

Centre Hospitalier Valvert



Projet d'établissement 2026-2030

Table des matières

1. Mot d'introduction	3
2. Le Centre Hospitalier Valvert.....	4
A. L'organisation du CH Valvert, son implantation et ses enjeux territoriaux	4
B. Les valeurs de l'établissement.....	7
C. La dynamique institutionnelle	11
D. L'intégration territoriale	12
3. Méthode du projet d'établissement	13
A. La démarche générale	14
B. Une méthodologie d'élaboration participative	14
C. La prise en compte des attendus des partenaires.....	15
4. Projet médico-soignant.....	16
A. Fluidifier les parcours en favorisant l'accès aux soins et en accompagnant les transitions à toutes les étapes de la vie	17
B. Consolider les engagements en faveur des approches de moindre coercition	21
C. Poursuivre les diversifications et le renforcement de l'offre en lien avec les besoins du territoire....	22
D. Soutenir l'inclusion, l'autonomie et l'implication des usagers et de leur entourage dans les parcours.	25
E. Favoriser une approche transversale au service de l'innovation, la recherche et l'amélioration des pratiques.....	28
F. Renforcer la dynamique partenariale avec les acteurs du territoire au bénéfice des parcours des usagers.....	32
G. Projet des usagers	36
H. Projet qualité, sécurité des soins et amélioration continue.....	45
5. Volets transversaux du projet d'établissement	47
A. Projet social	47
B. Projets des services supports aux soins.....	51
C. Projet Systèmes d'Information	53
D. Projet Développement Durable.....	56
E. Projet de gouvernance et management participatif	59
F. Projet psychologique	61
G. Projet culturel	63
6. Détail des travaux thématiques.....	65
A. Pratiques soignantes et médicales	65
B. Accès et continuité des soins.....	70
C. Accès aux soins somatiques.....	77
D. Enfants et adolescents	81
E. TSA	87
F. Personnes âgées	94
G. Addictologie.....	100
H. Réhabilitation	104
I. Précarité	108
J. Recherche	112

1. Mot d'introduction

Ce projet d'établissement s'inscrit dans la volonté commune des acteurs de notre hôpital psychiatrique public de répondre, avec humanisme et rigueur, aux besoins d'accompagnement en santé mentale du territoire.

Notre établissement a pour mission d'accueillir, de soigner et d'accompagner les personnes en souffrance psychique, dans le respect de leur dignité, de leurs droits et de leur singularité. Il s'agit d'un engagement fort envers les patients, leurs proches et l'ensemble des partenaires qui contribuent aux parcours de soins et d'insertion.

Le contexte actuel de « crise » de la psychiatrie publique, et la prise de conscience de la place de la santé mentale dans la société ont conduit le gouvernement à la désigner comme grande cause nationale en 2025. Un volet spécifique lui est consacré dans le projet régional de santé et les acteurs en charge des différentes politiques publiques sont mobilisés dans le portage des projets territoriaux de santé mentale ainsi que dans les contrats locaux de santé. En effet, la prévalence de la souffrance psychique et des troubles graves se développe dès l'enfance.

Les organisations de soins et les modalités d'accompagnement restent hétérogènes et insatisfaisantes au regard de l'accès aux droits et à la dignité des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Toutefois, les capacités de notre discipline à penser ses actions en articulation avec les enjeux sociaux et médico-sociaux, et l'engagement des soignants pour enrichir leurs pratiques et renforcer l'accès aux soins, participent à déstigmatiser progressivement les pathologies psychiatriques et à rendre plus attractif ce champ professionnel, qui est au cœur des politiques de santé publique.

Ce projet s'inscrit dans la poursuite du précédent et tient particulièrement à rappeler les valeurs fondamentales :

- Une approche globale, humaine et dynamique du sujet, ancrée dans la politique de secteur, pour une conception des soins privilégiant la dimension relationnelle et attentive aux déterminants institutionnels
- Une opposition historique à la contention physique et une réflexion collective soutenue pour une psychiatrie de moindre coercition dans un hôpital ouvert, engagé dans la diminution du nombre et de l'utilisation des chambres d'isolement
- Une gouvernance participative et collégiale et des liens réguliers entre tous les personnels de l'établissement au service des patients et leur famille, des espaces de rencontres et de discussion ouverts aux personnels soignants techniques ou administratifs, qui ne cessent d'alimenter la réflexion pour construire de nouveaux projets.
- Une place primordiale pour les usagers et leurs représentants au sein des instances et dans les espaces de réflexion, associés à l'élaboration des projets et dans la vie de l'établissement. Une prise en compte de leurs idées et de leurs expériences pour tendre vers davantage de démocratie sanitaire.
- Une dynamique alliant les principes à l'origine du secteur à l'innovation. C'est en effet grâce à des bases sectorielles solides que d'autres équipes ou projets innovants voient le jour, afin de compléter notre offre et d'enrichir nos pratiques

Nous tenons à saluer ce travail collaboratif qui repose sur l'écoute, le partage d'expériences et la complémentarité des expériences des équipes de l'établissement ainsi qu'à remercier l'ensemble des professionnels et partenaires ayant contribué à l'élaboration de ce projet.

2. Le Centre Hospitalier Valvert

A. L'organisation du CH Valvert, son implantation et ses enjeux territoriaux

Un hôpital public de référence en santé mentale

À l'Est de Marseille, dans le département des Bouches-du-Rhône, le Centre Hospitalier Valvert est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie et en santé mentale.

Le Centre Hospitalier Valvert a été fondé en 1975, à un moment clé de l'histoire de la psychiatrie contemporaine, marqué par l'émergence du secteur comme principe structurant de l'organisation des soins en psychiatrie publique.

Une offre de soins sectorisée, spécialisée et coordonnée

L'activité de l'établissement s'articule autour de missions de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi thérapeutique de personnes vivant avec des troubles psychiques ainsi que de mise en œuvre d'actions de santé publique. L'établissement assure à la fois une fonction de recours spécialisé, pour les usagers, les médecins traitants ou autres spécialistes, et une fonction d'orientation vers des thérapies spécifiques.

Le système d'organisation des soins répond aux principes de la sectorisation. Cette organisation permet de prodiguer des soins de proximité et d'assurer la continuité des prises en charge grâce à des structures de soins réparties dans l'ensemble des secteurs géographiques. Certains types de prise en charge (addictologie, réhabilitation psychosociale, etc.) sont pour leur part organisées de façon intersectorielle comme un levier complémentaire au fonctionnement sectoriel, sans se substituer à l'organisation de proximité propre à chaque secteur.

Le CH Valvert se compose de trois pôles. Le pôle de Psychiatrie générale comprend quatre secteurs de prise en charge. Le pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des soins de l'Autisme est constitué de deux intersecteurs et d'un Service d'Évaluation et de Soins de l'Autisme (SESA). Enfin, le pôle de Psychiatrie de la Personne Âgée comprend un secteur de prise en charge.

Une offre de soins diversifiée et adaptée aux besoins

Chaque secteur du Pôle de Psychiatrie de l'Adulte, ainsi que le Pôle de Psychiatrie de la Personne Agée, dispose à la fois d'unités d'hospitalisation à temps complet, de structures à temps partiel telles que des hôpitaux de jour, des hôpitaux de semaine et des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et de structures ambulatoires telles que les Centres Médico-Psychologique (CMP), conformément aux attentes en matière d'autorisation d'activité.

Le CMP constitue le lieu pivot de l'organisation sectorielle, aussi bien en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie, où il n'existe actuellement pas d'unité d'hospitalisation à temps plein. Le dispositif de soins pédopsychiatrique est composé, en outre, de différentes unités de soins spécialisées (périnatalité, adolescents, enfants confiés, dépistage précoce des psychoses débutantes).

Certaines unités ou services, du fait de leur mission, ont un rayonnement intersectoriel, en complémentarité et sans se substituer aux soins de proximité réalisés au sein secteurs. Une ou plusieurs unités intersectorielles sont rattachées aux secteurs adultes : la sociothérapie et l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (secteur 7), les

unités d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel visant à la réinsertion et à la resocialisation (secteur 8), le service de réhabilitation psychosociale et le service d'addictologie et le Centre d'Accueil de Crise et de Consultations (secteur 10).

Le CH Valvert propose une offre de soins complétée par des dispositifs de psychiatrie de liaison (CH d'Aubagne, La Ciotat, Allauch, Centre Gérontologique Départemental), ainsi qu'une participation à la Plateforme de Coordination d'Orientation (PCO) dédiée aux troubles de neuro-développement chez les enfants de moins de 7 ans.

Le service d'addictologie propose des consultations de suivi et des consultations de liaison dans les structures du CH Valvert.

Plusieurs unités mobiles sont en place permettant de déployer des prises en charge de type « Aller-vers » :

- Pour la prise en charge de l'autisme, à destination des bébés, des enfants et des adolescents ;
- En pédopsychiatrie, et plus précisément à destination de la périnatalité, des enfants confiés, des soins aux adolescents et du dépistage précoce des psychoses débutantes ;
- En psychiatrie générale, une unité dédiée à la réhabilitation psychosociale ;
- En psychiatrie de la personne âgée, une unité mobile de la personne âgée (UMPPA) qui intervient dans les établissements sociaux et médicaux sociaux, dont les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale).

Au total, l'établissement dispose de 156 lits et 171 places.

L'ouverture en 2024 d'une Unité de Thérapies Complémentaires a renforcé cette dynamique, en élargissant l'offre de groupes et de thérapies pour les patients et leurs familles. L'établissement affirme ainsi sa volonté de promouvoir une diversité de modalités de soin, soutenue par une organisation dédiée et un budget spécifique.

Le Centre Hospitalier Valvert compte trois sites d'urgences dans sa zone d'intervention :

- Le service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier Edmond Garcin à Aubagne,
- Le service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier de La Ciotat,
- Le Centre d'accueil permanent (CAP 48) de l'Hôpital de la Timone.



Un maillage territorial confronté à des inégalités sociales

Le Centre Hospitalier Valvert intervient sur deux territoires de santé : celui de Marseille et celui d'Aubagne-Allauch-La Ciotat. Il dessert notamment les cantons d'Aubagne, Cuges-les-Pins, Gémenos, La Penne-sur-Huveaune, Allauch, La Ciotat et Roquevaire. Ces zones regroupent une population de 364 865 habitants, dont 26 % ont moins de 18 ans.



mise en évidence par la précarité qui touche particulièrement les quartiers prioritaires de la ville de Marseille et la vallée de l'Huveaune.

Le département des Bouches-du-Rhône présente un taux d'équipements médico-sociaux dédiés à la santé mentale inférieur au niveau national. L'offre en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et en EHPADs est inférieure en nombre de places rapportées à la population. Ce constat est identique pour l'offre médico-sociale à destination des jeunes : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) et en Institut Médico-Educatif (IME).

Une dynamique d'activité en croissance malgré les tensions

La file active du Centre Hospitalier Valvert augmente en continu depuis 2020, avec une hausse de 12,7% entre 2020 et 2024 et atteignant ainsi 9 944 patients. Cette hausse s'explique majoritairement par la croissance du nombre de patients pris en charge en ambulatoire.

L'établissement affiche une durée moyenne de séjour à temps plein (45,8 jours), ainsi qu'une rotation en hôpital de jour adulte (56,1 jours) inférieures à la moyenne nationale. La rotation en hôpital de jour de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (23,4 jours) est, quant à elle, supérieure à la moyenne nationale.

Le territoire du CH Valvert est caractérisé par des inégalités socio-économiques et démographiques.

La population du territoire présente de fortes disparités en termes de densité. Les zones les plus denses sont concentrées sur Marseille et les villes situées aux alentours (La Penne sur Huveaune, Plan de Cuques, etc.). La population est en hausse sur tout le territoire du CH Valvert, à l'exception des villes de Roquevaire et Cassis.

On observe également une population plus âgée, comparativement au niveau national, et vieillissante.

Les secteurs psychiatriques de l'établissement sont confrontés à une fracture socio-économique,

B. Les valeurs de l'établissement

Les valeurs portées par l'établissement guident l'ensemble des actions menées au service des patients. Elles s'incarnent au quotidien dans les pratiques des équipes, dans l'organisation des soins, et dans les liens tissés avec les usagers, leurs proches et les partenaires du territoire.

Un hôpital ouvert et vivant, qui permet la libre circulation des patients et usagers

Le Centre Hospitalier Valvert défend une conception du soin en psychiatrie fondée sur l'ouverture. Ce principe se concrétise d'abord par l'organisation d'unités de soins non fermées qui permettent la libre circulation des patients, de leurs proches, et des professionnels. Elle s'inscrit dans une volonté de respecter les droits, de favoriser l'autonomie et de construire une relation, sous-tendue par une approche théorique fondée sur la psychopathologie et l'analyse des enjeux institutionnels et relationnels.

Pour garantir, voire améliorer cette approche, la gouvernance de l'établissement veille à maintenir un effectif suffisant de professionnels, accompagné d'une formation continue, pour préserver une capacité collective à penser et contenir la complexité des situations.

L'ouverture s'exprime également à travers l'ancre territorial de l'hôpital. Le CH Valvert déploie de nombreuses unités de soins ambulatoires et à temps partiel dans la cité, au plus près des lieux de vie des patients. Ce maillage territorial vise à favoriser l'accès aux soins, à prévenir les ruptures de parcours et à participer activement à la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Enfin, l'ouverture se manifeste aussi par les liens étroits que l'établissement entretient avec le tissu associatif et culturel. A titre d'exemple, l'accueil d'associations artistiques témoigne de l'importance accordée à la culture pour le développement du lien social, de l'expression personnelle et du rétablissement. Cette ouverture symbolise une psychiatrie qui s'inscrit dans une dynamique partagée avec la cité.



Une approche globale et dynamique du sujet ancrée dans la politique de secteur

Les équipes portent une conception du soin qui prend en compte la personne dans toutes ses dimensions : son histoire, son environnement, ses liens sociaux et ses aspirations. Il s'agit de permettre à chacun de se construire comme sujet, dans le respect de son individualité.

Cette approche est particulièrement pertinente en pédopsychiatrie où le soin s'adresse à un sujet en devenir. Elle implique une prise en compte fine de l'environnement familial, scolaire et social, et nécessite un travail en lien étroit avec les partenaires.

La politique de secteur constitue un cadre adapté à cette vision du soin. Fondée sur la proximité, la continuité et l'accessibilité, elle permet d'organiser une offre en lien avec les besoins de la population. Pensée comme un cadre en mouvement, elle vise à promouvoir l'adaptabilité des dispositifs et la complémentarité des structures. L'intersectorialité vient enrichir cette organisation. Sans se substituer au travail des secteurs, elle permet de développer des réponses spécifiques, plus souples et mieux adaptées aux situations complexes.

Des pratiques de soins basées sur la psychopathologie clinique et la dimension relationnelle du soin

Le soin en santé mentale repose d'abord sur la relation entre le patient et les soignants. Cette dimension relationnelle est au cœur de l'alliance thérapeutique et conditionne l'engagement du patient dans le processus de soin. Elle s'appuie sur l'écoute et la co-construction d'un cadre thérapeutique adapté.

Les pratiques s'ancrent dans une approche psychopathologique qui permet de considérer chaque situation de manière singulière, en tenant compte de l'histoire du patient, de ses liens familiaux et sociaux, et de ses ressources psychiques. Elle donne un cadre pour comprendre les troubles au-delà des seuls symptômes. Cette démarche repose sur une attention portée à ce qui se joue dans la rencontre entre le patient et les soignants. La mise en pratique nécessite une disponibilité psychique des professionnels, une formation continue des équipes et un espace de réflexion partagée au sein des équipes.

Une référence forte à la psychothérapie institutionnelle et ouverte à une pluralité d'approches théoriques

Les pratiques s'inspirent de la psychothérapie institutionnelle qui considère le cadre de soin comme un élément essentiel du processus thérapeutique. Cette approche vise à favoriser la participation active des patients dans la vie de l'établissement, à encourager la responsabilisation et à soutenir les liens sociaux.

Le centre hospitalier valorise également la pluralité des approches thérapeutiques, conscients de la nécessité des réponses adaptées aux besoins spécifiques des patients. L'établissement propose d'autres approches du soin : psychothérapies individuelles et de groupe, thérapies occupationnelles, soins somatiques, activités socioculturelles, etc.

Des pratiques de moindre coercition avec l'interdiction de la contention mécanique

Le Centre Hospitalier Valvert s'inscrit dans une dynamique de soins plus respectueuse, au profit de pratiques moins coercitives. La contention est interdite dans l'établissement depuis des décennies. Il réaffirme son opposition ferme à toute forme de contention mécanique, conscient que ces pratiques peuvent aggraver l'état des patients.

Le recours aux chambres d'isolement est limité à des situations cliniques précises, toujours en lien avec une mesure de soins sans consentement. Les alternatives à l'isolement sont systématiquement privilégiées, réduisant son utilisation au dernier recours comme le préconise le législateur.

Cette politique fait l'objet d'une réflexion continue des équipes qui travaillent à concilier la sécurité des patients et le respect de leurs libertés, en acceptant collectivement une part mesurée de risques inhérente à la prise en charge.

Une prise en charge au cœur de la pluridisciplinarité et de la transversalité

La transversalité vise à créer du lien au sens large entre les professionnels, les patients et leur entourage, en favorisant le sentiment d'appartenance à un collectif soignant. Elle offre aux équipes l'opportunité d'enrichir leurs pratiques respectives, contribuant ainsi à optimiser la qualité et la cohérence de la prise en charge.

Renforcer les dynamiques de collaboration entre pôles et entre professionnels est essentiel sur les questions organisationnelles, institutionnelles, soignantes et médicales. Cette démarche s'appuie sur des espaces et des formats existants qui encouragent le dialogue et le travail collectif au sein de l'établissement.

Parmi ces espaces, on peut citer notamment :

- Le collectif psy-psy qui constitue un lieu d'échange entre psychologues et psychiatres.
- Le Comité Ethique a pour vocation de favoriser, enrichir et structurer la réflexion et les actions en lien avec les problématiques éthiques liées à l'activité de l'établissement. Il propose des actions de sensibilisation, des groupes de réflexion thématique et des activités de saisine pour aider à la décision sur des situations en cours ou mener une analyse rétrospective.
- Le collectif Prendre Soins des Pratiques Professionnelles (PSPP), qui vise à encourager une dynamique réflexive et collective sur les pratiques professionnelles.



Une approche des soins qui s'appuie sur les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques occupent une place essentielle dans l'accompagnement des patients, en complément des soins médicaux et psychothérapeutiques. Elles sont proposées de façon transversale, dans l'ensemble des structures de l'établissement.

La sociothérapie, les groupes de parole, les ateliers à visée thérapeutique, les séjours hors les murs ou les actions sport-santé participent au processus de soin. Ces pratiques, inscrites dans la continuité du parcours du patient, soutiennent la réhabilitation, l'expression de soi et le lien social.

L'implication des usagers et de leurs proches dans la vie de l'établissement et la prise en compte de leur parole

Les patients et usagers sont reconnus comme acteurs à part entière du soin. Leur parole, leur expérience de la maladie et leurs attentes sont prises en compte dans les pratiques cliniques et les projets institutionnels. L'établissement développe des espaces d'expression et de participation pour les usagers et leurs représentants, au sein des services comme dans les instances.

Les familles et les proches, impactés par la pathologie de leur proche, peuvent devenir de véritables partenaires de soin, à condition d'être écoutés, soutenus et reconnus dans leur place. Ainsi, les proches bénéficient également d'un accompagnement spécifique : entretiens conjoints avec le psychiatre référent, groupes de parole dans les CMP, relais vers les associations, formations comme Profamille, ou encore temps d'échange sur les droits et démarches liés à l'hospitalisation en psychiatrie

Une forte collégialité entre les professionnels de santé

Faire vivre une véritable collégialité entre les professionnels est un choix structurant qui reflète une conception du soin fondée sur la coopération et la confiance. Elle s'exprime à la fois dans le champ médical et non médical.

Au niveau médical, cette culture de travail s'incarne dans des espaces réguliers de dialogue et de décision, tels que la Commission Médicale d'Établissement (CME) ou le Collège médical. En effet, l'ensemble des médecins assistants et praticiens hospitaliers sont membres titulaires de la CME.

Ce fonctionnement collégial permet de concilier les identités propres de chaque secteur, pôle ou service, tout en favorisant une vision commune du soin. Il garantit un équilibre entre les spécificités de chacun et les exigences d'un travail coordonné au service des patients.

C. La dynamique institutionnelle

Le Centre Hospitalier Valvert s'appuie sur **une gouvernance médicale forte**, portée par la **Commission Médicale d'Etablissement (CME)** et le **collège médical**. La CME assure le maintien de la cohésion médicale, guide les priorités médicales et participe à définir la stratégie du centre hospitalier. Tous les médecins, assistants et praticiens hospitaliers sont membres titulaires de la CME. Le collège médical, qui se réunit une fois par mois, a reçu délégation de la CME pour de nombreuses décisions. Chaque professionnel médical, à son arrivée, est investi d'une mission en lien avec la gouvernance, telle que la responsabilité de groupes de travail ou la participation à des jurys internes et externes.

La **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT)** réunit régulièrement l'ensemble des professionnels relevant de la direction des soins pour échanger sur l'organisation des soins, la formation et la qualité et la sécurité des soins. Elle constitue un espace de réflexion, de proposition et d'échange sur les pratiques professionnelles et les grandes thématiques du soin.

La direction des soins œuvre au moyen d'**un binôme médico-soignant** dans chaque unité : cadre supérieur de santé (CSS) et médecin chef de service ; cadre de santé (CS) et médecin référent d'une ou plusieurs unités. Il est garant d'un dialogue assuré entre les logiques soignantes et médicales.

L'établissement bénéficie d'un **service social et éducatif**, mis en place en 2019. Ce service regroupe les assistants de service social et éducateurs spécialisés, et est coordonné par un cadre socio-éducatif. En lien avec les dispositifs d'accompagnement existants et les instances de l'établissement, il joue un rôle transversal dans la lutte contre la précarité et l'accès aux soins. Le service s'implique également dans le projet social, pour promouvoir la qualité de vie au travail et la formation des professionnels.

Les **collèges professionnels** constituent des espaces de réflexion, de soutien entre pairs et de partage des pratiques. Ils participent activement à la dynamique institutionnelle, chacun selon sa spécificité :

- **Le collège des psychologues** : Il rassemble l'ensemble des psychologues et fonctionne sur un mode collégial. Il est un lieu de réflexion sur la pratique du métier de psychologue à l'hôpital et promeut une approche transversale et pluridisciplinaire du soin. Il organise des réunions régulières et participe à plusieurs espaces institutionnels (collectif psy-psy, commission « expérimentation »).
- **Le collège des cadres paramédicaux** : Créé en 2016, il se réunit au moins trois fois par an pour favoriser les échanges entre pairs et soutenir la réflexion sur la fonction d'encadrement en psychiatrie. Il renforce l'identité professionnelle des cadres et leur rôle dans le pilotage des équipes et des projets.
- **Le collège des assistantes médico-administratives (AMA)** : Il se réunit deux fois par an et permet aux AMA de partager leurs pratiques et de relayer leurs besoins, notamment en matière de formation. Occupant un rôle central dans l'organisation des soins et l'accueil des patients, les AMA sont souvent le premier contact avec l'établissement. Ce collège contribue à la reconnaissance de leur fonction essentielle dans le fonctionnement des services.
- **Le collège infirmier** : Relancé en 2023, il regroupe les infirmiers de l'établissement ainsi que, de manière inclusive, les aides-soignants et les infirmiers en pratique avancée. Il se réunit quatre fois par an et constitue un espace de réflexion sur les spécificités de la pratique infirmière, le partage d'expériences cliniques et la transmission des valeurs professionnelles. Il contribue à renforcer l'identité collective des soignants, à soutenir leur implication dans les projets institutionnels.

Les différents espaces d'échange peuvent présenter leurs réflexions aux instances de gouvernance de l'établissement afin de contribuer à son évolution.

Cette organisation, basée sur plusieurs instances, permet une gouvernance partagée et favorise la collaboration entre les différents secteurs, en s'appuyant sur des valeurs de respect, d'écoute et d'éthique. Le pilotage s'inscrit dans une approche polaire et pluridisciplinaire où les secteurs coopèrent avec les dispositifs transversaux pour répondre aux besoins du territoire.

D. L'intégration territoriale

Le CH Valvert s'inscrit dans une dynamique de coopération territoriale pour renforcer la cohérence et la continuité des parcours de soins en santé mentale.

Il s'inscrit, tout d'abord, dans une politique coordonnée entre les établissements publics de santé :

- Les équipes participent à la stratégie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), en contribuant au pilotage du projet médico-soignant partagé (PMSP) pour la filière psychiatrie, avec notamment l'animation de la réflexion sur les soins sans consentement et l'évolution des pratiques professionnelles pour abolir la contention ; Les équipes administratives, logistiques et techniques conjuguent leurs actions pour assurer une mise en œuvre cohérente des politiques d'achat, d'équipement et de gestion des systèmes d'information au niveau du GHT ;
- L'établissement est également représenté dans le **Comité Exécutif Inter-Hospitalier (COMEXIH)** qui réunit les directions et équipes médicales des établissements du territoire afin de coordonner les parcours patients en psychiatrie sur le Grand Marseille ;
- Un protocole d'articulation territoriale a été signé avec les centres hospitaliers d'Aubagne, Allauch et La Ciotat. Il implique une structuration et une sécurisation des filières de soins intégrant la santé mentale, l'addictologie, les urgences, le handicap, la gériatrie et la pédiatrie. Il vise également à renforcer les interactions et le partage de bonnes pratiques dans deux domaines : premièrement, l'hygiène, la qualité et la gestion des risques et, deuxièmement, la prévention, la santé publique et l'éthique.

Acteur engagé à l'échelle départementale, le CH Valvert a activement participé à la conception et à la mise en œuvre du **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) 2021-2025 des Bouches-du-Rhône**, porté par l'ARS PACA et contribuera au projet 2026/2030 en cours d'élaboration.

Il s'implique également dans la création et l'animation des **Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM)** sur ses différents bassins d'intervention, en particulier avec les communes de Marseille, Aubagne et La Ciotat. À ce titre, il est membre du **Comité des partenaires du Contrat Local de Santé de Marseille 2024-2026**, au sein du **Collège des représentants des acteurs de santé et du soin** et membre actif du CLSM.

Le CH Valvert est, par ailleurs, partie prenante de plusieurs **dispositifs de coordination** en santé mentale et d'accompagnement médico-social :

- Le **GCSMS Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat**, auquel le CH Valvert a adhéré fin 2017, qui œuvre pour l'accès et le maintien dans le logement ;
- Le **GCSMS Aqueduc**, co-fondé avec le CH Montperrin et les associations ARI et La Bourguette, pour la prise en charge des parcours autistes adultes ;
- La **plateforme de coordination et d'orientation (PCO) des Bouches du Rhône**, mise en place début 2021, vise à répondre aux besoins des populations porteuses de troubles du neuro-développement et en particulier de troubles du spectre autistique, en apportant des solutions d'orientation le plus précocement possible. Elle est basée depuis 2021 au sein du Centre Hospitalier Valvert pour la partie sud des Bouches du Rhône.

De façon générale, l'établissement veille à entretenir des relations avec l'ensemble des partenaires du territoire : les établissements sanitaires (APHM, Centre Gérontologique Départemental, CH Edmond Garcin, CH de la Ciotat), les établissements médico-sociaux (association SAJ, association ARI, etc.), les acteurs de ville (CPTS Itinéraire Santé, etc.), les dispositifs d'accompagnements à la coordination (DAC 13 Sud).

3. Méthode du projet d'établissement

Le **projet médico-soignant** fixe le cadre stratégique de transformation de l'offre de soins et d'évolution du fonctionnement médical, en cohérence avec les besoins de santé identifiés sur le territoire et les attentes des usagers. Il s'inscrit dans une dynamique collective d'amélioration continue de la qualité des prises en charge, de l'organisation des parcours de soins et de la coopération avec les partenaires du territoire. Il est prolongé par **le projet des usagers** qui réaffirme l'importance de la participation des patients, usagers et de leurs proches dans la conception et l'adaptation des parcours de soin, et **le projet Qualité**, qui structure la démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la pertinence des soins.



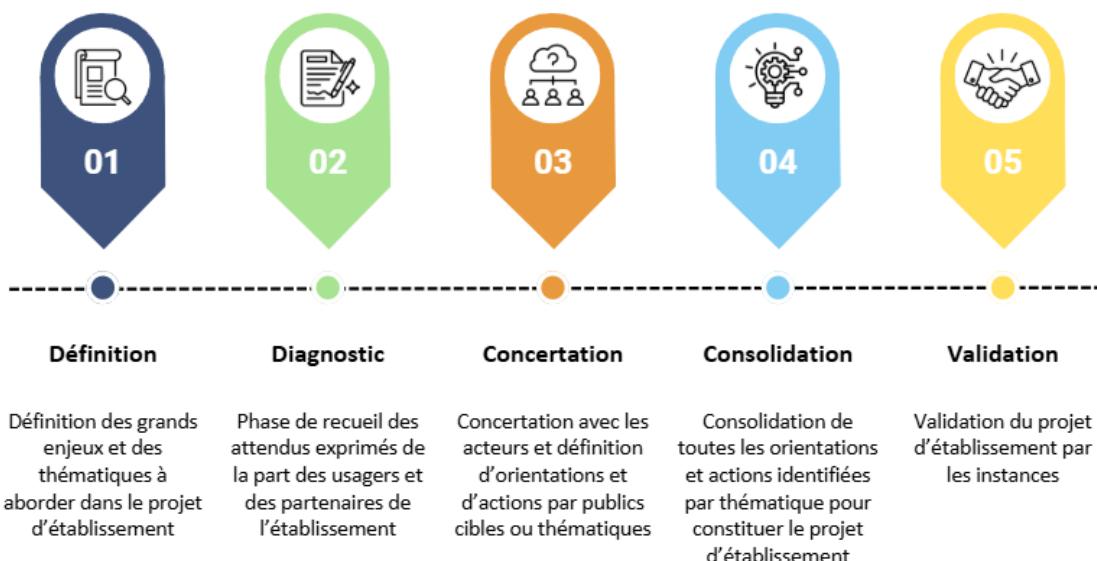
Le projet d'établissement s'appuie sur plusieurs volets transversaux qui soutiennent les transformations engagées dans le projet médico-soignant. Tout d'abord, **le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI)** constitue un outil central pour améliorer la coordination des informations autour du patient et faciliter le travail quotidien des professionnels, tout en garantissant la sécurité des données. **Le projet des services supports aux soins** vise à garantir la mobilisation et la structuration des ressources nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle du projet d'établissement. **Le projet social** fixe les grandes orientations de la politique en faveur des professionnels de l'établissement et intègre des priorités en matière de qualité de vie au travail, de prévention des risques professionnels, d'égalité professionnelle et de formation. **Le projet de gouvernance** décline les principes d'un management participatif et partagé. Le CH Valvert affirme également son engagement en faveur de la réduction de son impact environnemental à travers **un projet de développement durable**. Enfin, **le projet psychologique** est centré sur les pratiques professionnelles des psychologues, et **le projet culturel** valorise l'ouverture sur la cité, la créativité et l'expression des patients comme des professionnels.



A. La démarche générale

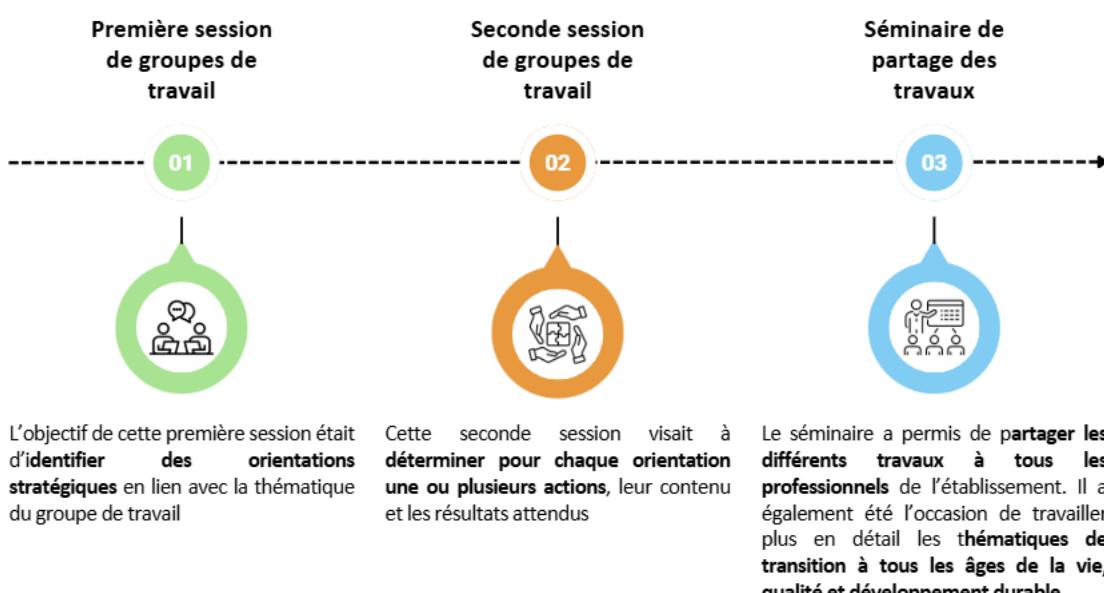
Dans le cadre de son projet d'établissement, le Centre Hospitalier Valvert vise à renforcer la participation des usagers, à intégrer les attentes des partenaires et à articuler son offre avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Aligné sur le Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHT, ce projet entend aussi constituer un outil de communication favorisant le dialogue entre les professionnels.

Le projet d'établissement est le fruit d'une démarche de concertation pluridisciplinaire. La **méthode** employée pour réaliser le projet d'établissement est la suivante :



B. Une méthodologie d'élaboration participative

La phase de concertation a été particulièrement déterminante dans l'élaboration du projet d'établissement par la **dynamique participative** qu'elle a permis de mettre en place.



