des lieux disparates et peu visibles, ou à développer compte tenu de besoins repérés.

Le principe du centre de thérapie, ouvert dans un bâtiment sis à l'entrée de l'hôpital, reposera sur une participation des soignants, détachés par vacations de ½ journées, de 1 à 3 maximum par semaine, par leur unité d'affectation, en fonction de compétences validées par l'université, la formation continue ou tout autre organisme habilité. Ce centre fonctionnera comme une unité fonctionnelle (UF) et aura pour responsable un Praticien Hospitalier (PH) de l'établissement. Un groupe de référence assurera le respect d'une charte éthique, autorisera la mise en place de nouvelles thérapies, et assurera le fonctionnement institutionnel. Chaque thérapie se fera sous la responsabilité d'un soignant référent formé qui veillera à la mise en place d'une supervision et sera assurée par des soignants également formés.

Leur **regroupement dans un lieu commun**, outre le fait d'en faciliter l'accès au plus grand nombre, permet par une mise en commun de moyens, l'extension ou le développement de thérapies peu viables en CMP par les formations spécifiques qu'elles requièrent et par le recours fréquent à la co thérapie. En effet, il paraît difficile de proposer une telle diversité de pratiques dans chaque CMP. Ces thérapies éprouvées, peu proposées en libéral ou par le service public, répondent à des demandes de prise en charge de « durée brève », à l'évolution des pratiques et des connaissances, intègrent dans l'offre de soins une dimension de prévention, et participent à éviter une surconsommation de soins au long cours, notamment médicamenteuse.

Ce regroupement ambitieux d'approches d'orientation théoriques variée, pousse à dépasser les clivages théoriques et les polémiques habituels, étant considéré que l'outil normé (le type de psychothérapie) n'est pas une fin en soi, et témoigne de l'ouverture d'esprit d'une communauté de soignants, capables de s'adresser mutuellement des patients en fonction des compétences propres de chacun. Des études rapportent en effet que la supériorité d'une psychothérapie n'est pas reliée à l'orientation théorique à laquelle elle se rapporte, mais à la qualité du lien thérapeutique.

Ces thérapies s'adressent à des patients présentant des pathologies :

- prises en charge mais en manque de réponses thérapeutiques,
- ciblées nécessitant une technicité spécifique,
- non prises en charge
- qui peuvent constituer une forme de contre-indication à certaines thérapies plus traditionnelles.

Elles s'adressent également aux familles (patient inclus), fortement impliquées au quotidien auprès des patients, et très souvent désemparées face à la complexité des troubles présentés.

Ces prises en charge n'ont pas pour vocation d'être une fin en soi, mais sont pour la majorité proposées sur indication médicale, en partenariat avec un suivi individuel préexistant, en CMP ou en libéral, auquel elles ne

substituent pas. Elles s'inscrivent dans une durée limitée dans le temps, sous la forme de consultations programmées, et sont non sectorisées. L'intérêt d'une prise en charge bornée dans le temps est soulevé comme occasion de mobilisation psychique en vue d'un ou de plusieurs objectifs explicites.

Au-delà de la diversité d'approches proposées aux patients et à leur entourage, ce nouveau lieu de soin peut être **l'occasion pour les soignants** de diversifier leurs tâches et leurs fonctions, d'offrir un lieu de mise en œuvre concrète dans les suites de formations, et par extension être un lieu de recherche /formation/supervision.

Exemples de thérapies proposées :

- Travail avec les familles /couples
 - Thérapie familiale systémique
 - Thérapie familiale analytique
 - Consultations adoption
 - Développement de consultations Procréation Médicalement Assistée (PMA)
- Approches psychocorporelles
 - Sophrologie, en groupe et en individuel
 - Relaxation analytique
- Consultations Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Consultations hypnose
- Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)
- Réhabilitation psychosociale
 - Remédiation cognitive
 - Remédiation des cognitions sociales
- Groupes multifamiliaux, conjuguant une approche systémique, psycho-éducative et communautaire autour de pathologies ciblées (addictions, Troubles du Comportement Alimentaire (TAC), troubles bipolaires, schizophrénie); approche reconnue comme particulièrement efficace, mais peu développée, en parallèle à un processus de soin individuel.

4.3.3 - Unité précarité

4.3.3.1 - Précarité :

Afin de poursuivre les initiatives engagées, en coopération avec la Ville de Marseille et notamment le Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM), la création d'une unité précarité est envisagée par le CH Valvert, placée sous responsabilité d'un praticien hospitalier.

Depuis 2008, l'établissement a participé à des réunions visant à favoriser l'accès aux soins des populations en situation de précarité. Une répartition des patients sans abri pour les soins à temps complet a d'abord été mise en place.

Dans un deuxième temps, il a été nécessaire de prévoir un dispositif pour les soins ambulatoires. De nombreuses réunions ont eu lieu entre les professionnels de santé, les directeurs des trois établissements psychiatriques desservant Marseille, les structures d'hébergement et d'accueil de ces populations. Elles ont abouti à la nomination, en 2012, d'une coordinatrice réseau précarité, placée sous la responsabilité d'un médecin et rattachée au CH Valvert. Son travail a abouti à :

- la signature d'une charte d'orientation des patients entre les 14 CMP concernés
- la réalisation d'un annuaire Santé Mentale / Précarité répertoriant les structures de soin
- la mise en place d'une fiche de liaison entre les structures demandant du soin et les CMP destinataires. Une évaluation de ce dispositif est en cours sous l'égide du COSM et de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Pour l'avenir, sont envisagés une plus grande participation au COSM, un renforcement des partenariats entre les structures sociales et médico-sociales et les CMP concernés, un partage des cultures de soin envers ces populations particulières.

4.3.3.2 - Logement :

La problématique du logement pour les personnes en situation de souffrance ou de handicap psychique apparait de plus en plus prégnante.

Ainsi, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, axe 1, prévoit de «*Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagnée, adaptée et diversifiée* » et «*structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services, établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations*».

La sortie des établissements de soin est souvent conditionnée par la possibilité d'accès à un lieu de vie ou logement personnel. Diverses solutions existent ou peuvent être promues pour résoudre cette difficulté :

- l'hôpital Valvert possède un appartement thérapeutique et pourrait en créer un second,
- il existe un réseau d'appartements associatifs soutenu par le dispositif des CMP qui pourrait être renforcé,
- un projet d'appartements gouvernés, sur le modèle de ceux qui existent sous l'égide de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) et de l'association « La Joie de Vivre », est à l'étude.

Afin de faciliter la sortie de l'hôpital et le retour à la cité, il y a lieu de créer localement une commission réunissant les assistantes sociales du CH, des soignants et les structures sociales proposant un hébergement ou des appartements locatifs.

Il est nécessaire également de resserrer nos liens avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), en tant que conseiller technique (cf un amendement à la loi Santé actuellement en discussion au parlement). Une commission des cas critiques similaire à celle existant pour les mineurs (commission Carlotti) est envisagée et l'unité pourrait participer activement à la priorisation d'entrée en structure médico-sociale pour des patients bénéficiant d'une hospitalisation psychiatrique à plein temps et ne le justifiant pas.

Pour les personnes en situation de précarité, disposant d'un logement et souffrant de problèmes psychiques, sur les secteurs 13G07 et 13G08, une coordinatrice assure, depuis janvier 2014, l'animation d'un Réseau Santé Mentale et Logement ayant pour objectif de :

- favoriser l'accès aux soins psychiatriques, la continuité des soins et le parcours de prise en charge globale,
- favoriser l'accès au logement et le maintien dans leur logement,
- prévenir autant que possible les expulsions locatives.

Le secteur 10 assume, à La Ciotat, ces mêmes missions au sein du Réseau Santé Précarité.

A noter qu'existent trois autres dispositifs similaires à Marseille ayant pour mission de coordonner les actions d'accès aux soins avec les acteurs concernés à l'aide d'un espace de travail intersectoriel entre les champs professionnels psychiatriques et gérontologiques, de l'habitat, les structures sociales, la police/justice et les représentants d'usagers.

Nous souhaitons développer les actions en faveur des personnes isolées et inconnues du système de soin, promouvoir leur accompagnement vers le système de santé.

Une commission plénière réunira régulièrement les différents acteurs pour traiter les situations complexes.

4.3.3.3 - Lien avec le travail

L'unité développera les liens avec les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) - notamment à orientation psychiatrique - et avec les CAP emploi.

4.3.4 - Adolescents

Il s'agit d'un projet d'extension des missions de l'Accueil Soins Adolescents (ASA) : création d'une Unité Mobile Adolescents couplé à un CATTP.

Pour un parcours de soins adolescent optimisé, le pôle Infanto-Juvénile et Soins de l'Autisme propose d'organiser un dispositif adolescent. Ce projet vise d'une part la création d'une Unité Mobile adolescents et d'autre part à renforcer les soins ambulatoires.

Maillon manquant actuel du parcours de soins adolescent, l'Unité Mobile a pour objet de faciliter l'accès aux soins pour la population adolescente en très grande souffrance, et est une possibilité de réponse à la non-demande spécifique de cette tranche d'âge.

Cette équipe pluridisciplinaire sera réactive, mobile dans la cité, permettra un travail en amont du parcours adolescent pour accompagner vers les soins si nécessaire et soutenir l'ensemble du réseau partenarial (Education Nationale, structures médicosociales, sociales...). Ce projet s'inscrit dans des objectifs et des demandes nationales au sein d'un territoire large.

En complémentarité des dispositifs adolescents du grand Marseille (APHM – Edouard Toulouse) création d'un CATTP adolescents pour la zone Est du département, afin d'élargir les missions de la consultation spécifique pour adolescents de Valvert (ASA) et de disposer d'une unité institutionnelle, à la fois souple et contenante, où une équipe pluridisciplinaire (médicale, psychologique, éducative et pédagogique) proposerait des soins intensifs dans une perspective globale et plurielle.

Cette unité permettra la mise en place de projets thérapeutiques individualisés et modulables articulés avec les autres structures du sanitaire avec lesquelles l'ASA est déjà partenaire (pédiatrie, services de psychiatrie pour adolescents, CACC, services de psychiatrie générale), mais aussi les structures du médico-social et du social. L'objectif est de favoriser le maintien et/ou la réinscription en milieu ordinaire : famille, scolarité, apprentissage, équipements sociaux et culturels (rétablissement du lien social).

4.3.5 - Autisme

Deux projets novateurs, qui viendraient compléter les dispositifs de notre service Soins et Evaluation de l'Autisme, sont en préparation.

- Le premier concerne la création d'une Unité Mobile d'Intervention pour la population adulte autiste, qui viendrait en complément des missions des Makaras (unité mobile d'évaluation autisme adultes), à destination des familles et des institutions médico-sociales. Elle permettrait une action thérapeutique directe et un accompagnement de ces lieux, notamment pour les situations complexes, dans la continuité du travail de l'UMDA.
- Le deuxième, aussi novateur, concerne la création d'une Unité Mobile de dépistage, de prévention précoce pour les enfants de moins de trois ans à risque autistique. Ce dispositif sera, bien évidemment, en partenariat avec les acteurs de terrain : Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centre Ressources Autisme (CRA), EREA...

4.3.6 - Personnes âgées

Afin de répondre à l'augmentation de la demande de prise en charge des pathologies mentales du sujet âgé, le pôle de géro-psycho-geriatrie propose de créer **une unité géro-psycho-geriatrique d'évaluation et de soins ambulatoires à destination de la population âgée marseillaise**.

Privilégiant une approche et **une prise en charge multidisciplinaire et globale**, cette unité ambulatoire spécifique permettra de répondre simultanément aux dimensions psychiatrique, gériatrique et sociale.

Les objectifs de ce projet s'inscrivent dans la cohérence de ceux inscrits dans le Projet Régional de Santé 2012-2016 concernant d'une part, la santé mentale et d'autre part, les personnes âgées, notamment :

- renforcer le dispositif ambulatoire constitué par les Centres Médico Psychologiques et par les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel afin d'éviter notamment le recours à l'hospitalisation complète et certaines ré-hospitalisations
- positionner l'offre de soins en psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale
- optimiser les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social
- développer la coordination et les coopérations entre les professionnels du médico-social, du sanitaire et du social
- améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique
- améliorer le repérage de la crise suicidaire et des tentatives de suicide (y compris pour les personnes âgées)

Il s'agit de **prévenir les hospitalisations et participer au maintien des personnes âgées dans leur lieu de vie**.

Ce dispositif proposera :

- des consultations externes de géro-psycho-geriatrie
- des consultations spécialisées dans le dépistage et la prise en charge de la dépression avec consultation en binôme gériatre/psychiatre
- des interventions d'évaluation et d'orientation (UMGP)
- des suivis thérapeutiques individualisés infirmiers, psychologiques et sociaux
- des activités thérapeutiques et de resocialisation
- une unité de soutien aux aidants et de formation.

4.4 – Adaptation de l'offre aux parcours de soins et aux besoins de la population

4.4.1 - Hospitalisation temps plein

La décision a été prise, en 2015, de climatiser les 3 unités d'admission qui ne l'étaient pas (les Lavandes, les Tilleuls et les Lilas). Il n'était pas rare, en effet, de constater des températures très élevées à l'étage de ces pavillons. Compte-tenu des contraintes budgétaires, l'isolation des pavillons et le double vitrage seront programmés dès que possible.

La réalisation de chambres individuelles, avec sanitaires, a été débutée de façon concomitante avec la suppression des 2 chambres à 3 lits restant sur l'établissement. La décision d'installer des sanitaires dans toutes les chambres individuelles ou doubles, devrait être effective, si le contexte budgétaire le permet, ceci d'autant plus que certains pavillons n'ont pas été rénovés depuis près de 25 ans.

La diminution du nombre de lits affectés aux soins au long cours est une volonté forte de la communauté médicale grâce notamment à la création de l'unité précarité.

L'augmentation de la capacité des 5 unités d'admission s'inscrit également dans la détermination de disposer à tout moment de possibilité d'accueil en urgence.

Dans un souci d'équité, la capacité de chaque pavillon d'entrée de psychiatrie générale sera de 24 lits incluant 2 chambres d'isolement. L'unité de gériatrie-psychiatrie verra sa capacité passer de 20 à 21 places.

La construction d'un nouveau bâtiment pour le CACC permettra l'augmentation de sa capacité et la possibilité d'hospitalisation d'enfants dans de bonnes conditions pour Marseille et l'Est des Bouches du Rhône.

L'Accueil Familial Thérapeutique offre actuellement 6 places pour l'établissement. C'est une réelle alternative à l'Hospitalisation temps plein en tant que tremplin de réinsertion/resocialisation très investi. Ce dispositif pourrait évoluer avec des possibilités de séjours transitoires facilement mobilisables.

4.4.2 - Hospitalisation temps partiel

Le regroupement des 2 hôpitaux de jour intra-muros permet une augmentation de la surface consacrée à ce type de prise en charge, mais surtout la réimplantation dans un lieu dévolu à cette activité pour l'un d'entre eux.

Les travaux de mise aux normes de l'hôpital de jour Gasquy devraient être réalisés en 2016.

L'extériorisation de l'hôpital de jour enfants, la Farandole, a été réalisée en septembre 2015, dans le 12^{ème} arrondissement à Esperanza, selon un projet pluri-institutionnel en partenariat avec l'Education Nationale, le secteur Médico-Social et la Ville de Marseille. Ce projet devrait être achevé grâce au financement de la ville de Marseille et conformément au projet initial.

4.4.3 - Soins ambulatoires

Les CMP des différents secteurs du CH Valvert doivent poursuivre leur activité en accueillant sans aucune discrimination, de quelque ordre que ce soit, toutes les personnes qui se présentent avec une demande de soins. Ce caractère généraliste est essentiel pour répondre à notre mission de service public.

Des améliorations du fonctionnement des CMP sont néanmoins à envisager, notamment par la diminution des délais d'attente (augmentation des vacations des médecins et des psychologues, organisation de suivis infirmiers...).

La création du CACC, avec la possibilité de consultations non programmées en cas de crise, a élargi considérablement les plages de consultations.

L'obtention du centre de thérapie devrait permettre une meilleure adéquation des moyens aux besoins des patients.

Pour les secteurs 7 et 9, le développement de leur activité CATTP devrait être facilité :

- par la restructuration du pôle infanto-juvénile pour le secteur 7, avec doublement de la surface du CMP-CATTP,
- par la restructuration des unités sises à Aubagne, pour le secteur 9.

En rapport avec le CREF de 2014 :

- mutualisation des CMP infanto-juvéniles du 10^{ème} et 11^{ème} arrondissement pouvant être regroupés en une seule structure qui reste à trouver dans le 11^{ème} arrondissement,

- l'ASA et le CMP d'Aubagne devraient être relocalisés dans une structure commune, ce qui améliorera les conditions d'accueil,
- les CMP de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale de La Ciotat devraient être réunis sur le CMP de psychiatrie générale, sous condition d'une augmentation de surface du bâtiment. Le CMP de psychiatrie infanto-juvénile sera vendu.

Pour le Pôle Infanto-Juvénile et Soins de l'Autisme, l'extension de l'offre de soins nécessite la création d'un Centre de Soins Spécialisé type CATTP.

Axe fondamental, ce projet est plus que jamais d'actualité au regard de la saturation des CMP enfants/adolescents du pôle, la pertinence des soins de groupe et leur complémentarité avec les prises en charge individuelles.

Il s'agit d'organiser des soins intensifs, souples, séquentiels et diversifiés, à l'aide de différentes médiations. Ce projet de soins médico-pédagogiques sera proposé à des enfants présentant des troubles des acquisitions scolaires entraînant des échecs scolaires et leurs conséquences psychologiques (souffrance psychique, troubles du comportement et des conduites) et à des enfants présentant des troubles graves du développement.

4.5 – Actions transversales

4.5.1 - Soins somatiques

L'établissement a auto-financé la création d'un poste de PH à temps partagé avec le CGD. L'obtention d'un mi-temps supplémentaire de médecin généraliste permettrait d'organiser de façon satisfaisante la prise en charge somatique des patients au CH Valvert.

En ce qui concerne les consultations de spécialistes, elles continueront à être organisées avec les praticiens du CH d'Aubagne ou de l'AP-HM.

Pour les examens biologiques, il s'agira de trouver un système véritablement efficient.

4.5.2 - Pharmacie

Le projet du pôle Pharmacie pour la période 2016–2020 s'inscrit dans la continuité des exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 du management de la qualité et de la gestion des risques.

Poursuite de la sécurisation du circuit du médicament dans l'hôpital :

L'objectif de ce premier chapitre est de poursuivre la résolution des difficultés relatives au circuit informatisé du médicament au niveau des unités « temps plein » de l'hôpital ; des échanges continus avec l'équipe « Symaris » qui développe le logiciel de gestion du dossier médical Cariatides sont réalisés régulièrement afin d'apporter les corrections et améliorations nécessaires dont notamment une meilleure gestion des traitements des patients sortis ou en permission.

De ces résolutions découlera l'évaluation de la pertinence du déploiement du circuit du médicament informatisé dans les structures temps partiel

Engagements dans une démarche qualité renforcée:

Objectifs :

- Respecter les exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la certification V2015, dont notamment :
 - renforcer la politique de la prise en charge des groupes de patients à risques particuliers (personnes âgées; jeunes patients),
 - participer à des évaluations des pratiques professionnelles
- Répondre aux exigences relatives au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dont, en particulier, les risques liés aux erreurs médicamenteuses :
 - étude des risques encourus par les patients à chaque étape du circuit du médicament.
 - réalisation d'un programme d'actions d'améliorations pour réduire les événements jugés évitables en collaboration étroite avec la cellule qualité : pérennisation de l'utilisation de l'outil Médiéval
- Poursuivre les missions de formation et informations des personnels relatives à la sécurisation du circuit du médicament et à la prévention de l'erreur médicamenteuse, avec sensibilisation des agents au signalement des effets indésirables liés aux médicaments.
- Dans ce but, contribution du pharmacien à :
 - l'analyse portant sur les erreurs médicamenteuses, ou autres dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse
 - leur résolution
 - leur prévention par des actions correctives.
- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse avec rédaction de procédures, modes opératoires protocoles, recommandations et fiches techniques. Diffusion notamment de documents :
 - d'aide à la prescription et au bon usage du médicament (à l'usage des prescripteurs)
 - relatifs au bon usage des médicaments dispensés à l'hôpital (à destination des patients).
- Renforcer le fonctionnement et développer la coopération de l'équipe pharmaceutique avec les équipes médicales quant à la diffusion d'informations et à l'élaboration de projets thérapeutiques nécessitant une étroite collaboration : rôle transversal du pharmacien au sein de différentes commissions : démarrage d'une nouvelle Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) pilotée par le pharmacien chef de pôle, participation au Comité soma-douleur, à la cellule psychopharmacologie, au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), à la Commission QUALité et Sécurité des Soins (CoQuaSS), etc...
- Garantir la qualité pharmaceutique dans le choix de la mise en place et l'utilisation des outils afférents aux missions propres à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) notamment les logiciels, les automates, la logistique
- Poursuivre et optimiser la comptabilité analytique notamment par un choix adapté d'indicateurs d'activité.
- Enrichir le compte qualité d'éléments pertinents dans une perspective d'amélioration continue.
- Actualiser le système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse, (manuel qualité, procédures, fiches de travail, notes d'information et de services ; recommandations...).
- Poursuivre les formations pluriannuelles : (notamment une formation des nouveaux arrivants) sur les thèmes touchant au circuit du médicament, l'erreur médicamenteuse (DPC) et les vigilances.

4.5.3 - Hygiène

Les objectifs définis pour la gestion des risques infectieux ont été choisis en fonction des recommandations définies par le Programme de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS). Ils reposent sur les thématiques suivantes :

- développer la prévention des Infections Associées aux Soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients,
- renforcer la prévention et de la maîtrise de l'antibiorésistance,
- réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Le risque infectieux de l'établissement doit être cartographié en fréquence et gravité. Les risques infectieux identifiés comme prioritaires seront ainsi ciblés préférentiellement.

Les actions prioritaires en cours sont maintenues.

Dans le domaine de la prévention : la base documentaire spécifique continuera d'être complétée et sera diffusée aux utilisateurs. Les documents concernant les soins somatiques sont ciblés. Ils sont disponibles sur Intranet.

Dans le domaine de la surveillance et de l'évaluation :

- au niveau environnemental : les réseaux d'eau continueront à bénéficier d'une surveillance de la potabilité et des légionnelles; ce suivi sera formalisé dans le carnet sanitaire,
- au niveau des résultats des analyses bactériologiques des prélèvements réalisés sur les patients: une veille sentinelle à partir des résultats de laboratoire sera poursuivie par l'équipe d'hygiène (surveillance de l'émergence de résistance bactérienne aux antibiotiques),
- le dispositif de signalement des infections associées aux soins sera maintenu fonctionnel,
- au moins 2 actions d'évaluation des pratiques seront réalisées chaque année.

Dans le domaine de la formation et de l'information :

- un plan de formation continue en hygiène annuel est maintenu. Il sera complété par une participation à l'accueil des nouveaux agents et nouveaux internes. Les documents d'hygiène sont disponibles sur intranet,
- le CLIN se réunit 3 à 4 fois par an, impliquant la direction, les médecins de l'établissement, la Médecine du Travail,
- le réseau des correspondants paramédicaux en hygiène est dynamique et les réunions se tiennent 3 à 4 fois par an,
- des informations sont données aux équipes soignantes lors de chaque passage de l'équipe d'hygiène dans les unités,
- les résultats du Bilan de Lutte contre les Infections Nosocomiales (Bilan LIN) sont accessibles aux usagers sur le site internet Scope santé.

Dans le domaine du bon usage des antibiotiques : les fiches de bon usage sont complétées et une évaluation annuelle des prescriptions est réalisée par la Pharmacie. L'unité d'Hygiène se tient à la disposition des prescripteurs pour tout conseil en antibiothérapie.

Promotion des précautions standard : la promotion de l'hygiène des mains est une priorité pérenne. Des produits hydro-alcooliques sont à disposition et l'établissement participe chaque année à la journée mondiale « Mains propres ».

4.5.4 - Département d'Information Médicale (DIM)

Les axes du projet du DIM sont les suivants :

- 3ème étape du déploiement du logiciel CARIATIDES : après le changement de logiciel, en octobre 2012, pour les modules dossier patient – Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIMP) et l'interface avec la gestion administrative des patients, puis l'intégration complète du circuit du médicament finalisée en décembre 2014, la 3ème étape sera constituée principalement par son

intégration du circuit des examens biologiques et de la messagerie sécurisée de santé (MSSanté), et possiblement du Dossier Médical Partagé (DMP) en fonction des avancées au niveau national de ce projet.

- Approfondissement de l'amélioration de la qualité, notamment dans les trois domaines suivants :
 - les données RIMP ;
 - la tenue du dossier du patient : conformité avec les données RIMP en raison de la mise en place du contrôle externe à l'horizon 2017 ; publication des Indicateurs réglementaires pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).
 - l'identification du patient (identito vigilance).
- Aide au pilotage médico-économique au niveau des pôles et de l'établissement
- Participation à la recherche clinique au sein de l'établissement
- Formation continue spécifique des personnels du DIM, diplômante ou non
- Remise à l'ouvrage de la question de l'archivage des dossiers papier.
- Poursuite de l'implication au niveau supra établissement :
 - Comité Technique de l'Information Médicale en psychiatrie à l'ARS
 - Association Régionale des DIM Santé Mentale PACA
 - groupe de travail ARS-Directeurs Affaires Financières (DAF)-DIM sur la péréquation financière régionale
 - futur GHT (les travaux en cours menés par les 3 DIM AP-HM, CH Edouard Toulouse et Valvert à la demande du COMEXIH en sont les premières bases).