Dix-sept groupes de travail ont été mis en place, regroupant les **grandes thématiques et publics pris en charge** par le Centre Hospitalier Valvert.

Groupes thématiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès et continuité des soins ▪ Addictologie ▪ Réhabilitation ▪ Recherche ▪ Accès aux soins somatiques ▪ Pratiques soignantes et médicales ▪ Personnes âgées ▪ Adolescents et enfants ▪ TSA ▪ Précarité
Autres volets du projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet psychologique ▪ Projet culturel ▪ Projet des services supports aux soins ▪ Projet Systèmes d'Information ▪ Projet développement durable ▪ Projet social ▪ Projet de gouvernance et management participatif ▪ Projet des usagers ▪ Projet qualité, sécurité des soins et amélioration continue

La prise en charge psychiatrique de l'adulte ne fait pas l'objet d'un groupe spécifique. Il est traité de manière transversale dans les différentes thématiques telles que l'accès et la continuité des soins, l'addictologie ou la réhabilitation.

Ces **groupes de travail** ont permis aux professionnels de l'établissement de s'impliquer dans la définition des orientations pour le projet médico-soignant.

C. La prise en compte des attendus des partenaires

Le Centre Hospitalier Valvert a porté une attention particulière sur la prise en compte des **attentes et besoins des partenaires** de son territoire. Une dizaine de représentants de structures sanitaires, d'établissements médico-sociaux ou sociaux, d'associations ou d'autorités publiques ont été consultés, afin de connaître leurs attentes.

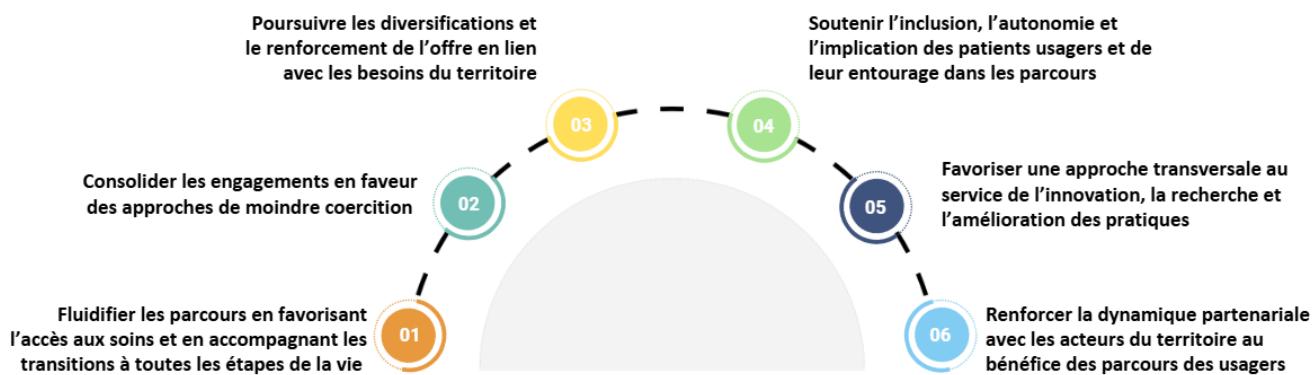
Les principaux partenaires de l'établissement sont les suivants :



4. Projet médico-soignant

Le Centre Hospitalier poursuit son engagement pour une psychiatrie fondée sur le respect des droits des patients, accessible et ancrée dans les besoins des personnes accompagnées. Dans un contexte marqué par des parcours souvent complexes, des ruptures de prise en charge et des inégalités territoriales, l'établissement affirme la nécessité d'une stratégie structurée autour de la continuité, de la qualité et de la coordination des soins.

Ces principes guident la structuration du projet médico-soignant. Le projet s'organise autour de six priorités stratégiques, illustrées ci-dessous. Ces orientations ont émergé des travaux menés au sein des groupes thématiques, dont le détail est présenté en dernière partie du document.



Le projet médico-soignant intègre deux axes transversaux essentiels : le projet des usagers, d'une part, et le projet qualité, sécurité des soins et amélioration continue, d'autre part. Leur intégration au sein du projet médico-soignant reflète une volonté de structurer l'action soignante autour de deux piliers complémentaires : la prise en compte de l'expérience et des attentes des usagers, et l'engagement permanent dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Cette articulation vise à garantir une offre de soins à la fois pertinente, sûre et adaptée, en s'appuyant à la fois sur l'expertise professionnelle et sur les retours d'expérience des patients et de leur entourage.

La déclinaison des propositions faites dans le projet médico-soignant relèvera nécessairement d'une concertation interne, de l'élaboration d'un projet et de financements dédiés.

A. Fluidifier les parcours en favorisant l'accès aux soins et en accompagnant les transitions à toutes les étapes de la vie

Renforcer l'accès aux soins tout au long des parcours, avec une attention spécifique à l'accueil et aux prises en charge non programmées

Le CH Valvert poursuit sa mobilisation sur la question de l'accès aux soins, en ajustant au mieux les réponses en fonction des tableaux cliniques, des besoins exprimés et des différents temps du parcours de soins.

Ce travail de réflexion et d'organisation est central au sein des CMP. Il comprend les questions du premier accueil, la structuration de l'offre de soins et l'articulation avec les partenaires extérieurs. Une réactivité et une attention spécifique à la continuité des soins permettent d'ajuster la réponse à apporter après une hospitalisation (Unités Temps Plein ou CACC), après une consultation aux urgences, ou dans les situations de décompensation à domicile pour un patient connu ou non du secteur.

Une réflexion particulière est aussi portée à la question des soins non programmés, nourrie des travaux du GHT sur la diminution du recours aux services d'urgences et dans la réflexion menée sur la place des CAP, du SAS et des CMP face aux situations dites urgentes.

Des créneaux réservés pour des consultations non programmées sont mis en place, de manière variable d'un secteur à l'autre. Il existe un manque d'homogénéité dans la rapidité et la nature des réponses à ces situations selon la culture et les moyens de chaque CMP. La réduction de l'intensité du suivi pour des patients stabilisés, les relais et les fins de suivis peuvent être des leviers pour augmenter la disponibilité et dégager des ressources humaines pour faciliter la mise en place de ces créneaux de soins non programmés.

Il s'agit aussi de réfléchir au sens et aux conditions requises pour que ces accueils non programmés soient un véritable accès aux soins, une « porte d'entrée » pour une réelle prise en charge, afin d'éviter une tendance à l'accélération dans la réponse apportée qui ne traiterait que la partie souvent très symptomatique des situations vécues comme urgentes, sans un travail plus approfondi, qui ne peut se concevoir que dans un temps plus long et dans des soins réguliers.

Par ailleurs, une attention particulière est portée aux publics en situation de précarité, dont les parcours sont souvent complexes et instables. L'établissement déploie un projet précarité composé d'actions spécifiques comme le recours à l'interprétariat ou la coordination renforcée avec les professionnels du territoire, pour sécuriser et fluidifier leur accès aux soins.

Enfin, l'accès aux soins somatiques doit être renforcé. Les patients relevant de la psychiatrie présentent des comorbidités associées ou reçoivent un traitement nécessitant une surveillance et une prise en charge adaptées. L'objectif est de favoriser une détection précoce des comorbidités, d'améliorer leur suivi et de garantir à chaque patient un accès facilité aux soins somatiques.

ACTIONS CLÉS

- « Organiser les prises en charge post-urgences dans les CMP » dans la thématique **Accès et continuité des soins**
- « Développer le premier entretien d'accueil non médical en CMP » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « S'engager dans les travaux d'articulation avec le SAS psychiatrique » dans la thématique **Accès et continuité des soins**

Renforcer l'accompagnement clinique et les relais professionnels lors des phases de transition

Les différentes phases de transition, décrites ci-dessous, sont particulièrement à risque en termes de rupture de parcours :

- De l'enfance à l'adolescence pour les enfants âgés entre 8 et 12 ans
- De l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes âgées entre 16 et 25 ans
- De la personne adulte à la personne âgée aux alentours de 65 ans

Des pratiques permettant un « tuilage » sont déjà en place dans certaines unités, telles que des rencontres, des consultations communes, des temps de présentation du patient. L'intérêt d'un travail commun sur la transition est un principe à réaffirmer, pour généraliser ce type d'actions. Une démarche de formation est notamment en cours et doit être consolidée.

Il est important de noter que les actions à mettre en œuvre pour faciliter la transition dépendent des attentes et des besoins des patients, ainsi que de l'organisation des structures dans lesquelles ils sont suivis.

Dans cette dynamique, plusieurs dispositifs structurants sont déjà en place et constituent des appuis importants pour accompagner les jeunes :

- L'Équipe de Liaison et d'Interventions Précoce pour les Adolescents et Jeunes Adultes (ELIPS AJA), qui facilite l'orientation et la continuité des soins ;
- L'Équipe Mobile Intersectorielle des Enfants Confiés (EMI ECO), qui soutient les parcours complexes des mineurs confiés à l'ASE ;
- Le Dispositif de Suivi des Adolescents (DSA), qui assure un suivi des adolescents âgés de 12 à 18 ans rencontrant des difficultés psychologiques.

ACTIONS CLÉS

- « Permettre une période de transition où les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte collaborent » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Former les professionnels des secteurs adultes à la psychopathologie des jeunes adultes et au lien avec les parents » dans la thématique **Accès et continuité des soins**

Mieux définir et communiquer sur les critères d'accès, les indications et les solutions alternatives d'orientation

L'orientation du patient et de sa famille dépend de nombreux critères : la symptomatologie, l'âge, la sévérité de son état, etc. Ces critères ne sont pas uniformément appliqués et/ou connus par l'ensemble des professionnels internes ou externes à l'établissement. Le CH Valvert souhaite ainsi assurer une prise en charge adaptée aux besoins du patient et fluidifier les parcours.

En interne, le lien entre les professionnels constitue un levier essentiel pour garantir une bonne organisation des ressources et une prise en charge cohérente des patients. De plus, l'offre du CH Valvert s'enrichit au fil du temps, portée par les initiatives des professionnels médicaux et paramédicaux. Un effort d'information et de communication interne doit être réalisé et systématisé pour que la majorité des professionnels, notamment en CMP, soit informé de ces évolutions.

En externe, les professionnels de santé du territoire pourraient bénéficier d'une meilleure information sur l'offre d'accompagnement. La diversité des pratiques entre les équipes de CMP et d'HDJ et la diversité du territoire sur le plan socio-démographique, implique des différences de besoins, et donc de structuration. En outre, certains pôles sont marqués par une forte hétérogénéité dans les parcours, tel que le pôle de psychiatrie de la personne âgée, qui dispose d'un CMPPA intersectoriel et de CMP sectorisés sur un même territoire.

Enfin, la frontière avec une prise en charge dans une structure médico-sociale n'est pas toujours clairement perçue par les professionnels, notamment dans le suivi des personnes présentant des troubles du spectre de l'Autisme (TSA) ou des personnes âgées. Il est donc nécessaire de clarifier les indicateurs de vulnérabilité clinique ou sociale justifiant l'intervention du sanitaire.

ACTIONS CLÉS

- « Informer en interne et en externe à l'établissement sur les différentes modalités de prises en charge et leurs conditions d'accès au sein du pôle, notamment via une cartographie » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Lister les facteurs de vulnérabilité et les indications d'orientation vers le sanitaire » dans la thématique **TSA**

Soutenir les démarches d'aller-vers

Le développement de la démarche « d'aller-vers » est un facteur central pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques, en particulier pour les patients les plus vulnérables ou isolés.

Certaines situations cliniques nécessitent une première rencontre à domicile, notamment lorsque les patients présentent des difficultés à se déplacer (mobilité réduite, troubles psychiatriques sévères, isolement social...). Des visites à domicile peuvent être proposées pour amener les patients vers les CMP.

Il est également constaté que certaines alliances thérapeutiques se construisent plus aisément dans un cadre plus souple et adapté, notamment via une première approche « hors les murs ».

Actuellement, les capacités de mise en œuvre de visites à domicile (VAD) et de créneaux de soins non programmés varient selon les ressources humaines disponibles dans les CMP de chaque secteur. Dans ce contexte, il est nécessaire de renforcer les dispositifs « d'aller-vers » à partir des CMP, à travers la mobilisation de ressources dédiées et le soutien aux partenaires.

ACTIONS CLÉS

- « Renforcer la démarche d'aller-vers notamment en développant une offre de soins intensifs à domicile par une équipe dédiée » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Ajuster la proposition de soin à l'état de la demande, notamment en proposant des visites à domicile pour les premiers rendez-vous des personnes avec des difficultés à se rendre au CMP » dans la thématique **Accès aux soins**

Améliorer la qualité des demandes de prise en charge par une meilleure coordination entre structures

L'amélioration des demandes d'adressage constitue un levier central pour renforcer la pertinence et la continuité des parcours de soins. Le CH Valvert souhaite renforcer la coordination entre les structures internes et avec les partenaires extérieurs, en particulier autour de la réhabilitation psychosociale et de la psychiatrie du sujet âgé.

A titre d'exemple, dans le domaine de la réhabilitation psychosociale, une meilleure articulation avec les équipes de secteur est essentielle pour garantir la complémentarité des interventions. Pour cela, plusieurs axes d'action sont envisagés : formalisation du lien en amont de l'adressage, restitution partagée des bilans fonctionnels avec les équipes référentes et participation des secteurs aux réunions de suivi du service de Réhabilitation Psychosociale.

Ces actions visent à construire un langage commun, à mieux adapter les ressources disponibles aux besoins des patients, et à consolider un réseau de coopération au service d'une psychiatrie de parcours.

ACTIONS CLÉS

- « Renforcer la coordination entre le patient, le secteur et le service de Réhabilitation psychosociale » dans la thématique **Réhabilitation Psychosociale**

B. Consolider les engagements en faveur des approches de moindre coercition

Le Centre Hospitalier Valvert réaffirme son engagement historique en faveur de pratiques psychiatriques respectueuses des droits, de la dignité et du rétablissement des personnes. Précurseur dans la suppression de la contention mécanique, l'établissement s'inscrit dans une politique en faveur de la réduction des pratiques coercitives. Cet engagement s'enracine dans une conception éthique du soin.

Les mesures d'isolement sont aujourd'hui questionnées, tant sur le plan du soin que de l'éthique et des droits des patients. Les professionnels du CH Valvert expriment une volonté croissante de développer des alternatives, plus respectueuses des valeurs du soin et du rétablissement. Les "6 stratégies fondamentales"¹ identifiées par K. A Hucksorn serviront de cadre et de support à la réflexion dans le travail de moindre recours à l'isolement et aux pratiques coercitives. Fondé sur des données probantes et reconnu par des experts à l'international, ce modèle propose une approche systémique de la réduction des pratiques coercitives, articulant gouvernance, analyse des pratiques, formation professionnelle continue, accompagnement et soins personnalisés, implication des usagers et amélioration continue.

La politique de réduction des pratiques coercitives doit s'accompagner d'une diminution progressive du nombre de chambres d'isolement. Les données internes montrent que le taux d'occupation des chambres d'isolement est de 27 %. Sur les huit chambres existantes, deux sont déjà en cours de suppression. L'objectif est de poursuivre ce mouvement pour atteindre une chambre d'isolement par secteur. La politique doit également s'accompagner du développement des pratiques d'apaisement dans des espaces adaptés. Ces espaces d'apaisement seront co-construits avec les équipes de soin, pour favoriser leur appropriation et leur utilisation.

Pour que ces évolutions soient effectives et soutenables, elles doivent s'accompagner d'une montée en compétences des équipes. Cela implique un renforcement des formations à la gestion des crises, aux soins relationnels, à la médiation ou encore aux outils alternatifs à l'isolement.

Enfin, la diversification des modalités thérapeutiques est un levier essentiel de cette dynamique. Le développement de profils professionnels complémentaires (médiateurs de santé pairs, psychomotriciens, art-thérapeutes, kinésithérapeute, etc.) permet d'enrichir la qualité de l'accompagnement et de proposer des soins personnalisés, ancrés dans une approche globale du rétablissement.

ACTIONS CLÉS

- « Développer les espaces d'apaisement » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**
- « Développer les soins relationnels » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**
- « Renforcer la diversité des approches soignantes » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**

¹ Huckshorn, K. 2008, Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. Alexandria, VA : NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors).

C. Poursuivre les diversifications et le renforcement de l'offre en lien avec les besoins du territoire

Assurer la création de nouvelles structures

Les équipes ont identifié des besoins de prise en charge partiellement ou non couverts sur le territoire du CH Valvert dans divers champs tels que le renforcement de l'autonomie des personnes âgées ou l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Pour y répondre, des projets de création de structure ont émergé. Les niveaux d'avancement de ces projets vont du stade de la réflexion à la décision de dépôt d'une demande d'autorisation.

Le pôle infanto-juvénile et soins de l'autisme porte un projet de création d'une unité d'hospitalisation à temps plein, pour renforcer l'accès à des soins spécialisés pour les enfants et adolescents. Parallèlement, est envisagée la structuration d'un CATTP sur le CMP de La Ciotat, qui est le seul CMP à ne pas disposer de CATTP. Enfin, les équipes souhaitent mener une réflexion sur la mise en place d'un HDJ pour les adultes porteurs de TSA, qui viserait notamment les adultes présentant des TND et un retard de communication et pourrait proposer des techniques de prise en charge orientées vers la réhabilitation ou la remédiation cognitive.

Les équipes de psychiatrie de la personne âgée envisagent une prise en charge en HDJ rattachée à l'unité d'hospitalisation de la personne âgée, afin d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile et de proposer un accompagnement thérapeutique structuré tout en maintenant les liens avec l'environnement habituel du patient. Elles souhaitent également créer une unité CATTP, pour favoriser l'autonomie en travaillant sous l'angle de la réhabilitation psychosociale.

Une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité est en cours de constitution. Elle visera à intervenir en soutien des équipes de secteur dans la prise en charge des patients les plus vulnérables, dont les parcours complexes nécessitent un accompagnement renforcé, au croisement des dimensions cliniques, sociales et institutionnelles.

Enfin, un projet de développement d'une équipe transversale de prise en charge complexe en psychiatrie est porté par l'établissement. Le projet s'adresse à une population adulte présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent en situation de précarité, avec un historique d'hospitalisations fréquentes et des séjours réguliers en UMD. Il comprend plusieurs objectifs : le développement des prises en charge individualisées, la réduction des hospitalisations, la réduction de toutes les formes de pratiques coercitives, l'amélioration de l'adhésion aux soins et la prévention des épisodes aigus de tensions psychiques et relationnelles.

ACTIONS CLÉS

- « Mettre en place l'unité d'hospitalisation à temps plein » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Construire, nourrir et interfaçer une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité complémentaire du travail de secteur, des soins somatiques et adaptée aux besoins identifiés des pôles cliniques » dans la thématique **Précarité**
- « Créer une activité CATTP avec pour objectif le renforcement de l'autonomie des patients et de la prévention » dans la thématique **Personnes Agées**
- « Nourrir et renforcer l'équipe mobile intersectorielle enfants confiés pour un public très vulnérable » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Envisager la structuration d'un projet de CATTP sur le site de La Ciotat » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Mener une réflexion sur la mise en place d'un HDJ pour les adultes porteurs de TSA » dans la thématique **TSA**

Poursuivre la diversification des métiers et le renforcement des équipes

La diversité des compétences au sein des équipes de soins est essentielle pour offrir une prise en charge globale. Dans un contexte de tension sur les ressources médicales et l'optimisation des parcours de soins, plusieurs nouveaux métiers émergent :

- Les IPA, bien que leur développement soit encore inégal au sein de l'établissement, représentent une réponse potentielle à la pénurie de temps médical, en prenant en charge des patients stabilisés et bien inscrit dans les soins et en dégageant du temps médical pour les soins complexes nécessitant une expertise avancée ;
- Les pair-aidants sont un atout majeur pour développer l'alliance thérapeutique ;
- Les psychomotriciens accompagnent les patients souffrant de troubles émotionnels, sensoriels ou moteurs et jouent un rôle important pour le bien-être global du patient ;
- Les éducateurs spécialisés favorisent l'intégration et la réinsertion des patients dans le milieu social et éducatif ;
- Les enseignants en Activités Physiques Adaptés (APA) permettent d'améliorer la santé globale et le bien-être physique.

L'objectif est de proposer un accompagnement complémentaire de la prise en charge actuelle, sans se substituer à l'offre existante. Les équipes en place doivent être maintenues, voire renforcées en fonction des besoins de prise en charge et des appels d'offre.

ACTIONS CLÉS

- « Intégrer davantage de psychomotriciens, travailleurs pairs, éducateurs APA et ergothérapeutes dans les équipes de soins » dans la thématique « Accès et continuité des soins »
- « Mettre à disposition du temps kinésithérapeute » dans la thématique « Soins somatiques »
- « Intégrer les IPA dans les CMP » dans la thématique « Accès et continuité des soins »
- « Développer la place des IPA en lien avec la psychiatrie de liaison » dans la thématique « Enfants et adolescents »

Renforcer les consultations spécialisées et les dispositifs innovants

Le CH Valvert souhaite développer une offre de soins spécialisée et accessible. Plusieurs actions importantes visent à structurer des dispositifs innovants, renforcer les expertises et promouvoir les approches complémentaires.

L'établissement projette la mise en place d'une équipe experte en addictions comportementales (cyberaddictions, jeux d'argent, troubles alimentaires, etc.). Cette équipe aurait vocation à devenir un centre ressource pour les autres services d'addictologie, en assurant à la fois l'accueil des patients et l'appui aux professionnels. Ce projet inclut le développement de consultations spécialisées pour les jeunes et les adultes.

L'équipe de réhabilitation psychosociale va progressivement élargir certaines de ses missions à l'ensemble des Pôles, en adaptant son offre aux besoins spécifiques des enfants et adolescents et des personnes âgées. En particulier les groupes de pairs (éducation thérapeutique, psychoéducation, groupes projets, groupe habiter chez soi, ateliers dans la cité, etc.) qui favorisent le soutien mutuel et le sentiment d'appartenance à un collectif, et le développement de l'utilisation des DAIP (directives anticipées incitatives en psychiatrie).

L'Unité des Thérapies Complémentaires (UTC) est un espace dédié aux soins non médicamenteux (hypnose, sophrologie, méditation, etc.). L'enjeu est aujourd'hui de consolider son déploiement, d'élargir son offre et d'informer sur les prises en charge à disposition. L'établissement encourage tous les professionnels formés à ces approches, quel que soit leur service, à y contribuer.

Pour améliorer la continuité des soins et l'accès aux spécialités (dermatologie, gynécologie, neurologie, cardiologie), les équipes de soins somatiques souhaitent avoir recours à la téléexpertise. Un projet de télé-interprétation des ECG, en partenariat avec le CH d'Aubagne, est en cours, soutenu par des équipements adaptés pour sécuriser les parcours somatiques.

ACTIONS CLÉS

- « Développer la téléexpertise » dans la thématique « **Soins somatiques** » et dans le Schéma Directeur du Système d'Information
- « Développer des consultations spécifiques pour réduire les conduites à risque (jeux d'argent, addictions sexuelles, compulsions alimentaires, achats compulsifs) » dans la thématique **Addictologie**
- « Poursuivre le développement de l'activité de l'UTC (Unité des Thérapies Complémentaires) » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**

Affirmer le principe d'une prise en charge soutenue par des activités sociothérapeutiques

Afin de soutenir une dynamique de soins tournée sur les activités sociothérapeutiques, l'établissement s'appuie sur deux axes complémentaires :

- Chaque structure intra et extra-hospitalière des différents Pôles propose et soutient des activités sociothérapeutiques intégrées à la prise en charge des patients.
- La Cafétéria sociothérapeutique (Cafet-socio), lieu central de l'établissement, propose quotidiennement des activités thérapeutiques variées ouvertes à l'ensemble des services. Elle joue un rôle de passerelle entre les unités, favorisant les liens inter-structures et l'implication active des patients dans leur parcours de soins. Cette activité continue à évoluer pour mieux correspondre aux attentes et aux besoins d'accompagnement des usagers

Le panel d'activités proposé, couvrant les dimensions manuelles, sportives, culturelles et relationnelles, doit être préservé dans sa diversité et développé en lien étroit avec les équipes de la Cafet-socio. Pour soutenir cette ambition, une réflexion sur l'aménagement des espaces est nécessaire, certains étant aujourd'hui vétustes ou inadaptés.

Ces activités sont portées par des équipes pluridisciplinaires à travers des ateliers réguliers, des groupes d'expression ou encore des sorties thérapeutiques. Chaque unité dispose d'un budget dédié à ces actions, dont l'usage doit être encouragé et valorisé, en appui aux initiatives des équipes soignantes.

Enfin, le développement du sport-santé, intégré à la dynamique de la Cafet-socio, constitue un axe stratégique fort. Il appelle une évolution des infrastructures et une structuration de l'offre pour répondre aux besoins croissants des patients.

ACTIONS CLÉS

- « Encourager la participation des soignants dans chaque structure au développement des activités sociothérapeutiques » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**
- « Maintenir le panel d'activités et poursuivre leur développement en lien avec l'équipe de la cafétéria sociothérapeutique » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**

D. Soutenir l'inclusion, l'autonomie et l'implication des usagers et de leur entourage dans les parcours

Consolider la place des usagers dans l'organisation et les prises en charge et faire de l'expérience patient un moteur de l'évolution des pratiques

L'intégration du retour des patients et des usagers dans les réflexions sur les pratiques de soins est un aspect essentiel pour améliorer la qualité et la pertinence des services proposés. Recueillir régulièrement les avis des patients et usagers sur leur expérience permet d'ajuster l'accompagnement à leurs besoins. Une convention est notamment en cours de signature pour le dispositif MonPsy, qui vise à recueillir l'expérience patient.

Au-delà du recueil de l'expérience patient, il s'agit de poursuivre la promotion d'une culture de la co-construction des soins en intégrant pleinement les usagers à toutes les étapes de la réflexion et de l'organisation des parcours. Cette valorisation passe par leur inclusion dans les groupes de travail et dans les instances décisionnelles, via la commission des usagers ou la désignation de représentants. Elle passe également, par le recueil des directives anticipées qui est un outil fondamental pour garantir le respect de la volonté des patients, notamment en situation de crise. Elle constitue un outil de prise en soin co-construit avec les patients.

L'ambition est également de valoriser l'implication dans des organisations telles que le club thérapeutique. Porté par la sociothérapie, ce club repose sur une gouvernance partagée entre soignants et patients, ces derniers étant membres à part entière du conseil d'administration et impliqués dans l'organisation des activités. Il permet aux patients d'être acteurs de leur parcours de rétablissement et de proposer des activités ouvertes à tous (patients, professionnels, usagers extérieurs).

ACTIONS CLÉS

- « Valoriser la prise en compte de l'expérience patient » dans la thématique **Accès et continuité des soins**
- « Développer les activités du club thérapeutique » dans la thématique **Pratiques soignantes et médicales**
- « Développer le recueil des directives anticipées psychiatriques » de façon transversale

Accompagner les aidants en les orientant vers des dispositifs de soutien, par le développement des groupes de parole et des consultations à destination de l'entourage

Le Centre Hospitalier Valvert affirme son engagement dans l'intégration des aidants et les familles dans la dynamique de soin. L'implication de l'entourage constitue un levier essentiel pour la continuité des parcours, la qualité de l'accompagnement et le maintien à domicile des patients, dans le respect du secret médical. Cette démarche s'inscrit également dans une volonté de renforcer la reconnaissance du rôle des aidants, de leur offrir des repères face à la pathologie de leur proche et de les soutenir dans la durée.

Plusieurs actions déjà existantes en témoignent : des groupes de parole à destination des familles sont organisés dans les secteurs ; des consultations de thérapie familiale sont proposées dans plusieurs unités ; des programmes comme Profamille ou BREF sont accessibles pour les proches concernés. Le lien avec les associations de représentants d'usagers est par ailleurs un vecteur essentiel de médiation et d'information.

Ces dispositifs constituent une base solide qu'il convient d'élargir. L'un des objectifs est de rendre l'offre de soutien plus visible et plus accessible. Cela passe par une meilleure communication à destination des aidants, un repérage systématique de leurs besoins dans les parcours de soins, et une orientation fluide vers les ressources disponibles, qu'elles soient hospitalières, territoriales ou associatives. Les équipes envisagent la

création d'un lieu dédié à l'accompagnement des aidants, qui accueillerait des groupes de parole et des actions de sensibilisation ou de formation, en lien avec les équipes hospitalières et les partenaires du territoire. Enfin, une cartographie des dispositifs existants (sanitaires, médico-sociaux, associatifs) sera engagée afin de faciliter l'orientation des aidants et de repérer les besoins non couverts.

ACTIONS CLÉS

- « Développer des consultations individuelles dédiées aux familles et proches » dans la thématique **Addictologie**
- « Proposer des entretiens de guidance familiale » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Etudier l'opportunité de la mise en place d'un lieu repéré au sein du CH Valvert pour effectuer des groupes de partage et des formations à destination de l'entourage » dans la thématique **TSA**

Développer les actions de sensibilisation

L'ambition collective est de développer des actions de prévention primaires et secondaires afin d'améliorer la qualité de vie des patients et usagers et prévenir les risques pour leur santé. Cet engagement s'incarne à travers des actions transversales, notamment menées par les équipes d'addictologie et de soins somatiques.

Le service d'addictologie joue un rôle central dans cette démarche. Par l'action de l'équipe de liaison, il assure le dépistage, l'évaluation, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation des patients souffrant d'addictions. Il intervient également en appui des équipes, à travers des missions de conseil, de formation et d'assistance clinique. Dans cette perspective, le service souhaite renforcer son action de prévention en multipliant les journées de sensibilisation thématiques et les espaces d'information.

Le pôle Pharmacie, Soins somatiques, Hygiène et Prévention, récemment mis en place, inscrit la prévention comme l'une de ses missions principales. L'objectif porté par le pôle est de renforcer la présence et le rôle du pharmacien dans le parcours de soins, notamment auprès des patients âgés, souvent exposés à des risques liés à la polymédication. Elle prévoit le développement d'actions telles que les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication partagés et les plans pharmaceutiques personnalisés. Le pôle souhaite aussi renforcer les démarches de prévention, telles que l'organisation de campagnes de vaccination.

Par ailleurs, le CH Valvert porte le programme Jeunes Addiction Sport Santé (JASS), financé par l'ARS, en lien avec l'Education Nationale et la ville d'Aubagne. Fondé sur le modèle de prévention islandais, son objectif est de créer les conditions d'un environnement protecteur pour les jeunes et de promouvoir la pratique sportive comme alternative, afin de différer leurs premières consommations. Le programme mobilise une vingtaine d'acteurs issus des domaines de la santé, de la prévention, de l'éducation nationale, de la recherche et de la jeunesse et du sport.

ACTIONS CLÉS

- « Mettre en place des « points info addicto » dans les services » dans la thématique **Addictologie**
- « Développer les actions de pharmacie clinique tels que les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication et les plans pharmaceutiques, en particulier chez les personnes âgées » dans la thématique **Soins somatiques**

Soutenir l'accès au logement comme levier d'insertion pour les patients et usagers

L'accès et le maintien dans un logement stable est l'un des déterminants essentiels de l'insertion sociale et de la santé mentale. Pour répondre à cet enjeu, l'établissement s'engage à multiplier les actions : consolidation des partenariats privés, coopération renforcée avec les acteurs du médico-social, participation à des dispositifs d'accompagnement au logement, ou encore intervention dans les situations à risque de rupture locative. Un

travail de repérage et de recensement des actions déjà existantes sera mené, afin d'identifier les ressources disponibles sur le territoire et de mieux orienter les professionnels et les usagers.

Cet engagement se traduit par l'implication du CH Valvert dans le GCSMS Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat (CMSMH). Le CMSMH est un groupement qui réunit des établissements de santé, des structures médico-sociales, des associations et des collectivités autour des questions de santé mentale et d'habitat. Il porte plusieurs dispositifs opérationnels (les Réseaux Santé Mentale et Habitat (RSMH), l'Équipe Santé Mentale et Habitat (ESaMH), l'Équipe Diogène et Incurie (EDI), l'Équipe mobile inclusive (EMI)) et propose un espace ressources pour les professionnels. Il organise également des formations, des sessions de sensibilisation et met à disposition de la documentation spécialisée.

ACTIONS CLÉS

- « Effectuer un travail de recensement et d'appui au développement des actions privées : bailleurs privés, maisons partagées, etc. » dans la thématique **Précarité**
- « S'inscrire systématiquement dans tous les dispositifs existants pour faire valoir cette problématique aigüe et appuyer l'intégration des patients dans les dispositifs d'accès » dans la thématique **Précarité**
- « Créer des liens privilégiés avec les acteurs du logement engagés dans la CMSMH » dans la thématique **Précarité**



E. Favoriser une approche transversale au service de l'innovation, la recherche et l'amélioration des pratiques

Diffuser et valoriser les bonnes pratiques et les outils à tous les professionnels

L'amélioration continue de la qualité des soins repose notamment sur la diffusion des connaissances spécifiques de certains services à tous les professionnels de l'établissement, telles que l'accompagnement à la réhabilitation psychosociale, les informations pharmaceutiques, la prise en charge des TSA, etc. À titre d'exemple, les services de pédopsychiatrie disposent d'outils spécifiques pour accompagner des profils complexes, tels que des grilles d'évaluation de la douleur pour les patients non verbaux, des supports visuels ou encore du matériel sensoriel. Ces dispositifs, aujourd'hui largement utilisés en pédopsychiatrie, gagneraient à être diffusés auprès des équipes de psychiatrie adulte pour améliorer l'accompagnement des patients TSA ou TND.

Pour favoriser cette diffusion de pratiques entre pôles, plusieurs leviers seront mobilisés : actions de formation ciblées, temps de sensibilisation interservices, partage d'outils et appui méthodologique à leur appropriation, création de référents thématiques sur des sujets transversaux (TSA, précarité). Une attention particulière sera portée à la structuration des connaissances médicales et à la mise à disposition de ressources actualisées pour renforcer la montée en compétence collective.