4.6 – Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

En cohérence avec le projet de Management de la Qualité, des Risques et des Relations aux Usagers, la mise en œuvre des orientations suivantes permettra de répondre aux attentes de la dernière certification, aux engagements du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le domaine considéré et de réaliser les plans d'actions du Compte Qualité.

Poursuite de la sécurisation des processus à risques, notamment pour les thématiques suivantes :

- la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, notamment de la personne âgée, et le bon usage des antibiotiques
- la maîtrise du risque infectieux
- la prise en charge des troubles nutritionnels
- la prise en charge somatique et de la douleur
- la prise en charge des urgences vitales

Diversification de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'évaluation des pratiques professionnelles est intégrée dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les actions engagées, portant sur les activités cliniques ou médico-techniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive, seront poursuivies et devront concourir à l'amélioration concrète des pratiques.

Elles pourront être conduites, de façon pluri professionnelle, au sein d'un pôle ou, de manière transversale, au sein de l'établissement.

Le déploiement des EPP sera encouragé et associé le plus souvent possible au développement de la recherche (notamment au travers de publications dans des revues professionnelles). L'évaluation des EPP et de leur impact sur l'évolution des pratiques devra être continue. L'atteinte des objectifs précités suppose en premier

lieu un engagement soutenu de l'encadrement et des référents de pôles. En second lieu, une meilleure association des instances concernées sera recherchée pour l'élaboration et le suivi de la politique et du programme d'EPP. A ce titre, la présentation d'un programme et d'un bilan annuel des EPP en CoQuASS, en CME et en Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est souhaitable.

Dossier patient informatisé

La généralisation de l'utilisation du dossier informatisé est réalisée pour les hospitalisations qu'elles soient en temps plein ou en temps partiel. Il reste à trouver un consensus pour l'utilisation du dossier informatisé en ambulatoire, le dossier papier devenant dès cet instant assimilable à des notes personnelles. Le projet d'intégration directe des résultats d'examen de laboratoire dans le dossier patient informatisé continue par ailleurs d'être une attente forte des professionnels.

Droits des patients.

Le respect des droits des patients (notamment l'intégrité, la dignité, les libertés individuelles et la confidentialité) reste un axe transversal du Projet d'Etablissement. Une vigilance sera assurée pour les pratiques de restriction des libertés. L'évaluation du protocole d'isolement thérapeutique, les audits de traçabilité des prescriptions de restriction de liberté dans les dossiers ou la remise aux patients dans chaque unité d'hospitalisation de supports d'information sur les pratiques de restrictions de liberté sont des exemples d'action à conduire. Des actions d'évaluation du respect des droits des patients seront effectuées à l'occasion des transmissions du compte qualité à la HAS tous les deux ans. Concernant notamment la dignité, la demande forte de création de sanitaires dans les chambres individuelles reste au premier plan des préoccupations de la collectivité médicale.

Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, qui a vocation à être davantage intégré à la prise en charge. Des actions ponctuelles d'information orale ou de conseil de prévention sont actuellement mises en œuvre. Mais une véritable politique structurée et concertée d'éducation thérapeutique reste à formaliser, avec, notamment, un travail préalable d'identification des pathologies ou situations indiquées et une extension des actions menées à davantage de maladies chroniques.

Déploiement de la démarche qualité et sécurité des soins au niveau des pôles d'activité

Une meilleure synergie sera recherchée avec les binômes référents qualité de pôles et l'encadrement, relai de déploiement naturel. Afin d'alimenter la dynamique qualité, les pôles d'activité clinique auront à décliner la politique qualité d'établissement en spécifiant dans les contrats de pôles des actions d'amélioration assorties d'indicateurs de suivi. Il faudra aussi tendre à intégrer systématiquement l'ingénieur qualité dans les démarches d'EPP.

4.7 – Développement de la recherche

Un groupe de travail « Recherche et Publications » sera mis en place et se réunira régulièrement afin de faciliter l'engagement de l'établissement dans la recherche et son adhésion aux EPP. Le groupe de bibliographie pourrait y être associé.

Centré sur la recherche clinique, il pourra aussi développer des partenariats avec d'autres équipes.

La présentation de communications dans les congrès nationaux et internationaux, ainsi que la publication d'articles originaux dans les revues nationales et internationales souligneront l'implication de l'hôpital dans la recherche.

L'accompagnement des internes qui le souhaiteront dans leur travail de thèse sera poursuivi et développé, donnant éventuellement lieu à des publications en association avec l'université.

La participation des soignants à l'association de formation et de recherche de Valvert (VALFOR) sera poursuivie (maintien du congrès bi-annuel) et développée.

PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION, ET MEDICO-TECHNIQUES

1 - INTRODUCTION

Document de référence pour les soignants relevant des services de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ce projet est construit en cohérence et en complémentarité avec les autres projets qui composent le Projet d'Etablissement.

Il est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le Projet Médical. Il précise par ailleurs ses propres axes de développement.

Le projet de soins 2016-2020 s'inscrit dans la continuité des précédents, notamment au niveau des valeurs et concepts qui participent à la culture du CH Valvert et notamment de ceux retenus dans le projet médical.

Il réaffirme et poursuit le travail engagé par le projet 2011-2015 articulé autour de la notion de bientraitance.

2 - LE CONTEXTE :

2.1 - Contexte externe

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a introduit des changements importants dans le système de soins qui sont aujourd'hui bien intégrés dans le fonctionnement institutionnel : CPOM, démarche qualité, GPMC, DPC, EPP.

2.2 - Contexte interne

Un CREF conclu entre l'établissement et l'ARS a conduit notamment à repenser la répartition des lits d'hospitalisation et l'offre de soins.

3 - PRINCIPES ETHIQUES ET CONCEPTUELS

Parmi les valeurs mentionnées, certaines méritent d'être particulièrement mises en perspective dans les actions de ce projet :

- **Les valeurs du service public**
- **La compétence**
- **Les valeurs professionnelles éthiques et déontologiques, basées sur le :**
 - respect de la vie et de la personne
 - respect de la dignité et de l'intimité
 - respect de la volonté de l'individu

4 – L'ETAT DES LIEUX DU PROJET DE SOINS

Le projet 2011-2015 mentionnait une dynamique d'amélioration de la qualité des soins déjà engagée, en appui sur des valeurs affirmées avec force dans l'établissement et notamment par le service de soins : son projet avait été construit autour de la notion de bienveillance, déclinée tant pour les patients que pour les personnels.

Mais il mentionnait aussi un frein à ce mouvement : la problématique liée aux départs massifs des infirmiers de secteur psychiatrique. En effet, il était fait état, malgré la mise en place des formations « consolidation des savoirs infirmiers » et du dispositif de tutorat, de difficultés de fonctionnement dans les unités : turn over infirmier (« Un personnel en mouvement continu et peu formé s'accorde difficilement avec un besoin de cohérence d'équipe et de stabilité dans les organisations »), et « altération de la réflexion clinique » qui avaient conduit à conclure que l'objectif prioritaire du service de soins « reste l'amélioration des compétences ».

Cinq ans plus tard, l'environnement a partiellement changé : le turn-over mentionné reste présent mais s'est suffisamment ralenti pour préserver une continuité de la philosophie des soins dans les équipes.

Le service de soins a travaillé et organisé la transmission des savoirs plus particulièrement autour de l'accompagnement des étudiants infirmiers (**fiche 2.1 organiser la transmission des savoirs**).

L'encadrement des équipes en psychiatrie fait actuellement l'objet d'une étude.

On peut constater une amélioration des écrits infirmiers qui s'est effectuée à travers l'appropriation de l'outil informatique et le travail du groupe chargé de cette mission (**fiche 2.1 améliorer le recueil de données**).

Enfin, une étude a montré que toutes les unités étaient engagées dans des réflexions autour du respect des droits des patients (**Fiche 1.2 Mettre en sens les restrictions de liberté**).

Le diplôme unique a permis une vision holistique des soins.

Les infirmiers issus de la nouvelle formation ont développé des compétences en regard de l'évolution de la médecine, de la pharmacologie et de la société dans son ensemble.

La rencontre avec le patient en psychiatrie demande des compétences spécifiques insuffisamment développées au cours de la formation initiale et une perte de ces compétences spécifiques est liée aux départs des infirmiers de secteur psychiatrique.

Le projet médical prévoit par ailleurs la création d'un centre de thérapie qui nécessitera la mobilisation de compétences particulières acquises par certains agents des services de soins. Le projet de soins s'appliquera à permettre l'émergence, le développement, le recensement et la mise à disposition de ces compétences.

5 – AXES DU PROJET DE SOIN 2016-2020

Nous avons donc choisi de travailler les axes suivants :

- **Repenser la prise en charge individualisée**
- **Reconsidérer la spécificité paramédicale en psychiatrie** (compétence et mise en œuvre du rôle propre)

Il convient de revenir au sens essentiel de la notion de singularité développée dans la fiche action : du latin « singularitas » : le fait d'être unique ; Toute prise en charge qui se veut pertinente doit donc prendre en compte ce concept.

Le tableau en page suivante présente la déclinaison des axes de travail destinés à faire l'objet de fiches actions.

Chaque fiche action sera conduite par un groupe de travail.

Dès 2016, des groupes de travail seront constitués sur les thématiques priorisées :

- créer une dynamique d'échanges professionnels individuels et collectifs
- organiser des journées d'étude
- optimiser les partenariats sur les affectations et la mobilité interne
- développer la complémentarité avec le service de formation en matière de formation professionnelle

Les autres thématiques retenues au projet seront développées par la suite.

Une fiche action modèle figure en fin de document : elle sera utilisée par les groupes de travail comme support méthodologique.

⇒ **Repenser la prise en charge individualisée :**

Repenser la prise en charge individualisée	OBJECTIFS	FICHES ACTIONS
1. Améliorer les soins	1. Privilégier la singularité de chacun (avec son histoire, ses habitudes, ses aspirations) 2. Développer l'éducation thérapeutique 3. Respecter les droits des patients	1.1 Accompagner la réflexion des équipes pour que la notion de singularité soit prise en compte systématiquement dans les démarches de soins. 2.1 Formaliser les démarches d'éducation thérapeutiques existantes 2.2 Développer des démarches d'éducation thérapeutiques adaptées 3.1 Poursuivre la réflexion sur la mise en sens des restrictions de liberté 3.2 Travailler le concept de respect de la dignité des patients
2. Evaluer les pratiques et les améliorer	3. Généraliser les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	2.1 Généraliser les Evaluations des Pratiques Professionnelles paramédicales et celles en lien avec le corps médical.

Reconsidérer la spécificité paramédicale en psychiatrie

Des professionnels aux compétences spécifiques	OBJECTIFS	FICHES ACTIONS
1. Favoriser le développement des compétences spécifiques	1. Consolider la spécificité paramédicale en psychiatrie	1.1. optimiser les partenariats sur les affectations et la mobilité interne 1.2. développer la complémentarité avec le service de formation en matière de formation professionnelle
2. Favoriser la transmission des savoirs	1. Partager les savoirs et les expériences 2. Favoriser les réflexions professionnelles	1.1. créer une dynamique d'échanges professionnels individuels et collectifs 2.1 développer la recherche en soins infirmiers 2.2. organiser des journées d'étude

TITRE DE L'AXE

OBJECTIF :

.....

FICHE ACTION n° :

1. **origine de la problématique :**

2. **résultats attendus**

3. **missions du groupe de travail**

4. **dispositif :**

Composition du groupe de travail :

5. **évaluation**

Le groupe déterminera des indicateurs et des critères d'évaluation des actions entreprises.

6. **échancier :**

LE PROJET MANAGERIAL

Le Projet Managérial est une composante du Projet d'Etablissement qui définit les objectifs des directions fonctionnelles pour la période 2016-2020. Il se compose des projets suivants :

- Projet social
- Projet de Management de la Qualité, des Risques et des Relations aux Usagers
- Projet patrimonial et logistique
- Projet de gestion
- Projet du système d'information

Ces différents volets déterminent les objectifs généraux et les moyens de toute nature dont l'établissement devra disposer pour réaliser ses objectifs et en premier lieu ceux exprimés dans le Projet Médical et dans le Projet de Soins.

PROJET SOCIAL

Ce projet social est le fruit d'une étroite collaboration entre la Direction des Ressources Humaines, les Organisations Syndicales représentatives, la Médecine du Travail, et des membres de l'encadrement.