ACTIONS CLÉS

- « Apporter des outils aux services de prise en charge des adultes » dans la thématique **TSA**
- « Partager et harmoniser les procédures (Accès aux soins des patients sans droit, Coordination des services d'urgences-PASS-services sociaux, de saisine des équipes mobiles territoriales, etc.) » dans la thématique **Précarité**
- « Essaimer de nouvelles pratiques orientées rétablissement » dans la thématique **Réhabilitation psychosociale**

Organiser et faire vivre les espaces d'échange, d'analyse et de réflexion entre équipes

La transversalité s'inscrit dans les valeurs de l'établissement. Elle vise à créer du lien au sens large entre les intervenants, les patients, et leur entourage. Les pratiques peuvent être différentes selon les secteurs de prise en charge et les pôles, en raison des différences de populations accueillies, des ressources disponibles et de l'historique de chaque structure.

A cet effet, l'établissement souhaite renforcer les dynamiques de partage entre pôles et entre professionnels, sur les thématiques organisationnelles, institutionnelles, soignantes et médicales. Le renforcement de partages d'expérience entre équipes permettrait de faciliter la circulation de l'information, de renforcer les liens entre les secteurs et ainsi d'enrichir mutuellement les pratiques. Cette dynamique s'appuie sur des formats existants comme les groupes PSPP, les groupes de réflexion, les réunions de fonctionnement interservices, ou encore les groupes familles. Il s'agit d'encourager l'ouverture de ces espaces, d'en diversifier les thématiques, et d'en créer de nouveaux autour des enjeux communs. Il est notamment souhaité développer les rencontres intersectorielles, autour de structures similaires, et inter-pôles.

Les équipes ont également pour projet de mettre en place des commissions d'études des situations complexes dans certains champs d'activités tels que la prise en charge des personnes âgées et des TSA. Ce type de commission permet de croiser les regards en associant les différentes unités de l'établissement. Elle portera sur des cas complexes, qui présentent des difficultés à maintenir une prise en soin et à risque de rupture de parcours de soins, du fait de problématiques cliniques et/ou institutionnelles.

ACTIONS CLÉS

- « Structurer un groupe de réflexion polaire sur les situations complexes » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Développer les temps de concertation et d'échange entre les CMP adultes/enfant d'un même territoire » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Mettre en place un groupe d'analyse des pratiques à l'intention des professionnels, notamment des IDE » dans la thématique **Addictologie**
- « Mettre en place une commission d'étude des cas complexes TSA transversale aux différentes unités du CH » dans la thématique **TSA**

Outiller les professionnels par une formation continue et adaptée aux besoins du terrain

Face à des situations cliniques de plus en plus complexes et des besoins patients diversifiés, les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur une offre de formation adaptée. Les actions proposées sont conçues en lien étroit avec les réalités de terrain, et visent à renforcer les compétences cliniques, relationnelles et organisationnelles des professionnels.

Le CH Valvert souhaite en priorité mettre en œuvre des actions de sensibilisation et de formation à destination de l'ensemble des professionnels sur des thématiques transversales : addictologie, soins somatiques, prise en charge de la douleur et accompagnement des patients présentant des TSA. Dans cette dynamique, l'établissement poursuivra également le groupe d'analyse des pratiques, inscrit dans le développement professionnel continu, sur le thème « *Prévention et prise en soin des situations d'agressivité et de violence, Analyse de situations cliniques ayant pour objectif un moindre recours aux mesures restrictives de liberté en psychiatrie* », en cohérence avec l'engagement en faveur du moindre recours à l'isolement. Deuxièmement, les équipes expriment le besoin de développer des compétences, en se formant à de nouvelles spécificités, telles que la prise en charge des addictions comportementales. Par ailleurs, l'établissement a pour ambition d'élargir l'accès des professionnels aux formations dédiées à l'accueil et à l'accompagnement des familles. Enfin, la formation peut aussi prendre la forme d'immersions croisées entre secteurs, comme l'accueil d'infirmiers de psychiatrie adulte au sein des unités de pédopsychiatrie.

ACTIONS CLÉS

- « Développer la formation en addictologie des soignants » dans la thématique **Addictologie**
- « Sensibiliser et entretenir les connaissances sur les soins somatiques » dans la thématique **Soins somatiques**
- « Permettre aux IDE des services de psychiatrie de l'adulte de se former dans les secteurs de PIJ » dans la thématique **Enfants et Adolescents**

Structurer, promouvoir et valoriser la recherche

Le Centre Hospitalier Valvert entend faire de la recherche un axe stratégique au service de l'amélioration des pratiques. À ce jour, diverses initiatives témoignent d'un intérêt réel et croissant pour la recherche au sein de l'établissement : accompagnement documentaire par le centre de documentation, projets en cours autour du repérage précoce ou des pratiques cliniques, participation à des colloques, publications d'équipes, adhésion à Psynovia, le Centre de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie de la région PACA ou encore les nombreuses actions portées par l'association Valfor, qui organise colloques, séminaires cliniques et temps de formation. Toutefois, le pilotage de ces initiatives repose aujourd'hui sur l'implication volontaire de professionnels engagés, sans qu'aucune fonction ne soit spécifiquement dédiée à cette mission. Le développement du rôle

des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) au sein de l'hôpital renforce encore la nécessité de structurer une politique de soutien à la recherche, notamment pour accompagner l'émergence de nouvelles activités à caractère scientifique.

Dans ce contexte, la création d'un comité pluridisciplinaire et pluriprofessionnel pour la promotion et le soutien à la recherche apparaît comme un projet prioritaire. Le comité assurera plusieurs fonctions fondamentales :

- Structurer, recenser les projets de recherche en cours à l'échelle de l'établissement et valoriser les productions (publications, colloques, etc.) ;
- Fédérer et accompagner tous les professionnels (soignants, administratifs, techniques) souhaitant s'engager dans une démarche de recherche ;
- Apporter un appui méthodologique et faciliter les liens avec les ressources internes et externes ;
- Soutenir la recherche de financements et valoriser les productions (publications, colloques, etc.) ;
- Impulser une dynamique institutionnelle.

ACTIONS CLÉS

- « Créer un comité pluridisciplinaire et pluriprofessionnel pour la promotion et le soutien de la recherche » dans la thématique **Recherche**
- « Communiquer sur les actions de recherche en cours ou à venir » dans la thématique **Recherche**



Travailler l'articulation entre les équipes de nuit et de jour

L'articulation entre les équipes de nuit et de jour constitue un enjeu majeur de continuité, de cohérence et de qualité des soins au sein du Centre Hospitalier Valvert. Elle conditionne directement la fluidité des prises en charge, la pertinence des transmissions, la sécurité des patients, ainsi que la qualité du travail collectif au sein des unités.

Les constats mettent en évidence plusieurs difficultés :

- Une circulation de l'information parfois incomplète entre les équipes de jour et de nuit ;
- Un manque de temps et d'espaces institutionnalisés de dialogue entre les équipes de jour et de nuit, limitant la construction d'une culture commune autour des projets de soins et des dynamiques institutionnelles ;
- Une méconnaissance réciproque des réalités d'exercice, des contraintes et des priorités spécifiques à chaque période de travail ;
- Un sentiment d'isolement exprimé par les équipes de nuit, renforcé par l'absence de participation régulière à la vie institutionnelle et aux temps de coordination.

Ces constats traduisent la nécessité d'un travail structuré d'amélioration de l'articulation entre les équipes, fondé sur la reconnaissance de la complémentarité des missions et sur le partage du sens du travail.

Les objectifs sont les suivants :

- Renforcer la continuité qualitative des soins entre les périodes de jour et de nuit.
- Favoriser une meilleure compréhension mutuelle des pratiques et des contraintes de chaque équipe.
- Valoriser le rôle et la contribution des équipes de nuit dans les dynamiques institutionnelles et dans le suivi clinique des patients.

ACTIONS CLÉS

- Développer les réunions trimestrielles d'échanges entre représentants des différentes équipes de jour et de nuit (infirmiers, cadres de santé), centrées sur la cohérence des pratiques et la résolution de problématiques communes (réunions fonctionnelles et cliniques, réunions de secteur)
- Intégrer la dimension du « travail de nuit » dans les réflexions institutionnelles (démarche qualité, gestion des risques).

F. Renforcer la dynamique partenariale avec les acteurs du territoire au bénéfice des parcours des usagers

Poursuivre les coopérations avec les partenaires sanitaires publics et privés

Le Centre Hospitalier Valvert est pleinement intégré à son environnement territorial. Son engagement dans le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Bouches-du-Rhône, dans le COMEXIH et dans le protocole d'articulation territoriale signé avec les CH d'Allauch, Aubagne et La Ciotat témoigne de sa volonté de construire une réponse collective.

Dans le domaine de l'addictologie, plusieurs actions ont été identifiées pour poursuivre le développement des liens. Le bassin de population partagé avec les établissements partenaires bénéficie d'une offre de soins diversifiée, relevant des trois niveaux de recours. Pour autant, les parcours des patients peuvent encore gagner en lisibilité et en fluidité. Les équipes souhaitent donc renforcer les coopérations inter-établissements dans ce domaine. L'ambition est de mieux connaître l'offre de soins des partenaires et travailler la complémentarité et /ou la spécificité de l'offre globale au niveau territorial.

ACTIONS CLÉS

- « Décloisonner l'offre de soins du territoire » dans la thématique **Addictologie**
- « Travailler sur la dynamique du maillage territorial » dans la thématique **Accès et continuité des soins**
- « Développer la coopération sanitaire (CH Allauch, CH Aubagne, CH La Ciotat) et médico-sociale » dans la thématique **Addictologie**

Elargir la gouvernance territoriale aux acteurs du champ médico-social pour le renforcement de l'offre en psychiatrie et travailler l'articulation entre médico-social et sanitaire

L'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques ne peut reposer uniquement sur les structures sanitaires. Il nécessite une coordination étroite avec les acteurs médico-sociaux et sociaux. Aujourd'hui, les liens de coopération sont solides avec de nombreux partenaires, mais restent à consolider dans certains services ou sur certains volets d'intervention. De plus, les pôles du CH Valvert disposent d'expertises et de ressources qui peuvent utilement être partagées avec les structures médico-sociales, et inversement. Dans cette logique, le Centre Hospitalier Valvert souhaite renforcer l'articulation avec les organisations médico-sociales.

Plusieurs enjeux ont été mis en lumière par les équipes au cours des phases de concertation :

- Assurer la continuité du suivi avec les acteurs médico-sociaux dans le cadre du projet d'unité temps plein à destination des enfants et des adolescents ;
- Offrir des alternatives à l'hospitalisation, pour assurer un suivi au plus près du lieu de vie du patient, notamment pour les personnes âgées ;
- Faciliter l'orientation des patients vers des ressources d'accompagnement adaptées ou des structures médico-sociales d'hébergement ;
- Assurer la prise en charge psychiatrique des patients suivi uniquement dans le secteur médico-social, tel que les patients porteurs de TSA ;
- Renforcer la circulation de l'information au sujet des patients.

Pour répondre à ces enjeux, la création d'une cartographie partagée de l'offre médico-sociale, en lien avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), permettrait de mieux connaître les ressources du territoire et leurs missions. Le développement de temps de

concertation entre professionnels, qu'il s'agisse de réunions inter-structures ou de coordination autour de situations complexes, renforcerait la cohérence des parcours. La co-construction de projets innovants entre partenaires sanitaires et médico-sociaux favoriserait la mutualisation des compétences et l'accès à des financements dédiés. Enfin, la mise en place de postes partagés (éducateurs spécialisés, psychologues, coordonnateurs) situés à l'interface des deux secteurs permettrait de fluidifier les liens et d'assurer une meilleure continuité d'accompagnement.

Le travail partenarial déjà engagé avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de Marseille doit également être poursuivi et approfondi, notamment pour favoriser le décloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et le social, ainsi que pour renforcer les dynamiques de prévention, de repérage précoce et d'inclusion. Le CH Valvert est un partenaire en soutien de la constitution de CLSM à Aubagne et La Ciotat.

Enfin, le CH Valvert s'associera à la réflexion sur le déploiement d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) qui pourrait être élargie aux acteurs médico sociaux.

ACTIONS CLÉS

- « Multiplier les rencontres et les échanges avec les EHPADs, les SMR et les cliniques psychiatriques » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Identifier les structures médico-sociales daval et d'amont sur chaque territoire et construire des liens privilégiés » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Développer le partenariat pour le co-portage de projets » dans la thématique **TSA**

Renforcer le lien ville-hôpital : CPTS, médecins généralistes et autres professionnels libéraux

Le Centre Hospitalier Valvert veut renforcer la coopération avec les acteurs de la médecine de ville, en particulier les CPTS, les médecins généralistes, et autres professionnels libéraux. La multiplication des dispositifs territoriaux en santé mentale (CPTS, DAC, PTS) rend parfois difficile la lisibilité des ressources, tant pour les professionnels hospitaliers que pour ceux de la ville.

Dans les CMP un important travail de coordination est déjà engagé, notamment pour les patients en situation de vulnérabilité et sans médecin traitant. Cette coordination implique un lien constant avec les professionnels de premier recours, les structures médico-sociales et les services somatiques, mais reste encore inégalement structurée.

Pour améliorer cette articulation, le CH Valvert souhaite poursuivre les échanges avec les CPTS à l'échelle des secteurs, à travers des rencontres régulières, des échanges de pratiques et des conventions avec des maisons ou centres de santé. Bien que les cinq CPTS des quatre secteurs du CH Valvert présentent des niveaux de maturité hétérogènes et que le parcours santé mentale ne figure pas parmi les priorités de toutes, le CH Valvert entend consolider progressivement ces partenariats. Le partenariat en cours avec la Clinique Bonneveine pour les soins somatiques spécialisés gagnerait à être développé avec d'autres partenaires.

Par ailleurs, dans le domaine des TSA, les équipes assurent aujourd'hui la majorité des diagnostics adultes, du repérage à la prise en charge. L'établissement souhaite renforcer les compétences des professionnels de première ligne via des actions de formation ciblées et des outils cliniques adaptés.

Enfin, plusieurs chantiers techniques restent à mener pour faciliter les échanges d'informations entre ville et hôpital : formalisation des transmissions, accès partagé aux éléments somatiques dans le Dossier Médical Partagé, ou encore développement de projets de télé-interprétation.

ACTIONS CLÉS

- « Développer les partenariats avec la médecine de ville » dans la thématique **Soins somatiques**
- « Poursuivre le travail avec les CPTS au niveau de chaque secteur » dans la thématique **Accès et continuité des soins**
- « Sensibiliser et former les médecins généralistes et autres professionnels libéraux au repérage et au diagnostic des TSA » dans la thématique **TSA**

Assurer une articulation fluide avec les acteurs clés de l'enfance, la jeunesse et le handicap

Un travail en réseau est activement mené par le pôle Infanto-Juvénile et de Soins de l'Autisme avec les partenaires locaux, notamment la PMI, les MDS (Maisons des Solidarités), la MDPH, l'ASE, les crèches et l'Éducation nationale. Il apparaît essentiel d'entretenir ces liens, et de poursuivre leur renforcement en fonction des besoins des patients.

Les équipes mettent en avant la structuration des liens avec les acteurs de la périnatalité, et notamment des maternités. Les prises en charge qui relèvent des compétences de la périnatalité doivent être clarifiées en lien avec les partenaires et les dispositifs de psychiatrie de liaison en place sur chaque établissement.

ACTIONS CLÉS

- « Travailler le parcours en psychiatrie périnatale avec les maternités du territoire » dans la thématique **Enfants et adolescents**
- « Accompagner les structures de la petite enfance (PMI, maternités, crèche) au repérage précoce » dans la thématique **TSA**
- « Nourrir et renforcer l'équipe mobile intersectorielle enfants confiés pour un public très vulnérable » dans la thématique **Enfants et adolescents**

Agir avec les partenaires locaux pour l'accompagnement des publics en grande précarité

L'accompagnement de patients précaires recouvre de nombreuses dimensions dans le repérage et dans la sécurisation des parcours complexes et par définition non linéaires. Ce contexte particulier implique de développer et de maintenir un réseau propice à mailler les différents territoires de recours des patients psychiatriques pour assurer le lien avec leur environnement quotidien et pour travailler de concert avec les autres acteurs impliqués ou à mobiliser dans leurs parcours.

ACTIONS CLÉS

- « Entreprendre des discussions avec la municipalité, les CCAS, les associations, pour développer des points de domiciliation plus proches de l'établissement pour les patients » dans la thématique **Précarité**
- « Trouver un outil de recherche de domiciliation pré-existante lorsque la personne n'est pas en capacité de donner cette indication » dans la thématique **Précarité**
- « Développer un programme de permanence ou de VAD dans les structures d'accueil de personnes en grande précarité pour reconstituer les parcours » dans la thématique **Précarité**

Développer les partenariats avec les associations de bénévoles et d'usagers

L'implication d'associations bénévoles renforce le soutien des usagers et contribue à l'élargissement des ressources disponibles. Ces associations peuvent offrir des activités de loisirs et des services d'accompagnement qui complètent l'offre de soins. Elles sont également un soutien pour les aidants, acteurs

essentiels du parcours des patients. Parmi les associations impliquées au sein du CH Valvert, on peut notamment citer :

- L'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques),
- L'Association pour la Réinsertion et la Réadaptation des Malades Mentaux (ARRemE)
- L'association Valfor qui organise les rencontres de Valvert sous forme de congrès thématiques.

L'établissement a pour ambition de renforcer ces partenariats.

ACTIONS CLÉS

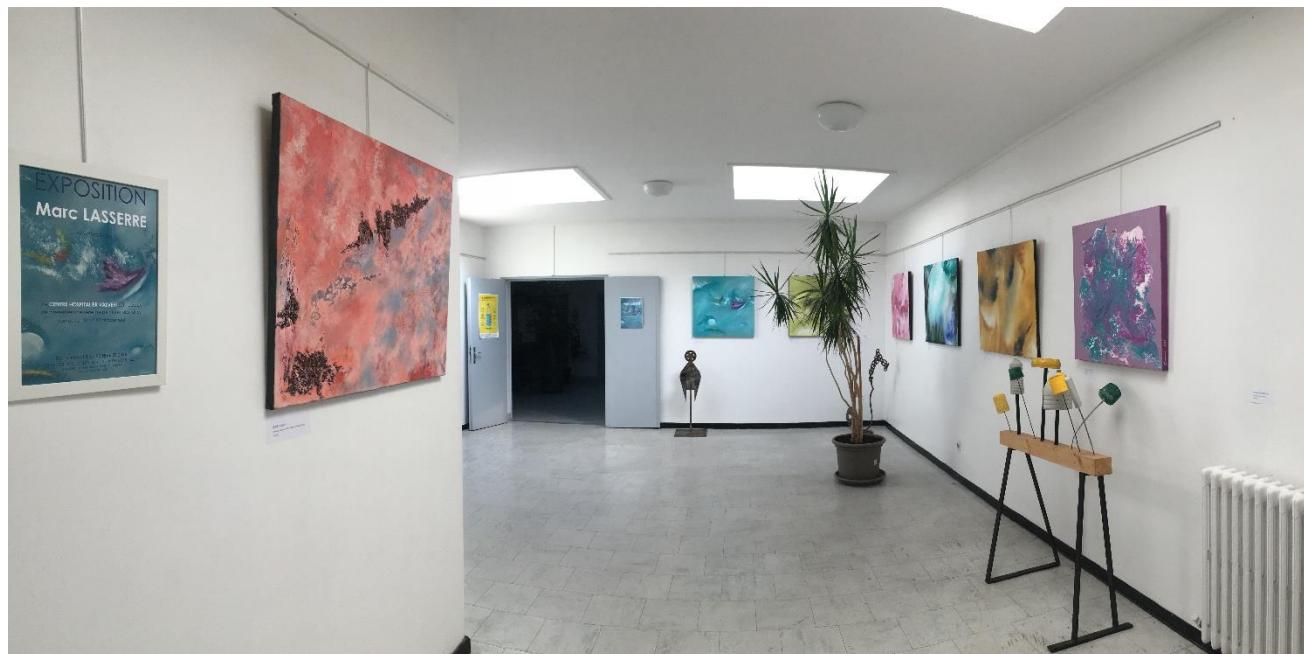
- « Renforcer la coordination avec les partenaires » dans la thématique **Addictologie**
- « Développer le partenariat avec des associations bénévoles » dans la thématique **Personnes âgées**
- « Promouvoir les espaces d'échange culturels et sociaux pour l'usager » dans le **projet des Usagers**.

Elargir les partenariats dans le champ de la culture

L'art et la culture ont une inscription forte dans l'établissement. Pour poursuivre la promotion des actions artistiques et culturelles, la direction de la communication et des affaires culturelles souhaite poursuivre le renforcement des partenariats et en développer de nouveaux. L'art et la culture sont envisagés comme des médias pour ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, déstigmatiser l'image des soins et favoriser l'accès des patients aux activités et droits du droit commun. À titre d'exemple, l'établissement est déjà engagé dans un partenariat avec le Collectif Ose l'Art, qui illustre cette volonté de lien entre création artistique et inclusion sociale.

ACTIONS CLÉS

- « Diversifier et individualiser l'accompagnement proposé aux usagers » dans la thématique **Personnes Âgées**
- « Développer un réseau de partenaires extérieurs pour l'accompagnement ou la diffusion » dans le **projet culturel**



Le projet des usagers a été rédigé en autonomie par un collectif d'usagers, puis soumis à la Commission des Usagers. L'objectif est de mettre en lumière la parole des usagers et de favoriser la liberté d'expression. Les idées et propositions exprimées seront discutées collectivement afin d'envisager leur traduction concrète dans les pratiques de l'établissement.

G. Projet des usagers

a. Préambule

Dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement 2026-2030, le Centre Hospitalier Valvert intègre, pour la première fois de son histoire, une démarche collaborative associant les usagers à la co-construction de ce document stratégique, conformément aux dispositions du décret du 1er juin 2016 et aux recommandations de la HAS.

Aussi, conscients de la confiance qui nous était portée, nous, les usagers, avons constitué un groupe de travail, « La Voix Des Usagers » (VDU) et nous sommes investis dans la rédaction du volet « Projet des usagers » avec enthousiasme.

Le présent document décrit la méthode que nous avons adoptée, puis dresse un état des lieux de la façon dont est perçue l'établissement par les usagers et fait des propositions d'amélioration.

b. Objectifs et finalités du projet des usagers

La participation active des usagers à l'élaboration du projet d'établissement s'aligne sur les recommandations contemporaines en matière de gouvernance des établissements de santé. Ainsi le décret du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé donne la possibilité à cette commission de proposer un projet des usagers.

Les usagers, en tant que bénéficiaires directs des services de soins possèdent un savoir expérientiel concernant leurs conditions d'hospitalisation, leurs parcours de soin, les aspects quotidiens de la vie hospitalière et les étapes de leur processus de rétablissement.

Forts de leur expérience, les usagers sont ainsi en mesure de repérer des éléments liés à la qualité des soins qui pourraient échapper aux professionnels de santé ainsi qu'aux équipes administratives ou techniques. Cette complémentarité des perspectives permettra de contribuer à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients au sein de l'établissement.

Les propositions issues de notre groupe La voix des Usagers (VDU), résultant d'une démarche collective et participative, illustrent la détermination des personnes concernées à contribuer activement à l'élaboration des orientations stratégiques de l'établissement et à leur traduction concrète sur le terrain.

c. Méthodologie

L'équipe

L'équipe initiale a été sélectionnée à l'initiative de soignants, et complétée de proche en proche par le bouche à oreille, en fonction des besoins. Elle s'est réunie une fois par mois de juin 2024 à septembre 2025. Cette équipe est composée de cinq usagers de la psychiatrie, d'une psychiatre, d'une psychologue, d'une

documentaliste, d'une ingénieur qualité, d'une médiatrice en santé pair. Un membre de la direction a aussi participé à quelques réunions.

Les réunions

Le travail a commencé par une suite de réunions informelles au cours desquelles chacun exprimait son ressenti par rapport à son vécu d'usager et ses relations avec les structures de soins (hôpital, CMP, hôpital de jour...). Tous ces réunions ont fait l'objet de comptes-rendus.

Plusieurs axes thématiques se sont dégagés au fil des échanges, constituant un socle pour le diagnostic partagé et l'identification collaborative des priorités d'évolution à intégrer dans la feuille de route institutionnelle.

Le questionnaire

Au cours de ces réunions, il nous a semblé que la VDU que nous formions était trop restreinte pour représenter l'ensemble des usagers. Aussi, nous avons sollicité, au travers d'un questionnaire, **un large panel d'usagers afin de partager avec eux la réflexion** sur le devenir de l'établissement et recueillir leur point de vue.

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des unités d'hospitalisation et structures de soins extérieures (CMP/CATTP, hôpitaux de jour) du Pôle de psychiatrie générale (secteur VII, VIII, IX,X) et du Pôle de psychiatrie de la personne âgée. Pour le Pôle Infanto-juvénile et Soins de l'autisme, deux structures ont été destinataires du questionnaire : l'Hôpital de jour Nausicaa et le Dispositif Soins Adolescents.

Le questionnaire a également été diffusé en version numérique à l'ensemble des cadres de santé de l'établissement. Le courriel les informait de l'objectif du questionnaire dans le cadre de la rédaction du volet « Projet des usagers » du futur projet d'établissement. Il leur était demandé :

- D'assurer la diffusion du questionnaire auprès des patients
- D'apporter le cas échéant, une assistance aux patients pour remplir le questionnaire
- De superviser la collecte des questionnaires complétés
- De veiller à la transmission des questionnaires (via les cadres supérieurs et/ou la cellule qualité)

Au sein de certaines structures, les membres du Groupe de réflexion des usagers ont aidé au remplissage des questionnaires.

134 usagers ont répondu au questionnaire. Le questionnaire est donné en annexe du Projet des Usagers. Le dépouillement détaillé des questionnaires est donné en Annexe du Projet des Usagers.

Les liens avec les autres groupes de travail du projet d'établissement

Nous avons aussi établi des liens avec d'autres groupes de travail de Valvert, notamment :

- Le groupe de travail sur la psychiatrie et la précarité
- Le groupe de travail sur le moindre recours à la chambre d'isolement

Les recherches bibliographiques

Les participants du groupe ont étudié parallèlement un certain nombre d'articles scientifiques et professionnels. La réflexion sur ces thèmes a alors enrichi la rédaction des propositions.

d. Propositions

À l'issue de cette étude, nous avons pu identifier plusieurs axes d'amélioration et pistes d'action concrètes. Ces propositions, qui s'appuient sur les retours d'expérience et les besoins exprimés par les usagers, visent à renforcer la qualité de l'accompagnement et du soin relationnel et à favoriser une prise en charge toujours plus adaptée et respectueuse des attentes de chacun. Nous vous présentons ci-après les principales recommandations issues de ce travail collaboratif.

Les atouts du CH Valvert : points forts à préserver et à valoriser

Les usagers apprécient le caractère **ouvert** de l'hôpital Valvert, situé dans un **environnement naturel** (architecture tournée vers l'extérieur, sensation de liberté apaisante, moins de contrôle anxiogène).

Le Service Socio-Cafèt, les structures associatives tel que le **Collectif Ose l'Art** (COA) ou le **Club thérapeutique Le Cercle Ou Vert** sont des composantes essentielles du dispositif de soins.

Pour rappel, le **Collectif Ose l'art** a pour objectif principal de faire une place à la création artistique au sein de l'hôpital, dans une démarche d'ouverture, de partage et d'échange. Plusieurs initiatives artistiques et culturelles y sont proposées, telles que le Ciné-club ou la Webradio Green Valley. Il est important de souligner que la participation des usagers constitue une condition essentielle de l'existence du collectif, qui tend vers un mode de fonctionnement collégial et horizontal.

Le club thérapeutique est quant à lui un espace associatif, solidaire, et d'animation socioculturelle. Il est envisagé comme une structure co-construite par le collectif des soignants et des soignés, visant à favoriser des échanges enrichissants et thérapeutiques, non ségrégatifs, tout en offrant un espace transitionnel ouvert sur la citoyenneté.

L'articulation du soin relationnel et de la vie associative (GEM, MARSS, Ose l'Art...) est une excellente chose, même si elle pourrait être renforcée.

Les usagers se félicitent de l'ouverture du **Centre de Documentation** aux patients, avec la constitution d'un fonds documentaire spécifiquement dédié.

Le **travail de sensibilisation du pôle addictologie** concernant les risques liés aux consommations de substances est intéressant.

Le travail sur les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) est à développer.

La réflexion autour de la participation active des usagers (ex : projet du questionnaire "La voix des usagers", participation aux groupes de travail sur le moindre recours à l'isolement) peut être un plus pour l'établissement.

Perspectives d'amélioration et propositions concrètes

ACCUEIL

Nos réflexions sur l'accueil et l'accompagnement des usagers au sein de l'établissement mettent en évidence des points forts, ainsi que des axes d'amélioration identifiés à partir des retours des patients.

Accueil et accompagnement des usagers : Les usagers se sentent très majoritairement bien accueillis à l'hôpital. Toutefois, certaines réserves subsistent, en particulier concernant la chambre d'isolement, fréquemment ressentie comme un lieu de grande souffrance. Notre participation au groupe de réflexion sur le moindre recours à l'isolement nous laisse à penser qu'il y a à creuser dans la présence proche, les salles d'apaisement, les balades dans le parc, et dans la méditation comme approches alternatives ou complémentaires à la chambre d'isolement.

Information et intégration des nouveaux patients : Il apparaît essentiel que le livret d'accueil soit systématiquement remis à chaque nouvel arrivant, accompagné d'un temps d'explication adapté pour favoriser leur accueil et leur compréhension du fonctionnement de l'établissement.

Qualité de la restauration et prise en charge médicamenteuse : De nombreux usagers ont exprimé leur insatisfaction concernant la qualité de la nourriture. Il serait donc pertinent d'envisager la participation des usagers au CLAN. Par ailleurs, certains traitements médicamenteux administrés avant les repas peuvent entraîner une somnolence importante, rendant la prise des repas difficile pour certains patients. Serait-il possible d'étudier la possibilité de distribuer ces traitements après le repas afin de garantir la sécurité et le confort des usagers ?

Implication des usagers dans l'accueil et l'accompagnement : La participation active des usagers à l'accueil des nouveaux patients suscite un fort intérêt. Une expérimentation en ce sens serait à encourager pour renforcer le soutien entre pairs.

Formation et médiation : Enfin, plusieurs usagers recommandent de renforcer la formation des soignants à la gestion de la crise : allier parole et geste pour maintenir un climat de respect même en situation de tension. Ils suggèrent également de favoriser, dans la prise en charge de la crise, l'intervention de médiateurs de santé pairs dont l'expérience pourrait contribuer à un meilleur accompagnement.

Une réflexion approfondie sur la notion d'accueil, s'appuyant sur des recherches bibliographiques, est donnée en annexe du Projet des Usagers.

SENTIMENT DE SÉCURITÉ

L'analyse du vécu des usagers au sein de l'établissement met en lumière plusieurs axes d'amélioration en matière de sécurité, d'accompagnement et de prise en charge des addictions. La question de la sécurité et de l'accueil sont intimement liées, leur articulation doit être pensée au regard de la spécificité d'un hôpital psychiatrique.

Sentiment de sécurité et accompagnement : Deux tiers des patients déclarent s'être sentis en sécurité lors de leur prise en charge au sein de l'établissement. Toutefois, certaines inquiétudes persistent, notamment en ce qui concerne la cohabitation avec d'autres patients, en lien avec des comportements étranges, des risques de vol ou la présence de substances illicites. La présence et l'accompagnement des professionnels

de santé lors des activités sont perçus comme rassurants par les usagers, qui expriment néanmoins le souhait de voir le nombre de personnels soignants renforcé.

Actions de prévention et de prise en charge des addictions : Plusieurs initiatives sont actuellement déployées pour lutter contre les addictions. Des groupes de parole axés sur le rétablissement sont en cours de mise en place en partenariat avec l'association Esper Pro, abordant notamment des thématiques telles que la gestion des sollicitations liées à la consommation de substances ou à d'autres comportements à risque. Parallèlement, un service dédié à l'addictologie mène des actions de sensibilisation sur les effets des drogues et leur interaction avec les traitements médicamenteux.

Impact des addictions sur la prise en charge et besoins en formation : Les professionnels de santé soulignent que la prise en charge des addictions constitue un enjeu majeur, celles-ci pouvant entraver l'efficacité des traitements psychiatriques et favoriser les rechutes, instaurant un cercle vicieux difficile à rompre. Il est rappelé que la consommation de substances illicites est strictement interdite au sein de l'hôpital. Il est recommandé à la fois de poursuivre le renforcement de la surveillance, et aussi d'envisager des espaces adaptés. Comment faire face à cette contradiction ? Les conduites addictives sont souvent liées à des parcours de vie marqués par un mal-être ancien, ce qui complexifie la démarche thérapeutique. Il apparaît donc nécessaire de renforcer la formation des équipes soignantes afin de leur permettre d'accompagner au mieux ces patients.

Sécurité des chambres et des effets personnels : La question de la sécurisation des chambres demeure une préoccupation récurrente parmi les usagers. L'impossibilité de verrouiller les chambres en leur absence, ainsi que l'insuffisance des dispositifs actuels (tels que les cadenas), soulèvent des interrogations quant à la protection des effets personnels et au respect de l'intimité. Il apparaît nécessaire d'étudier la mise en place de systèmes de verrouillage plus fiables et respectueux de l'intimité des usagers (disposer d'un badge pour fermer sa porte de l'extérieur notamment), compatibles avec les exigences de sécurité et le fonctionnement spécifique d'un hôpital psychiatrique.

Accueil et contrôle des accès : Des propositions émergent en faveur d'un renforcement de la sécurité à l'entrée de l'établissement. Cela pourrait inclure l'augmentation des moyens humains dédiés à la surveillance, le recours à des agents spécifiquement formés, ainsi qu'une meilleure structuration de l'accueil. Ces mesures doivent cependant être pensées dans le respect du modèle d'hôpital ouvert, afin de préserver l'équilibre entre sécurité et liberté de circulation des usagers.