1 – LA POURSUITE DU DIALOGUE SOCIAL.

Ce thème s'articule autour de la qualité du dialogue institutionnel constitué des relations avec les représentants du personnel et des échanges avec les différents corps professionnels. Les axes principaux sont :

- L'optimisation de l'entretien annuel d'évaluation : il convient de le professionnaliser afin d'en permettre une meilleure appropriation.
- L'amélioration du fonctionnement des CAPL : par la mise en place d'une commission préparatoire incluant des représentants du personnel afin d'assurer une meilleure information des parties prenantes et des personnels concernés.
- La mise en œuvre des orientations proposées par le Comité de pilotage de la démarche de prévention des risques psychosociaux de manière à formaliser et mettre en œuvre un plan d'action.

2 – L'OPTIMISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.

Cet objectif passe par une meilleure prise en compte des projets professionnels en lien avec les attentes de l'établissement et une amélioration de la communication.

- L'objectif est de prendre en considération les projets professionnels des agents et d'assurer la meilleure adéquation possible avec les besoins de l'établissement. Ainsi, l'entretien de formation sera développé afin de mieux accompagner les agents par la formation continue. La Commission de Formation sera pérennisée dans ses attributions et dans son fonctionnement.
- Améliorer la communication :
 - au niveau des pôles : mise en place de réunions trimestrielles avec les médecins et les cadres destinées au suivi des effectifs ainsi que de diverses problématiques sur les Ressources Humaines.
 - auprès de l'ensemble du personnel : par l'optimisation de PLEO comme outil de diffusion des informations.

3 – LA PARTICIPATION ACTIVE DE LA DRH A LA REUSSITE DES PROJETS.

Pour tout projet structurant, à l'échelle institutionnelle ou polaire, la dimension Ressources Humaines est à intégrer le plus en amont possible à travers la conduite du changement.

La Direction des ressources Humaines se positionne comme Chef de Projet notamment avec la démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

Cette démarche permet d'anticiper les évolutions des métiers et des emplois afin de les adapter aux nouveaux besoins tout en tenant compte des progrès techniques et des contraintes économiques.

3.1 - Professionnaliser la conduite du changement et la gestion du projet.

- a) Faciliter la communication institutionnelle en amont de manière à améliorer la mise en œuvre des projets.
- b) Accompagner le changement par la mise en place de formations adéquates à destination de l'encadrement.

3.2 Renforcer la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

Le Centre Hospitalier Valvert poursuit cette démarche en axant ses priorités sur :

- l'identification des métiers sensibles par pôle.
- la mobilité interne.
- les parcours professionnels
- La mise en adéquation des ressources et des compétences des agents aux besoins de l'établissement.

4 – LES CONDITIONS DE TRAVAIL.

La Direction des Ressources Humaines doit poursuivre ses actions visant à améliorer les conditions de travail des personnels et dynamiser sa politique dans le domaine de la prise en charge du handicap.

4.1 - La protection de la santé des agents au travail.

Ce thème est développé en lien avec les actions menées en collaboration avec le CHSCT notamment par une gestion attentive du Document Unique. Il s'agit de :

- Participer à l'amélioration de l'ergonomie des postes de travail.
- Développer des outils permettant d'améliorer les conditions de travail.
- Enrichir l'évaluation des risques professionnels , dont les risques psycho-sociaux.

4.2 - Favoriser une politique de prise en charge du Handicap :

La Direction des Ressources Humaines développera sa politique du handicap afin de :

- Faciliter le recrutement des travailleurs Handicapés.
- Accompagner les agents en difficulté dans leur poste.
- Sensibiliser les agents et les services à la problématique du handicap.

5 – QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Ce thème recouvre des actions spécifiques à l'attention des agents nouvellement recrutés, des actions ciblées sur certains personnels ou métiers et la mise en œuvre d'une politique globale de prévention.

- Renforcer l'accueil, l'intégration des nouveaux arrivants par la mise en place d'une journée d'information et de présentation ainsi que d'une visite de l'établissement afin d'appréhender globalement le lieu d'exercice professionnel.
- Généraliser l'accompagnement des nouveaux recrutés dans leurs fonctions.
- Mettre en place un suivi individualisé pour les personnes en situation post-traumatique.
- Développer les synergies entre la Direction des Ressources Humaines et l'encadrement pour le traitement des situations d'agents en difficulté dans leur exercice professionnel et pour les métiers sensibles.
- Etablir un plan de prévention des Risques Psychosociaux et le mettre en œuvre.

PROJET DE MANAGEMENT DE LA
QUALITE, DES RISQUES ET DES
RELATIONS AUX USAGERS

1 - INTRODUCTION

Les principaux objectifs de Management de la Qualité, des Risques et des Relations aux Usagers du Projet d'Etablissement 2011-2015 ont été atteints, avec, notamment :

- Un dispositif de gouvernance en cohérence avec la réglementation, collégial et opérationnel.
- Une politique d'amélioration continue visée par les instances concernées et suivie par la Commission Qualité et Sécurité des Soins (CoQuASS) dans le cadre du Programme Pluriannuel et du Compte Qualité.
- Une compréhension davantage partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la Qualité par les professionnels, signe d'une culture qui se sédimente.
- Des processus à risques davantage sécurisés, avec, notamment, une cartographie des risques liés aux activités de soins ainsi qu'un système de signalement et d'analyse méthodique des événements indésirables.
- Une gestion des relations avec les usagers ou leurs représentants dynamisée et participative.

L'évolution de la réglementation, un projet d'Etablissement en voie d'achèvement ainsi que les résultats de la visite de certification de Février 2015 rendent nécessaire la réécriture du projet de Management de la Qualité, des Risques et des Relations aux Usagers dans le cadre du Projet d'Etablissement 2016-2020.

L'entreprise s'inscrit dans un contexte exigeant où les niveaux d'attente définis par la Haute Autorité de Santé dans le manuel de certification ont été sensiblement relevés et où les décisions de certification concourent de plus en plus au dialogue de gestion avec l'Agence Régionale de Santé dans le cadre des bilans annuels du CPOM.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prestations ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des patients restent les valeurs porteuses de ce projet, qui se décline selon deux grands axes managériaux : le management de la Qualité et des Risques et celui des Relations avec les Usagers ou leurs représentants.

2 – LE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES

Les objectifs généraux sont les suivants :

2.1 - Optimiser le dispositif de gouvernance et renforcer les partenariats

Le dispositif de Management de la Qualité et des risques évolue rapidement au gré des dispositions légales et réglementaires. Des fonctions nouvelles ont ainsi été installées en 2011 (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, référent d'antibiothérapie, ...). Les responsabilités ont également été redistribuées.

Le Directeur décide en la matière désormais conjointement avec le Président de la CME. La CME contribue à l'élaboration de cette politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des

soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Les avis du CTE, de la CME, de la COSIREMT, de la CRUQPC et du Conseil de Surveillance sont requis annuellement lors de l'actualisation du programme pluriannuel.

Pour rendre pleinement opérationnel ce dispositif de gouvernance, des partenariats ont été mis en place (directeur, président de la CME, directeur qualité, médecin référent qualité, qualitiennne, vigilants, pilotes de thématiques du compte qualité, référents de pôles, encadrement,...). Ils seront renforcés, dans le respect des textes.

Ainsi la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est appelée à évoluer quant à son exercice, en partenariat avec les personnes ressources concernées (directeur qualité, responsable qualité, médecin et infirmière hygiéniste, vigilants, pharmacien, référents de pôles, pilotes de thématiques, etc.). Des formations seront nécessaires pour pouvoir assurer la plénitude des missions du coordonnateur.

2.2 – Adapter en permanence la Cellule Qualité aux missions opérationnelles

La Cellule Qualité reste au centre dispositif opérationnel. Ses missions continuent d'être ajustables selon le contenu du compte qualité et du programme pluriannuel mais un socle de fonctions doit être préservé et opérationnel pour soutenir la dynamique en place :

- Soutien et transfert de connaissances (accompagnement méthodologique, formations aux concepts, méthodes, outils)
- Interface entre la CoQuASS et les pôles (communication des objectifs et des résultats, suivi des programmes)
- Gestion du système documentaire Qualité
- Gestion des évènements indésirables
- Gestion des plaintes et réclamations.
- Ecoute des patients et des personnels (mesure de satisfaction, évaluations et audits internes).

Des formations régulières aux méthodes et outils de la qualité et des risques continueront d'être nécessaires pour accompagner l'exercice des missions.

2.3 – Permettre un engagement plus marqué des personnes ressources dans le déploiement de la démarche

Des professionnels impliqués sont un gage de déploiement de la démarche d'amélioration de la qualité et de prévention des risques. La CoQuASS verra sa composition élargie pour documenter davantage les processus logistiques. (Intégration de l'ingénieur chargé des travaux, du responsable sécurité incendie, du diététicien notamment).

Une meilleure synergie sera par ailleurs recherchée avec les binômes référents qualité de pôles et avec l'encadrement, relai de déploiement naturel. Les référents seront formés aux méthodes et outils nécessaires à l'exercice de leurs missions et devront être davantage identifiables au sein de leurs services. La Direction Qualité contribuera à cette dynamique en poursuivant l'accompagnement méthodologique et en proposant les formations idoines.

2.4 – Faire du Compte Qualité un véritable tableau de bord du Management de la Qualité et des Risques

A VALVERT, la gestion des risques repose sur une politique institutionnelle privilégiant une approche globale et coordonnée. Elle est déclinée dans un programme d'actions pluriannuel évolutif, cohérent avec les priorités retenues dans le compte qualité, qui évalue des risques par thématiques, avec les dispositifs de maîtrise en place et les actions à mener. Le Compte Qualité sera périodiquement validé par les instances et porté à la connaissance des personnels via l'intranet PLEO.

L'application SARA facilitera les échanges entre l'établissement et la Haute Autorité de Santé, notamment pour la transmission du compte qualité et le suivi de certification. SARA permet également une utilisation locale, en dehors de la procédure de certification, pour faire du Compte Qualité un véritable tableau de bord du Management de la Qualité et des Risques. La Direction Qualité alimentera régulièrement le compte qualité à ces fins.

En premier lieu, en lien avec les pilotes de thématiques, le compte qualité sera actualisé pour ne cibler que les risques à traiter de façon prioritaire. La cartographie des risques sera enrichie par de nouvelles thématiques :

- *Gestion des ressources humaines : avec le management des emplois et des compétences et l'intégration des nouveaux arrivants*
- *Gestion des ressources financières : avec la gestion budgétaire et l'amélioration de l'efficience.*
- *Sécurité des biens et des personnes*
- *Gestion des infrastructures et des équipements*
- *Démarche qualité en restauration*
- *Processus de gestion du linge*
- *Fonction transport des patients*
- *Achats éco responsables*
- *Gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie et des déchets*
- *Gestion des équipements biomédicaux*

Des pilotes seront désignés et des audits de processus seront diligentés pour apprécier le niveau de maturité des thématiques précitées. La Direction Qualité mettra en place la méthodologie, formalisera les outils nécessaires et accompagnera les travaux.

L'actualisation continue du compte qualité facilitera le pilotage interne et la lisibilité de la démarche. Tous les deux ans, une revue de processus permettra d'en mesurer les résultats préalablement à la transmission du compte qualité à la HAS.

2.5 - Mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans d'actions du Compte Qualité

Les principaux objectifs du Compte Qualité, incluant les recommandations de la dernière certification, sont synthétisés comme suit :

Management de la qualité et des risques

Une évaluation plus robuste de l'efficacité du programme pluriannuel sera recherchée, en utilisant mieux les indicateurs recueillis et en créant des tableaux de bord de pilotage pertinents.

Le dispositif de déploiement sera conforté, notamment au profit des binômes qualité référents de pôles. Des accompagnements méthodologiques et des formations aux méthodes et outils nécessaires à leurs missions leur seront proposés.

Dans l'hypothèse d'une reprise du processus de contractualisation interne, le suivi des objectifs de l'annexe qualité des contrats de pôles sera réactivé.

L'incitation au signalement des évènements indésirables sera poursuivie, notamment pour lutter contre la sous-déclaration des erreurs médicamenteuses suggérée par les experts visiteurs.

Evaluation des pratiques professionnelles

Des démarches d'EPP sont menées par les pôles cliniques, accompagnées par la Cellule Qualité. Celles relatives à la **pertinence des soins** et à l'usage **d'Indicateurs de Pratique Clinique** seront diversifiées et étendues à d'autres champs comme par exemple celui des prescriptions médicamenteuses. Le déploiement des EPP sera généralisé, à raison d'au moins une EPP dans chaque secteur d'activité, pharmacie et CMP compris. Enfin, il conviendra d'avancer le maximum de démarches au stade de la réévaluation pour mesurer objectivement leur impact sur la variation et l'évolution des pratiques.