Prévention de l'insécurité relationnelle : La prévention des situations d'insécurité liées aux interactions entre patients, ainsi qu'avec certains soignants, constitue un enjeu majeur. Il s'agit notamment de prévenir les abus de pouvoir et de lutter contre toute forme de maltraitance. Un dispositif de vigilance renforcée, associé à une formation continue des équipes sur ces problématiques, est à considérer pour garantir un climat de confiance et de respect mutuel.

Partenariats et interventions extérieures : Enfin, la question de l'intervention de professionnels extérieurs, tels que des éducateurs spécialisés dans la prévention des conduites à risque (drogue, violence), mérite d'être examinée. Leurs compétences pourraient venir en appui des équipes de soins pour mieux accompagner les situations complexes et renforcer la prévention au sein de l'établissement.

DROIT DES PATIENTS ET CO-CONSTRUCTION DES SOINS

Globalement, les usagers du CH Valvert estiment que les soins reçus respectent leurs droits et leur intégrité physique et psychique. L'accent est mis sur l'importance de la disponibilité des soignants et du lien de confiance qui peut se tisser dans la durée, notamment sur les lieux de soins en ambulatoire (CMP/CATTP et HDJ). Une augmentation du personnel dans certains lieux est préconisée pour favoriser cette disponibilité, prévenir et désamorcer les situations de tension et de violence.

Les critiques négatives concernent essentiellement le contexte spécifique des soins sans consentement et le recours à la chambre d'isolement, auxquels peuvent être associés un sentiment de privation de liberté, d'enfermement, d'infantilisation et de domination par le corps médical.

En outre, il est rappelé que chacun, patient comme professionnel, est soumis à la loi commune et aux règles de fonctionnement de l'hôpital, induisant droits et devoirs pour l'ensemble des personnes impliquées.

Accès à l'information : Les usagers soulignent l'importance d'avoir accès à des informations claires sur tout ce qui concerne leur prise en charge, aussi bien au niveau des traitements proposés que des conditions et règles de vie des lieux de soins qui les accueillent.

Les usagers souhaitent mettre en évidence la nécessité de répéter cet accès à l'information, et de rencontrer des soignants disponibles et disposés à répondre à leurs questions. En effet, la compréhension des modes de fonctionnement et des enjeux liés aux soins prend du temps. Et le moment de la crise n'est pas toujours propice à la discussion et l'intégration d'informations. Les services ambulatoires jouent un rôle primordial dans ce domaine.

Favoriser la co-construction des soins : L'accueil et l'accompagnement au CH Valvert se fonde sur les valeurs d'une psychiatrie humaniste, qui met au cœur de la prise en charge la relation de soin. Les soins passent donc essentiellement par les échanges et le dialogue entre soignant et patient. Ils ont une meilleure efficience quand le patient y adhère et peut être associé aux réflexions et décisions qui le concerne.

Il est donc préconisé de veiller au recueil du consentement du patient, ou du moins de le favoriser au maximum, même pendant les périodes de crise. Et de soutenir les dispositifs tels que les DAP (Directives Anticipées en Psychiatrie), qui permettent au patient de donner des indications de prise en charge en amont d'une crise éventuelle. Le recours aux DAP permettrait de réduire le recours aux soins sans consentement.

Encore peu connue des usagers, la participation de médiateurs de santé-pair aux soins proposés au CH Valvert est également à soutenir, pour favoriser une co-construction des soins qui prend en compte le savoir expérientiel des patients.

Respect de l'intimité : Une thématique revient de façon transversale à propos du respect des droits : l'intimité. Comment respecter l'intimité dans les situations de soins en général, quand les actes soignants nécessitent par exemple de s'approcher au plus près du corps des patients ou peuvent être vécus comme intrusifs dans la relation ? Comment garantir des espaces de respect de cette intimité, notamment la chambre d'hospitalisation, dont la loi stipule qu'elle est à la fois un lieu de soins et un lieu privatif ? De quelle manière penser l'articulation des soins avec le respect de cette sphère privée (fermeture de la chambre, décoration, visites...) ?

Ce thème nous a également amené vers un autre sujet, qui n'a pas été abordé dans les questionnaires : celui de la sexualité à l'hôpital. Les questions d'un accès possible à une vie affective et sexuelle au sein de l'hôpital sont peu débattues alors qu'elles préoccupent un grand nombre de patients. Il apparaît important d'ouvrir une réflexion sur ce thème, en l'articulant aux questions de la prévention et des risques de violences.

ESPACES D'ÉCHANGE CULTURELS ET SOCIAUX POUR L'USAGER

La vie culturelle et sociale au sein du CH Valvert constitue un levier essentiel pour l'expression de la créativité et l'engagement citoyen des usagers. Cette section présente les principaux axes d'action identifiés pour valoriser, diversifier et renforcer les espaces et activités proposés, tout en encourageant la participation active des patients à la dynamique associative et institutionnelle de l'établissement.

Valorisation et soutien des espaces culturels et sociaux existants : Le CH Valvert bénéficie de nombreux espaces d'échanges culturels et sociaux, proposés à la fois par les unités de soins et par des structures associatives implantées au sein de l'hôpital. Ces espaces, pleinement identifiés et investis par les usagers, constituent des lieux d'expression, d'engagement et de convivialité, essentiels à la vie institutionnelle.

Il est important de poursuivre et de renforcer le soutien à la dynamique associative, en encourageant la participation active des usagers à la vie culturelle et sociale du CH Valvert.

Les espaces transversaux et informels, tels que la cafétéria, les salles de détente ou les terrains de sport, jouent également un rôle déterminant dans le bien-être et les échanges entre patients.

Diversification et accessibilité des activités : Le temps d'hospitalisation pouvant paraître long, il apparaît nécessaire, dans la mesure des moyens disponibles, d'augmenter le nombre et la durée des activités proposées. Une attention particulière pourrait être portée à l'extension des horaires d'ouverture de la sociothérapie, en réponse aux attentes exprimées par certains patients.

Enrichissement des activités et implication des usagers : Pour diversifier davantage les activités proposées, il serait pertinent de solliciter des intervenants extérieurs et des formateurs spécialisés, notamment pour accompagner la réinsertion. Par ailleurs, encourager les usagers à animer ou coanimer des ateliers, en fonction de leurs compétences et centres d'intérêt, constituerait un véritable axe d'amélioration.

Développement des ressources documentaires et des échanges : Le Centre de documentation est invité à poursuivre l'enrichissement de son fonds à destination des patients et à envisager, dans la mesure du possible, l'organisation de débats ou d'ateliers de lecture. Ces initiatives favoriseraient une meilleure compréhension des troubles psychiques et offriraient des occasions d'échanges entre pairs, à partir des expériences vécues.

Renforcement des liens et ouverture sur l'extérieur : Afin de renforcer la cohésion entre les différents pavillons, le développement de réunions communautaires régulières et la création de passerelles avec d'autres associations (telles que « Collectif Ose l'art » ou les GEMs) sont à encourager.

De manière générale, il est souhaitable d'inciter les patients à s'impliquer davantage dans les soins, ainsi que dans la vie culturelle et sociale de l'établissement, notamment à travers la prise d'initiatives telles que l'organisation d'événements. L'ensemble de ces mesures vise à diversifier les activités proposées, tout en soutenant l'engagement et l'autonomie des patients dans leur parcours de soins et de rétablissement.

LES TROUBLES PSYCHIQUES DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉCARITÉ

La question du sort des sans-abris atteints de maladie mentale sensibilise fortement les usagers de la psychiatrie. Cette population constitue environ un tiers des personnes vivant dans la rue. L'hôpital est régulièrement sollicité pour assurer leur prise en charge, soulignant ainsi la nécessité de réponses adaptées à leurs besoins spécifiques.

Création d'une équipe mobile précarité-psychiatrie : Afin de mieux accompagner ces publics, la création d'une équipe mobile précarité-psychiatrie (EMPP) est encouragée. Des expériences menées dans d'autres établissements, tels que l'hôpital Sainte-Anne à Paris et le Centre Hospitalier Edouard Toulouse à Marseille, pourraient être mises à profit pour la mise en place de ce dispositif.

Déploiement de permanences et de maraudes : Il est recommandé d'organiser des permanences dans les principaux lieux d'accueil des personnes sans-abri, notamment à la Maison du Partage et auprès des associations « Vogue la Galère » et « Urgences et Solidarités » à Aubagne. Par ailleurs, la mise en place de maraudes permettrait d'aller à la rencontre de ces populations et de renforcer le lien avec les dispositifs de soins.

Adaptation de la sectorisation et travail en réseau : La question de la sectorisation doit être repensée pour les personnes sans domicile fixe, afin de garantir leur accès aux soins psychiatriques. Un travail en réseau avec les associations sociales et médico-sociales est également à privilégier pour assurer un accompagnement global et coordonné.

Inspiration des modèles innovants : Enfin, la prise en compte des personnes en situation de grande précarité pourrait s'inspirer du modèle finlandais², qui privilégie l'accès à des logements pérennes pour les personnes sans-abri, facilitant ainsi leur réinsertion sociale.

LES USAGERS ET LA RECHERCHE

La complémentarité entre les savoirs professionnels et l'expérience vécue des usagers constitue un atout pour l'amélioration des pratiques dans le soin psychiatrique. De ce fait, il apparaît essentiel de favoriser l'intégration des usagers dans les programmes de recherche et les travaux de réflexion menés au sein de l'établissement.

Constat de la complémentarité des approches : Les psychiatres, les psychologues et les soignants disposent d'une connaissance universitaire et clinique de la maladie mentale, complétée par leurs entretiens avec les patients. De leur côté, les usagers possèdent une connaissance intime de la maladie pour l'avoir éprouvée dans leur chair et en avoir subi les tourments. Si les points de vue et les approches diffèrent, ils se révèlent néanmoins fortement complémentaires.

Intégration des usagers dans les activités de recherche : Dans le cadre des activités de recherche menées au sein de l'établissement, il serait judicieux de mettre à profit cette complémentarité en associant les usagers à des réflexions portant sur : la compréhension de la maladie, les conditions d'apparition des crises, l'analyse des contextes critiques, les moyens de détection précoce et de gestion des crises. La mise en commun des « boîtes à outils » de chacun permettrait d'enrichir les connaissances et les pratiques au bénéfice de tous. Enfin, il est recommandé de favoriser la participation active des usagers au groupe « Recherche » de l'établissement, afin de renforcer la co-construction des savoirs et d'intégrer pleinement l'expérience des patients dans les travaux de recherche et d'innovation.

² SDF : Le miracle Finlandais : https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-choix-franceinfo/sans-abri-le-miracle-finlandais_4906239.html

Partage d'expérience et co-construction des savoirs : Certains usagers expriment le souhait de partager leur vécu et d'échanger avec les professionnels du champ de la psychiatrie et de la santé mentale, dans une logique d'enrichissement mutuel. Cette démarche pourrait également contribuer à la production de documents et de ressources à portée élargie, consolidant ainsi la réflexion collective sur la maladie mentale.

e. Conclusions

Le groupe de travail « La voix des usagers » a mis tout son cœur dans la réalisation de ce document qui a inclus la participation de très nombreux patients. Au terme de cette étude, des propositions constructives sont formulées au chapitre IV.

Nous avons eu beaucoup de plaisir à travailler ensemble, dans une équipe constituée d'usagers et de professionnels. Nous exprimons le souhait que cette dynamique se poursuive au bénéfice des usagers et des équipes soignantes, et proposons notre participation active à la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier Valvert à l'avenir.

H. Projet qualité, sécurité des soins et amélioration continue

Optimiser les organisations pour améliorer les process

L'amélioration des organisations internes est une nécessité pour fluidifier les parcours et sécuriser les pratiques. Les rôles des professionnels doivent être précisés et valorisés. L'harmonisation des pratiques doit permettre l'amélioration de la qualité des données collectées dans les dossiers patients. Le recours à des référents métiers et à l'IA ouvre des perspectives d'efficacité et d'innovation. Dans ce contexte, l'établissement souhaite :

PLAN D'ACTIONS

1. **Nommer des référents métiers dans tous les secteurs**, afin d'assurer un soutien de proximité, un relai d'informations et une veille sur les bonnes pratiques
2. **Clarifier le rôle et les responsabilités de chaque catégorie de professionnels** (IDE, ASE, AMA, etc.), par la mise à disposition de formations et de guides, pour améliorer la tenue du dossier patient et la qualité des écrits professionnels
3. **Travailler les missions, le périmètre d'intervention et la fiche de poste des AMA** pour préciser leur positionnement dans le parcours patient et la gestion
4. **Investiguer l'IA** dans l'objectif d'identifier des applications concrètes et éthiques testables en lien avec les missions cliniques et administratives
5. **Formaliser un entretien de sortie pour les patients hospitalisés en intra-hospitalier**, comprenant une checklist pour s'assurer que tous les éléments nécessaires sont remis et expliqués au patient

Prendre en compte l'expérience patient

L'écoute active du patient à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que l'implication d'un collectif d'usagers (La Voix des Usagers), constituent des priorités pour renforcer la qualité perçue des soins. Les outils de recueil d'avis doivent être variés, accessibles et utilisés de manière systématique. Les retours ainsi collectés doivent être partagés afin d'orienter les actions d'amélioration ; l'expérience patient représente un levier stratégique majeur dans le pilotage des pratiques. Le plan d'action comprend deux axes :

PLAN D'ACTIONS

1. **Mieux recueillir l'avis du patient**, notamment à l'entrée et à la sortie de l'établissement, par la poursuite du déploiement d'outils (questionnaires, entretiens)
2. **Apporter un appui méthodologique et logistique au groupe « La voix des usagers »**, notamment en relayant leurs réflexions aux instances institutionnelles de l'établissement et autres groupes de travail

Améliorer la gestion des risques

La maîtrise des risques passe par des procédures claires, actualisées et connues des professionnels. La gestion des événements indésirables doit s'accompagner de retours concrets aux équipes pour renforcer leur implication. La structuration documentaire et l'identification des bons interlocuteurs sont des enjeux de lisibilité et de réactivité. Il s'agit d'ancre une culture proactive de la sécurité. Ainsi, plusieurs actions doivent être mises en œuvre :

PLAN D'ACTIONS

1. **Améliorer l'élaboration et l'actualisation des procédures en matière de sécurité**, en structurant le calendrier de suivi et de révision des procédures prioritaires et avec l'appui de référents thématiques

2. **Réaliser davantage de recours quant aux suites faites au FEI**, en proposant des actions concrètes
3. **Travailler sur le référencement des documents**, par une gestion documentaire cohérente intégrant un classement et des mots-clés pertinents
4. **Clarifier les interlocuteurs à contacter en fonction de la thématique de l'EI**, via un annuaire opérationnel

Améliorer les indicateurs réglementaires

Le suivi des indicateurs nationaux (IQSS, CPOM, etc.) est essentiel pour répondre aux exigences de qualité. Leur appropriation par les professionnels permet de mieux piloter la qualité au quotidien. L'utilisation adaptée d'outils d'évaluation est un levier d'amélioration ciblée et d'aide à la décision.

L'établissement souhaite donc **poursuivre la dynamique impliquée en 2023 au niveau des IQSS, et des autres indicateurs réglementaires (CPOM, contrats de pôle)**. Elle mobilisera l'encadrement médical et paramédical autour d'objectifs partagés inscrits dans les contrats de pôle et le CPOM.

Développer les analyses des pratiques professionnelles

L'analyse réflexive des pratiques contribue à l'amélioration continue de la qualité et à la prévention des erreurs. Les temps d'analyse partagée (APP, EPP, GAP) doivent être soutenus, structurés et inscrits dans le fonctionnement des équipes. Ils permettent la montée en compétence collective et renforcent la cohésion. L'évaluation des pratiques professionnalisantes nourrit également les démarches de certification.

Pour assurer le développement **des analyses de pratiques professionnelles (APP/EPP)**, il est prévu de mobiliser l'ensemble des acteurs du soin afin de favoriser une approche transversale, interdisciplinaire et partagée de situations cliniques ou organisationnelles. Ces temps peuvent prendre plusieurs formes : revues de dossiers, analyse de cas complexes, grilles d'auto-évaluation, utilisation d'indicateurs, analyse pluridisciplinaire de situations. Il est prévu de partager les résultats obtenus pour capitaliser sur les apprentissages et mettre en place des actions d'amélioration.

Favoriser l'appropriation de la qualité dans les services dans l'ensemble des secteurs

L'adhésion des professionnels aux démarches qualité passe par une intégration dès l'arrivée dans l'établissement et un accompagnement régulier. La mise à disposition d'outils pratiques, la valorisation des projets locaux et les actions de prévention renforcent l'ancrage de la culture qualité. A cet effet, il est prévu de :

PLAN D'ACTIONS

1. **Travailler l'intégration et l'accueil des nouveaux professionnels**, en incluant un volet qualité et gestion des risques dans le parcours d'intégration
2. **Diffuser un appui méthodologique et pratique portant sur la qualité de façon transversale**, afin de faciliter la compréhension et la mise en œuvre de la démarche qualité dans les unités
3. **Développer la sensibilisation en santé publique et la prévention**, autour de thématiques clés (addictions, comorbidités somatiques, gestion de la douleur, prévention des EIAS, prévention des infections nosocomiales)
4. **Accompagner les projets qualité dans les secteurs** avec un soutien méthodologique
5. **Développer la visibilité du service qualité**, en communiquant sur les projets, les résultats, les indicateurs clés, les bonnes pratiques repérées ou des innovations

5. Volets transversaux du projet d'établissement

Au-delà des volets médico-soignants, le projet d'établissement intègre des volets transversaux essentiels au bon fonctionnement et à la cohérence globale de l'établissement. Ces projets transversaux, qui englobent le projet social, le projet des services support aux soins, le projet de gouvernance, le projet développement durable, le projet psychologique et le projet culturel, constituent les fondations indispensables pour accompagner et soutenir la prise en charge psychiatrique.

A. Projet social

Adapter les compétences et savoirs aux évolutions des besoins

La démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC) a été amorcée au sein de l'établissement, avec une première cartographie des métiers en cours de formalisation. Cette dynamique doit désormais être renforcée et traduite en actions concrètes afin de répondre aux enjeux d'attractivité, de fidélisation et d'adaptation aux évolutions des pratiques et de l'organisation.

La GPMC doit permettre de mieux adapter les recrutements, les parcours professionnels et les formations aux besoins présents et futurs. Elle constitue également un levier pour donner de la lisibilité aux trajectoires professionnelles des agents : clarifier les perspectives d'évolution, valoriser les compétences existantes et accompagner les projets individuels.

Pour les encadrants, la GPMC est un outil d'aide au pilotage des équipes. Les cartographies de compétences doivent ainsi permettre un meilleur ajustement des effectifs et un accompagnement plus ciblé des professionnels.

Enfin, la GPMC vise à sécuriser l'organisation face aux tensions sur les effectifs, en anticipant les départs et en réduisant les risques de vacance de postes.

PLAN D'ACTIONS

- **Adapter le processus de demandes de formation pour les nouveaux arrivants**, en prévoyant plusieurs sessions annuelles
- **Evaluer les besoins de formation dès l'intégration pour garantir un accès rapide aux apprentissages nécessaires**
- **Poursuivre l'appui à la fonction managériale du binôme cadre-médecin**, suite au premier séminaire auprès de l'encadrement
- **Renforcer le service de formation continue**, pour renforcer la capacité de réponse aux demandes de formation et aux ambitions de développement du service
- **Organiser des formations et des rencontres sur la psychothérapie institutionnelle**, afin d'accompagner les nouveaux arrivants, soutenir les équipes dans leur pratique et articuler prévention et soin

Mieux prévenir les risques professionnels et soutenir les professionnels

Mieux prévenir les risques professionnels implique de continuer à impulser ce qui est mis en œuvre dans la démarche de prévention des risques psychosociaux (RPS), mais également de mieux la structurer. La politique

de prévention et de soutien doit être en mesure de répondre aux situations de vulnérabilité des professionnels.

La démarche vise, d'une part, à anticiper et prévenir les situations de crise, et d'autre part, à soutenir les professionnels. L'anticipation et la prévention peuvent se traduire par des outils, tels que le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels), ou l'instauration d'espaces de partage et de sensibilisation. Le soutien aux équipes implique le repérage du mal-être et de la souffrance au travail, le plus tôt possible, et la libération de la parole, pour faciliter les remontées d'information et agir auprès des professionnels.

PLAN D'ACTIONS

- **Communiquer autour du DUERP**, dont les mises à jour régulières doivent être partagées aux professionnels de l'établissement
- **Communiquer sur la démarche de prévention des risques**, qui comprend notamment des actions à destination de la santé des professionnels et la sensibilisation aux gestes de premiers secours
- **Articuler la démarche de déclaration des événements indésirables avec la cellule de prévention des risques professionnels**, par la formalisation d'un circuit spécifique suite à une FEI
- **Renforcer le dispositif PSPP (Prendre Soin des Pratiques Professionnelles)**, qui a pour objectif de favoriser la réflexion collective, le partage d'expériences et l'identification des axes d'amélioration
- **Développer la formation à la gestion des conflits avec les usagers et leur entourage**, pour mieux accompagner les professionnels qui peuvent être confrontés à des situations difficiles
- **Développer un programme de formation continue en lien avec la démarche de prévention des risques professionnels**
- **Identifier les postes à risque en termes de durée de vie professionnelle**, afin de mettre en place des mesures d'accompagnement

Favoriser le maintien dans l'emploi par l'accompagnement des carrières longues

Pour s'assurer de la fidélisation des professionnels sur le long terme, des actions de maintien dans l'emploi doivent se poursuivre. La direction souhaite favoriser une gestion proactive des parcours professionnels afin d'anticiper et de répondre aux besoins des professionnels. Cette ambition concerne principalement les professionnels en fin de carrière. Il s'agit non seulement de favoriser leur maintien dans emploi, mais aussi de valoriser leur expertise et d'assurer une transition progressive grâce à la transmission des savoirs.

PLAN D'ACTIONS

- **Poursuivre la politique de concours au sein de l'établissement**, pour valoriser le parcours des agents en interne et recruter de nouveaux professionnels sur l'ensemble des filières
- **Communiquer sur le Conseil en Evolution Professionnelle**, qui est insuffisamment connu des professionnels de l'établissement

Favoriser le maintien de l'emploi par l'accompagnement des professionnels en situation de handicap

Les actions à destination des professionnels en situation de handicap sont insuffisamment développées. Une politique en matière de handicap est définie. Elle comprend les problématiques identifiées, les personnes à risque et les objectifs. Elle prévoit notamment la présence d'un référent handicap et la mise en place de la cellule de maintien de l'emploi. La politique à destination des personnes en situation de handicap a pour objectif de déstigmatiser le handicap, garantir l'inclusion professionnelle des travailleurs en situation de handicap et d'offrir un accompagnement adapté pour favoriser l'épanouissement et l'évolution au sein de l'établissement.

PLAN D'ACTIONS

- **Sensibiliser les lignes managériales au handicap**, pour faciliter la déclaration de RQTH par les agents
- **Clarifier les circuits d'accompagnement des personnes en situation de handicap**
- **Poursuivre la mise en place des mesures d'aménagement du poste de travail**, pour maintenir en emploi les professionnels en situation de handicap
- **Conventionner avec le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)** pour disposer d'une meilleure visibilité sur les subventions perçues

Renforcer l'attractivité de l'établissement et la fidélisation des professionnels

Les actions sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels s'échelonnent sur deux niveaux. Premièrement, le niveau institutionnel doit impulser une dynamique générale d'attractivité et de fidélisation. Au niveau institutionnel, des premières actions sont en cours de déploiement ou de réflexion et doivent être poursuivies, telles que l'analyse des questionnaires d'arrivée ou l'initiative « Vis mon travail ». Deuxièmement, les différentes catégories de professionnels doivent être la cible d'actions spécifiques, en lien avec leur métier.

PLAN D'ACTIONS

1. *Renforcer la politique de fidélisation des professionnels et des métiers en tension*

- **Promouvoir la mobilité interne**, en proposant des parcours d'intégration
- **Promouvoir les actions collectives pour décloisonner les secteurs**, telles que « Vis mon travail »
- **Poursuivre le déploiement et l'analyse des questionnaires d'arrivée et de sortie**, dans l'objectif de recueillir la satisfaction des professionnels à leur arrivée et de comprendre les motifs de départ
- **Améliorer l'accueil des arrivants en termes de logistique** (matériel, mise en place du tutorat)
- **Trouver des solutions complémentaires pour les gardes d'enfants**, notamment sur les horaires de début et de fin de journée
- **Favoriser l'accès au logement pour les professionnels**, en conventionnant avec un partenaire locatif
- **Mener une réflexion sur la semaine de 4 jours, en tenant compte des contraintes organisationnelles de chaque profession**

2. *Mettre en place une stratégie de marque employeur*

- **Moderniser les canaux de communication**, pour mieux atteindre l'ensemble des publics internes et externes (Facebook, Instagram)
- **Elargir les capsules vidéo de communication institutionnelle à d'autres professions**, afin de valoriser les équipes et de rendre plus lisibles les parcours possibles au sein de l'établissement
- **Poursuivre les actions pour faire connaître le CH Valvert, et ses valeurs**, à travers une présence active lors des colloques, salons, publications, etc.
- **Mener des actions de fidélisation à destination des étudiants**, telles que la participation aux forums des métiers, la création de partenariats ou la mobilisation de contrats d'allocation étude

3. *Contribuer au pilotage territorial*

- **Harmoniser au niveau du GHT les politiques d'attractivité sur le personnel médical** (cohérence des rémunérations, des parcours de carrière, etc.) : La PCME participe au groupe de travail pour enforcer le fonctionnement de la stratégie territoriale des affaires médicales, en lien avec la commission des directions des affaires médicales du GHT.



Repenser l'accueil des nouveaux arrivants

L'accueil des nouveaux arrivants se compose d'une demi-journée de présentation de l'établissement, et d'une journée et demie de présentation théorique par le collège des psychologues. Les retours sur cette formation soulignent la nécessité d'augmenter sa fréquence et d'approfondir son contenu. En termes de fréquence, les sessions d'accueil interviennent parfois plusieurs mois après l'arrivée de professionnels. En termes de contenu, l'accent doit être mis sur les valeurs de l'établissement (psychothérapie institutionnelle, psychopathologie clinique, etc.) et doit être adapté à chaque type de professionnel.

Au-delà des journées d'accueil des nouveaux arrivants, l'intégration comprend la consolidation des savoirs, un temps de formation à destination des infirmiers. La consolidation des savoirs est portée par des médecins, des psychologues et des cadres en interne.

Pour finir, l'établissement propose un parcours d'intégration aux internes, comprenant un accueil tous les 6 mois pour les nouveaux internes, des groupes bibliographiques réguliers menés par les assistants et des formations ponctuelles à leur demande.

PLAN D'ACTIONS

- **S'assurer que le contenu de l'accueil des nouveaux arrivants est porteur des valeurs de l'établissement**, en adaptant la formation de « consolidation des savoirs »
- **Mener une réflexion sur la structuration du compagnonnage**, en définissant clairement les rôles et responsabilités du tuteur et en valorisant cette fonction dans le cadre professionnel

B. Projets des services supports aux soins

Assurer le pilotage de la stratégie économique et financière

Le pilotage de la stratégie économique et financière implique de poursuivre la sécurisation du niveau de ressources, la rationalisation des dépenses, le développement du contrôle de gestion afin d'assurer la bonne utilisation des deniers publics, d'accompagner l'établissement dans son évolution et de permettre la réalisation du plan pluriannuel d'investissement, du programme de gros entretien et des demandes priorisées.

PLAN D'ACTIONS

- **Poursuivre la sécurisation des processus comptables**, des indicateurs financiers et de l'actif
- **Poursuivre l'implication dans la stratégie d'achat du GHT**, actuellement en cours de rédaction
- **Développer le contrôle de gestion**, afin d'objectiver, de communiquer les données médico-économiques et d'améliorer la performance des organisations
- **Moderniser les applications**, tels que la dématérialisation des dépenses de régie, les encaissements TPE et le logiciel Self HESTIA
- **Dématérialiser la gestion comptable et financière**, dans la perspective de la certification des comptes



Gérer la ressource patrimoniale

La direction souhaite poursuivre la modernisation, la sécurisation de l'établissement et l'accompagnement de ses évolutions. L'ambition est d'améliorer la politique d'exploitation du patrimoine et de mettre en œuvre les actions du Plan Stratégique Energie (PSE), pour proposer une stratégie d'investissements en lien avec les projets de l'établissement et l'objectif de décarbonation de l'établissement.

PLAN D'ACTIONS

- **Adapter les conditions d'hébergement et les conditions hôtelières**, par des travaux de réhabilitation, le renouvellement des équipements courants et un travail sur le contrôle d'accès et l'accessibilité
- **Réaliser le plan pluriannuel des travaux de gros entretien et réparation**, ainsi que le plan pluriannuel d'opérations majeures
- **Poursuivre la mise en place et le suivi des maintenances préventives et curatives**, par la cartographie et le suivi des maintenances, ainsi que la mise en place d'une GMAO
- **Améliorer la performance énergétique des bâtiments**, notamment par le recours au Marché Public Global de Performance (MPGP)

Améliorer la performance des fonctions supports au soin au profit des soignants et des patients

Plusieurs ambitions visent la performance des fonctions supports au soin : proposer une gestion prospective des ressources hôtelières, optimiser les moyens logistiques et le traitement des différentes demandes d'interventions et de travaux et réduire l'empreinte carbone de l'établissement.

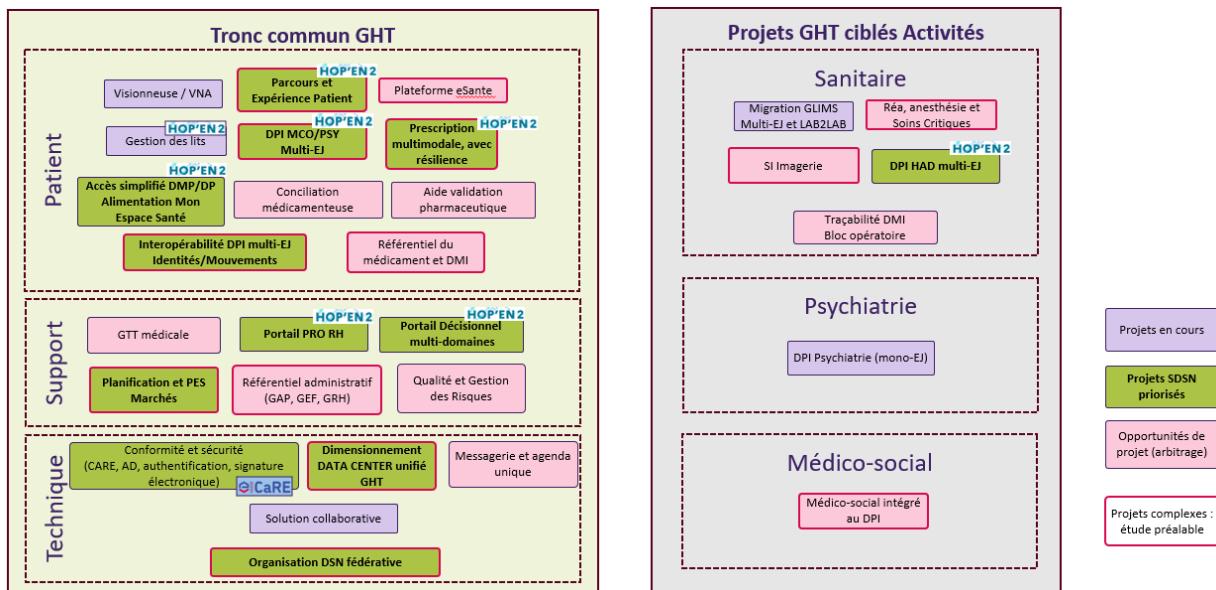
PLAN D'ACTIONS

- **Mieux intégrer les clauses environnementales et sociétales dans les marchés**, afin de favoriser une politique d'achat responsable et durable
- **Améliorer le recueil des besoins auprès des soignants et des patients**, avec la mise en place d'une extension de logiciel pour la gestion des commandes
- **Améliorer la traçabilité, l'analyse et le suivi des travaux et autres demandes**, à l'aide d'outils informatiques permettant de saisir en temps réel les réponses apportées par les services supports
- **Poursuivre la réduction et la valorisation des déchets**, avec notamment l'élaboration d'une charte de tri des bio déchets et autres déchets dans les unités de soins et en impliquant les soignants et les patients dans une démarche écoresponsable
- **Optimiser les transports internes**, par une gestion centralisée de la flotte
- **Améliorer la fonction accueil à l'entrée de l'établissement**, par un réaménagement

C. Projet Systèmes d'Information

Décliner le SDSI du GHT à l'échelle de l'établissement

Depuis la loi de 2016 modernisant notre système de santé, le système d'information (SI) est l'une des 4 fonctions mutualisées au sein d'un GHT. Cela doit se traduire par « la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au GHT ». Pour poursuivre ce travail de rapprochement, le GHT 13 a élaboré en 2024 et adopté en 2025 une feuille de route commune, dans laquelle le CH Valvert s'inscrit. L'enjeu consiste à s'inscrire dans la convergence SI réglementaire et prendre part au maillage visant à une Direction des Services Numériques (DSN) fédérative. La liste des actions ci-dessous est un report des projets répertoriés dans le SDSI commun et qui concernent le périmètre d'activité du CH Valvert.



Finaliser les projets engagés

La concomitance des engagements GHT, des besoins internes des professionnels et des enjeux techniques liés à l'état des infrastructures et de leur nécessaire évolution rendent cruciale la priorisation des projets.

Par ailleurs, la particularité des projets en matière de système d'information et de numérique, consiste à ce que tout nouveau projet de déploiement de nouvel outil ou de nouvelle technologie implique systématiquement des ressources de maintien en conditions opérationnelles.

Ces constats soulignent la nécessité d'ordonnancer les projets, de faire des choix stratégiques et d'affecter les ressources en fonction des impacts des projets. Le socle technique et applicatif est donc à consolider au fil de l'eau et la finalisation des projets engagés intègre ce socle, nécessaire aux nouveaux déploiements.

Ainsi cet objectif reprend les actions engagées au titre du précédent schéma directeur, restant à finaliser. Toutes les actions listées ci-dessous sont intégrées dans un outil de planification et de suivi d'avancement.

Projet GED et qualité

Refonte du serveur de fichiers

Hébergement MIPIH

Mise en œuvre d'une nouvelle solution de téléconsultation et de télédemande

Clearpass Wifi

Autonomisation de l'ESAT	M Sésame	Déploiement des switchs
Déménagement DataCenter RG1	Renouvellement PC / clients légers	Convergence vers l'AD GHT
Migration Windows 11	GLPI – gestion de parc helpdesk	Uncovery – Exposition à internet
Migration de solution PTI	Teams Déploiement	TOIP – Déploiement TOIP en extra
Déploiement de sites pilotes Wifi avec portail captif		Messagerie sécurisé Médimail MS Santé
MAGH2 service fait	Annuaire RH	Octime GTT non médicale
Ideal prodige – serveur d'identité du GHT	Remédiation de l'AD	Pastel Roc
Mise en œuvre d'un MDM	Mise en œuvre du puit de log	Intranet formulaires et bons
Hestia self	ARD Contrôle d'accès physique	Refonte de la sauvegarde

Assurer la sécurité du système d'information

Cette orientation transversale à tous les projets numériques constitue un pré-requis et une vigilance de fond. Néanmoins son inscription en tant qu'orientation à part entière permet de valoriser le temps et les ressources qui y sont consacrés. Il est nécessaire de souligner l'investissement incontournable que l'impératif de sécurisation du SI et de ses usages impliquent.

PLAN D'ACTIONS

- **Poursuivre l'inscription dans le programme Care**, qui vise à s'engager dans des objectifs communs de sécurisation à l'échelle nationale
- **Satisfaire aux exigences des programmes nationaux HOPEN et aux référentiels de l'ANSSI**, qui constituent des opportunités de financement et de développement
- **Sensibiliser les professionnels et les patients aux risques cyber et aux bons usages du numérique**, en réalisant des exercices de crise réguliers
- **S'aligner sur les projets et les recommandations du groupe Sécurité des Systèmes d'Information (SSI) du GHT**
- **Renouveler les solutions reposant sur un socle technique obsolète**, afin d'accueillir de nouvelles solutions plus sécurisées
- **Mettre à niveau des procédures dégradées de tous les plans de continuité d'activité**, en lien avec le service qualité

Développer les solutions de mobilité

Cette orientation vise à accompagner techniquement l'ouverture de l'hôpital à son environnement, à améliorer la performance du travail de secteur et le développement de l'aller-vers qui nécessitent de développer les outils et les accès numériques. Il s'agit de trouver des solutions d'adaptation des outils numériques et de réseau aux usages professionnels internes et externes.

PLAN D'ACTIONS

- **Déployer des solutions numériques adaptées pour toutes les équipes mobiles** (ordinateurs portables, téléphones, accès internet et réseaux, etc.) et des fonctionnalités à la faveur des solutions de mobilité
- **Développer un wifi professionnel dans les unités d'hospitalisation à temps plein**, afin de permettre l'accès au dossier patient, l'administration informatisée et la traçabilité des médicaments
- **Favoriser les accès à distance aux messageries et aux agendas** dans la limite des impératifs de sécurité
- **Développer la téléexpertise et les téléconsultations pour les équipes mobiles**, en retenant et en déployant une des solutions proposées au sein du GHT
- **Développer des solutions mobiles dédiées aux services supports, techniques et logistiques**, dont la mise en place d'une GMAO pour le suivi des maintenances préventives et curatives
- **Assurer la migration solution PTI et la sécurisation des professionnels**, par l'extension des fonctionnalités à la faveur des solutions de mobilité

Poursuivre la dématérialisation

Il s'agit d'un enjeu global majeur pour plusieurs métiers et processus de travail dans l'hôpital. Cette nécessité implique un questionnement approfondi sur les pratiques et leurs déclinaisons dans des outils adaptés (à trouver ou à créer), répondant à des exigences techniques parfois complexes.

PLAN D'ACTIONS

- **Effectuer le projet de dématérialisation RH**, en lien avec le projet social et les besoins identifiés
- **Dématérialiser les process du bureau des entrées**, pour sécuriser les traitements administratifs des séjours
- **Prendre le tournant de l'IA**, en intégrant les évolutions techniques et technologiques propices à une meilleure utilisation des données disponibles et nécessaires aux différents métiers
- **Dématérialiser les tickets techniques et logistiques**, en lien avec la refonte de l'intranet
- **Effectuer le projet achat et commande publique**, en lien avec le projet des services supports et des besoins identifiés

D. Projet Développement Durable

Communiquer et sensibiliser sur la démarche et les enjeux du développement durable

Le développement durable constitue un enjeu transversal pour l'ensemble des professionnels, des usagers et de leurs proches ainsi que de toute autre personne présente au sein de l'établissement. La responsabilité individuelle et collective impose une vigilance constante face aux risques de gaspillage et à l'impact environnemental des pratiques. Il est donc essentiel de renforcer la communication autour de ces enjeux afin de sensibiliser chacun à son rôle et de promouvoir des comportements écoresponsables au quotidien.

PLAN D'ACTIONS

- **Mener une réflexion sur la présence d'animaux en continu dans le parc** pour favoriser l'écopâturage
- **Communiquer sur les bonnes pratiques d'utilisation des équipements**, notamment par l'organisation d'évènements tels qu'une semaine ou des ateliers dédiés à la thématique écologique
- **Relancer le COPIL développement durable et mettre à jour les ambassadeurs**, pour renforcer la dynamique interne de pilotage
- **Communiquer sur les actions écoresponsables réalisées** (solution d'intranet, mettre à jour régulièrement l'Infolettre, Linkedin, etc.)
- **Communiquer les menus du self personnel à l'avance**, afin de limiter le gaspillage alimentaire

Promouvoir l'économie circulaire

L'économie circulaire vise à optimiser l'utilisation des ressources, à limiter le gaspillage et à prolonger la durée de vie des produits. Au sein du CH Valvert, cette démarche suppose de repenser les modes d'approvisionnement, d'utilisation et de fin de vie des biens et services. Elle s'inscrit dans une logique d'achats responsables, de réduction des déchets et de valorisation des ressources existantes.

PLAN D'ACTIONS

- **Territorialiser les achats**, en identifiant, dans le cadre de la politique d'achat de l'établissement, les biens et services pouvant faire l'objet d'un approvisionnement local ou régional
- **Favoriser les achats locaux**, par la définition d'un plan d'action avec le titulaire du marché d'assistance en restauration portant sur les denrées alimentaires
- **Evaluer la réparation et/ou le recyclage des équipements avant d'envisager leur remplacement**, par un protocole systématique d'évaluation technique

Optimiser la performance énergétique des bâtiments

L'optimisation de la performance énergétique des bâtiments constitue un levier essentiel pour réduire l'empreinte environnementale du Centre Hospitalier Valvert. Elle permet également de maîtriser les coûts liés aux consommations d'énergie. Cette démarche implique des actions ciblées sur l'efficacité des installations (éclairage, chauffage, isolation), mais aussi sur l'évolution des comportements au quotidien, à travers la promotion des éco-gestes.

PLAN D'ACTIONS

- **Mettre en place un détecteur de mouvement pour l'éclairage des sites extra-hospitaliers**, pour adapter l'éclairage aux besoins réels
- **Assurer l'isolation thermique** pour réduire les consommations de chauffage et de climatisation
- **Sensibiliser aux éco-gestes**, par des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et des patients
- **Aménager le parc de l'établissement** (plantations d'arbres fruitiers, installations de tables, création d'un théâtre de verdure)



Développer la dématérialisation

La dématérialisation des processus administratifs, médicaux et logistiques constitue un levier clé pour moderniser le fonctionnement, améliorer la réactivité des services, réduire la consommation de papier et limiter l'impact environnemental lié aux flux physiques d'information.

PLAN D'ACTIONS

- **Promouvoir les bonnes pratiques numériques écoresponsables**, par la diffusion de conseils concrets (tri des mails, extinction des équipements, limitation des impressions, etc.)
- **Numériser les demandes de congés, bulletins de salaires et autres documents administratifs**, en mettant en place des solutions numériques sécurisées pour la gestion des ressources humaines
- **Mettre en place la signature électronique**, afin de réduire le volume de papier et autres consommables
- **Rendre possible les demandes d'avis en addictologie via le DPI**, par l'intégration d'une fonction de reconnaissance vocale pour faciliter et tracer les demandes d'avis
- **Favoriser l'hébergement des applications hors établissement**

Améliorer la gestion des déchets

Une politique de réduction et de valorisation des déchets est déjà engagée au sein du Centre Hospitalier Valvert. Elle doit désormais être approfondie, structurée et rendue plus visible.

PLAN D'ACTIONS

- **Sensibiliser au tri des déchets les patients et les soignants**, via une campagne d'information sur les consignes de tri
- **Assurer la lutte contre le gaspillage alimentaire**, par diverses actions (évaluation des quantités jetées, adaptation des portions, proposition d'alternatives anti-gaspillage telles que le compostage)
- **Assurer le recyclage des cartons, papiers, verres, plastiques, biodéchets, aliments, etc.**, ce qui implique de penser les circuits de collecte.

Soutenir la mobilité douce

La transition vers une mobilité plus durable comporte des enjeux environnementaux, sanitaires et logistiques. Réduire l'usage des véhicules thermiques, encourager les modes de déplacement doux (vélo, marche, transports en commun, covoiturage) et optimiser les flux de transport au sein et autour de l'établissement participent à la diminution des émissions de gaz à effet de serre, à la réduction des nuisances sonores et à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

PLAN D'ACTIONS

- **Optimiser les transports par la réduction des livraisons**
- **Développer les bornes électriques sur les parkings de l'établissement**, pour favoriser l'usage de véhicules moins polluants
- **Proposer une plateforme de covoiturage afin de faciliter les trajets partagés entre collègues**
- **Mettre en œuvre une gestion centralisée de la flotte automobile**
- **Revoir les pratiques d'utilisation du parc de voitures** (mobilité douce, transport en commun)
- **Permettre aux agents d'attacher leurs vélos directement devant les bâtiments**, en complément du garage à vélo installé au sein de l'établissement

E. Projet de gouvernance et management participatif

Consolider une gouvernance ouverte et participative

Dans un contexte de partenariats multiples, au sein comme en dehors du GHT, il apparaît essentiel d'améliorer la structuration du pilotage institutionnel et de la conduite de projet. Cette évolution doit toutefois préserver la spontanéité des relations professionnelles, propre à un hôpital à taille humaine et porteur d'une forte identité culturelle.

PLAN D'ACTIONS

- **Mixer les espaces de concertation**, pour favoriser l'appropriation et la réflexion collective sur les enjeux institutionnels
- **Poursuivre la structuration du processus d'instruction des projets**, notamment par la mise en œuvre de tableaux de bord garantissant la lisibilité du projet, sa sécurisation et sa cohérence médico-administrative
- **Renforcer la politique de délégation de gestion aux pôles et services**, par le transfert de compétences sur la priorisation des petits travaux et équipements, l'enveloppe de sociothérapie et les actions de formation collectives et individuelles

Intégrer les dispositifs d'apprentissage collectif dans la conduite du projet d'établissement

De nombreux collèges professionnels existent au sein de l'établissement, pour animer les réflexions professionnelles par corps de métier, sans prérogatives opposables à l'échelle de la gouvernance. Ils nécessitent une ouverture interdisciplinaire aux arguments et critères professionnels des autres corps de métier pour émettre des propositions à l'institution. Conformément aux valeurs de l'établissement, et afin d'être le plus efficace possible dans l'atteinte des objectifs du projet médico-soignant, il s'agit de favoriser l'exercice de la collégialité.

PLAN D'ACTIONS

- **Poursuivre les ateliers de travail thématiques interdisciplinaires pour la déclinaison du projet médico-soignant**, en encourageant les professionnels à s'engager dans un ou plusieurs ateliers, tels que le groupe portant sur le thème des alternatives à l'isolement
- **Structurer un comité éthique**, par la constitution d'un groupe interprofessionnel disposant des outils méthodologiques nécessaires pour conduire un programme de travail correspondant aux besoins propres à l'établissement (sensibilisation, saisines, échanges thématiques)
- **Structurer un comité de recherche**, pour accompagner les projets de recherche des équipes, en lien avec le groupement de coopération pour la recherche en psychiatrie et santé mentale Psynovia, créé en PACA et hébergé à Valvert
- **Soutenir les initiatives facilitant l'expression des personnels sur le sens et la qualité du travail**, comme le collectif « Prendre soin des pratiques professionnelles » qui incite au dialogue autour des représentations de chacun sur le sens du travail
- **Développer la formation au management des médecins et des cadres**, aboutissant à la mise en œuvre d'un nouveau cahier des charges pour la formation de l'ensemble des binômes en responsabilité des différentes unités fonctionnelles de l'hôpital



Impliquer les équipes dans les partenariats du CH Valvert menés sur le territoire

Le Centre Hospitalier Valvert s'inscrit dans un territoire maillé de nombreux partenaires, dont les missions diversifiées s'inscrivent dans des parcours croisés, offrant des opportunités de co-construction et de co-portages stratégiques pour améliorer les recours offerts à la population. Ces partenaires sont sanitaires, médico-sociaux, publics, privés ou relèvent de fonctions supports aux soins psychiatriques. Ces travaux éparpillés gagneraient en lisibilité et en visibilité s'ils étaient répertoriés et portés systématiquement à la connaissance de la gouvernance. Il est important de noter que le Directoire constitue l'instance de validation des partenariats.

PLAN D'ACTIONS

- Poursuivre une implication forte dans la gouvernance du GHT et dans les travaux de la filière psychiatrie de territoire, pour travailler les complémentarités sur le territoire
- Participer au protocole territorial, décliné par parcours pour les patients, des territoires d'Allauch, Aubagne, La Ciotat et Valvert
- Animer les travaux de partenariat et de réflexion sur le territoire couvert et faire connaître ces engagements, permettant de s'insérer dans les maillages et dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires propices à offrir des prises en charges adaptées aux besoins des patients, et notamment les situations complexes multidimensionnelles
- Désigner systématiquement des professionnels médicaux, soignants et/ou administratifs pour assurer des fonctions et des responsabilités dans les projets et instances territoriales

F. Projet psychologique

Les amendements issus de la loi de modernisation de la santé, adoptée en décembre 2015, concernant la psychologie et les psychologues à l'hôpital, visent, d'une part, à confirmer le rôle de ces derniers, et surtout à affirmer la prise en compte de la dimension psychologique dans la prise en charge des patients.

Dans ce contexte, le projet psychologique à l'hôpital n'est pas soluble dans un programme médical, pas plus qu'il n'en est un appendice. En revanche, il est une partie intégrante de la démarche de soin qui dépasse toujours la dimension purement somatique ou symptomatique.

Le soin psychique traverse toutes les instances du projet thérapeutique, nommé aujourd'hui projet médico-soignant. Il engage donc l'institution dans son ensemble.

Ainsi, l'existence d'un projet psychologique prend sa valeur dans la nécessité d'articuler les différentes pratiques au sein de l'hôpital dans une démarche de soin collective et cohérente, à partir de la reconnaissance de la légitimité et de la valeur du soin psychique.

La prise en compte d'un « projet psychologique » est une façon de mettre en évidence l'importance de la relation : relation avec le patient, avec sa famille, mais aussi le questionnement des professionnels eux-mêmes dans l'accomplissement de leurs missions, au sein de l'institution.

Aussi, la promotion du projet psychologique au CH Valvert se veut une contribution collective des psychologues au fonctionnement de l'hôpital et aux besoins de la prise en charge des patients. La démarche transversale, pluri et interdisciplinaire, a pour but d'éviter tout cloisonnement catégoriel.

La transversalité comme héritage de la psychothérapie institutionnelle

Les institutions soignantes peuvent souffrir des mêmes mouvements pathologiques qu'elles cherchent à traiter. Il est donc essentiel d'explorer ces dimensions pour améliorer la qualité des soins. C'est une position théorique qui existe à Valvert depuis la fondation de l'hôpital et qui vient de l'héritage de la psychothérapie institutionnelle. En encourageant la collaboration entre les membres de l'hôpital, cette approche transversale renforce les dispositifs collectifs et soutient le travail d'équipe. Des initiatives variées soulignent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour enrichir la réflexion sur les pratiques de soin.

PLAN D'ACTIONS

- **Pratiquer la transversalité dans les échanges au sein de l'équipe**, en favorisant des espaces de travail collectifs faciles d'accès pour tous
- **Soutenir la créativité des dispositifs qui permettent la transversalité à l'échelle de l'établissement**, tels que l'accueil des nouveaux arrivants, les groupes PSPP, les séminaires Valfor et le collectif Psy-Psy
- **Défendre le travail clinique dans les interstices**, en favorisant la réflexion spontanée dans les temps informels
- **Analyser les angles morts, les points de blocage et de souffrance institutionnelle** dans les espaces d'échanges
- **Défendre la psychothérapie institutionnelle**, comme l'un des outils de la psychiatrie de secteur

La dimension relationnelle du soin

La dimension psychologique à l'hôpital Valvert consiste en premier lieu à redonner toute sa place à la dimension relationnelle dans le soin. C'est-à-dire s'efforcer de défendre la subjectivité de chaque patient, transformer la perspective selon laquelle il est l'objet de soins, en une expérience relationnelle (transférentielle) que partagée avec lui. C'est la relation qui est thérapeutique en soi. La souffrance est une

expérience qui touche l'existence. Au-delà de l'amélioration des symptômes, l'hôpital demande de la reconnaître et de tenter de la transformer, tant pour les patients que pour les soignants.

PLAN D'ACTIONS

- **Soutenir et développer l'approche relationnelle du soin auprès de tous les soignants**, notamment par l'organisation d'une série de séminaire Valfor autour de cette thématique
- **Promouvoir les différents dispositifs thérapeutiques centrés sur la dimension relationnelle du soin**, qui se déclinent selon différentes modalités de rencontre entre patients et soignants (individuelle, familiale et groupale)
- **Préserver un dispositif institutionnel pour les soignants**, offrant un espace pour penser la relation thérapeutique

La psychopathologie clinique comme socle commun

La psychopathologie est un des fondamentaux dans le paradigme de soin à l'hôpital Valvert. Ce concept central dans la pratique du soin dans l'institution est à défendre et à transmettre. Il s'agit d'un ordre de discours où la sémiologie s'articule avec la psychanalyse. Il permet de faire des hypothèses sous-jacentes au tableau symptomatologique tel qu'il se présente, et de repérer les modalités de fonctionnement psychique du sujet : effets de l'inconscient, types d'angoisse, mécanismes de défense, repérage de structure (névrose-psychose-perversion), etc. Ce n'est pas un référentiel individuel mais bien institutionnel. Les différentes approches théoriques et propositions thérapeutiques qui coexistent à l'hôpital se réfèrent d'une manière ou d'une autre à ce couple sémiologie-psychopathologie, central dans la rencontre avec le patient pour penser son accueil et sa prise en soin.

PLAN D'ACTIONS

- **Cultiver une connaissance partagée de la psychopathologie comme référentiel institutionnel**, en permettant aux soignants de se doter d'un outil diagnostique commun de la souffrance psychique et de sa prise en charge thérapeutique
- **Favoriser l'articulation entre les différentes approches thérapeutiques et leurs référentiels théoriques**, à partir de séminaires théorico-cliniques et d'espaces de réflexion communs

La disponibilité soignante

Dans un dispositif de soin où la relation est centrale, reconnaître l'importance d'une disponibilité psychique des soignants est fondamental. Soigner dans et par la relation, c'est engager sa responsabilité et son individualité, c'est accepter de se rendre disponible à l'autrui. Cela demande d'avoir un arrière-plan où il est possible de dérouler les effets psychiques de la relation de soin. Il est important de garder une disponibilité psychique suffisante, avec des moyens et du temps pour penser le soin, lorsque le soignant vient accueillir, écouter, prendre soin du patient. Par conséquent, la formation et la recherche, sous toutes leurs formes, sont à encourager pour tous.

PLAN D'ACTIONS

- **Promouvoir l'existence de groupes de travail ou des collèges**, et leur pluridisciplinarité
- **Veiller à l'accessibilité et faciliter la liberté de participation aux groupes de travail**, notamment par la valorisation de ces temps de travail dans les équipes soignantes
- **Respecter l'accès au temps FIR pour les psychologues, de la Valence pour les médecins, les initiatives personnelles de formation pour les psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, AS, ASH, administratifs**
- **Valoriser les travaux de recherche et de communication émanant des agents de l'hôpital**, par la hausse des publications au sein et au-delà de l'hôpital

G. Projet culturel

Accueillir des propositions artistiques et positionner l'hôpital comme lieu de création

L'art et la culture ont une inscription forte dans l'institution. Ainsi, le centre hospitalier souhaite poursuivre et déployer des actions artistiques et culturelles. Ces actions sont exprimées dans la démarche propre à l'établissement. Il ne s'agit pas d'art-thérapie mais de co-construction artistique, portée par le service culturel et le collectif Ose l'art. Ce collectif propose d'accueillir à l'hôpital des artistes issus de domaines variés (théâtre, danse, musique, cinéma et arts visuels) et invite, dans leur processus de création, patients, personnels et participants extérieurs.

L'établissement crée un cadre de rencontres et de questionnements propices à la confrontation entre les désirs d'un artiste et ceux d'une équipe de soignants et de patients, dans une démarche de recherche artistique.

PLAN D'ACTIONS

- **Créer un comité « culture » pluridisciplinaire**, avec pour objectif l'organisation de l'accueil des artistes, la participation à la sélection des propositions artistiques et la communication sur les projets
- **Déterminer un référent « Culture » par service ou unité**, dont le rôle est de relayer l'information, d'accueillir et d'accompagner les artistes et de fédérer les équipes et les patients
- **Ouvrir un lieu de création et de résidence d'artiste**, qui accueillerait des ateliers réguliers à destination des patients et des soignants
- **Poursuivre le partenariat avec le Collectif Ose l'Art**, pour pérenniser l'ensemble des projets artistiques, dont les ateliers radio « Green Valley » financés par la Fondation de France au sein de l'établissement
- **Créer une artothèque**, un catalogue de reproduction d'œuvre qui permettrait aux patients d'avoir des créations disposées dans leur chambre.

Ouvrir l'hôpital à la culture et favoriser l'accès aux lieux de culture dans la cité

Plusieurs services sont déjà porteurs d'initiatives permettant d'ouvrir l'hôpital à la culture in situ et dans la cité, en accueillant en stage, par exemple, des étudiants des Beaux-Arts, en se rendant à des spectacles ou expositions avec ou sans médiation. Cependant, les initiatives et propositions restent trop dispersées, dépendantes de certains agents et peu visibles.

PLAN D'ACTIONS

- **Mutualiser les idées et les contacts**, par la création d'un catalogue partagé des initiatives culturelles en lien avec les partenaires (Culture du cœur, Festival de Marseille accessible à 1 euro, etc.)
- **Améliorer la communication et la diffusion**, par la création d'un agenda culturel accessible à l'ensemble des services et la systématisation d'un évènement d'information de la saison culturelle
- **Faire la promotion d'un hôpital ouvert aux citoyens**, en les faisant rentrer dans l'hôpital par le biais d'actions culturelles et artistiques et ainsi, en s'ancrant dans la vie sociale de la cité

Soutenir la création des patients par le développement d'un réseau de partenaires professionnels

Parmi les patients, certains expriment le souhait de donner une plus grande visibilité à leur travail artistique. Pour répondre à cette aspiration, il est nécessaire de structurer un accompagnement adapté, en s'appuyant

sur un réseau de partenaires professionnels. L'objectif est de permettre à ces démarches individuelles de s'inscrire dans un cadre reconnu et valorisé.

PLAN D'ACTIONS

- **Repérer les talents**, pour les accompagner dans leur développement et leur permettre de dépasser les freins à la valorisation de leurs œuvres
- **Développer un réseau de partenaires extérieurs pour l'accompagnement ou la diffusion des œuvres et des productions artistiques** à l'extérieur de l'hôpital ou dans un lieu dédié

Soutenir le financement des initiatives culturelles

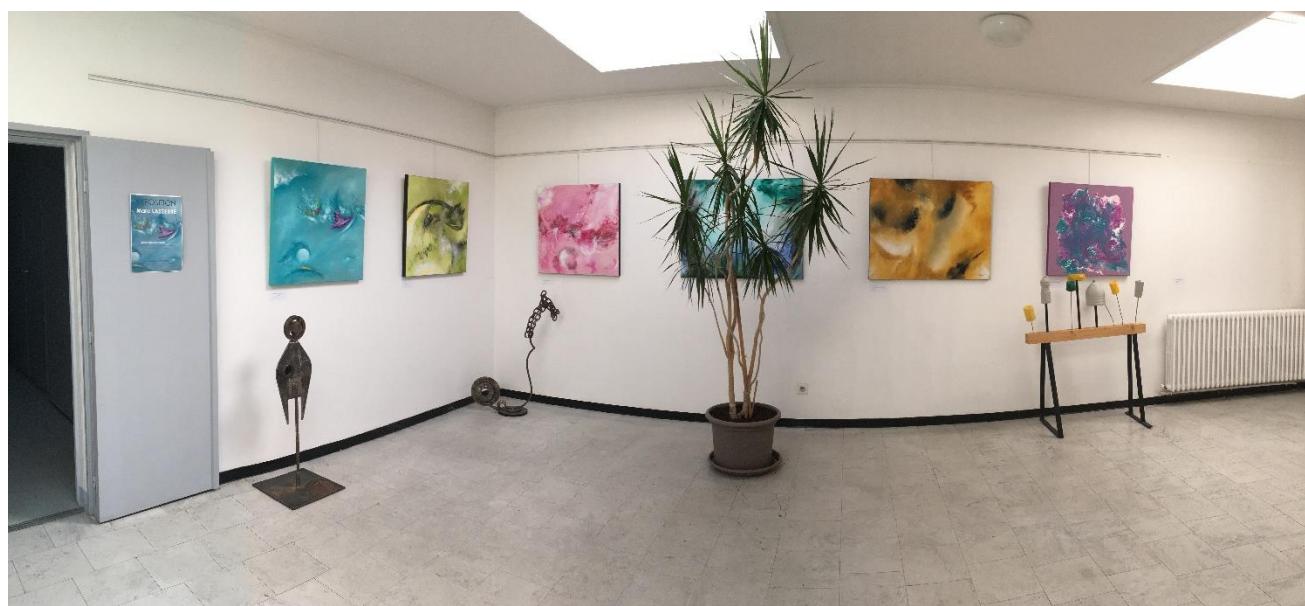
Une convention d'objectifs 2025-2028 vient d'être finalisée entre la Direction Régionale des Affaires Culturelles, l'Agence Régionale de Santé et la Région Provence Alpes Côte d'Azur et a donné lieu à l'appel à projets « Culture Santé 2025 ».

Elle s'inscrit dans le cadre de la convention cadre « culture et santé » du 6 mai 2010 conclue entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture dans le cadre de la politique publique initiée en 1999. Une nouvelle convention entre les deux ministères est en cours de finalisation.

Depuis les années 2000, un appel à projets « culture, santé, handicap et dépendances » existe en région PACA et a permis de financer de nombreuses actions culturelles au sein des établissements de santé du territoire par le biais de partenariats avec des partenaires culturels du territoire. Des projets financés par l'ARS et la DRAC PACA, puis rejoints par la Région PACA en 2018, permettent l'intervention d'artistes professionnels du territoire au sein des établissements de santé, au bénéfice des patients, des aidants et des personnels hospitaliers.

PLAN D'ACTIONS

- **Inscrire le volet culturel dans le projet d'établissement**, pour soutenir la démarche de financement par l'établissement par le mécénat et ainsi valoriser les actions culturelles
- **Participer au groupe « culture » du GHT-Hôpitaux de Provence**, sous la forme du volontariat, dans l'objectif de renforcer la cohésion entre établissements par des actions artistiques partagées, de favoriser les échanges de pratiques et d'assurer une veille sur les dispositifs et appels à projets culturels.



6. Détail des travaux thématiques

A. Pratiques soignantes et médicales

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1. Sensibiliser et réaffirmer la politique d'ouverture de l'établissement

L'ouverture est un principe fondamental du CH Valvert : l'ensemble des unités de soins sont ouvertes.

Cette politique ne signifie pas nier les enjeux de sécurité, mais plutôt repenser l'accompagnement des patients. Elle doit reposer sur un engagement institutionnel fort et une sensibilisation des professionnels de santé aux bénéfices d'un hôpital ouvert et plus accessible, non seulement pour les patients, mais aussi pour leurs familles et les professionnels de santé eux-mêmes.

Action 1 – Sensibiliser l'ensemble des professionnels à cette spécificité

L'objectif est de s'assurer des échanges pluridisciplinaires et d'un lieu de diffusion de la culture de l'établissement (réunion d'équipe/ de fonctionnement/ inter-structures).

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Acculturation de l'ensemble des professionnels*

Action 2 – Sensibiliser les professionnels de santé et les autorités publiques sur les effets bénéfiques l'ouverture

Il est essentiel de favoriser la circulation de l'information et de porter collectivement une parole construite auprès des autorités sur la politique d'ouverture. Cela peut se traduire par la publication d'un communiqué ou la participation à des temps de concertation institutionnelle.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Publication d'un communiqué et participation à des temps de concertation institutionnelle*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2. Continuer à promouvoir les approches à la moindre coercition

La contention physique est interdite à Valvert depuis de nombreuses années. On observe cette dynamique au sein des établissements Marseillais et au niveau national.

Par ailleurs, les mesures d'isolement sont aujourd'hui questionnées tant sur le plan du soin que de l'éthique et des droits des patients.

Les professionnels du CH Valvert expriment une volonté croissante de développer des alternatives, plus respectueuses des valeurs du soin et du rétablissement.

Action 1 – Poursuivre la diversité des approches soignantes

La qualité de la prise en charge en santé mentale repose sur une approche pluridisciplinaire et personnalisée, intégrant une diversité de modalités thérapeutiques adaptées aux besoins des patients. Il apparaît donc essentiel de diversifier les professionnels intervenant au sein de l'établissement (médiateurs de santé pair, psychomotriciens, kinésithérapeutes, art-thérapeutes, etc.).

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Intégration effective de nouvelles compétences sans les unités*

Action 2 – Poursuivre la diminution du nombre de chambres d'isolement

La politique de réduction des pratiques coercitives doit s'accompagner d'un redimensionnement progressif du nombre de chambres d'isolement. Les données internes montrent que le taux d'occupation des chambres d'isolement est de 27 %. Sur les 8 chambres existantes, deux sont déjà en cours de suppression. L'objectif est de poursuivre ce mouvement pour atteindre une chambre d'isolement par secteur.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *1 chambre d'isolement par secteur et Sécurisation de l'effectif infirmier*

Action 3 – Développer les soins relationnels

La prévention des situations de crise et la réduction du recours à l'isolement nécessitent le renforcement de compétences spécifiques chez les professionnels. Cela inclut la formation aux soins relationnels, à la médiation, ainsi qu'aux outils d'alternatives à l'isolement.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Renforcement des compétences en prévention et en gestion des crises*

Action 4 – Développer les espaces d'apaisement

L'objectif est de penser les espaces d'apaisement et s'approprier les outils existants.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Déploiement d'espaces d'apaisement dans les unités*

Action 5 – Poursuivre le développement de la formation GAP dans le cadre du développement professionnel continu « Prévention et prise en soin des situations d'agressivité et de violence, Analyse de situations cliniques ayant pour objectif un moindre recours aux mesures restrictives de liberté en psychiatrie »

La formation vise à outiller les équipes pour prévenir et gérer les situations de crise sans avoir recours aux mesures coercitives.

- **Résultat(s) attendu(s)** : Renforcement des compétences en prévention et gestion des situations d'agressivité chez les équipes

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Valoriser la transversalité au sein des espaces de rencontre

La transversalité s'inscrit dans les valeurs de l'établissement, en favorisant une approche globale et dynamique. Elle vise à créer du lien au sens large entre les professionnels, les patients, et leur entourage. La transversalité offre aux professionnels l'opportunité d'enrichir leurs pratiques, ce qui contribue à optimiser la prise en charge des patients.

Action 1 – Continuer à développer des lieux d'échange et de partage de pratiques entre les différents dispositifs et structures

Cette action vise à renforcer les dynamiques de partage sur les thématiques organisationnelles, institutionnelles, soignantes et médicales. Elle s'appuie sur des formats existants comme les groupes PSPP, les groupes de réflexion, les réunions de fonctionnement interservices, ou encore les groupes familles. Il s'agit d'encourager l'ouverture des espaces, de diversifier les thématiques, et d'en créer de nouveaux. Il est souhaité renforcer les rencontres intersectorielles, autour des structures similaires, et inter-pôles.

- **Résultat(s) attendu(s) : Structuration des temps d'échange et de partage**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4. Soutenir le développement des nouvelles thérapies non médicamenteuses au travers de l'UTC

L'**unité de thérapies complémentaires (UTC)**, ouverte depuis un an, dispose d'une offre très diversifiée, à travers des prises en charge individuelles ou groupales, telles que des approches psychocorporelles ou des groupes de parole. Elle doit être soutenue du fait de son récent déploiement et reste ouverte à de nouvelles pratiques.

Action 1 – Poursuivre le développement de l'activité de l'UTC (Unité des Thérapies Complémentaires)

Cette action vise à consolider et étendre l'activité de l'UTC, en valorisant l'implication des professionnels formés aux thérapies complémentaires (hypnose, méditation, sophrologie, relaxation, etc.), quel que soit leur service d'origine. Tous les professionnels formés à ces approches sont invités à contribuer à l'activité de l'unité, en y intervenant ponctuellement ou régulièrement selon leur disponibilité et les besoins identifiés.