L'atteinte des objectifs précités suppose en premier lieu, un engagement soutenu de l'encadrement et des référents de pôles en terme :

- d'impulsion sur le choix des thèmes (notamment sur les EPP de pertinence et celles utilisant les indicateurs de pratique cliniques).
- de recherche de partenariats ou de ressources pour conduire les démarches
- de participation aux formations requises,
- de coordination et de suivi des démarches.

En second lieu, une meilleure association des instances concernées sera recherchée pour l'élaboration et le suivi de la politique et du programme d'EPP. A ce titre, la présentation d'un programme et d'un bilan annuel des EPP en CoQuASS, en CME et en COSIREMT est attendue.

Droits des patients.

Le respect des droits des patients (notamment l'intégrité, la dignité, les libertés individuelles et la confidentialité) reste une priorité.

Une vigilance particulière sera ainsi assurée pour les pratiques de restriction des libertés. L'évaluation du protocole d'isolement thérapeutique, les audits de traçabilité des prescriptions de restriction de liberté dans les dossiers ou la remise aux patients dans chaque unité d'hospitalisation de supports d'information sur les pratiques de restrictions de liberté sont des exemples d'action à conduire. Des actions d'évaluation du respect des droits des patients seront conduites à l'occasion des transmissions du compte qualité à la HAS tous les deux ans.

La promotion de la bientraitance et la **prévention de la maltraitance** restent également des objectifs centraux. Il convient, dans une approche davantage participative, de poursuivre la dynamique initiée en réalisant un bilan des actions et en mobilisant à nouveau les équipes. La Direction Qualité proposera aux services des outils d'analyse réflexive des pratiques et des attitudes au travail au regard de ce thème des droits.

La réflexion éthique engagée dans l'Etablissement devrait voir son action prolongée par la formulation (à défaut de recommandations) de questionnements ou orientations de bonnes pratiques susceptibles d'être considérées dans les projets de pôles ou dans les volets soignants du Projet d'Etablissement. De nombreuses situations particulières sont concernées (attitude en cas de refus des soins d'hygiène, intimité des patients sédatisés, pratiques de contention, limitations de la

liberté d'aller et venir, etc.). Le groupe de réflexion éthique pourrait également présenter un bilan annuel d'activité à la CoQuASS et à la CME.

Parcours du patient.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients (ainsi que leurs familles) à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. C'est un processus continu, qui a vocation à être intégré à la prise en charge thérapeutique. Des actions ponctuelles d'information orale ou de conseil de prévention sont actuellement mises en œuvre à VALVERT. Mais une véritable politique structurée et concertée d'éducation thérapeutique reste à formaliser, avec, notamment, un travail préalable d'identification des pathologies ou situations indiquées et une extension des actions menées à davantage de maladies chroniques.

La méthode du patient-traceur, testée pour préparer la dernière certification, pourra être également utilisée hors certification comme une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Les équipes analyseront la qualité et la sécurité des parcours de patients ainsi que la collaboration interprofessionnelle avec cette approche qui, en outre, prend en compte la parole du patient et de ses proches.

Dossier du patient.

La généralisation de l'utilisation du dossier informatisé en ambulatoire est un objectif à réaliser pour éliminer les situations dangereuses de cohabitation du dossier patient informatisé avec le dossier papier,

Le projet d'intégration directe des résultats d'examens de laboratoire dans le dossier patient informatisé continue par ailleurs d'être une attente forte des professionnels.

Management de la Prise en Charge Médicamenteuse du patient.

La maîtrise du processus de prise en charge médicamenteuse et la surveillance thérapeutique du patient sont deux objectifs permanents qui concourent à de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse évitable. La démarche qualité en place sera poursuivie pour ce processus systémique complexe.

Parmi les objectifs principaux :

- la réalisation d'une cartographie des risques médicamenteux propres à chaque unité d'hospitalisation temps plein
- la poursuite de la promotion du signalement des erreurs médicamenteuses et de la formation des membres de la Cellule d'analyse des événements indésirables. (RMM ou RETEX).
- l'amélioration de l'information des patients sur le bon usage des médicaments et la mesure de la traçabilité de cette information dans les dossiers.
- l'amélioration de l'évaluation qualitative de la prise en charge médicamenteuse par des EPP et par l'usage de davantage d'indicateurs de pratique clinique.

2.6 – Actualiser la politique de communication et de formation dans le domaine de la qualité

La politique de communication interne sera actualisée pour faciliter l'adhésion des agents à la dynamique qualité et le déploiement des actions au sein des pôles. PLEO sera développé à ces fins, avec, notamment, un enrichissement de l'espace « Relations aux Usagers et Management de la Qualité » onglet documentation publique.

Enfin, pour renforcer l'adhésion des professionnels et mieux valoriser les démarches menées, une réflexion sera engagée pour améliorer la communication interne sur la stratégie, les objectifs et les résultats.

Concernant la communication externe, l'objectif est de dépasser le stade des actions ponctuelles pour bâtir une stratégie. L'inventaire des supports de présentation de l'offre de soins sera établi (Site Internet, livrets d'accueil, plaquettes d'information des structures internes et externes, annuaires, etc.) et sera complété et/ou actualisé. Une procédure d'actualisation sera élaborée et la Direction Qualité en assurera le suivi d'exécution par les services contributeurs.

2.7 – Continuer de diffuser des formations aux concepts, méthodes et outils de la qualité

La dynamique engagée pour diversifier les connaissances relatives aux concepts, méthodes et outils qualité sera poursuivie, particulièrement pour les thèmes suivants :

- Méthodes de résolution de problèmes,
- Evaluation des pratiques professionnelles,
- Audits cliniques,
- Méthode d'analyses de causes,
- Retour d'expériences,
- Elaboration et analyse de questionnaires.

La Cellule Qualité sera davantage associée à l'analyse des besoins institutionnels de formation sur les thèmes qualité/risques, notamment dans la perspective de préparation des entretiens annuels de formation.

2.8 – Mettre en place un système d'information mieux adapté au management de la qualité et des risques

Le Système d'Information doit être un support d'accompagnement du projet de Management de la Qualité et des Risques. Celui-ci est appelé à contribuer à une meilleure efficacité médico-économique, notamment par la mise en place d'un système transversal de suivi des fonctions logistiques et des indicateurs de qualité.

La fonction de veille réglementaire est répartie entre différentes directions fonctionnelles. La Direction Qualité contribuera à cette fonction par une approche transversale complémentaire via le suivi des thématiques du compte qualité (sécurité des biens et des personnes, de l'environnement, sécurité au travail, etc..).

Concernant la gestion documentaire, la messagerie interne, l'intranet PLEO (intégrant désormais le signalement informatisé des événements indésirables) ainsi que l'acquisition de logiciels spécifiques ont favorisé la gestion documentaire qualité. Il est souhaitable que d'autres logiciels métiers, prenant

mieux en compte les besoins liés au recueil, aux échanges et aux traitements des données nécessaires au management de la qualité et des risques ainsi que de la certification, viennent compléter les outils en place. Le dispositif de gestion documentaire sera évalué périodiquement.

2.9 – Poursuivre la diffusion d'une culture « Développement Durable »

Dans le cadre du précédent projet, du fait de campagnes de communication réitérées, les enjeux de responsabilité sociale et environnementale liés à la prise en compte du développement durable dans les activités de l'Établissement sont davantage perçus par les professionnels. La gestion des risques a par exemple été élargie aux risques environnementaux.

Les résultats de l'établissement pour l'audit « Baromètre Développement Durable édition 2015 » suggère de poursuivre la dynamique engagée avec les pistes d'amélioration suivantes :

Poursuite de la sensibilisation au développement durable

La communication sur les enjeux et les objectifs des démarches de développement durable reste indispensable. Les actions de sensibilisation auprès des professionnels et des patients seront poursuivies avec, notamment, des articles dans « Vagabondages », des affichages dans les unités, des réunions d'information thématiques, des formations, la mise en place d'un forum d'idées ou la diffusion régulière d'informations dans l'intranet PLEO.

Inclusion de critères « développement durable » dans les cahiers des charges

Une vigilance particulière sera demandée à la Direction des Affaires économiques Techniques et Logistiques pour s'assurer de l'inclusion de critères de développement durable dans les cahiers des charges des produits et services ainsi que dans les projets de construction ou de rénovation (démarche de type HQE).

Mise en place d'une politique globale de réduction des consommations et de tri sélectif des déchets recyclables

Par-delà les actions ponctuelles, la formalisation d'une politique globale de réduction des consommations (eau ; énergie..) assortie d'un plan d'actions ainsi que la mise en place d'un tri sélectif des déchets recyclables restent des objectifs à atteindre, avec, notamment, une stratégie d'achat pour limiter les emballages. Cette politique sera formalisée dans le Projet Patrimonial et Logistique du Projet d'Établissement.

Réalisation d'un bilan d'émission des gaz à effet de serre (Bilan Carbone)

Ce bilan est désormais obligatoire pour les établissements publics de plus de 250 salariés. Il permet de connaître la quantité de gaz à effet de serre produite par les activités et donne des indications pour réduire les consommations d'énergies , optimiser les achats et intégrer des notions de performance durable. L'ADEME a réalisé un guide pour aider les établissements sanitaires et médico-sociaux à réaliser leur bilan GES.

Mise en place d'indicateurs de suivi des actions de Développement Durable

Le suivi d'indicateurs pour les actions de développement durable est une exigence de la certification. L'établissement devra identifier, collecter et analyser dynamiquement quelques indicateurs pertinents tels l'évolution de la consommation d'énergie (par m²), la consommation d'eau (en litre par lit), l'évolution du nombre de photocopies, le nombre de filières de recyclage, le volume de

déchets recyclés, l'indice de satisfaction au travail, l'évolution de l'absentéisme et des maladies professionnelles, etc....

3 – LE MANAGEMENT DES RELATIONS AVEC LES USAGERS OU LEURS REPRESENTANTS

La place et le rôle des représentants d'usagers dans une dynamique collective d'amélioration de la qualité et de prévention des risques ont profondément évolué avec les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004. Les objectifs du projet sont les suivants :

3.1- Favoriser l'association des représentants d'usagers à la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques

Au CH VALVERT, la représentation institutionnelle des usagers et des familles est assurée au Conseil de Surveillance, à la COQUASS et à la CRUQPC. Les RU sont associés à la définition de la politique et informés du suivi du programme. Mais cette démarche connaît des limites car le plein exercice de la fonction, qui nécessite d'actualiser des connaissances et de donner du temps, se heurte souvent à la précarité des moyens dont ils disposent ou à leur manque de disponibilité. Une réflexion sera engagée avec les représentants des usagers et des familles pour optimiser les moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions et favoriser leur participation.

Les RU pourraient par exemple être sollicités pour participer à certains audits (par exemple respect des droits) en tant qu'observateur, dans la phase d'élaboration du référentiel, dans la phase d'enquête sur le terrain ou lors de l'analyse des résultats obtenus.

3.2 - Favoriser l'engagement des RU dans la certification

Cette dynamique est proposée pour ouvrir un espace de dialogue supplémentaire. Promouvoir des approches centrées sur le patient est un objectif de la certification, en adéquation avec les missions de la CRUQPC. L'implication renforcée des représentants d'usagers (RU) dans la certification permettra d'enrichir la mise en oeuvre des méthodes, notamment celles du patient traceur. Elle renforcera également les droits collectifs et individuels des usagers, en faisant évoluer leur représentation dans les cultures professionnelles et en contribuant à construire un partenariat avec les soignants autour des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

Les trois thématiques suivantes, thématiques centrales de la certification les plus pertinentes du point de vue des RU, donneront lieu à une participation renforcée :

- Le management de la qualité et la gestion des risques.
- Les droits des patients.
- Le parcours du patient.

La participation des RU aux travaux du compte qualité (phase d'identification et d'évaluation des risques et phase de définition du plan d'action) sera sollicitée.

3.3 - Améliorer la connaissance de l'Etablissement par les RU

La visite de l'établissement est déjà en place pour tout nouveau RU. Elle mériterait être instituée dans le cadre du suivi des actions d'amélioration pour aborder diverses questions (signalétique, accessibilité handicap, ergonomie des locaux, etc...). Ces visites seront proposées dans le prolongement des séances de la CRUQPC.

3.4 - Améliorer la vision des RU sur les risques dans l'établissement

Le projet de loi de modernisation du système de santé renforce le volet qualité et gestion des risques de la nouvelle commission des usagers (CDU). Les résultats de l'analyse globale des événements indésirables et les plans d'actions qui en découlent, comme l'analyse spécifique des événements indésirables graves, sont des données intéressantes pour appréhender les fragilités de l'établissement et ses priorités d'amélioration. Il en est de même pour l'exploitation qualitative des plaintes ou réclamations ou les résultats des audits patients traceurs. Un bilan annuel sera présenté à la CDU.