- **Résultat(s) attendu(s) : Augmentation du nombre de séances et d'ateliers proposés au sein de l'UTC et Implication élargie des professionnels formés**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°5. Affirmer le principe d'une prise en charge soutenue par des activités socio thérapeutiques

Afin de soutenir une dynamique de soins tournée sur les activités socio thérapeutiques, l'hôpital Valvert s'appuie sur 2 axes :

- Chaque structure intra et extra de l'ensemble des Pôles propose et soutient des activités socio thérapeutiques.
- La Cafét- socio, lieu central de l'Hôpital, propose des activités thérapeutiques quotidiennes et diversifiées à l'attention de l'ensemble des Pôles et des structures intra et extra. Cela favorise les liens étroits avec l'ensemble des structures ainsi qu'une implication forte des patients.

Les activités socio thérapeutiques sont portées par des équipes pluridisciplinaires, à travers des activités thérapeutiques régulières (ateliers, sorties, groupes d'expression).

Action 1 – Maintenir le panel d'activités et poursuivre leur développement en lien avec l'équipe de la cafétéria socio thérapeutique

Le panel d'activités socio thérapeutiques proposé aux patients doit être préservé dans sa diversité (activités manuelles, sportives, culturelles, relationnelles) et élargi en lien avec les équipes de la cafétéria socio thérapeutique. Cette ambition suppose de repenser les espaces disponibles, souvent vétustes ou inadaptés.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Maintien d'une offre socio thérapeutique riche, attractive et adaptées et modernisation et sécurisation des lieux dédiés à ces activités*

Action 2 – Encourager la participation des soignants dans chaque structure au développement des activités socio thérapeutiques

Chaque unité ou structure dispose d'un budget dédié aux activités socio thérapeutiques. Ces moyens doivent être mobilisés et valorisés, en favorisant l'initiative des équipes de soins.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Implication valorisée des équipes de soins dans la conception et l'animation des activités*

Action 3 – Structurer une offre de sport-santé

Le développement du sport-santé, intégré à la Cafet-socio, constitue un axe fort qui mérite d'être poursuivi. Il s'agit notamment de faire évoluer les infrastructures et l'offre de services.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Modernisation et sécurisation des lieux dédiés aux activités sportives et hausse de l'offre sport-santé*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°6. Renforcer l'implication des patients et de l'entourage

L'implication des patients et usagers, et de leur entourage, dans la vie de l'établissement et la prise en compte de leur parole fait partie des valeurs fondamentales du CH Valvert. Il convient de poursuivre les actions dans ce domaine, afin de contribuer à l'épanouissement physique et psychique des patients et usagers.

Le renforcement de l'implication des usagers vise à prendre en considération le patient dans son entourage et son milieu de vie et développer une culture du partenariat entre professionnels et usagers.

Action 1 – Valoriser la prise en compte de l'expérience patient

Il s'agit de poursuivre la promotion d'une culture de la co-construction des soins en intégrant pleinement les usagers à toutes les étapes de la réflexion et de l'organisation des parcours. Cette valorisation passe par leur inclusion dans les groupes de travail, et dans les instances décisionnelles (via la commission des usagers ou la désignation de représentants).

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Optimisation du recueil de l'expérience patient et renforcement de la mobilisation des usagers dans les questions institutionnelles*

Action 2 – Soutenir les familles

Les familles jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients. Leur soutien doit être structuré, valorisé et encouragé par l'établissement.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Déploiement de groupes « familles »*

Action 3 – Développer les activités du club thérapeutique

Porté par la sociothérapie, le club thérapeutique repose sur une gouvernance partagée entre soignants et patients, ces derniers étant membres à part entière du conseil d'administration et impliqués dans l'organisation des activités. Il permet aux patients d'être acteurs de leur parcours de rétablissement et de proposer des activités ouvertes à tous (patients, professionnels, usagers extérieurs).

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Pérennisation et développement du Club thérapeutique*

B. Accès et continuité des soins

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 1. Développer le travail de réseau avec les partenaires

Le travail en réseau est un axe important de l'activité du CMP :

- En lien avec les acteurs de soins somatiques pour des patients vulnérables et isolés. Certains patients n'ont pas de médecin généraliste, ce qui implique un travail de coordination soutenu pour les psychiatres et les IDE.
- En lien avec les structures médico-sociales, sanitaires ou sociales impliquées dans les parcours de soin.

La multiplication des dispositifs en lien avec la santé mentale (DAC, CPTS, PTSM) complique la lisibilité pour les professionnels et inversement.

De façon générale, il apparaît important de poursuivre les travaux pour fluidifier le parcours des patients de la ville, à la prise en charge en ambulatoire et en unité d'hospitalisation, en développant le travail de réseau avec les partenaires.

Action 1 – Travailler sur la dynamique du maillage territorial

Le travail de réseau doit s'appuyer sur un maillage territorial fort. Un protocole a récemment été signé avec le CH d'Aubagne, le CH d'Allauch et le CH La Ciotat afin d'acter le travail d'articulation territoriale. Un travail en réseau est activement mené par le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec les partenaires locaux, notamment les MDS (Maisons des Solidarités), la MDPH, l'ASE, les crèches et l'Éducation nationale. Enfin, les travaux engagés avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) doivent être poursuivis et approfondis, notamment pour favoriser le décloisonnement entre le sanitaire, le médico-social et le social, ainsi que pour renforcer les dynamiques de prévention, de repérage précoce et d'inclusion.

Les actions qui visent à renforcer la coordination pluridisciplinaire avec les partenaires doivent être poursuivies. De plus, la réorientation fait partie des missions socles du CMP, et pourrait s'appuyer sur une cartographie des dispositifs.

Par ailleurs, il apparaît également nécessaire de mieux structurer le lien avec les secteurs de prise en charge psychiatrique du Var pour les patients habitant à la frontière du département. Des difficultés de liaison peuvent apparaître entre le secteur de la Ciotat et les secteurs du CH de Pierrefeu-du-Var. Un travail de conventionnement pourrait être réalisé.

- **Résultat(s) attendu(s) : *Mise à disposition d'une cartographie***

Action 2 – Poursuivre le travail avec les CPTS au niveau de chaque secteur

Le développement du lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est un levier pour améliorer la coordination avec la médecine de ville et structurer un parcours de soins en commun. Des rencontres régulières sur site et des appels fréquents avec les partenaires pourraient permettre de partager des informations sur les patients et de travailler sur l'observance.

- **Résultat(s) attendu(s) : *Renforcement des liens avec les médecins généralistes et les professionnels de ville***

Action 3 – S'engager dans les travaux d'articulation avec le SAS psychiatrique

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) psychiatrique vise à organiser une réponse rapide et coordonnée aux demandes de soins non programmés. L'implication du CH Valvert et son engagement dans le dispositif sont essentiels pour structurer une réponse territoriale cohérente.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Engagement du CH Valvert dans le travail engagé par le SAS psychiatrique*

Action 4 – Poursuivre les travaux avec le réseau sur les séjours long

Des travaux sont en cours avec les partenaires du territoire pour faciliter les sorties, prévenir les situations de rupture et éviter les ré hospitalisations.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Maintien d'une DMS basse*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2. **Garantir un accès rapide en CMP et penser les soins non programmés**

Les capacités des centres médico-psychologiques (CMP) à assurer une réponse rapide aux nouvelles demandes et aux soins non programmés varient d'un secteur à l'autre, en raison de déséquilibres dans les ressources humaines. Tous les CMP ont mis en place des créneaux pour répondre à ces demandes, mais leur nombre et leur disponibilité sont très hétérogènes selon les équipes en place.

Ces disparités ont un impact direct sur plusieurs points du parcours de soins, notamment :

- Les délais entre la sortie d'hospitalisation complète (et le Centre d'Accueil et de Crise (CACC)) et la reprise de suivi en CMP ;
- La réactivité des équipes lorsqu'une situation se dégrade à domicile pour un patient connu ;
- La capacité à proposer rapidement un premier rendez-vous IDE pour un nouveau patient et à assurer ensuite la prise en charge adaptée dans des délais courts

Certains secteurs ont pu renforcer leur offre, comme le secteur 9 avec l'arrivée de deux ETP infirmiers, grâce à des moyens supplémentaires obtenus via des appels à projets. Ce renfort a permis d'améliorer notamment la disponibilité de créneaux non programmés et de mener une réflexion approfondie en équipe sur le travail de crise.

Une évaluation est en cours sur les délais d'accès au premier rendez-vous en CMP adultes. Elle permettra de mieux objectiver les écarts entre secteurs et de guider les actions correctives.

Cette orientation vise ainsi à assurer la prise en charge dans des délais adaptés aux besoins des patients, et à améliorer la fluidité des parcours de soins.

Action 1 – Communiquer sur les possibilités d'accès en CMP et pour les soins non programmés

Les CMP adultes assurent un premier rendez-vous infirmier dans les 10 jours pour les soins programmés et accueillent les demandes non programmées en évaluant l'urgence et la temporalité de la réponse à apporter. La réflexion sur le premier accueil infirmier est en cours sur le Pôle de la Personne Agée. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, des rendez-vous peuvent être positionnés en priorité pour les crises et les jeunes enfants de moins de 3 ans.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Communication à destination des partenaires (urgences, ville, périnatalité, ASE...) sur ces modalités et niveau d'information des partenaires satisfaisant*

Action 2 – Organiser les prises en charge post-urgences dans les CMP

Des créneaux infirmiers d'accueil post-urgences permettent de sécuriser la sortie des patients vus en crise aux urgences et d'assurer une première évaluation et orientation rapide. Cette modalité doit être étendue à l'ensemble des CMP adultes.

Sur le pôle de la Psychiatrie Infanto-Juvénile, une structuration des prises en charge post-urgences est en place via le Dispositifs Soins Adolescents (DSA). Sur le pôle de la Psychiatrie de la Personne Agée, les prises en charge post-urgences sont organisées via l'équipe mobile.

Action 3 – Poursuivre le travail de veille active sur la file d'attente

L'objectif principal est ici de diminuer les files d'attente par un travail de veille active sur les files d'attente opéré par des soignants. Au sein du CMP de pédopsychiatrie du secteur 4, localisé à Aubagne, une sous-équipe effectue une veille sur la file d'attente, une fois par semaine. Cette veille consiste à prendre contact avec les patients en file d'attente pour constater les éventuelles évolutions de la demande, et les orienter, si besoin, vers des ressources extérieures. Elle permet ainsi de répondre à certaines des problématiques des patients, de savoir si la demande est maintenue et de rassurer les personnes sur la bonne prise en compte de leur demande.

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 3. Fluidifier la transition entre la prise en charge des adolescents et des adultes

La transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte représente une étape clé dans le parcours des jeunes.

Dans cette dynamique, plusieurs dispositifs structurants sont déjà en place et constituent des appuis importants pour accompagner les jeunes :

- L'Équipe de Liaison et d'Interventions Précoce pour les Adolescents et Jeunes Adultes (ELIPS AJA), qui facilite l'orientation et la continuité des soins ;
- Le Dispositif de Suivi des Adolescents (DSA), qui assure un suivi des adolescents âgés de 12 à 18 ans rencontrant des difficultés psychologiques.

Un accompagnement plus étayé et coordonné permettrait de mieux répondre aux spécificités de cette période de vie, en assurant la continuité des soins et en limitant les ruptures ou pertes d'information entre les équipes.

De plus, les professionnels des secteurs adultes ne se sentent pas toujours en confiance face à des profils de jeunes adultes encore ancrés dans l'adolescence. Le renforcement des liens avec la pédopsychiatrie et le

développement de formations ciblées sont perçus comme des leviers essentiels pour sécuriser cette phase de transition.

Trois ambitions sont identifiées :

- Prévenir les ruptures de parcours de soins
- Renforcer la collaboration entre les équipes pour harmoniser les pratiques et les approches
- Adapter les dispositifs aux besoins spécifiques des jeunes adultes

Action 1 – Structurer la phase de relais clinique lors de la transition

Des pratiques permettant un « tuilage » sont déjà en place dans certaines unités, telles que des rencontres, des consultations communes ou des temps de présentation du patient.

L'intérêt d'un travail commun sur la transition est un principe à réaffirmer, pour généraliser ce type d'actions.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse des interactions entre les équipes de prise en charge de l'adulte et de l'adolescent lors du passage à l'âge adulte d'un patient*

Action 2 – Former les professionnels des secteurs adultes à la psychopathologie des jeunes adultes et au lien avec les parents

La transition nécessite une adaptation des pratiques des professionnels adultes, notamment concernant le lien avec les familles et les spécificités développementales des jeunes. Une dynamique de formation est en cours et doit être consolidée.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Augmentation du nombre de professionnels formés*

Action 3 – Poursuivre le déploiement d'initiatives à destination des jeunes adultes, tels que le « groupe jeune »

Certains CMP, comme ceux d'Aubagne et d'Allauch-Plan-de-Cuques, ont mis en place des groupes spécifiques à destination des jeunes adultes, en réponse à un besoin identifié d'espaces adaptés à cette population. Il est donc nécessaire de poursuivre et d'élargir ce type d'initiatives pour mieux répondre aux attentes des jeunes en secteur adulte.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Multiplication des activités thérapeutiques et soins ambulatoires à destination des jeunes adultes*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 4.

Enrichir les prises en charge par l'échange de pratiques inter-secteurs et le recueil de l'expérience des patients

Les pratiques peuvent être différentes selon les secteurs de prise en charge et les pôles, en raison des différences de populations accueillies, des ressources disponibles et de l'historique de la structure. Le renforcement de partages d'expérience entre équipes permettrait d'enrichir mutuellement les pratiques, d'avoir une meilleure cohérence dans l'offre de soins et de renforcer les liens entre les secteurs.

De plus, l'intégration du retour des patients et des usagers dans les réflexions sur les pratiques de soins est un aspect essentiel pour améliorer la qualité et la pertinence des services proposés. Recueillir régulièrement les avis des patients sur leur expérience permet d'ajuster l'accompagnement aux besoins des patients et usagers.

Action 1 – Développer des groupes de travail et de réflexion

L'organisation régulière (au moins une fois par an) de rencontres entre équipes de CMP, d'HDJ ou d'unités d'hospitalisation, permettrait de partager les problématiques, pratiques et initiatives du quotidien. Ces espaces favoriseront la création d'une culture commune et le développement d'initiatives transversales.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Tenue de groupes de travail et de réflexion à minima une fois par an et par type de structure*

Action 2 – Recueillir l'expérience patient

L'objectif est d'intégrer de façon systématique dans le recueil de l'expérience patient les notions d'accès et de continuité des soins. Cette action pourra être articulée avec les démarches de participation des usagers déjà en cours.

Une convention est en cours de signature pour le dispositif MonPsy, qui vise à recueillir l'expérience patient.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Recueil de l'expérience patient en lien avec les notions d'accès et de continuité des soins*

Action 3 – Faire connaître les missions et les modalités d'accès à chaque structure

L'offre du CH Valvert s'enrichit au fil du temps, portée par les initiatives des professionnels médicaux et paramédicaux. Tous les professionnels, notamment en CMP, ne sont pas toujours informés de ces évolutions.

Plusieurs options sont envisagées :

- Avoir un lieu identifié pour rassembler toutes les initiatives, éventuellement sur le site internet de l'établissement ;
- Détacher une personne par équipe pour faire le lien lors de réunions de services.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Lieu identifié de présentation de l'offre de soins et des initiatives en cours de déploiement ou mises en place récemment*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 5. Renforcer la démarche d'aller-vers depuis le CMP

Le développement de la démarche « d'aller-vers » est un facteur central pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques, en particulier pour les patients les plus vulnérables ou isolés.

Certaines situations cliniques nécessitent une première rencontre à domicile, notamment lorsque les patients présentent des difficultés à se déplacer (mobilité réduite, troubles psychiatriques sévères, isolement social...). Des visites à domicile peuvent être proposées pour amener les patients vers les CMP.

Il est également constaté que certaines alliances thérapeutiques se construisent plus aisément dans un cadre plus souple et adapté, notamment via une première approche « hors les murs ».

Actuellement, les capacités de mise en œuvre de visites à domicile (VAD) et de créneaux de soins non programmés varient selon les ressources humaines disponibles dans les CMP de chaque secteur.

Dans ce contexte, il est nécessaire de renforcer les dispositifs « d'aller-vers » à partir des CMP, à travers la mobilisation de ressources dédiées et le soutien aux partenaires du soin.

Action 1 – Ajuster la proposition de soin à l'état de la demande, notamment en proposant des visites à domicile pour les premiers rendez-vous des personnes avec des difficultés à se rendre au CMP

L'un des objectifs est de mettre en place, dans chaque CMP, des créneaux dédiés à des visites à domicile ponctuelles en amont du suivi, pour les patients dans l'incapacité temporaire de se déplacer. Ces interventions ne visent pas à organiser un suivi à domicile, mais à initier une alliance thérapeutique.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Mise en place de créneaux dédiés aux visites à domicile*

Action 2 – Poursuivre la participation aux appels à projet en vue de renforcer les CMP

Cette action vise à identifier et mobiliser des dispositifs de financement (ARS, appels à projets nationaux ou régionaux) pour renforcer les équipes en charge, et ainsi augmenter la capacité de réponse aux soins non programmés et de VAD.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse des capacités*

Action 3 – Renforcer la démarche d'aller-vers les partenaires sur le territoire dans l'accompagnement de patients souffrant de troubles psychiques

L'objectif est de poursuivre le soutien aux partenaires médico-sociaux, sociaux, sanitaires et de ville dans leurs interventions auprès des patients, en leur partageant les bonnes pratiques et méthodes. Le type de soutien à apporter aux partenaires doit être défini collectivement, en lien avec la demande des partenaires. Ce travail peut s'effectuer au sein de lieux de régulation tels que le CLSM ou d'autres tables stratégiques de travail entre partenaires.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Renforcement du maillage territorial*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 6. Développer les nouveaux métiers

Dans un contexte de tension sur les ressources médicales et l'optimisation des parcours de soins, plusieurs nouveaux métiers émergent comme des leviers importants pour enrichir l'offre actuelle :

- Les IPA, bien que leur développement soit encore inégal au sein de l'établissement, représentent une réponse potentielle à la pénurie de temps médical, en prenant en charge des patients stabilisés et bien inscrit dans les soins et en dégageant du temps médical pour les soins complexes nécessitant une expertise avancée ;
- Les pair-aidants sont un atout majeur pour développer l'alliance thérapeutique ;
- Les psychomotriciens accompagnent les patients souffrant de troubles émotionnels, sensoriels ou moteurs et jouent un rôle important pour le bien-être global du patient ;
- Les éducateurs spécialisés favorisent l'intégration et la réinsertion des patients dans le milieu social et éducatif.
- Les enseignants en Activités physiques adaptés (APA) qui permettent d'améliorer la santé globale et le bien-être physique.

L'objectif est de proposer un accompagnement complémentaire de la prise en charge actuelle, sans se substituer à l'offre existante et en maintenant un effectif IDE solide

Action 1 – Intégrer les IPA dans les CMP

L'intégration des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) permet d'améliorer la réactivité, de suivre une FA et de s'impliquer dans la recherche en soin. Cette action consistera à définir clairement le rôle de l'IPA au sein de l'équipe pluridisciplinaire et à structurer leur intervention dans les parcours de soins des patients.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse de la réactivité et de la qualité du suivi des patients*

Action 2 – Intégrer davantage de psychomotriciens, travailleurs pairs, éducateurs APA et ergothérapeutes dans les équipes de soins

La diversité des compétences au sein des équipes de soins est essentielle pour offrir une prise en charge globale et adaptée à chaque patient. L'intégration de psychomotriciens, de travailleurs pairs, d'éducateurs APA et d'ergothérapeutes permettra de renforcer l'accompagnement et de mieux répondre aux besoins spécifiques en matière de bien-être mental et sociale.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Compétences des équipes soignantes enrichies*

C. Accès aux soins somatiques

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1.

Promouvoir l'intégration des soins somatiques dans les prises en charge en psychiatrie, en favorisant la déstigmatisation des patients

Les patients relevant de la psychiatrie présentent des comorbidités associées, ce qui complexifie les prises en soins et nécessite un suivi et des traitements adaptés. Une coordination fluide entre soins psychiatriques et somatiques est essentielle pour assurer une approche globale et continue pour la qualité des soins.

Les informations sur le suivi somatique d'un patient sont disponibles dans le logiciel Cariatides. Toutefois, elles sont fréquemment disséminées dans différentes rubriques du dossier de soins ce qui complique leur accès et leur consultation. Ainsi, cette orientation vise à :

- Faciliter pour les soignants l'accès aux données sur le plan somatique,
- Sensibiliser les professionnels et les patients aux soins somatiques.

Action 1 – Sensibiliser et approfondir les connaissances pour les soignants sur les soins somatiques

Il est essentiel de sensibiliser et d'entretenir les connaissances aux soins somatiques afin de garantir une prise en charge globale des patients et d'enrichir leur sens clinique.

La sensibilisation des professionnels aux soins somatiques passe également par les référents en soins somatiques. Les actions de formation sur les gestes d'urgence ou encore sur les démarches éducatives en santé sont en cours. Ce travail est à poursuivre.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleur appropriation et compréhension de l'articulation des soins somatiques et psychiatriques*

Action 2 – Restructurer et communiquer sur la gestion documentaire « Soins somatiques » via un outil collaboratif

L'objectif est d'intégrer et regrouper l'ensemble des informations médicales, afin de faciliter l'actualisation des connaissances des professionnels sur les soins somatiques.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Centralisation des informations et mise à jour continue des pratiques professionnelles*

Action 3 – Alimenter le livret numérique

Le livret numérique contient toutes les informations pharmaceutiques. Un volet soins somatiques sur les plaies et cicatrisation est en cours de validation. Son développement doit se poursuivre, pour intégrer toute l'offre de soins somatiques disponible sur l'établissement.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Intégration complète des soins somatiques dans le livret numérique*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2.

Favoriser la continuité des soins et les parcours de soins des patients entre la médecine de ville et l'hôpital

La transmission d'informations entre l'hôpital et la ville n'est pas formalisée. En effet, les canaux de communication diffèrent selon les laboratoires et les prestataires. De plus, la mise en place de boîtes mails sécurisées n'est pas complètement déployée. Cette difficulté de transmission s'explique également par l'absence d'accès au Dossier Médical Partagé (DMP) via "Mon Espace Santé".

Deuxièmement, les professionnels rencontrent des difficultés pour adresser des patients dans des délais cohérents avec le temps de l'hospitalisation. Il semble donc nécessaire de déployer des conventions avec des maisons de santé sur chaque secteur, et ainsi de mieux repérer les parcours de soins.

Par exemple, le recours à un avis spécialisé en cardiologie est usuel dans les prises en soins. A ce titre, un projet de télé-interprétation est en cours avec le CH d'Aubagne.

Action 1 – Développer les partenariats avec la médecine de ville

L'établissement dispose d'un partenariat avec la Clinique de Bonneveine. Toutefois, ce partenariat ne répond pas à l'ensemble des besoins des patients, notamment du fait de son éloignement géographique.

D'autres accès privilégiés aux consultations doivent être développés, notamment avec des centres de santé.

- **Résultat(s) attendu(s) : Partenariats supplémentaires**

Action 2 – Développer la téléexpertise

L'objectif est de développer la téléexpertise dans de nombreuses spécialités : télé-interprétation des ECG, dermatologie, neurologie, gynécologie, cardiologie, etc.

Des équipements doivent être acquis pour permettre la mise en œuvre de la téléexpertise.

- **Résultat(s) attendu(s) : Mise en œuvre de la téléexpertise**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3.

Structurer et consolider les missions du pôle, en intégrant une dynamique de développement des actions de prévention et de promotion de la santé

Le pôle Pharmacie, Soins somatiques, Hygiène et Prévention a récemment été mis en place.

Les locaux actuels ne permettent pas à l'équipe des soins somatiques de disposer d'un espace distinct. L'identification d'un lieu spécifique serait un atout à l'amélioration de la visibilité des soins somatiques et faciliterait le déploiement des activités.

Action 1 – Développer l'attractivité des postes du service de soins somatiques

Une réflexion sur l'attractivité du poste de médecin somaticien doit être initiée pour pérenniser l'équipe, notamment en organisant la possibilité d'accueil d'un interne de médecine générale.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Recrutement d'un médecin somaticien et définition du dimensionnement souhaité de l'équipe*

Action 2 – Mettre à disposition du temps kinésithérapeute

La présence d'un temps de kinésithérapeute pourrait permettre de développer les traitements non médicamenteux, la rééducation, la réappropriation du corps, la lutte contre la douleur, etc.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Recrutement d'un kinésithérapeute*

Action 3 – Renforcer les actions de prévention au sein des unités

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients et usagers et prévenir les risques pour leur santé, les professionnels souhaitent renforcer les démarches d'éducation et de prévention. Plusieurs actions sont envisagées :

- Mettre en place des campagnes de vaccination auprès des patients et usagers
 - Poursuivre les actions de prévention sur les effets indésirables des médicaments et l'iatrogénie
 - Développer les actions d'éducation thérapeutique, dans le cadre du programme PEPS et les valoriser
 - S'appuyer sur les étudiants (infirmiers, diététiciens, etc.) en supervision des maîtres de stage pour mettre en œuvre des démarches de promotion de la santé
- **Résultat(s) attendu(s)** : *Campagnes régulières de vaccination, démarches de promotion de la santé déployées et actions de prévention et d'éducation thérapeutiques mises en œuvre*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 4.

Renforcer les actions de sensibilisation et de prise en charge de la douleur en lien avec le comité soma-douleur

L'audit consacré à la prise en charge de la douleur a mis en évidence l'intensification de certaines actions autour de la prise en charge de la douleur. Néanmoins, la traçabilité sur la réévaluation de ces actions dans le dossier patient apparaît insuffisante.

Il est donc essentiel de poursuivre cette démarche pour une plus grande qualité d'accompagnement des patients.

Action 1 – Améliorer la traçabilité des actions de prise en charge de la douleur

Cette action vise à valoriser et structurer les bonnes pratiques autour de la prise en charge de la douleur, en renforçant la traçabilité des évaluations et des réévaluations. L'objectif est de garantir une réponse adaptée, en mettant l'accent sur l'importance de la réévaluation après toute intervention ou traitement.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse du nombre d'actions de prise en charge de la douleur recensées sur le DPI et hausse de la fréquence des réévaluations de la douleur*

Action 2 – Accroître le nombre de personnes formées à la prise en charge de la douleur

En lien avec les recommandations de l'évaluation HAS, le nombre de personnes formées à la prise en charge de la douleur sera renforcé.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Augmentation du nombre de professionnels formés à la douleur*

Action 3 – Sensibiliser les patients

La diffusion d'une enquête auprès des patients, en CMP et en hospitalisation, pourrait permettre de sensibiliser à la thématique et mieux comprendre leurs besoins.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleure compréhension des besoins des patients en matière de douleur par le recueil de l'expérience patient et ajustement des stratégies de prise en charge de la douleur selon les retours des patients*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°5. Renforcer le lien avec le patient dans le cadre de la pharmacie clinique

Plusieurs projets de pharmacie clinique ont été développés au cours des 4 dernières années, dont la conciliation médicamenteuse et la mise en place de PEPS (intervention pluridisciplinaire auprès du patient, sous forme d'éducation thérapeutique). Les actions en ce sens doivent se poursuivre.

Les équipes souhaitent tout d'abord optimiser l'adhésion thérapeutique des patients en leur apportant un accompagnement personnalisé et des explications adaptées sur leurs traitements. Elles ambitionnent également d'améliorer la prise en charge médicamenteuse en réduisant les risques d'erreurs, d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables.

Action 1 – Développer les actions de pharmacie clinique tels que les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication et les plans pharmaceutiques personnalisés en particulier chez les patients âgés

L'objectif est de renforcer la présence et le rôle du pharmacien dans le parcours de soins, notamment auprès des patients âgés, souvent exposés à des risques liés à la polymédication. Elle prévoit le développement d'actions telles que les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication partagés et les plans pharmaceutiques personnalisés. Ces interventions permettent d'optimiser les traitements, de prévenir les interactions médicamenteuses, et de renforcer la coordination entre professionnels de santé autour du patient.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleure collaboration entre pharmacien et médecin autour de la prescription médicamenteuse*

Action 2 – Poursuivre le développement de la conciliation médicamenteuse

Cette action vise à renforcer la conciliation médicamenteuse dès l'admission, en tant que préambule à une prise en charge optimisée. Elle s'inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire, en lien avec les premières expérimentations menées dans le cadre du projet PEPS.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Baisse des risques liés aux interactions médicamenteuses*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1.

Repenser le parcours patient au sein de chaque secteur et du pôle

L'orientation du patient et de sa famille dépend de nombreux critères : la symptomatologie, l'âge, la sévérité de son état, etc. Ces critères ne sont pas uniformément appliqués par l'ensemble des professionnels. Par ailleurs, les délais de prise en charge en CMP ont augmenté en raison de l'évolution des profils des patients. Actuellement, la majorité des patients suivis sont des cas complexes, qui nécessitent un accompagnement sur le long terme, chronophage pour les équipes. Enfin, le projet de création d'une unité temps plein nécessitera de revoir globalement tous les circuits d'adressage au sein du pôle.

Ainsi, afin de fluidifier l'accès aux soins pour les nouveaux patients, une réflexion sur les durées de prises en charge et les critères de priorisation doit être menée de façon collégiale au sein du pôle. L'orientation et les indications de prise en charge selon les différents dispositifs doivent être clarifiées.

Quatre ambitions sont au cœur de cette orientation :

- Clarifier le parcours des patients
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins du patient
- Améliorer l'orientation des patients vers les dispositifs adéquats
- Prendre en charge les patients et usagers suffisamment tôt pour limiter les décompensations

Action 1 – Etablir un état des lieux des pratiques et indications dans les différentes structures du pôle

La diversité des pratiques entre les équipes de CMP, HDJ et l'hétérogénéité du territoire sur le plan socio-démographique, implique des différences de besoins, en termes de ressources et d'organisation.

Une analyse des besoins et des écarts entre la situation observée et l'objectif souhaité est nécessaire pour orienter les ajustements en matière de ressources et d'organisation.

La complexité des cas reçus nécessite un temps de supervision pour chaque équipe qui enrichit et renforce le travail de l'équipe pluridisciplinaire.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Synthèse des besoins spécifiques par secteur et écarts entre les besoins et les ressources identifiés*

Action 2 – Mener une réflexion autour des missions et des indications des structures

Une réflexion collégiale apparaît essentielle sur les critères de priorisation et les indications de chaque type de prise en charge du pôle, afin de clarifier les missions de chaque structure.

Cette réflexion doit être menée par type de structure, mais également par secteur, en cohérence avec les partenariats développés sur chaque territoire.

Les missions des différentes unités fonctionnelles (CMP, CATTP, HDJ, équipes mobiles) concernent les enfants/adolescents et leurs parents/famille. L'accompagnement, la guidance parentale et/ou les thérapies familiales sont fondamentaux, nécessaires et chronophages.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Définition clarifiée des missions de chaque structure, critères d'adressage et de priorisation harmonisés et meilleure lisibilité de l'offre de soins pour les professionnels et les usagers*

Action 3 – Poursuivre le rapprochement des structures afin d'améliorer les conditions de prise en charge dans des locaux mieux adaptés

Par ailleurs, la mutualisation des locaux des CMP de Saint-Barnabé et d'Allauch sur le site de l'HDJ du secteur 3 nécessite une réorganisation des équipes, du partage des espaces, et potentiellement une redéfinition du périmètre des missions de chaque entité.

Le déménagement du CMP du 10^{ème} et du 11^{ème} et de certaines équipes du SESA sur un même site peut également susciter un renforcement des liens. Ces changements représentent des opportunités pour mieux se structurer collectivement.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Redéfinition des liens entre les structures*

Action 4 – Renforcer le personnel des CMP/CATTP et développer le premier entretien d'accueil non médical en CMP

Plusieurs axes sont envisagés pour réduire les listes d'attente :

- Le renforcement du temps d'assistante social et d'IDE permettrait de mieux répondre aux besoins et attentes des patients, notamment pour les suivis des patients les plus précaires.
- Les CMP ont des politiques d'accueil et des moyens humains différents. Le développement du premier accueil non médical pourrait permettre de débuter plus rapidement les prises en charge. Toutefois, il est important de noter que les actions menées par les équipes pour réduire la liste d'attente et diminuer les délais pour les premiers rendez-vous impactent la capacité à offrir un suivi régulier en CMP par la suite. Un équilibre doit être trouvé entre l'accessibilité au premier rendez-vous et la régularité du suivi.
- Un projet d'unité d'évaluation et d'orientation intersectorielle, soumise à des fonds spéciaux, est également envisagé.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Baisse des situations à risque ou non prises en charge et meilleure couverture des besoins en accompagnement social et en soins infirmiers et délais réduits pour les premiers rendez-vous*

Action 5 – Identifier les structures médico-sociales d'aval et d'amont sur chaque territoire et construire des liens privilégiés

Au-delà de la clarification des missions de chaque structure, le lien avec l'extérieur doit être consolidé, notamment en lien avec le projet d'unité temps plein et pour s'assurer de la continuité du suivi des patients. La question du suivi des patients, partagés entre médico-social et suivi psychiatrique soulève également des enjeux de continuité de soins. Les patients peuvent bénéficier simultanément d'un suivi médico-social et psychiatrique ou de façon discontinue. Il convient de travailler les liens avec le médico-social pour limiter les ruptures dans les parcours de prise en charge.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Annuaire/cartographie des partenaires partagé créé ou actualisé*

Action 6 – Renforcer le temps d'assistante sociale et le temps IDE selon les UF

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Baisse des situations à risque ou non prises en charge et meilleure couverture des besoins en accompagnement social et en soins infirmiers*

Action 7 – Développer la place des IPA

Un financement est prévu pour deux postes, rattachés à la psychiatrie de liaison. Actuellement, il n'y a pas de financement prévu pour la formation d'IPA sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Plusieurs aspects doivent être pensés avant de solliciter un financement :

- La budgétisation
- Le remplacement d'une IDE lors du temps de formation en pratique avancée
- Les missions de l'IPA et son intégration dans le parcours (médication, liens avec les autres professionnels, cas complexes, recherche, etc.) : des missions spécifiques doivent être identifiées par rapport aux IDE.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Missions spécifiques de l'IPA précisées et projet complet sur les volets financiers et RH défini*

Action 8 – Envisager la structuration d'un projet de CATTP

Après les différents déménagements prévus, le CMP de La Ciotat serait le seul à ne pas disposer d'un CATTP. L'existence d'un CATTP adossé à un CMP permet d'avoir des moyens de sociothérapie à disposition et de diversifier les prises en charge.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Accord collectif sur le déploiement ou non d'un CATTP*

Action 9 – Nourrir et renforcer l'équipe mobile intersectorielle enfants confiés pour un public très vulnérable

L'équipe mobile intersectorielle des enfants confiés (EMI-ECO) intervient auprès des différents lieux de placements ou à domicile sur demande de l'Aide Sociale à l'Enfance ou des CMP et CMPP référents lorsqu'un suivi est en cours. Elle a pour mission l'évaluation précoce des troubles mentaux et des troubles du développement, la mise en relief de la dimension psycho-affective du sujet, l'orientation vers les lieux de soins pédopsychiatriques et l'accompagnement et la formation des équipes éducatives. L'objectif est de renforcer les effectifs et d'accentuer la pluridisciplinarité de l'équipe (psychomotricien, orthophoniste, AMA).

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 2. Mettre en place l'unité d'hospitalisation à temps plein

Le projet de création de l'unité d'hospitalisation à temps plein répond à un besoin de prise en charge sur le territoire. Actuellement, seuls 10 lits de pédopsychiatrie sont ouverts à l'APHM, ce qui limite l'accès à des soins spécialisés pour les enfants et adolescents.

Action 1 – Déposer une demande d'autorisation auprès de l'ARS

Le projet de création d'une unité temps plein doit être soumis à l'ARS.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Dépôt de la demande auprès de l'ARS*

Action 2 – Travailler le projet de cette unité temps-plein

Plusieurs points d'attention sont relevés :

- Continuité des soins : Penser les moyens pour assurer la continuité des soins
- Liens avec les services support : Garantir une réactivité rapide sur les besoins de maintenance et autres services nécessaires pour le bon fonctionnement de l'unité, afin d'éviter tout risque dans la prise en charge

- Enjeu de la sortie : Définir clairement comment établir le lien en amont avec les partenaires médico-sociaux lors des sorties des patients, afin de faciliter la transition vers d'autres structures de soins ou de suivi
- Anticiper le soutien des équipes : Mettre en place un système de renfort suffisant pour couvrir les absences et permettre une rotation des équipes. Il est important de promouvoir une culture de solidarité intersectorielle en lien avec la future unité temps plein. Les équipes de psychiatrie adulte doivent être accompagnées à cet effet. Certains professionnels peuvent être réfractaires par méconnaissance de l'accompagnement des enfants et des adolescents (lien avec la famille, besoins spécifiques). Or, ils disposent d'un socle de compétences communes avec les professionnels exerçant en psychiatrie générale, qui leur permet de prendre en charge les enfants et les adolescents
- Anticiper l'aval avec les partenaires : Travailler en amont avec les partenaires pour assurer une prise en charge fluide et continue après la sortie de l'unité, en identifiant clairement les étapes suivantes du parcours du patient
- Définir et organiser les locaux de l'unité : Les locaux de cette unité n'ont pas été identifiés.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Clarification des modalités de mise en œuvre du projet*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N °3. Structurer les parcours de périnatalité

Le réseau partenarial au sein du CH Valvert et en externe est bien établi. Néanmoins des axes d'amélioration sur le lien avec les maternités sont identifiés. Les prises en charge qui relèvent des compétences de la périnatalité doivent être clarifiées en lien avec les partenaires et les dispositifs de psychiatrie de liaison en place sur chaque établissement. Par ailleurs, la prise en charge précoce est un aspect déterminant sur l'évolution des troubles.

Cette orientation vise à :

- Garantir un accompagnement cohérent et structuré des patientes, des parents et des nouveau-nés
- Favoriser l'identification et la prise en charge précoce des troubles psychiques périnataux afin de limiter leur impact sur la santé des parents et des nouveau-nés
- Clarifier les rôles et les compétences de la psychiatrie périnatale pour améliorer la lisibilité et l'accessibilité des dispositifs existants

Action 1 – Clarifier auprès des maternités ce qui relève de la psychiatrie périnatale

Des zones d'incertitude subsistent sur les situations relevant d'une prise en charge en psychiatrie périnatale. Il est nécessaire de définir des critères partagés, en lien avec les maternités du territoire.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Critères précis et connus de tous les partenaires*

Action 2 – S'intégrer dans les dispositifs sur le territoire et les encourager à effectuer un travail de prévention

Certaines structures ne considèrent pas la prévention comme l'une de leurs missions, pourtant leur positionnement au plus près des usagers leur confère un rôle clé dans l'identification précoce des besoins et l'orientation vers les structures adaptées. Il semble important de développer les liens pour faire la promotion du travail de prévention.

Le développement des liens avec ces structures implique d'avoir des bases communes sur le plan théorique.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Actions de prévention déployées par les partenaires externes*

Action 3 – Renforcer l'équipe pour développer ses missions

L'équipe de périnatalité souhaite développer ses missions : HDJ, prévention, liaison. Cette action est dépendante des appels à projets dans le champ de la psychiatrie périnatale.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Réponse aux éventuels appels à projet*

Action 4 – Clarifier le projet d'HDJ avec la maternité de la conception

Un projet de constitution d'une HDJ de périnatalité est co-porté par la maternité de la Conception de l'APHM et le CH Valvert. Les projets ont été validés par l'ARS et les premiers fonds ont été alloués à l'APHM. Le CH Valvert est en attente de clarification de la part de l'APHM sur la suite du déploiement.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Niveau de connaissance équivalent entre les partenaires et prochaines étapes du projet définies*

Action 5 – Travailler le parcours en psychiatrie périnatale avec les maternités du territoire

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4.

Assurer la continuité des prises en charge entre la psychiatrie de l'adolescents et de l'adulte

Les professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent constatent que de nombreux adolescents ne se sentent pas prêts, à 18 ans, à être suivi dans un secteur de la psychiatrie de l'adulte. En effet, cette transition implique un changement important en termes d'encadrement, d'interlocuteurs et d'approche thérapeutique. L'objectif est de fluidifier le parcours en mettant en place un accompagnement progressif sous forme de « tuilage ». La règle d'accueil en pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans doit toutefois être conservée comme principe commun.

Par ailleurs, de nombreux patients et usagers sont orientés par la psychiatrie de l'adulte vers la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou les équipes de périnatalité, et inversement. Une transmission fluide et coordonnée des informations entre ces secteurs est essentielle pour assurer la continuité et la cohérence des prises en charge.

Action 1 – Mettre en place des consultations communes Pôle Adultes/PIJSA

Chaque CMP doit réfléchir à l'organisation de consultations communes pour pouvoir les déployer progressivement.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Développement de consultations communes*

Action 2 – Permettre aux IDE des services de psychiatrie de l'adulte de se former dans les secteurs de PIJ

Les IDE des services de psychiatrie de l'adulte pourraient être accueillis sur des temps précis pour observer directement sur le terrain les pratiques en psychiatrie de l'adolescent. Leur présence permettrait également de pouvoir échanger sur les différences de prises en charge et ainsi de les enrichir mutuellement.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse du nombre d'IDE formés à la prise en charge de l'adolescent*

Action 3 – Permettre une période de transition où les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte collaborent

Les équipes souhaitent définir une période de transition où des actions communes sont déployées par les équipes de psychiatrie de l'adolescent et de psychiatrie de l'adulte.

Ce relai doit notamment permettre d'assurer la continuité de l'administration des NAP.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Définition des temps qui impliquent une mobilisation commune des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie de l'adulte.*

Action 4 – Développer les temps de concertation et d'échange entre les CMP adultes/enfant d'un même territoire

Il apparaît nécessaire de multiplier les rencontres pour une meilleure coordination entre les secteurs de prise en charge de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent.

Ce travail de coordination pourra notamment être renforcé à l'occasion des déménagements prévus en ambulatoire. La proximité géographique des locaux sera un facteur facilitant de la coordination.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Organisation de temps de concertation et d'échange sur un rythme régulier*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1.

Améliorer l'accès et la continuité du parcours de soins des patients TSA aux âges de transition :

- **De la petite enfance à l'enfance**
- **De l'enfance à l'adolescence pour les enfants âgés entre 8 et 12 ans**
- **De l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes âgées entre 16 et 25 ans**

1. De l'enfance à l'adolescence pour les enfants âgés entre 8 et 12 ans

La préadolescence marque également une période sensible du développement de l'enfant, à risque de décompensations cliniques et environnementales.

Les CMP et l'UMDA suivent un grand nombre de ces enfants et adolescents en ambulatoire, et avec des moyens limités par rapport à l'importance de la demande. Un éclairage des missions et des indications pour chacune de ces entités est important à réaliser pour optimiser les parcours de soins.

Les HDJ Colibris et Farandole ont par ailleurs des indications et une capacité d'accueil qui ne permettent pas de proposer des soins à l'ensemble des enfants TSA, en particulier après 8 ans. Une seule structure permet une prise en charge intensive des adolescents sur tout le territoire marseillais : l'HDJ L'Oasis, dont les accueils peuvent s'initier à partir de 11 ans et jusque 16 ans à l'entrée pour des soins de 2 à 3 ans en moyenne. La proposition de soins pour les enfants-adolescents ayant des troubles sévères âgés de 8 à 11 ans fait défaut, et il pourrait être intéressant de repenser l'offre de soins en HDJ.

2. De l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes âgées entre 16 et 25 ans.

D'un point de vue épidémiologique, la période entre 15 et 25 ans est celle où l'on observe le plus d'apparitions de troubles du comportement. Cette tranche d'âge nécessite donc une vigilance accrue dans le suivi et l'accompagnement des patients. D'autant qu'il existe un décalage entre les relais de prise en charge dans le milieu sanitaire (18 ans) et celles du médico-social (20 ans) : la projection et le travail vers un environnement pérenne, essentiels à la stabilisation clinique, avec notamment l'inscription dans un lieu de vie pour adultes, ne peut se faire qu'à partir de 20 ans. Il est donc primordial que le suivi perdure à cette période afin d'éviter une perte de repères pour le jeune et sa famille, et un risque de rupture de soins.

Par ailleurs, les services de psychiatrie adulte ne sont pas toujours adaptés aux spécificités de la prise en charge des patients porteurs de TSA, telles que les dyscommunicants.

Pour finir, il n'existe pas d'HDJ à destination des adultes porteurs de TSA. Or, ces patients peuvent présenter des problématiques variées (comportementales, éducatives, attaches mentales, familiales, somatiques, etc.), pour lesquelles une prise en charge de type HDJ et/ou CATTP pourrait être adaptée.

Action 1 – Définir des critères pour identifier les profils de patients TSA/TND qui peuvent présenter des difficultés sur le plan clinique à l'adolescence

Certains patients TSA/TND présentent, à l'adolescence, une évolution clinique marquée par des troubles sévères du comportement ou une rupture du lien avec les dispositifs de soin. L'objectif est de développer une grille de critères permettant de repérer, dès l'enfance, ces profils complexes, afin de proposer un accompagnement anticipé et soutenu. Cette démarche pourra s'appuyer sur une revue de littérature, des retours d'expérience clinique ou un projet de recherche collaboratif.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Critères d'identification des profils de patients à risque d'évolution complexe*

Action 2 – Apporter des outils aux services de prise en charge des adultes

Les services de pédopsychiatrie disposent d'outils spécifiques pour accompagner des profils complexes, tels que des grilles d'évaluation de la douleur pour les patients non verbaux, des supports visuels (pictogrammes), ou encore du matériel sensoriel. Ces dispositifs, aujourd'hui largement utilisés en pédopsychiatrie, gagneraient à être diffusés auprès des équipes de psychiatrie adulte pour améliorer l'accompagnement des patients TSA ou TND.

Il conviendra de mettre en place un appui méthodologique pour faciliter leur appropriation, ainsi qu'un système de mutualisation du matériel entre structures.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Utilisation des outils dans les services de prise en charge de l'adulte*

Action 3 – Poursuivre la sensibilisation des équipes de psychiatrie de l'adulte

La sensibilisation a pour ambition de soutenir les équipes de psychiatrie de l'adulte dans l'accompagnement des jeunes adultes.

Les actions de sensibilisation envisagées sont l'ouverture des journées de colloques aux équipes de psychiatrie de l'adulte, le renforcement du dialogue et l'intervention de professionnels de santé sur les TSA.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Multiplication des actions de sensibilisation*

Action 4 – Mener une réflexion sur la mise en place d'un HDJ pour les adultes porteurs de TSA

Le projet d'HDJ à destination des adultes, à partir de 21 ans, viserait plus particulièrement les TSA, qui nécessitent un accompagnement plus spécialisé. Il pourrait y être proposé des techniques de prise en charge orientées vers la réhabilitation ou la remédiation cognitive.

Le projet pourrait inclure les adultes avec des TND et un retard de communication. La définition du périmètre, des critères d'inclusion, et des modalités de prise en charge est à préciser de manière concertée.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Projet et critères d'inclusion défini*

Action 5 – Analyser l'offre existante à destination des adultes dans le domaine médico-social

Avant de proposer une nouvelle offre sanitaire (HDJ adultes TSA), il est nécessaire d'objectiver l'offre médico-sociale existante sur le territoire. Cette cartographie permettra de mieux situer la place du sanitaire dans le parcours des adultes TSA, de valoriser la complémentarité des approches, et de formuler une réponse concertée avec les partenaires du secteur médico-social.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Cartographie de l'offre existante à destination des adultes dans le domaine médico-social*

Action 6 – Mener une réflexion sur le redécoupage de l’HDJ à destination des adolescents

L’offre actuelle en hôpital de jour ne permet pas de répondre de façon continue aux besoins des enfants et adolescents porteurs de TSA, en particulier entre 8 et 11 ans. Ce vide crée une rupture de soins, durant laquelle l’état des enfants peut se dégrader. La création d’un nouvel HDJ avec un redécoupage de l’offre de soin (un HDJ pour les 8-14 ans et un HDJ pour les 15-20 ans), serait intéressant pour répondre à ce besoin. Cette réflexion pourrait aussi inclure un projet de type CATTP.

- **Résultat(s) attendu(s) : Prise en charge adaptée des patients entre 8 et 11 ans**

Action 7 – Soutenir les démarches d’aller-vers, notamment les visites à domicile depuis les différents dispositifs

Des visites à domicile sont parfois nécessaires pour les patients et leur entourage. Elles permettent de :

- Comprendre l’environnement de l’enfant : observer les interactions dans le cadre habituel de vie (parents, fratrie, routines) et identifier les éléments du quotidien qui peuvent influencer les comportements ou les apprentissages (bruit, espace, objets, etc.)
- Soutenir les parents et l’entourage des enfants
- Préparer ou accompagner des transitions
- Évaluer les besoins ou les ressources du foyer

La démarche d’aller-vers implique également le travail de réseau nécessaire à la continuité du parcours de soins.

Ce projet implique des besoins à la fois de libérer de la disponibilité sur le plan humain et matériel : temps de professionnel, véhicules et logistique (parking et/ou transports en commun).

- **Résultat(s) attendu(s) : Soutien des démarches d’aller-vers**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2.

Structurer les parcours au sein de l’établissement et favoriser la transmission des connaissances sur la thématique des TSA

Le CH Valvert propose un accompagnement fondé sur une approche intégrative et sur la richesse pluridisciplinaire. Il combine plusieurs approches, en particulier développementale, cognitivo-comportementale (TCC), psychodynamique.

Cependant, chaque structure, en interne au CH Valvert et sur les autres établissements du territoire, développe ses propres prises en charge à destination des patients TSA sans concertation commune. De ce fait, les patients peuvent faire face à des approches médicales et soignantes très différentes.

Il semble donc essentiel d’organiser des rencontres régulières pour développer une vision commune et mieux travailler ensemble.

Il apparaît également important de clarifier les indications et critères de priorisation de chaque structure, au travers d’une gouvernance clinique des parcours TSA. Ainsi, cela faciliterait l’orientation des patients et permettrait de proposer une offre de soin cohérente tout au long du parcours du patient.

Au-delà de la multiplication des échanges, l’identification de référents TSA dans chaque unité pourrait permettre de mieux structurer la transmission d’information.

Enfin, il est essentiel de poursuivre l’actualisation des connaissances sur les TSA, en fonction des dernières avancées médicales.

Action 1 – Mener une réflexion sur la mise en place des référents TSA dans chaque unité, qui puissent animer la thématique au sein de l’unité

Chaque unité désignerait un professionnel référent formé aux TSA, chargé d'animer la thématique en interne : diffusion d'outils, organisation de temps de partage ou de sensibilisation, relais des bonnes pratiques. Ce rôle doit s'articuler avec les autres référents.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Référent identifié dans chaque unité*

Action 2 – Mettre en place une commission d'étude des cas complexes TSA transversale aux différentes unités du CH

Une commission transversale permettrait de croiser les regards en associant les différentes unités de l'établissement. Elle porterait sur des cas complexes, qui présentent des difficultés à maintenir une prise en soin et à risque de rupture de parcours de soins, du fait de problématiques cliniques et/ou institutionnelles. Cette commission pourrait se réunir sur une fréquence trimestrielle, avec la possibilité de déclencher une commission exceptionnelle en cas de besoin.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Commission structurée avec un calendrier annuel*

Action 3 – Renforcer la veille documentaire en lien avec la thématique TSA, via le centre de documentation

Une veille active sur les publications scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques et les outils cliniques permettrait de mieux outiller les professionnels. Cette veille pourrait être valorisée via une diffusion régulière (newsletters, espace numérique) et des temps de présentation thématiques.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Veille structurée et diffusée régulièrement*

Action 4 – Définir des critères de priorisation et d'orientation vers les différentes structures du CH Valvert

L'absence de critères partagés d'orientation rend parfois difficile l'adéquation entre les besoins des patients TSA et l'offre de soins. Un travail de définition des critères d'inclusion et de priorisation permettrait de clarifier les modalités d'orientation vers les unités, d'optimiser l'utilisation des ressources, et de sécuriser les parcours.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Critères d'inclusion et de priorisation clarifiés*

Action 5 – Former les équipes de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent

Une formation inter-équipes sur l'autisme est proposée tous les ans, mais ne peut accueillir qu'une quinzaine de personnes. Cette action vise à avoir un impact plus large sur les professionnels.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse du nombre de professionnels formés*

Action 6 – Inclure dans les journées nouveaux arrivants un temps de sensibilisation sur les TSA

La journée des nouveaux arrivants comprend une demi-journée de présentation de l'établissement et une journée et demie organisée par les psychologues. Au cours de ces journées, un temps est dédié à la psychopathologie, dont la psychose, la névrose et l'autisme.

Il serait pertinent de faire le lien avec les psychologues pour connaître le contenu présenté, voire de proposer un module complémentaire sur les TSA.

► **Résultat(s) attendu(s) : Sensibilisation élargie à l'ensemble des nouveaux professionnels**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Développer le lien partenarial avec les professionnels de 1^{ère} ligne pour le repérage et le diagnostic des TSA

Actuellement, les professionnels du CH Valvert effectuent la majorité des diagnostics des patients adultes porteurs de TSA, du repérage aux soins. Or, un premier travail de repérage et de diagnostic pourrait être fait par les médecins de ville.

Pour ce qui est des enfants et des adolescents, un travail partenarial (médecins libéraux, du médico-social, des crèches, de PMI, etc.) de repérage et de diagnostic est en place mais il est sans cesse à entretenir et à améliorer.

Le CH Valvert dispose d'outils pour accompagner les professionnels de ville, tels que la formation socle sur l'autisme adulte ; la formation au premier repérage des TSA ; ou la formation aux signes d'alerte précoce dans la trajectoire développementale du bébé.

Ainsi, le développement du lien partenarial doit permettre de :

- Améliorer le repérage précoce des TSA
- Favoriser une orientation rapide et adaptée des patients vers les dispositifs de prise en charge
- Optimiser le temps psychiatrique disponible en interne

Action 1 – Sensibiliser et former les médecins généralistes et autres professionnels libéraux au repérage et au diagnostic des TSA

Le repérage précoce et la fluidité de l'accès au diagnostic nécessitent une meilleure formation des professionnels de première ligne, en particulier les médecins généralistes, les pédiatres, et les professionnels de la petite enfance. Les dispositifs existants sur le CH Valvert (UMDA, unité de soutien au développement des bébés, PCO) disposent d'une expertise qu'il conviendrait de transmettre plus largement. Deux types de sensibilisation et/ou formation peuvent être proposés :

- Repérage du décalage de trajectoire développemental
- Prise en charge des TSA

Un partenariat est engagé avec les parcours COCON pour la formation des médecins en première ligne et doit être poursuivi.

► **Résultat(s) attendu(s) : Multiplication des sessions de sensibilisation et de formation**

Action 2 – Structurer le processus de diagnostic

Le parcours diagnostic gagnerait à être clarifié et structuré, pour limiter les bilans systématiques au profit d'une démarche ciblée sur les patients complexes. Il s'agit d'encourager les professionnels de première ligne à poser eux-mêmes le diagnostic lorsque cela est possible, en leur fournissant les outils cliniques adaptés.

► **Résultat(s) attendu(s) : Implication accrue de la première ligne dans la démarche de diagnostic**

Action 3 – Accompagner les structures de la petite enfance (PMI, maternités, crèche) au repérage précoce

Le repérage précoce d'un écart de développement est essentiel pour proposer un accompagnement adapté. L'Unité de soutien au développement du bébé du SESA peut accompagner les structures de la petite enfance pour :

- Prévenir et déceler les premiers signes d'un écart de trajectoire développemental ;
- Proposer des outils.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse du repérage précoce par des structures de la petite enfance*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 4. **Travailler l'articulation avec les organisations médico-sociales**

Le lien avec les organisations médico-sociales est peu structuré. Il dépend principalement de relations individuelles entre des professionnels de santé. Or, ce lien est fondamental pour accompagner les patients vers les structures médico-sociales adaptées. En effet, les patients, qui ne bénéficient pas d'un accueil médico-social, ont un risque plus élevé de décompenser sur le plan clinique.

De plus, certains patients porteurs de TSA sont uniquement pris en charge par le secteur médico-social, alors qu'un suivi psychiatrique serait bénéfique, en raison par exemple de difficultés psychiques. Il est donc nécessaire d'identifier les facteurs de vulnérabilité le plus tôt possible pour mieux prendre en charge.

La meilleure articulation avec les organisations médico-sociales a pour objectif de :

- Renforcer la transmission d'informations sur les patients
- Améliorer l'orientation des patients vers des structures médico-sociales adaptées
- Assurer un suivi psychiatrique aux personnes porteurs de TSA le nécessitant

Action 1 – Réfléchir à des postes partagés entre médico-social et sanitaire pour créer du lien

Certains professionnels, comme les éducateurs spécialisés ou les psychologues, peuvent occuper des fonctions qui se situent à l'interface entre les secteurs sanitaires et médico-social. La mise en place de postes partagés permettrait de renforcer la continuité des parcours, d'améliorer la coordination des prises en charge et de favoriser une meilleure compréhension réciproque des missions de chaque secteur. Cette réflexion suppose un travail sur les modalités organisationnelles de tels postes.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Recensement des fonctions concernées et des conditions de faisabilité de postes partagés*

Action 2 – Lister les facteurs de vulnérabilité et les indications d'orientation vers le sanitaire

Les critères qui motivent une orientation vers le secteur sanitaire ne sont pas toujours explicites. Il est nécessaire de clarifier les indicateurs de vulnérabilité clinique ou sociale justifiant l'intervention du sanitaire, afin de fluidifier les orientations et d'éviter les ruptures de parcours.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Liste de critères définie et partagée entre acteurs du sanitaire et du médico-social*

Action 3 – Cartographier les structures sanitaires et médico-sociales accueillant des publics TSA/TND sur le territoire

Une cartographie actualisée des structures sanitaires et médico-sociales accueillant des publics TSA/TND permettrait de mieux visualiser les relais et complémentarités possibles, notamment en cas de difficulté d'orientation ou de sortie de dispositif. Cette cartographie doit se faire en lien avec les dispositifs de coordination sur le territoire tels que les DAC.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Cartographie partagée et mise à disposition des professionnels impliqués dans les parcours*

Action 4 – Développer le partenariat pour le co-portage de projets

Certains projets innovants peuvent être co-portés par plusieurs structures sanitaires et médico-sociales, permettant une mutualisation des compétences et des ressources. Il convient d'identifier les conditions facilitant ces coopérations, en particulier dans le cadre des appels à projets.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Soutien aux projets co-portés*

Action 5 – Poursuivre le développement de temps de rencontre

Cette action vise à développer les temps de rencontres avec le médico-social, soit entre structures, soit entre professionnels intervenant autour d'un même patient.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Multiplication des temps de rencontres inter-structures et d'espaces d'échange*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°5. **Généraliser l'accompagnement des familles à l'échelle de l'établissement**

Le Centre de Ressource Autisme propose des formations à destination des aidants et des familles. Toutefois, ces formations, souvent éloignées des lieux de prise en charge, sont en pratique peu investies par l'entourage des patients. Une solution d'accompagnement de proximité pourrait être développée sur le CH Valvert, afin de mieux accompagner l'entourage des patients et usagers.

Par ailleurs, l'unité de réhabilitation psychosociale propose des bilans à destination des familles, ainsi qu'un partenariat avec l'UNAFAM pour effectuer des permanences sur site. Il apparaît pertinent d'étendre cette offre aux personnes présentant des TSA et leur entourage, voire à l'ensemble de l'établissement.

Action 1 – Réaliser un diagnostic de l'offre d'accompagnement des aidants existante sur le territoire

Plusieurs dispositifs de soutien aux aidants existent sur le territoire, mais ils sont peu connus, parfois dispersés et inégalement mobilisés. Un groupe d'intervention soutient le développement de l'offre de soins à l'intention des familles et/ou des aidants sur l'ensemble de l'établissement. Il a lieu tous les trimestres et rassemble les soignants des trois pôles (enfants et adolescents, adultes et personnes âgées). Il est nécessaire de dresser un état des lieux des ressources accessibles, qu'elles soient sanitaires, médico-sociales ou associatives, pour mieux orienter les familles et repérer les éventuels manques et de communiquer à ce sujet.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Liste de l'offre d'accompagnement à destination des aidants et communication des offres existantes*

Action 2 – Etudier l'opportunité de la mise en place d'un lieu repéré au sein du CH Valvert pour effectuer des groupes de partage et des formations à destination de l'entourage

De nombreux proches font part d'un besoin d'information ou de soutien psychologique. L'identification d'un lieu pour accueillir des groupes de parole et des temps de formation pourrait répondre à ce besoin. La création de ce lieu, s'il est jugé pertinent, pourrait s'envisager en dehors du site principal du CH Valvert, par exemple sur le secteur de Rouguière, pour réduire certaines réticences liées à l'image de la psychiatrie.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Définition du lieu et des modalités de fonctionnement et validation de l'opportunité ou non du projet*

F. Personnes âgées

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1.

Renforcer la coordination en interne et en externe au pôle pour fluidifier le parcours patient

En externe au pôle, les professionnels pourraient bénéficier d'une meilleure visibilité de l'offre de soins et d'accompagnement. En effet, le pôle est marqué par une forte hétérogénéité dans les parcours, induite par la présence d'un CMPPA intersectoriel et de CMP sectorisés sur un même territoire.

En interne, le lien entre les professionnels constitue un levier essentiel pour garantir une bonne organisation des ressources et une prise en charge adaptée et cohérente des patients. Le fonctionnement en routine des structures de soins et d'accompagnement ne favorise pas suffisamment le partage d'expérience et les échanges sur les situations cliniques. De plus, les équipes ont pu observer un certain cloisonnement entre les différentes structures. Il paraît ainsi nécessaire de renforcer les temps d'échange cliniques partagés.

Action 1 – Informer en interne et en externe à l'établissement sur les différentes modalités de prises en charge et leurs conditions d'accès au sein du pôle, notamment via une cartographie

L'offre de soins du pôle et ses conditions d'accès (modalités d'orientation, délais, critères d'éligibilité, etc.) sont parfois mal connues en interne comme en externe. Une cartographie synthétique et actualisée des dispositifs pourrait être produite et diffusée auprès des professionnels hospitaliers, des partenaires de ville, des usagers et familles.

Une réflexion sur la pérennité des actions de prévention du Van est à poursuivre.

- Résultat(s) attendu(s) : *Cartographie de l'offre de soins*

Action 2 – Garantir le suivi somatique des patients en lien avec les équipes de soins somatiques de l'établissement, les établissements MCO et les professionnels de ville

L'activité spécifique de la psychiatrie de la personne âgée implique de renforcer les liens avec les neurologues spécialisés dans la prise en charge du sujet âgé (troubles neuro-dégénératifs, troubles comportementaux, etc.). Le partenariat existant avec le Centre Gérontologique Départemental est à privilégier, s'il est en mesure d'absorber toute la file active. Des partenariats complémentaires pourront être conclus en fonction des besoins.

Cette action implique également de s'approprier les conventions déjà existantes avec des partenaires. En effet, tous les professionnels ne sont pas suffisamment informés sur les possibilités liées aux conventions. On peut notamment citer la convention avec le CH d'Aubagne pour la dermatologie et la cardiologie.

Par ailleurs, les liens existants avec les partenaires privés, notamment pour l'accès à la radiologie et la biologie, sont à renforcer et le retour des résultats devrait être protocolisé.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre les actions en faveur des patients sans médecin traitant, via des dispositifs tels que le CPTS, qui propose une recherche de médecin traitant pour les patients, ou la diversification des partenaires de ville.

- Résultat(s) attendu(s) : *Réduction des délais de rendez-vous et réduction des délais de retours de résultats*

Action 3 – Renforcer les actions communes entre les différents dispositifs du pôle

Il est nécessaire de développer les interventions coordonnées entre les structures du pôle (CMP, HDJ, équipes mobiles, etc.), par exemple via des visites conjointes à domicile ou des accompagnements partagés.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleure coordination inter-équipes*

Action 4 – Réorganiser les temps cliniques et de fonctionnement rassemblant les professionnels du pôle

Des temps de rencontre réguliers entre les équipes du pôle (toutes disciplines et structures confondues) permettront de renforcer la cohérence des pratiques, de faciliter la circulation de l'information et de développer une culture commune.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleure coordination intra-pôle*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2.

Développer les alternatives à l'hospitalisation afin de les prévenir et en réduire la durée

Le pôle bénéficie d'une expertise dans l'accompagnement de situations complexes et d'un engagement des équipes en matière de coordination et de continuité des soins. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation constitue une priorité pour assurer une prise en charge au plus près du lieu de vie du patient, prévenir les hospitalisations évitables et fluidifier les parcours de soins.

Les démarches d'aller-vers, les interventions précoces, et le travail de réseau avec les partenaires sont des moyens pour anticiper les orientations et de favoriser les sorties dès que l'état clinique le permet.

Action 1 – Structurer un groupe de réflexion polaire sur les situations complexes

La durée moyenne d'hospitalisation est élevée sur l'unité d'hospitalisation. Malgré la stabilisation sur le plan psychique, certains patients sont hospitalisés sur une longue durée du fait de problématiques sociales. Au-delà des blocages liés à la situation sociale, d'autres patients ne voient pas d'amélioration de leur situation sur le plan clinique.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Définition des modalités d'organisation du groupe de réflexion et tenue du groupe de réflexion à une fréquence régulière*

Action 2 – Renforcer la démarche d'aller-vers notamment en développant une offre de soins intensifs à domicile par une équipe dédiée

Cette action implique de :

- Poursuivre l'élan de « l'aller vers », en allant à la rencontre des patients et des partenaires ;
- Soutenir les actions de prévention, à partir du CMPPA, l'UMPPA, et l'HDJ ;
- Elaborer un projet d'équipe dédiée aux soins intensifs à domicile, en réponse à un appel à projet.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Hausse des actions de prévention auprès des partenaires*

Action 3 – Multiplier les rencontres et les échanges avec les EHPADs, les SMR et les cliniques psychiatriques

Cette action consiste à organiser régulièrement des rencontres en présentiel avec les structures d'aval (EHPAD, services de soins médicaux et de réadaptation, cliniques psychiatriques), afin de fluidifier les orientations, de mieux connaître l'offre existante et de créer des liens de confiance durables. Le développement du partenariat avec le CH d'Aubagne, qui dispose d'un HDJ et d'un SMR, est l'un des axes de travail.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Organisation régulière de rencontres*

Action 4 – Anticiper le projet de sortie dès l'arrivée du patient

L'objectif est de réaliser un bilan de l'étayage à domicile à l'entrée des patients et d'organiser, dès l'entrée en hospitalisation, un recueil structuré des données sociales et de vie du patient, afin d'anticiper les besoins pour un retour à domicile ou une orientation adaptée. Cette démarche comprend l'évaluation des aides existantes, la mobilisation des dispositifs de soutien, et l'initiation précoce des démarches administratives, telles que la demande d'aides à domicile transitoires via la CARSAT. Une fiche de recueil, comprenant un volet social, pourra être systématiquement renseignée à l'admission.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Compléter le recueil de données en développant le volet social*

Action 5 – Développer le recueil des directives anticipées psychiatriques

Le recueil des directives anticipées permet au patient de réfléchir à ses besoins concernant ses soins et l'accompagnement dont il souhaite bénéficier lors d'une situation de crise. Or, ces directives ne peuvent être recueillies efficacement que dans des périodes de stabilité clinique.