3.5 - Diversifier les espaces ou méthodes d'écoute des patients (usagers)

Les outils actuellement mis en œuvre pour mesurer la satisfaction des usagers interviennent a posteriori. Ils donnent peu de possibilité de détecter les attentes ni de se réinterroger sur les pratiques. Une approche davantage prescriptive permettrait de dépasser le seul concept de satisfaction et d'évaluer plus finement la qualité attendue par nos usagers. Des méthodes ou outils de perception des attentes des usagers ou d'évaluation de leur satisfaction seront développées. (Enquêtes ciblées, consultations participatives auprès de patients, de familles).

Par ailleurs, les modalités d'organisation de rencontres directes avec les patients ou leur entourage seront réinterrogées (tenue de permanences, visites accompagnées dans les services,...).

4 - CONCLUSION GENERALE

Le Centre Hospitalier VALVERT engage son cinquième cycle de certification, avec une démarche d'amélioration continue de la qualité et des risques désormais bien ancrée dans son paysage institutionnel.

L'effet levier de cette dynamique sur la qualité et la sécurité des prestations a été reconnu, tant en interne par les professionnels du soin que par les résultats des visites de certifications successives.

Un véritable ancrage culturel de la qualité et de la prévention des risques se développe, avec une plus grande implication des personnels.

Les enjeux de l'évaluation (notamment des pratiques professionnelles) sont désormais perçus, non plus comme des injonctions procédurales mais bien comme des enjeux d'amélioration de la qualité des prises en charge.

Les résultats de la dernière visite de certification sont attendus pour la fin de l'exercice 2015. Ils donneront lieu à une actualisation des données du Compte Qualité de l'Etablissement, préalable à sa saisie dans l'application SARA en cours de développement.

Le projet de Management de la Qualité, des Risques, des Relations aux Usagers 2016-2020 constitue un volet à part entière du Projet d'Etablissement.

Dans la continuité de valeurs des projets précédents, il porte l'ambition de contribuer à l'adaptation de l'organisation du CH VALVERT, au bénéfice de ses patients et de ses personnels

PROJET ECONOMIQUE, TECHNIQUE ET LOGISTIQUE

Ce projet a pour ambition de fixer les enjeux et les perspectives d'évolution des différentes fonctions économiques, logistiques et techniques pour les cinq prochaines années en lien avec les orientations ministérielles et la politique générale de l'établissement. Ces activités devraient connaître encore sur cette période des mutations importantes en termes d'organisation et d'adaptation des prestations fournies.

Ce projet est :

Un projet de gestion fédérateur au niveau des différents aspects de la fonction économique,

Un projet qui participe à la réalisation du projet médical par la mise en œuvre de son aspect patrimonial au travers d'une politique de réorganisation de l'offre de soins par des opérations de rénovation et de restructuration des unités.

Un projet qui accompagne le projet social en œuvrant pour l'amélioration des conditions de travail du personnel et la sécurité,

Un projet qui prend en compte les résultats de la certification

Il s'articule autour de deux axes majeurs :

1 - L'EFFICIENCE DES FONCTIONS DE LA DSETL

Tous les domaines de la fonction économique sont concernés par cet objectif fondamental dans une période de contrainte budgétaire persistante. L'ambition est de maîtriser les dépenses afin de garantir la compétitivité des fonctions par rapport au secteur privé et aux autres établissements hospitaliers similaires.

1.1 - La fonction achats

L'optimisation de cette fonction doit tenir compte de trois facteurs :

- ☒ Les demandes des utilisateurs,
- ☒ Le contexte budgétaire
- ☒ Les données réglementaires.

La mise en œuvre de cet objectif s'effectuera par la création d'une cellule spécifique qui garantira l'efficacité de l'achat notamment par la mise en place d'un plan d'action achats dans le cadre du programme PHARE piloté par l'ARS.

L'objectif est celui de la maîtrise des coûts tout en préservant la qualité des produits et des services ainsi que la bonne adéquation entre la demande et l'achat.

Un des moyens est le travail sur les modes de prise en charge par une meilleure association des utilisateurs aux processus d'achat.

1.2 - La fonction comptable

La réorganisation de cette fonction vise à garantir l'efficacité de l'organisation et à différencier le secteur chargé de la liquidation de celui du mandatement.

En outre, dans le cadre de la fiabilisation des comptes un inventaire comptable et physique sera réalisé sur l'ensemble des structures de l'établissement.

1.3 - La fonction restauration

La maîtrise des coûts doit se poursuivre permettant la réduction effective du niveau de l'unité d'œuvre. Une réflexion sera poursuivie sur la politique d'achat même si la quasi-totalité des approvisionnements alimentaires s'effectue au sein d'un groupement de commandes.

Un travail régulier se poursuivra avec les utilisateurs notamment dans le cadre du CLAN afin de poursuivre l'amélioration de la qualité des prestations pour les patients et les personnels.

1.4 - La fonction magasins

Conformément au précédent projet, le nombre de magasins a été ramené à deux et l'organigramme a été modifié avec la mise en place d'un responsable unique. Afin de rendre cette fonction encore plus performante, il est indispensable de poursuivre sa centralisation. C'est ainsi que l'harmonisation des moyens en terme de demandes, de commandes et de distribution sera complète.

Un investissement en matériels et travaux permettra de mettre en place un système d'inventaire automatisé qui dégagera des gains de productivité.

1.5 - La fonction logistique

La réorganisation de cette fonction sera poursuivie par le recrutement d'un logisticien qui en assurera la coordination.

1.6 - La fonction blanchisserie

Conformément au précédent projet la fonction blanchisserie fait l'objet d'une sous-traitance publique partielle. Il conviendra de pérenniser cette organisation au travers de la gestion des flux et des procédures communes mises en place.

1.7 - La fonction transport des biens, des personnes et services intérieurs

Pour répondre à la problématique de baisse constante des effectifs deux orientations seront poursuivies :

La réorganisation des moyens par la mutualisation des ressources humaines

L'externalisation de certaines missions

1.8 - La fonction technique

La fonction technique recoupe à la fois les opérations d'investissements et les opérations de maintenance qu'il convient de rendre plus performantes. Cette fonction doit répondre à un double objectif :

- ☒ La maîtrise des dépenses d'entretien des installations et des équipements,
- ☒ L'amélioration de la performance des interventions internes et externes.

A ces fins, cette fonction sera regroupée dans un même lieu. Dans le cadre des opérations d'investissements il conviendra de mieux formaliser les procédures de définition des besoins par les services et de suivi des opérations par la direction.

Un des enjeux sera la réalisation du programme d'accessibilité déposé en préfecture.

Un programme de maintenance préventive sera mis en place afin de limiter l'usage des bons intranet par les services et de réduire les coûts par une programmation globale de l'intervention.

1.9 - La fonction sécurité des biens et des personnes

Cette fonction regroupe les problématiques complexes de sécurité incendie et de sûreté. L'ensemble des installations et équipements de sécurité incendie de l'établissement a été mis aux normes, il convient d'en assurer une maintenance scrupuleuse et de veiller à la formation régulière des personnels dans ce domaine.

Sur le plan de la sûreté l'objectif est de pérenniser le fonctionnement de l'équipe dédiée et de poursuivre la professionnalisation de celle affectée à la nouvelle entrée de l'hôpital.

2 - L'EFFICIENCE DES MISSIONS DE LA DSETL

2.1 - Accompagner le projet médical et les projets de services

Un axe fondamental du projet médical est la réorganisation de l'offre de soin. La DSETL doit y participer par la prise en charge de son aspect patrimonial afin d'en assurer la réussite.

D'importantes opérations de restructuration et de rénovation des unités seront engagées ainsi que des acquisitions immobilières dans le cadre des projets de pôle. Le projet social sera accompagné dans le domaine de l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité des personnels.

2.2 - Placer les utilisateurs au centre du dispositif économique

Il convient de fournir aux patients et aux professionnels des produits et des prestations de qualité et de les évaluer de façon régulière. La relation client fournisseur sera fondée sur une réactivité accrue.

Un travail sera accompli afin de :

- ☐ Améliorer la qualité des produits et des prestations,
- ☐ Mieux garantir les délais et la qualité des livraisons,
- ☐ Diffuser et garantir l'information à tous les niveaux du processus d'approvisionnement,
- ☐ Evaluer régulièrement l'ensemble des processus (enquêtes de satisfaction, analyses bactériologiques et audits hygiène),
- ☐ Améliorer les conditions de travail et la professionnalisation des personnels
- ☐ Améliorer les conditions de séjour des patients par la poursuite d'une politique ambitieuse de renouvellement des équipements,
- ☐ Améliorer la sécurité au sein de l'établissement par le déploiement adapté des moyens humains et techniques.

PROJET DE GESTION

1 - PROJET FINANCIER

Depuis plusieurs années, le Centre Hospitalier Valvert connaît des difficultés financières importantes. Dès 2006, un premier Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) avait été signé. Cependant, à partir de 2008, l'établissement a affiché à nouveau un résultat déficitaire, qui s'est aggravé en 2012. La Direction a décidé de négocier un nouveau CREF avec l'ARS avec des mesures d'économies formalisées sous forme de fiches actions, jusqu'en 2015 et la communauté médicale s'est également engagée dans un plan d'actions pour redresser l'activité.

L'objectif du CREF, signé le 03 mai 2013 mais appliqué à partir de 2012, était de restaurer l'équilibre sur le cycle d'exploitation, via une politique de réduction des charges appliquée par l'établissement et de résorber le report à nouveau déficitaire d'un montant de 1 355 360,75 euros, via l'attribution de crédits alloués par l'ARS. L'établissement s'est également engagé à diminuer son taux d'indépendance financière proche de 60 %. Ainsi le recours à l'emprunt a été largement diminué.

En 2012 et en 2013, l'établissement a tenu ses engagements en termes d'économies et d'activité et s'est vu octroyer des crédits non reconductibles permettant de limiter les déficits annuels.

L'EPRD et le PGFP 2014 prévoyaient une trajectoire financière de nouveau dégradée, du fait notamment des mesures d'économies appliquées pour la première fois sur la Dotation Annuelle de Financement de 0,40 % sans aucune mesure de reconduction. L'ARS a demandé à l'établissement des mesures d'économies supplémentaires. La Direction a dû élaborer de nouvelles fiches actions notamment dans le cadre d'un projet de restructurations, permettant des mesures d'économies, associées à des crédits reconductibles octroyés par l'ARS. Lors de la clôture de l'exercice 2014, le résultat a été excédentaire.

Le projet définitif de restructuration et de mise en conformité des sites intra et extra muros d'un montant de 2 940 000 € (avec un retour sur investissement de 12,8 postes budgétaires soit 540 400 €) a été validé par le directoire puis l'ARS qui a, de surcroît, octroyé une subvention d'investissement de 500 000 euros.

Dans le but d'une équité d'allocations des ressources entre établissements, le système de péréquation retenu par l'ARS a été de calculer 10% de la DAF en 2015 en fonction d'un calcul lié notamment à l'activité, ce qui a eu pour effet de maintenir la DAF constante pour l'établissement.

Compte-tenu de la baisse des charges de personnel, de la vente d'une parcelle de terrain, le résultat prévisionnel d'exploitation est largement excédentaire afin de permettre une capacité d'autofinancement importante dans le cadre de la restructuration et de résorber le report à nouveau déficitaire

Dans ce contexte de retour à l'équilibre financier, il s'agit pour le service des affaires financières :

- de suivre au plus près les charges et les produits ainsi que les éléments d'évolution

- de s'adapter à la montée en charge de la péréquation régionale qui va progressivement impacter le montant de la DAF
- d'assurer le respect du CREF incluant le projet de restructuration
- d'assurer la pérennité du cycle d'exploitation et d'investissement,
- de retrouver l'équilibre financier en dégagant une marge brute suffisante.
- de mettre en œuvre la dématérialisation des pièces comptables

2 - TABLEAUX DE BORD

Afin de permettre un pilotage médico-économique et dans le cadre du programme Hôpital Numérique, il a été décidé d'élaborer des tableaux de bord, permettant à la fois un pilotage institutionnel et un pilotage médico-économique des pôles.

L'achat du produit QL développé et mis en place par l'éditeur MIPIH permet de produire des tableaux de bord générés à partir d'un système d'information alimenté par les données de production. Ainsi, un traitement automatisé récupère les données issues des quatre logiciels métiers (AGIRH, MAGH2, Cariatides et pastel).

L'ensemble des tableaux de bord est actualisé chaque jour et permet un suivi d'indicateurs d'activité (RIMPSY), de ressources humaines (effectifs, absentéisme, heures supplémentaires, etc...), de performance financière et de qualité (suivi des formations du personnel, suivi du nombre de déclarations des évènements indésirables).

Un tableau comparatif année en cours/année antérieure est également disponible.

Plusieurs tableaux de bord ont été mis en place, ceux concernant les trois Pôles cliniques, le Pôle Managérial, le Pôle médico technique et ceux concernant le pilotage de l'établissement.

A partir de 2016, les tableaux seront opérationnels :

- les tableaux de bord de pilotage infra-annuel pour les Pôles cliniques : ils peuvent être consultés à tout moment par le trio du Pôle (Chef de Pôle, Assistants soignants et administratif) et permettent d'avoir des données précises et actualisées relatives à l'activité, aux effectifs, à l'absentéisme, aux charges financières, au suivi des dépenses et à la qualité. Ainsi, chaque trio de Pôle bénéficie d'outils pour identifier et quantifier des écarts de fonctionnement.

Des réunions quadrimestrielles seront organisées entre les trios de Pôle et la Direction des finances pour suivre l'évolution des indicateurs. Ces tableaux de bord pourront être utilisés lors des Conseils de Pôles. Dans le cadre des contrats de Pôle, des délégations ont été accordées aux Chefs de Pôle, permettant d'engager des dépenses, conformément au règlement intérieur et à la charte de délégation en date du 19/01/2011. Ainsi, ces tableaux permettent de suivre directement ces dépenses.

- les tableaux de bord de pilotage de l'établissement seront utilisés par la Direction pour analyser les secteurs en fonction d'éléments chiffrés et objectivés en termes d'activité, de ressources humaines, de qualité et de données financières.

- les tableaux de bord représentent un outil d'aide à la prise de décision et permettent d'éclairer, par des données objectives, les choix stratégiques de l'établissement.

Il s'agira d'une part d'adapter les tableaux de bord de façon permanente pour garantir une pertinence des indicateurs et d'autre part d'intégrer des indicateurs « personnalisés » en fonction des besoins de chaque Pôle et/ou direction fonctionnelle.

3 - FIABILISATION DES COMPTES

L'article 17 de la loi HPST a inscrit dans le Code de la Santé Publique à l'article L 6145-16, le principe de Certification des Comptes des Etablissements Publics de Santé dont les produits d'exploitation sont supérieurs à 100 000 000 d'euros, au plus tard sur les comptes de l'exercice 2014.

De ce fait, le Centre Hospitalier Valvert n'est pas soumis à certification des comptes mais doit répondre à la fiabilisation des comptes. Dans ce cadre, une démarche a été mise en place avec la Trésorerie Hospitalière. Ainsi, « le nettoyage » du haut du bilan a été entrepris avec notamment, la mise en place des intérêts courus non échus, le recensement et la comptabilisation des dépréciations et provisions et la régularisation par correction d'erreur sur les charges d'amortissement.

Les objectifs sur la période 2016-2020 sont les suivants :

- La réalisation de l'inventaire comptable et physique
- La mise en conformité des créances irrécouvrables
- le renforcement d'un contrôle interne comptable.

4 - POLE PATIENTS

Dans le cadre de la dématérialisation, il a été mis en place le protocole d'échange standard B2 Noémie en 2013, qui permet la dématérialisation avec la CPAM des frais de séjours relevant de la CMUC, des conventions internationales et de l'AME.

Le Protocole d'Echange Standard d'Hélios Version 2 (PES V2) est en cours de mise en place permettant la dématérialisation de la gestion comptable et financière, avec la Trésorerie Hospitalière. Le but est de générer des gains d'efficience, de simplifier et d'accélérer les processus, de diminuer les coûts de gestion, de faciliter les échanges d'information entre l'hôpital et le comptable et d'assurer une meilleure qualité comptable.

Ce service doit également assurer la régularité juridique des dossiers des patients en soins sans consentement. En effet, la loi du 05 juillet 2011 a réformé les soins sans consentement. Tous les patients placés sous ce régime bénéficient d'un contrôle systématique par le Juge des Libertés et de la Détention. Le service doit s'adapter en permanence à l'évolution de la réglementation particulièrement contraignante dans ce domaine.

Dans les cinq ans, les objectifs du service sont :

- adapter l'organisation pour maintenir le respect de la réglementation
- maintenir l'exhaustivité de la facturation ;
- assurer l'application effective de la dématérialisation ;
- garantir en permanence la qualité de l'accueil des patients

5 - SERVICE DES MAJEURS PROTEGES

Dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, le service de l'établissement suit les majeurs protégés pour lesquels les mandataires judiciaires ont été désignés par le Juge des Tutelles. Il s'agit de protéger le majeur dans les actes de la vie civile et de défendre ses intérêts et/ou sa personne en termes de gestion, et par des actions éducatives

Actuellement, on assiste à un nombre croissant de nouvelles mesures de protection. De plus, la complexité des dossiers et la loi du 5 mars 2007 impliquent une protection plus appuyée des biens et de la personne.

L'objectif sera donc de maintenir une prestation de qualité dans la prise en charge des majeurs protégés dans un contexte de contraintes budgétaires et de complexification de la réglementation.

SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

1 - PREAMBULE

Le Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) a pour objectif de définir une cible en matière de système d'information qui permette de soutenir les objectifs stratégiques de l'établissement et qui tienne compte des attentes exprimées lors de la campagne de recensement des besoins organisée par la Direction du Système d'Information et d'Organisation.

2 - LES OBJECTIFS DU SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION 2016-2020

Ce schéma directeur intervient dans une période de réformes importantes, de contraintes budgétaires fortes et d'évolutions techniques toujours plus rapides.

Dans ce contexte il doit définir les grands axes de développement de ces cinq prochaines années en assurant la cohérence des nouvelles actions avec :

- l'existant : les logiciels utilisés, les matériels, l'architecture réseau en place, les mutations en cours, le quotidien
- les actions en cours issues du précédent schéma directeur 2011-2015
- les évolutions : telles que les nouvelles technologies, l'interopérabilité des systèmes d'information, les dossiers nationaux (type DMP)
- les contraintes : augmentation des coûts de maintenance, obligations de sécurité (fiabilité, traçabilité, confidentialité, Plans de Retour et de Continuité d'Activité), budgets resserrés
- le projet médical et les autres composantes du projet d'établissement
- l'adaptabilité rendue nécessaire par les incertitudes de la future loi de Santé

Trois questions soutiendront en permanence l'analyse des projets : pourquoi, comment et pour qui.

3 - LES PRINCIPAUX AXES TRANSVERSAUX DE DEVELOPPEMENT

- La dématérialisation
 - des documents pour alimenter le dossier médical et administratif du patient
 - des échanges entre professionnels de santé
 - des commandes et des factures
 - des formulaires échangés entre la DRH et le personnel
 - des pièces justificatives dont le comptable a besoin.

- L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur
 - S'adapter au mieux aux contraintes structurelles induites par la mise en place des GHT
 - Etre en capacité d'alimenter le DMP
 - Faciliter et encourager les échanges avec tous les professionnels engagés dans la prise en charge du patient

- Les outils décisionnels
 - Contribuer à la performance médico-économique de l'établissement en fournissant les outils décisionnels adaptés aux besoins des professionnels.

- La communication
 - Refondre le site internet de l'établissement pour en améliorer la lisibilité, le contenu, l'attractivité et l'actualisation des données.
 - Poursuivre la démarche collaborative au travers de l'intranet
 - Mettre en place un portail RH à l'intention du personnel

- La couverture logicielle
 - Incorporer les outils décisionnels et collaboratifs
 - Remplacer l'actuel gestionnaire des plannings des personnels
 - Acquérir des outils spécifiques et adaptés à des problématiques métiers.

- Le Programme Hôpital Numérique et le Compte Qualité
 - Respecter les contraintes des prérequis et des domaines fonctionnels obligatoires
 - Améliorer et industrialiser le suivi des indicateurs
 - Mettre en place les actions correctives mises en évidence à travers l'analyse des risques du compte qualité.

- La sécurité du Système d'Information Hospitalier
 - Maintenir une veille technologique permanente
 - Opérer des contrôles permanents
 - Prendre en compte les normes et préconisations
 - Mener des actions récurrentes de formation et d'information auprès des utilisateurs

- Les nouvelles technologies
 - Maintenir une veille technologique permanente
 - Prendre en compte les demandes engageant des nouvelles technologies et en analyser la faisabilité en fonction des contraintes budgétaires, techniques et de sécurité.

- Améliorer la valeur ajoutée des fonctions support et d'assistance de la DSIO
 - Intervenir au plus près des utilisateurs, lors de courtes interventions dans les unités, pour répondre, sur un mode interactif, aux questions relatives à l'utilisation des outils bureautiques, collaboratifs et décisionnels.

4 - LA DEMATERIALISATION

La dématérialisation est l'un des leviers majeurs de gains d'efficacité dans les établissements de santé.

4.1 - Le dossier médical du patient

Le dossier médical du patient est géré par l'intermédiaire du logiciel Cariatides de l'éditeur SYMARIS.

Depuis mars 2012 une campagne d'équipement d'imprimantes laser multifonction a été menée. Tous les secrétariats médicaux en sont équipés. Les personnels, qui ont en charge la tenue des dossiers des patients, peuvent ainsi numériser les documents et les incorporer aux dossiers médicaux.

Objectif : faciliter cette pratique qui se développe de plus en plus au sein des unités de soins, dont certaines se rapprochent du « zéro papier ».

Cette dématérialisation des pièces du dossier du patient implique, pour être efficace,

- que l'éditeur du dossier Cariatides (Symaris) puisse intégrer dans la base de données les volumes générés par les nombreuses numérisations de documents
- que la DSIO mène une réflexion, qui se traduira ensuite par une action définie et programmée, sur la gestion des volumes disques nécessaires pour supporter cet afflux de fichiers
- que la DSIO soit en mesure d'assurer le bon fonctionnement et la pérennisation de cet équipement de numérisation au sein des unités.

4.2 - Le dossier administratif du patient

Le dossier administratif du patient est géré par l'intermédiaire du logiciel Pastel de l'éditeur MIPIH.

Le bureau des admissions gère actuellement un dossier papier pour chaque patient hospitalisé.

Objectif : accéder plus rapidement aux informations du patient via Pastel et diminuer le volume papier archivé.

L'établissement va faire l'acquisition d'un logiciel de gestion électronique de document intégré aux différents produits du MIPIH (Pastel, eMAGH2, AGIRH).

4.3 - La gestion économique : les commandes et les factures

Les commandes et l'intégration manuelle des données de factures sont gérées par l'intermédiaire du logiciel de gestion économique et financière eMAGH2 de l'éditeur MIPIH.

Objectif : dématérialiser les commandes et les factures dans le but de simplifier et d'accélérer les processus d'échanges entre l'établissement et les fournisseurs et ainsi diminuer les coûts de gestion.

La dématérialisation des commandes a commencé au sein du service de la Pharmacie depuis début novembre. Dans un projet qui a associé la société HOSPITALIS et l'éditeur MIPIH, le processus mis en place est le suivant :

- le pharmacien saisit ses commandes de médicaments sous eMAGH2
- la commande est automatiquement adressée au portail web de la société HOSPITALIS qui ensuite la redirige au fournisseur.

La dématérialisation de la facture sera mise en place dans un second temps.

Ce processus, aujourd'hui réservé à la commande de médicaments, va progressivement se mettre en place pour couvrir l'ensemble des commandes et des factures.

La DSIO travaillera conjointement avec le MIPIH pour la mise en place de ces échanges de type EDI.

4.4 - Echanges entre la DRH et le personnel

Le personnel échange régulièrement avec la DRH pour actualiser des données d'état civil, des données bancaires et d'autres types de données, les exemples de manquent pas :

- changement de situation familiale
- changement et actualisation annuelle de la situation des enfants en lien avec le SFT
- changement d'adresse
- changement de coordonnées bancaires
- etc ...

Objectif : dématérialiser ces échanges afin de

- permettre aux agents de ne pas se déplacer auprès du bureau du personnel
- optimiser au mieux le temps que les agents de la DRH passent à ces tâches
- diminuer le nombre de formulaires papiers

Pour répondre à ce besoin il sera mis en place un « portail DRH », logiciel qui permettra aux agents de transmettre les changements et les demandes à la DRH.

4.5 - Echanges entre l'ordonnateur et le comptable

Le projet PES V2 met en place des nouvelles modalités d'échanges ordonnateur/comptable. PES V2 est un nouveau protocole d'échange qui vise à la dématérialisation de bout en bout des échanges entre l'ordonnateur et le comptable en apportant également un enrichissement des données transitées.

Pour des contraintes réglementaires ce protocole doit être installé dans notre établissement avant fin 2016.

Objectif : généraliser la dématérialisation

- des pièces comptables → titres de recette, mandats de dépense et bordereaux journaliers qui les récapitulent
- des pièces justificatives dématérialisées → factures, marchés publics, états de paie, décisions, etc.
- de la signature électronique des bordereaux de dépense et de recette.

La mise en place de ce nouveau protocole est en cours dans notre établissement.

Cela va nécessiter

- l'acquisition de produits spécifiques → parapheur numérique, certificats numériques
- une adaptation des logiciels concernés (Pastel, eMAGH2, AGIRH)
- une réflexion organisationnelle au sein des directions fonctionnelles concernées.

5 - L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR L'EXTERIEUR

5.1 - La loi de Santé et la mise en place des GHT

Plusieurs interventions de la DGOS ont mis en valeur la notion de convergence des systèmes d'informations hospitaliers dans le cadre d'un GHT. Dans ce contexte le SDSI devra anticiper, prendre en compte et s'adapter. Les projets techniques et applicatifs devront être étudiés en tenant compte de ce nouveau type de coopération.

5.2 - Le DMP

La nouvelle loi de santé refonde le Dossier Médical Partagé, dont le pilotage est confié à l'assurance maladie, et révisé les dispositions sur le partage d'informations entre professionnels de santé.

Cette nouvelle dynamique aura un impact sur nos applicatifs patients et leur capacité à générer et/ou enrichir un tel dossier.

Objectif : le système d'information doit être capable de créer et/ou d'enrichir ce DMP. Par extension il devra également, après confirmation de la nouvelle loi de santé, donner l'accès au dossier pharmaceutique du patient.

Nos éditeurs, Symaris et MIPIH, étaient déjà en capacité de générer le DMP sous son ancienne formule.

Les logiciels Pastel et Cariatides devront être actualisés pour répondre aux nouvelles contraintes réglementaires.

5.3 - Les échanges entre tous les professionnels engagés dans la prise en charge du patient

L'instruction N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé indique notamment : « l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé est d'accélérer le déploiement des systèmes d'information supports de la coordination des soins et du parcours du patient. Le dossier médical partagé (DMP) et les

messageries sécurisées de santé sont les deux services de référence complémentaires pour la transmission dématérialisée des informations utiles pour servir et faciliter les pratiques des médecins et, plus largement, les professionnels de santé, afin de permettre une meilleure coordination des soins. ».

D'autre part, les professionnels de santé, extérieurs à notre établissement et impliqués dans la prise en charge de patients, émettent le souhait de pouvoir télécharger, à partir de notre site internet, des modèles de documents qu'ils doivent remplir et remettre au centre hospitalier.

Objectif 1 : permettre aux professionnels de santé d'échanger, au travers de l'espace de confiance de MSSanté, des données patients de manière dématérialisée, sécurisée et confidentielle.

Le projet de la mise en place de la messagerie sécurisée de santé a déjà commencé au sein de notre établissement depuis mi 2015.

La DSIO travaille conjointement avec l'ASIP-Santé, qui pilote ce projet au niveau national, et la société Enovacom spécialisée dans la gestion des interfaces sécurisées notamment dans le domaine de la messagerie électronique.

Nous en sommes actuellement à la phase des premiers tests d'échanges de messages sécurisés.

L'établissement a également été désigné par l'ARS comme établissement pilote pour la mise en place d'échanges sécurisés entre les professionnels intervenant dans la prise en charge du soin sans consentement. La messagerie sécurisée de Santé sera le vecteur principal de cette expérimentation.

Objectif 2 : permettre aux professionnels extérieurs à notre établissement de télécharger à partir du site internet des modèles de document préconisés dans la prise en charge des patients.

La refonte de notre site internet, prévu dans le cadre du schéma directeur 2016-2020, devra prendre en compte cette nouvelle fonctionnalité.

6 - LES OUTILS DECISIONNELS

Objectif : contribuer à la performance médico-économique de l'établissement en fournissant les outils décisionnels adaptés aux besoins des professionnels.

Dans le cadre du Programme Hôpital Numérique, l'établissement a travaillé plus particulièrement sur le domaine prioritaire N° 5 : le pilotage médico économique. Nous avons acquis le produit QL du MIPIH qui respectait les contraintes définies comme suit : les tableaux de bord doivent être générés à partir d'un système d'information alimenté par les données de production.

Cet outil à l'avantage d'établir des tableaux de bord en croisant des données sur l'activité, sur les charges et sur le personnel.

Les premiers tableaux de bord ont été élaborés et seront présentés lors des prochaines réunions prévues dans le cadre du dialogue de gestion entre les responsables de Pôles médicaux et la Direction des Affaires Financières.

Cette démarche va se généraliser auprès des différentes directions fonctionnelles. Des réflexions régulières devront être menées afin de définir de nouveaux indicateurs pertinents

à intégrer dans les tableaux de bords. La DSIO devra apporter son expertise auprès des Directions dans l'élaboration des tableaux de bord.

Un produit complémentaire, RHLOOK du MIPIH, a été mis en place en novembre 2015 à l'intention de la DRH. C'est un produit dont les données sont directement issues d'AGIRH. C'est un outil de gestion des effectifs dans son sens le plus large. Il y aura une montée en charge du produit courant 2016.

Le produit PGA du MIPIH va être installé courant 2016. C'est un outil d'expertise sur la fonction achat. Il s'adresse plus particulièrement à la Direction des Services Economiques, Techniques et Logistiques.

7 - LA COMMUNICATION

7.1 - Refonte du site internet de l'établissement

L'actuel site internet est une présentation a minima de l'établissement. Son « look » est vieillissant, ses fonctions limitées ce qui implique un manque de fraîcheur dans les données affichées.

Objectif : le nouveau site internet de l'établissement doit

- être plus attractif et plus lisible
- permettre aux professionnels de santé de télécharger des modèles de documents liés à la prise en charge des patients
- offrir une information précise sur l'offre de soin proposée par l'établissement
- posséder un outil de recherche pertinent
- permettre à des gestionnaires de mettre à jour les informations affichées.

Une nouvelle charte graphique sera définie.

Les contraintes techniques devront inclure les fonctionnalités suivantes :

- le téléchargement possible à partir du site
- un outil de recherche sur l'ensemble des données du site
- la gestion de composant de type multimédia
- la mise à jour du site prise en charge par des gestionnaires en intra qui devront pouvoir être autonomes vis-à-vis de la DSIO pour ce type de procédure.

7.2 - La démarche collaborative avec PLEO

PLEO, l'intranet collaboratif, a été mis en place durant l'été 2014. C'est une plateforme qui continue de s'enrichir. Toutes les fonctions de l'ancien Intranet n'ont pas encore été basculées vers PLEO. L'ensemble des formulaires (les bons de toutes sortes) ainsi que la fonction liée aux ordres de missions manquent encore à l'appel.

Objectif : exploiter au maximum les propriétés collaboratives de cet outil, s'affranchir de l'ancien Intranet, rendre plus efficiente la fonction Recherche et améliorer l'organisation des bases de documents.

Le travail de bascule des bons vers PLEO a déjà commencé. Tous les bons de l'ancien Intranet devront être opérationnels sur PLEO avant la fin 2016.

L'analyse de la fonction des ordres de missions devra débuter courant 2016.

Une réflexion devra être menée conjointement entre la DSIO et un groupe d'utilisateurs quant à la réorganisation des bases de documents. Cette réflexion sera menée courant 2016.

7.3 - Le portail RH

Ce portail doit permettre d'améliorer la communication entre la DRH et les agents de l'établissement.

Il doit

- apporter plus de fluidité dans les processus d'échanges d'information
- améliorer la qualité du contenu des échanges
- améliorer la qualité de la communication entre les agents de la DRH et le personnel.

8 - LA COUVERTURE LOGICIELLE

Objectif :

- renforcer les fonctions collaboratives de PLEO
- analyser et installer le portail RH
- mettre en place la centralisation de la gestion de la structure de l'établissement via le produit Convergence du MIPIH
- élargir la mise en place des outils décisionnels
- remplacer le logiciel de gestion des plannings des personnels
- répondre à des problématiques métiers en acquérant des produits spécifiques adaptés aux besoins.

L'intégration des bons (bons de travaux, bons de transports, etc.) dans PLEO est l'occasion de bénéficier des fonctions collaboratives de cette plateforme.

Le portail RH, un produit du MIPIH, dont il a été question plus haut, sera installé après un travail d'analyse des besoins de la part de la DRH avec l'assistance de la DSIO.

La structure de l'établissement doit être gérée en un seul endroit, ce qui est conforme à la préconisation du référentiel unique du programme Hôpital Numérique. Le produit Convergence du MIPIH est le logiciel de référence. La structure sera automatiquement délivrée vers les logiciels eMAGH2, Pastel et AGIRH. Sa mise en place s'effectuera courant 2016.

La gamme d'outils décisionnels du MIPIH (QL, RHLOOK, PGA) est en cours d'installation sur notre Système d'Information.

Le logiciel Gestor de l'éditeur GFI va être remplacé par un autre produit. C'est un logiciel vieillissant (2002) dont les fonctionnalités ne répondent plus aux besoins nouveaux. Un groupe de travail va être constitué de cadres de santé, de membres de la DRH et de membres de la DSIO. Ce groupe de travail aura pour tâche de visiter des établissements équipés de logiciels de gestion de planning des personnels. Il devra ensuite établir une synthèse des visites. Le résultat de cette synthèse devra être analysé par les trois directions fonctionnelles, DRH, DSSI et DSIO afin de dégager le choix du nouveau logiciel.

Ce groupe de travail devra ensuite travailler au paramétrage du nouveau logiciel avec l'assistance de la DSIO et de l'éditeur.

L'objectif est le démarrage du nouveau logiciel pour janvier 2017.

Certains métiers ont aujourd'hui des besoins de traitement de données qui ne peuvent être couverts par la gamme des produits déjà installés. Ces besoins sont spécifiques et la DSIO se propose d'étudier avec les utilisateurs concernés la réponse logicielle la plus adaptée.

9 - PROGRAMME HOPITAL NUMERIQUE ET COMPTE QUALITE

L'établissement répond aujourd'hui aux contraintes de l'ensemble des prérequis ainsi qu'aux domaines fonctionnels obligatoires.

Objectif :

- Maintenir le respect de ces contraintes
- Améliorer et industrialiser le suivi des indicateurs
- Prendre en compte l'analyse des risques du compte qualité afin de mettre en place les actions correctives.

Le maintien de ces contraintes passe par

- Des réunions régulières sur les données du suivi des indicateurs
- Une analyse des risques réexaminée de façon récurrente
- Des tests périodiques afin d'éprouver le PRA et le PCA
- Le maintien d'un haut niveau de sécurité du Système d'Information.

10 - LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

Le contexte législatif est de plus en plus exigeant. Le contexte technique est de plus en plus complexe. L'actualité, en matière de piratage informatique, nous alerte sur un environnement de plus en plus hostile.

Objectif : dans ce contexte tendu nous devons sans cesse maintenir et améliorer la sécurité du Système d'Information.

Les actions à poursuivre et celles à prendre en compte :

- Maintenir une veille technologique permanente de qualité

- Prendre en compte les normes et préconisations émises par les entités reconnues et habilitées (ANSSI, ASIP-Santé,...)
- Mener des actions récurrentes de formation et d'information auprès des utilisateurs
- Opérer un contrôle permanent par la mise en place d'alertes automatisées et relayées en cas d'atteinte à la sécurité du Système d'Information
- Actualiser régulièrement notre Politique de Sécurité Cadre. Ce document est la colonne vertébrale de l'ensemble des contraintes et préconisations en matière de sécurité du Système d'Information pour l'établissement.
- Procéder à un audit indépendant pour cibler les éventuelles fragilités de nos sécurités en place.

11 - LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Objectif : Maintenir une veille technologique permanente pour permettre à la DSIO d'être force de proposition dans l'analyse de problématique d'évolution du Système d'Information.

La DSIO prendra en compte les demandes engageant des nouvelles technologies et en analysera la faisabilité en fonction des contraintes budgétaires, techniques et de sécurité.

12 - ASSISTANCE RENFORCEE AUPRES DES UTILISATEURS

Objectif :

- Améliorer la valeur ajoutée des fonctions support et d'assistance de la DSIO
- Aider les utilisateurs à utiliser les logiciels de façon plus efficace

Nous avons constaté que des produits ne sont pas ou peu utilisés soit par manque de formation soit parce que les réponses attendues de la part du produit ne satisfont pas. L'exemple qui est revenu le plus souvent, au travers des entretiens que la DSIO a menés auprès des utilisateurs, est celui de PLEO. Le personnel soignant rencontre des difficultés lors de la recherche de procédures.

Nous envisageons d'intervenir au plus près des utilisateurs, lors de courtes interventions dans les unités, pour répondre, sur un mode interactif, aux questions relatives à l'utilisation des outils bureautiques, collaboratifs et décisionnels.