Il est donc prévu de développer une démarche structurée de recueil des directives anticipées en ambulatoire, portée par les outils équipes de réhabilitation psychosociale, et mise en œuvre par les équipes de CMP et d'HDJ. Cette démarche doit être accompagnée d'actions de sensibilisation des professionnels et des patients.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Meilleure anticipation des situations de crise à partir de l'expression de l'expérience patient*

Action 6 – Envisager une prise en charge en HDJ rattachée au pavillon de l'Etoile

Cette configuration permettrait :

- D'assurer une transition souple entre l'hospitalisation complète et le retour au domicile.
- De proposer un accompagnement thérapeutique structuré tout en maintenant les liens avec l'environnement habituel du patient.

Une réflexion est à mener en ce qui concerne les besoins en personnel et l'aménagement des espaces.

- **Résultats attendus** : Création de places d'HDJ adossées à l'unité temps plein

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Diversifier et individualiser l'accompagnement proposé aux usagers

Le Centre Hospitalier Valvert propose d'ores et déjà une diversité d'activités en interne via la sociothérapie et l'unité de thérapies complémentaires, mais peu à destination du sujet âgé. Cependant, cette offre ne peut répondre à la totalité des besoins des patients et des usagers. De nombreuses structures se développent en ville et constituent une opportunité pour diversifier l'accompagnement en santé mentale.

Ainsi, le pôle souhaite s'ouvrir davantage vers des partenariats avec les structures extérieures, pour développer une offre d'accompagnement diversifiée et individualisée et renforcer la réintégration des patients dans le milieu ordinaire notamment vers les structures dédiées aux séniors.

Action 1 – Elargir les partenariats avec les structures en ville proposant des activités à destination des personnes âgées

L'action vise à renforcer l'offre de soins en nouant des partenariats avec des structures extérieures (associations, ateliers d'art-thérapie, dispositifs de sociothérapie, maisons de retraite). Ces collaborations permettront d'élargir les possibilités d'accompagnement, en particulier pour les usagers âgés, grâce à des activités complémentaires et des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Accès facilité à une offre d'activités adaptées au vieillissement*

Action 2 – Développer le partenariat avec le tissu associatif

L'implication d'associations renforce le soutien aux usagers et contribue à l'élargissement des ressources disponibles. Ces associations peuvent offrir des activités de loisirs et des services d'accompagnement qui complètent l'offre de soins.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Enrichir les partenariats associatifs*

Action 3 – Crée une activité CATTP avec pour objectif le renforcement de l'autonomie des patients et de la prévention

Le CATTP pourrait s'inscrire comme une offre complémentaire à visée préventive, qui permet de favoriser l'autonomie en travaillant avec l'angle « Réhabilitation psychosociale ». Ce modèle pourrait convenir à des profils de patients intermédiaires en termes de dépendance et qui font face à l'isolement social.

Le projet est à préciser, en délimitant les missions de cette structure par rapport aux autres structures existantes. Le CATTP aura une orientation réhabilitation de la personne âgée, dans la continuité de ce qui est proposé en HDJ. Il visera à renforcer l'autonomie des patients, contribuer à leur resocialisation et ainsi à rompre l'isolement.

Ce projet implique également une réflexion sur les moyens dédiés, l'aménagement des espaces.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Validation du projet de création d'un CATTP*

Action 4 – Mener une réflexion sur les modalités d'application des directives anticipées de fin de vie

Le principe est de favoriser l'expression patient, un principe fondamental de la prise en charge. Cette action permettra de formaliser un cadre pour recueillir et respecter les directives anticipées des usagers.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Développement de la mise en place du recueil des directives anticipées*

Action 5 – S'approprier et adapter les outils de la réhabilitation au sujet âgé

Le programme de réhabilitation actuel ne prend pas encore en compte le sujet âgé. Toutefois, des actions sont en cours et doivent être poursuivies pour adapter les outils à cette population :

- Transmission d'outils spécifiques pour le sujet âgé
- Formation des équipes à l'utilisation de ces outils adaptés
- Co-construction d'ateliers avec les IDE et l'équipe de réhabilitation.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Déploiement d'ateliers de réhabilitation adaptés au sujet âgé*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4.

Renforcer l'accompagnement des familles et des aidants

Le renforcement de l'accompagnement des familles et des aidants vise à leur apporter un soutien structuré et des repères sur les enjeux liés à la pathologie de leur proche.

Les familles représentent un appui précieux dans le maintien à domicile et dans le parcours de soin. Il est donc essentiel de leur offrir des espaces de parole, d'information et de co-construction, au sein des unités comme à l'échelle institutionnelle.

Action 1 – Mettre en place un groupe « famille » au niveau polaire

Le groupe famille vise à accueillir plusieurs familles pour évoquer les difficultés rencontrées au quotidien.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Tenue régulière d'un groupe « famille »*

Action 2 – Proposer des entretiens de guidance familiale au sein du pôle

Des entretiens individuels de guidance familiale seront proposés lors de situations sensibles (crises, transitions, changements cliniques ou sociaux). Ces entretiens, menés par les équipes du pôle, visent à accompagner les familles dans leur compréhension de la maladie et des enjeux de la prise en charge. Ce type d'accompagnement est déjà amorcé de façon informelle dans certaines structures, comme l'hôpital de jour.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Développement des entretiens de guidance familiale dans chaque unité*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1. **Consolider le service d'addictologie**

L'effectif initial de l'équipe d'addictologie a été dimensionné pour une file active annuelle de 300 patients en consultation et de 100 patients en liaison. Aujourd'hui la file active est de 350 patients pour la consultation et 200 patients pour la liaison avec un renouvellement de la file active à hauteur de 60% chaque année pour les consultations.

Action 1 – Stabiliser l'effectif et pérenniser les ressources humaines

L'équipe a été conçue face à la nécessité de mettre à disposition une unité d'addictologie de niveau 1 au sein du centre hospitalier. L'évolution très favorable de son activité, à la fois comme liaison et consultation, indique des perspectives d'accès aux soins et de fluidité du parcours des patients favorable à sa continuité et son renforcement. Par ailleurs, l'étayage théorico-clinique des équipes de soins (formation, groupe de réflexion, paradigme de réduction des risques et des dommages) devient nécessaire face à la complexité des situations.

Des axes de travail concernant l'accompagnement des équipes et la prise en charge des patients ont déjà vu le jour et l'équipe d'addictologie a majoré ses compétences (D.U d'addictologie pour l'IDE, D.U Sexologie et D.U Hypnose pour la psychologue, particularité de l'accueil du public cible par la secrétaire). La continuité du temps de présence pour l'accueil, téléphonique et en présentiel, favoriserait les conditions d'accueil et d'accessibilité des patients (plages horaires moins restrictives) qui peinent quelquefois à initier la demande.

Soutenir la pérennité sur le poste de psychologue et de secrétaire, jusqu'alors à mi-temps sur l'unité, favoriserait les conditions de travail sur ces deux postes par plus de permanence, de perspective et de continuité favorisera l'attractivité et la fidélisation des ressources humaines.

- **Résultat(s) attendu(s) : Recrutement de personnel pour combler les postes à mi-temps**

Action 2 – Répondre aux besoins et aux attentes des patients en complémentarité de la prise en charge médicale et élargir le champ d'action du service

Les traitements de substitution aux opiacés requièrent un suivi régulier et des prescriptions à intervalles fixes. Ces tâches pourraient être assurées par un IPA, libérant ainsi du temps médical qui pourrait être réorienté vers la valorisation de la file active et l'amélioration de la continuité et de l'accessibilité aux soins, notamment dans des zones plus éloignées telles que La Ciotat.

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, les équipes font face à une demande croissante de psychothérapies individuelles, impliquant une disponibilité et une fréquence de consultations soutenues. Parallèlement, les équipes soignantes expriment régulièrement le besoin de mettre en place des groupes de parole. Ces deux modalités (thérapies individuelles et de groupe) sont complémentaires dans l'accompagnement des patients et constituent un pilier essentiel du programme de soins en addictologie.

Il serait également pertinent de renforcer l'accompagnement des patients dans les premières phases de leur retour à domicile, en instaurant des consultations spécifiques dédiées au soutien du sevrage. Enfin, le développement d'activités de recherche et d'enseignement, notamment en lien avec le milieu universitaire, représente un axe important à consolider.

- **Résultat(s) attendu(s) : Formation et recrutement d'un IPA en vue de remobiliser du temps médical sur d'autres attentes, mise en place de la psychothérapie groupale par une majoration du temps de**

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 2. Renforcer l'activité de liaison

L'équipe de liaison a pour mission le dépistage, l'évaluation, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation des patients hospitalisés en psychiatrie et présentant des problématiques addictives.

Elle a aussi pour but de former, conseiller et assister les soignants des différents services et aussi de développer des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

Un groupe de travail sur les substances psychoactives dans l'hôpital ainsi qu'un travail de recherche questionnant la satisfaction des patients sur cette UF a permis de mettre en lumière plusieurs pistes d'amélioration des pratiques, sous couvert de moyens médicaux et paramédicaux supplémentaires.

Action 1 – Mettre en place un groupe d'analyse des pratiques à l'intention des professionnels, notamment des IDE

L'objectif est de développer l'activité de liaison en travaillant autour des pratiques soignantes par le biais d'analyse de pratiques, par exemple par la mise en place d'un GAP par trimestre et par pavillon.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Travailler sur les représentations et accompagner les soignants dans la prise en charge des patients atteints de conduites addictives en implantant la RDRD dans l'esprit de la psychiatrie institutionnelle*

Action 2 – Développer des journées thématiques similaires aux journées « sans tabac »

Des actions de préventions primaires et secondaires peuvent être développées dans le cadre d'une mobilisation collective au sein du CH Valvert.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Favoriser la visibilité du service d'addictologie dans l'hôpital et promouvoir la santé au travail et faire de la prévention en santé publique*

Action 3 – Mettre en place des « points info addicto » dans les services

Un espace de documentation présentant les addictions avec et sans substances, les stratégies de réduction des risques, les coordonnées des professionnels en addictologie, a pour objectif d'être créée pour les patients et leurs familles. Les actions du service d'addictologie ont pour but d'être appliquées tout au long de l'année.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Améliorer l'accès aux soins en addictologie, améliorer les connaissances des patients sur les conduites addictives et les stratégies de réduction des risques*

Action 4 – Développer la formation en addictologie des soignants

La mise en place d'une journée supplémentaire de formation (3 jours au lieu de 2) doit être organisée sachant que c'est une demande récurrente de la part des IDE qui ont reçu la formation DPC « Généralités et Spécificités de la prise en charge des addictions chez les usagers de la psychiatrie ».

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Répondre aux besoins et attentes de formation des soignants*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Déployer une équipe experte sur les addictions comportementales

Une absence d'offre de soins structurée pour les addictions comportementales sur la région est constatée. Une équipe experte dédiée permettrait de faciliter l'accueil de ces patients et d'être utilisé comme référence par les autres services d'addictologie.

Action 1 – Développer des consultations spécifiques portant sur les cyberaddictions et les réseaux sociaux pour les jeunes et les adultes

Des consultations spécifiques sont conduites afin de réduire les conduites à risque. Cette offre de soins est très peu proposée dans la région. Le travail de réseau avec les services de pédopsychiatrie et les différents intervenants dans le domaine de l'adolescence est à développer.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Augmentation de l'offre de soins pour répondre au besoin croissant face à cette problématique, devenir un lieu repère pour les professionnels de l'addictologie*

Action 2 – Développer des consultations spécifiques pour réduire les conduites à risque (jeux d'argent, addictions sexuelles, compulsions alimentaires, achats compulsifs)

Il y a peu de consultations spécifiques proposées afin de réduire ces conduites à risque. Par conséquent, il est souhaité de mettre en place des consultations dédiées en coordination avec un réseau associant : services sociaux, centres de diététiques, sexologues et les services d'endocrinologie.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Développement de l'offre de soins et maillage territorial*

Action 3 – Se former aux addictions comportementales et renforcer la formation en addiction comportementale

L'objectif est de favoriser la connaissance et la compréhension liées aux addictions comportementales.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Devenir centre de référence*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4. Soutenir les aidants

L'offre de soins s'est développée autour de la prise en charge individuelle des patients, cependant il est aussi souhaitable de développer un accueil pour les aidants. Sous réserve de l'obtention de moyens humains supplémentaires médicaux et paramédicaux.

Action 1 – Mettre en place des groupes de parole à destination des aidants

L'objectif est de mettre en place un groupe de parole mensuel pour les familles et les proches.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Rompre l'isolement face à la problématique vécue par les proches en rencontrant d'autres aidants et renforcer les connaissances et les compétences des aidants*

Action 2 – Développer des consultations individuelles dédiées aux familles et proches

Des consultations dédiées aux familles et proches peuvent être proposées afin de permettre une écoute et de prodiguer des conseils. Ces consultations permettraient de délivrer des informations sur les problématiques addictives et d'orienter les familles et proches vers des groupes de paroles.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Soutenir et permettre une meilleure compréhension de la problématique addictive pour les familles*

Action 3 – Renforcer la coordination avec les partenaires

Il est essentiel de renforcer le travail de communication et de réseau entre les partenaires.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Permettre des rencontres et des échanges au sein du maillage institutionnel et territorial (Associations d'usagers, CDU, de famille d'usagers, CSAPA etc....)*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°5. Développer le travail de réseau au niveau territorial

Le bassin de population regroupant Allauch, Aubagne, La Ciotat, Valvert, dispose d'une offre de soins en addictologie relevant des 3 niveaux sur différents établissements. Une coordination de ces structures permettrait de renforcer cette filière au niveau local et d'améliorer le parcours des patients.

Action 1 – Développer la coopération sanitaire (CH Allauch, CH Aubagne, CH La Ciotat) et médico-sociale

Afin de mieux connaître l'offre de soins des partenaires de l'établissement, il est nécessaire de travailler la complémentarité et /ou la spécificité de l'offre globale au niveau territorial.

L'objectif est de favoriser la coordination inter-équipes et la synergie de l'offre de soins.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Permettre de mieux orienter les patients sur des structures de niveau 2 et 3*

Action 2 – Décloisonner l'offre de soins

Afin de décloisonner l'offre de soins, il est avantageux de favoriser la collaboration avec les partenaires.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Création d'un ou deux postes d'assistants partagés en addictologie entre le CH Valvert et ces établissements*

Action 3 – Développer des solutions médico-sociales pour renforcer l'offre

Sur certains territoires, notamment dans les quartiers est de Marseille, l'offre d'accompagnement en addictologie est insuffisante. Le développement de moyens dédiés à l'addictologie implique de s'investir dans le champ du médico-social.

H. Réhabilitation

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1.

Améliorer la visibilité de l'offre de soin de la réhabilitation et l'essaimage des pratiques

Le repérage du service de réhabilitation est inégal d'un secteur à l'autre. Il persiste des questionnements quant à l'adressage des patients vers le service.

Faire bénéficier davantage de patients d'une prise en charge en Réhabilitation permet une dynamisation du projet de soin et de vie, un renforcement du pouvoir d'agir, réduit le risque de chronicisation et soutient la déstigmatisation. Cela nécessite de poursuivre l'essaimage de pratiques orientées rétablissement au sein de l'hôpital.

Action 1 – Améliorer la visibilité et la pertinence de l'offre de soin

Il s'agit de poursuivre les échanges sur site (CMP/HDJ/intra) pour présenter les missions de l'équipe ainsi que faire des retours d'expériences de patients suivis à la réhabilitation qui témoignent de l'évolution de leur prise en charge et de sa pertinence.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Réflexe des équipes de solliciter la réhabilitation et de favoriser l'adressage et réduire les craintes ou résistances persistantes à l'égard de cette orientation*

Action 2 – Développer les outils de communication

Pendant le séminaire Valfor, il est proposé de présenter le service, les missions et un retour d'expérience. Il est recommandé de réactualiser l'onglet de la réhabilitation sur le site Valvert et d'inviter à s'y référer (préciser temps ouverture secrétariat) ainsi que de mettre à jour les outils de référencement. L'appui sur les cadres de santé permet d'améliorer la transmission de l'information.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Renforcer la visibilité du service sur l'ensemble de l'hôpital, être mieux identifié pour être davantage sollicité*

Action 3 – Accompagner la mise en pratique de l'outil DAIP dans les services

L'objectif est de proposer de nouveaux temps de formation à l'outil DAIP, via le service de réhabilitation (médiatrice de santé pair), et réhabilitation Sud.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Parvenir à un usage usuel de l'outil sur l'ensemble de l'établissement (intra et extra)*

Action 4 – Essaimer de nouvelles pratiques orientées rétablissement

L'objectif est de diffuser à l'hôpital les pratiques orientées rétablissement au moyen de formations (ETP, habiletés sociales, sensibilisation à la réhabilitation psychosociale) et les présenter régulièrement aux internes permet la prise de connaissance par tous de ces nouvelles pratiques.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Accentuer la place centrale du patient dans sa prise en charge et son pouvoir d'agir, enrichir et compléter l'offre de soin de l'établissement, acculturation au courant de la réhabilitation psychosociale et favoriser une meilleure connaissance du fonctionnement de la réhabilitation (organisation, mobilité, Intérêt du bilan fonctionnel, outils utilisés...)*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2.

Renforcer l'articulation Réhabilitation Psychosociale/ Equipes de secteur/ Patient/ Partenaires extérieurs

Renforcer l'articulation avec les services de soin est impératif car le travail proposé à la réhabilitation à Valvert ne prend son sens qu'en complémentarité avec le travail de secteur. L'articulation évite un éventuel clivage d'orientation délétère pour les patients.

Cela permet de traiter les éventuelles réticences que peut susciter l'approche du rétablissement, et de mieux se coordonner entre les différents acteurs du parcours de soin d'un patient.

Action 1 – Ajuster la demande d'adressage

Le rappel sur la mise en lien (mail, téléphone, rencontre- temps présence secrétaire) avec les équipes permet de questionner et de préciser la demande d'adressage.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Favoriser une meilleure représentation des missions de la réhabilitation et des critères d'indication*

Action 2 – Renforcer la coordination patient-secteur-réhabilitation

Il est important de faire le rappel de l'importance des restitutions partagées avec les référents de secteur du patient (tous corps de métier confondus), à la fin du Bilan Fonctionnel et lors des points d'étape. La présence du patient, dans ce cas, est indispensable.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Favoriser la dynamique de travail conjoint pour un ajustement du projet de soin du patient et s'assurer du bon déroulé de la prise en charge et renforcer l'articulation entre les équipes et le travail de collaboration*

Action 3 – Solliciter les services à la réunion réhabilitation

Les services concernés par un patient donné sont invités à la réunion du service afin de discuter sur les adressages, l'évolution dans le parcours de réhabilitation et les points d'étape

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Amélioration de la cohérence clinique du projet de soin, meilleure collaboration, connaissance mutuelle des équipes*

Action 4 – Poursuivre le développement des rencontres partenaires extérieurs

Un temps d'une heure est dédié toutes les 2 semaines pour les rencontres partenaires.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s)** : *Travail de collaboration et de connaissance mutuelle. Amélioration parcours de soin et d'accompagnement*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Structurer l'offre de soin de groupe proposée par la réhabilitation

L'offre de soin de groupe s'est bien développée cette année sur un secteur, il est donc souhaité en faire bénéficier l'ensemble des secteurs et des pôles à tour de rôle. Intervenir par sessions sur une période donnée participe à créer de nouvelles dynamiques, au sein d'équipes de secteur amenées à suivre les patients au long cours.

L'équipe projette de faire connaître l'offre de groupe de la réhabilitation et d'essaimer de nouvelles pratiques dans l'hôpital (ETP, psychoéducation, groupe de support entre pairs, dans la cité).

Action 1 – Travailler en amont avec le secteur la mise en place des groupes et l'adressage des patients

La participation aux réunions cliniques et communautaires pour présenter l'offre de groupe aux soignants et aux patients est encouragé (PEPS, groupe Habiter chez soi, groupe du côté de mon cerveau...).

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Faire connaître l'offre afin de soutenir les adressages*

Action 2 – Favoriser l'intérêt des professionnels quant à l'offre de groupe

La sollicitation régulière des équipes sur le recueil des besoins des patients et des professionnels, se structurer ensemble sur l'élaboration et la mise en œuvre de l'offre de groupe est vivement encouragée. Cette offre sera ajustée au Pôle infanto juvénile et au Pôle de la Personne Agée.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Varier l'offre en fonction des besoins, soutenir le pouvoir d'agir des patients, renforcer la coordination et l'articulation des équipes autour de l'offre de groupe et poursuivre l'essaimage de pratiques*

Action 3 – Mobiliser les soignants dans l'implication des groupes

L'offre de groupe dans les équipes est portée par un référent (cadre de santé) et la co animation du groupe est faite par un soignant de la réhabilitation et du secteur.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Renforcer le travail conjoint avec le secteur et l'acculturation de nouvelles pratiques de groupe*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4. Poursuivre le développement de l'offre de soin à destination des Familles/ Aidants

L'offre de soin à destination des aidants familiaux se pense et poursuit son développement à l'hôpital, notamment avec le groupe d'intervention interpolaire quant à l'accueil des familles. La dynamique globale sur l'établissement mérite d'être davantage déployée.

L'offre de soin et de soutien pour les aidants doit être rendue plus accessible.

Par ailleurs, les soignants de l'établissement formulent régulièrement des demandes de formation à l'accueil et la prise en charge des familles, mais ils ne l'obtiennent que rarement.

Action 1 – Accueillir les familles dans le parcours de réhabilitation des patients

La continuité des bilans familiaux dans le parcours de réhabilitation du patient est tenue sur 2/3 séances.

L'outil BREF est mis en pratique et son usage est développé.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Première mise en lien avec les familles et leurs besoins et leurs questionnements*

Action 2 – Informer et orienter les familles sur les dispositifs existants à l'hôpital

L'objectif est de présenter les offres de soin accessibles à l'hôpital : groupe de parole de famille par secteur, lien avec les associations de représentants d'usagers, thérapie familiale, programme de psychoéducation (BREF, PROFAMILLE).

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Soutenir et mobiliser les familles et favoriser un meilleur accès vers les dispositifs de l'hôpital*

Action 3 – Former les soignants à l'accompagnement des familles

Réfléchir de manière intersectorielle et interpolaire aux besoins de formation dans les différents services permet de diversifier cette offre de formation.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Renforcer les compétences des soignants dans l'accompagnement des familles*

I. Précarité

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1. Construire, nourrir et interfacer une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité complémentaire du travail de secteur, des soins somatiques et adaptée aux besoins identifiés des pôles cliniques

Le projet de développer la prise en charge de la précarité au-delà du précédent projet d'établissement 2021-2025 a fait l'objet de réflexions et de recherches de moyens dédiés ces dernières années.

Faute de pouvoir obtenir le financement d'une PASS Psy, le financement d'une équipe mobile précarité a été obtenu fin 2024. Sur la base du projet retenu par l'ARS, il reste à constituer cette équipe et à développer son action sur les secteurs couverts pour le CH Valvert.

Cette équipe est compétente pour tous les secteurs et tous les pôles. L'objectif général consiste à constituer une ressource d'accompagnement des patients les plus vulnérables et dont les situations complexes nécessitent ponctuellement un appui d'exception.

Action 1 – Constituer l'équipe et décliner le projet

Les missions de chaque professionnel sont à déterminer afin d'organiser et effectuer le recrutement selon les compétences requises de manière efficace. Les règles de fonctionnement sont à définir ainsi que l'élaboration d'un plan d'action et l'organisation des réunions d'évaluation et de fonctionnement.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Equipe opérationnelle pour débuter son activité fin 2025*

Action 2 – Mettre en œuvre de la sensibilisation croisée en intra et en extra pour développer une fonction ressource dans l'hôpital et dans les secteurs

Cette action est mise en œuvre via la présentation, l'information et la communication autour des objectifs moyens et il est possible également de solliciter l'EMPP.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *EMPP repérée par l'établissement comme ressource à trouver des réponses, un accompagnement et des solutions à des situations de précarité*

Action 3 – Sensibiliser et informer les acteurs sociaux et de santé aux spécificités de prise en charge des patients de psychiatrie

Travailler une culture commune de soins avec les partenaires en place.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *EMPP repérée par les partenaires existants ou à venir comme ressource et relais aux situations sociales de précarité, complexes sur le territoire d'intervention*

Action 4 – Reprendre les objectifs sur projet précarité validés par l'ARS

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°2.

Poursuivre le développement de partenariats efficaces pour améliorer l'accès aux droits sociaux (domiciliation, droits sociaux)

L'accompagnement de patients précaires recouvre de nombreuses dimensions dans le repérage et dans la sécurisation des parcours complexes et par définition non linéaires. Ce contexte particulier implique de développer et de maintenir un réseau propice à mailler les différents territoires de recours des patients psychiatriques pour assurer le lien avec leur environnement quotidien et pour travailler de concert avec les autres acteurs impliqués ou à mobiliser dans leurs parcours.

Action 1 – Entreprendre des discussions avec la municipalité, les CCAS, les associations, pour développer des points de domiciliation plus proche de l'établissement pour les patients

Plusieurs pistes sont envisagées :

- Travailler en lien avec les acteurs compétents pour développer de nouveaux points de domiciliation
 - Investiguer quel type de structure peut porter ce type de service de domiciliation et à quelles conditions
 - Développer des antennes de proximité disponibles en phase d'hospitalisation
- **Résultat(s) attendu(s)** : *Faciliter les domiciliations de patients SDF pour ouvrir des droits le plus rapidement possible au cours de l'hospitalisation et favoriser ainsi la stabilisation de la situation sociale*

Action 2 – Trouver un outil de recherche de domiciliation préexistante lorsque la personne n'a pas la capacité de donner cette indication

Les investigations en partenariats avec les acteurs sociaux du territoire sont à systématiser.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Installer une continuité administrative pour laisser la place aux soins en évitant la multiplication des démarches administratives identiques*

Action 3 – Développer un programme de permanence ou de VAD dans les structures d'accueil de personnes en grande précarité pour reconstituer les parcours

L'instauration d'une régularité pour entretenir les réseaux établis est nécessaire pour nourrir les partenariats de l'EMPP. En collaboration avec l'EMPP il est possible de tisser des liens avec les acteurs sociaux sur les sujets de grande précarité afin d'assurer les parcours de prise en soins.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Stabiliser les parcours sociaux et éviter les pertes de vues propices aux ruptures de parcours de soins*

Action 4 – Poursuivre et enrichir les actions du projet précarité 2021-2025

- Travailler avec le pharmacien pour fluidifier le circuit de mise à disposition des médicaments
- Accès à l'interprétariat
- Développement des liens avec le service somatique afin d'en favoriser l'accès des patients en grande précarité
- Alphabétisation, culture et accès au numérique : accompagner l'autonomisation de l'accès au numérique
- Intégrer l'utilisation du numérique par les patients et les équipes pour l'organisation du parcours de soins intra et extrahospitalier.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Adapter et approfondir les actions déjà en place dans le projet précarité initial et prévoir au séminaire de faire le lien avec le groupe culture*

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°3. Incrire le Projet de Valvert dans les objectifs communs au sein du GHT et participer au maillage territorial

Le GHT 13 a enrichi son projet médical partagé (PMP) d'une filière de prise en charge de la précarité, constituée au cours de l'année 2024.

Un groupe de travail réuni les acteurs des PASS et des services sociaux des établissements MCO et psychiatriques du territoire pour réfléchir à des actions communes dans le champ de la précarité.

Action 1 – Mettre en place de référents établissements puis par service « précarité & soins »

Grâce à la formation organiser un « maillage » précarité de professionnels au sein du GHT.

Trois indicateurs consensuels sont à piloter :

- L'absence ou l'incomplétude d'une couverture maladie,
- L'isolement social et les difficultés à s'orienter,
- L'allophonie et les difficultés avec le français.

► **Résultat(s) attendu(s)** : *Définir les modalités harmonisées de collecte, de transmission et d'analyse, des indicateurs de vulnérabilité au sein du GHT*

Action 2 – Partager et harmoniser les procédures (Accès aux soins des patients sans droit, Coordination des services d'urgences-PASS-services sociaux, de saisine des équipes mobiles territoriales, etc.)

- Former les professionnels de santé
 - Se coordonner avec la cellule territoriale gestionnaire des "cas complexes" du GHT et en lien avec les partenaires ad hoc
- **Résultat(s) attendu(s)** : *Mettre en œuvre un outil commun et consensuel au sein du GHT de repérages de la précarité*

Action 3 – Mettre en œuvre les procédures existantes (accès aux produits de santé, interprétariat professionnel, etc.)

L'objectif est d'améliorer l'accès aux partenaires par la mise à disposition d'un annuaire et la mise en place de conventions, de canaux privilégiés (CPTS, DAC, ASSAB, Services sociaux, DDARS13, DREETS, CAF, Tribunaux, CPAM).

Action 4 – Intégrer ces dimensions au PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins)

Afin de poursuivre et d'enrichir le projet précarité, il est nécessaire d'intégrer ces dimensions au PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins).

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°4.

Proposer des solutions à la problématique du logement pour les patients en multipliant les leviers : partenariats, intervention dans le maintien, lien avec le secteur médico-social

Répertorier les actions pour favoriser l'accès au logement et s'impliquer dans le maintien dans le logement.

Action 1 – S'inscrire systématiquement dans tous les dispositifs existants pour faire valoir cette problématique aigue et appuyer l'intégration des patients dans les dispositifs d'accès

Action 2 – Créer des liens privilégiés avec les acteurs du logement engagés dans la CMSMH (HAS, Habitats alternatifs solidaire etc.)

Action 3 – S'engager sur des suivis à domicile pour faciliter l'intégration des patients dans des dispositifs d'accès logement. Développer l'aller-vers

Action 4 – Effectuer un travail de recensement et d'appui au développement des actions privées : bailleurs privés, maisons partagées, etc.

L'objectif est de participer à stabiliser les situations et à apporter une garantie aux bailleurs et aux associations en matière de suivi et de recours, en travaillant à partir des CMP.

Action 5 – Poursuivre le développement de liens avec le secteur médico-social pour proposer des solutions d'hébergements adaptées aux situations de dépendance

Action 6 – Evoquer le projet éventuel de développer une structure médico-sociale annexe à l'hôpital

ORIENTATION STRATÉGIQUE N°1. **Créer un comité pluridisciplinaire et pluriprofessionnel pour la promotion et le soutien de la recherche**

La création d'un comité pluridisciplinaire et pluriprofessionnel pour la promotion et le soutien de la recherche paraît être un axe prioritaire qui permettra :

- La structuration de l'activité de recherche
- Le déploiement de l'activité de recherche
- La promotion de la recherche (clinique ou autre)

A ce jour des actions de recherche sont menées mais personne n'est affecté spécifiquement à cette mission.

Actions repérées et faites à ce jour :

- Accompagnement et orientation de toute personne souhaitant effectuer une recherche ou publication par le biais du centre de documentation,
- Diverses recherches en cours (JASS, repérage précoce, recherche clinique dans les unités),
- Adhésion depuis sa Création au Centre de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie - PACA (CRSMP - PACA)
- Publications et participation à des colloques par diverses équipes
- L'association Valfor, dont les membres sont des agents du CH Valvert, met en place de nombreux travaux (séminaires cliniques, colloques biannuel, séances de bibliographie pour les internes.)

La nécessité de centraliser et de partager les recherches en cours est constatée à ce jour. Les actions citées précédemment se font à moyen constant, selon les disponibilités des personnes concernées.

Par ailleurs, le développement des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) au sein des différents pôles va engendrer un développement des activités de recherche, d'où la nécessité de soutenir, centraliser et diffuser.

La création de ce comité, doté de moyens dédiés, constitue une étape préalable essentielle pour favoriser le développement des activités de recherche au sein du Centre Hospitalier Valvert, le tout en partenariat avec l'Association Valfor dont l'objet social est « la promotion et réalisation de toute forme de recherche scientifique, d'enseignement et de formation dans le champ de la santé mentale ».

Ainsi, cette orientation visera à :

- Garantir le recensement et le suivi des actions et projets de recherche en cours.
- Fédérer les volontés de participation aux actions de recherche et ce sans distinction de fonction : personnel soignant, administratif et technique.
- Soutenir le désir d'action de recherche.
- Permettre un appui technique et méthodologique.
- Faciliter la mise en œuvre de la recherche.
- Permettre une mise en lien avec les ressources (interne /externe/partenaires locaux).
- Permettre la recherche de fonds ou financeurs pour mener les actions de recherche.

Action 1 – Créer le comité

La création du comité est réalisée grâce à l'identification des personnes ressources dans l'hôpital et/ou des partenaires extérieurs. Les personnes souhaitant participer à ce comité seront identifier grâce à un appel à candidature.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Constitution du comité*

Action 2 – Définir les missions du comité

Les premières missions identifiées sont :

- Promouvoir la recherche (clinique ou autre)
- Structurer l'activité de recherche
- Déployer l'activité de recherche

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Création d'un règlement intérieur/statut*

Action 3 – Former les acteurs du comité recherche

Il s'agit de repérer les besoins en formation et de les intégrer au plan de formation de l'établissement, en s'appuyant sur le centre de formation du CH Valvert, le CRSM-PACA, les dispositifs universitaires ou autres structures adaptées.

- **Résultat(s) attendu(s)** : *Montée en compétences des acteurs du comité*

Action 4 – Rechercher des financements en lien avec Psynovia

Préciser la structuration en interne permet d'assurer la coordination du comité recherche, avec éventuellement une création de poste (ETP supplémentaire, tel qu'un temps d'AMA, à intégrer à la communication/documentation, la formation ou encore l'éthique).

La recherche de financements peut être faite par différents biais : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale, Programme Hospitalier de Recherche Clinique, dispositif universitaire ou autres.

- **Résultat(s) attendu(s)** : Fonds alloués pour le développement des recherches

ORIENTATION STRATÉGIQUE N° 2. Promouvoir et valoriser la recherche

La création du comité pourra permettre la promotion et de la valorisation de la recherche afin de :

- Impulser une dynamique institutionnelle permettant à tout agent (soignant ou non) de participer à une action de recherche
- Favoriser l'attractivité et le rayonnement de l'hôpital
- Favoriser l'ancre dans le réseau (par son inclusion dans la recherche)
- Contribuer à l'amélioration des pratiques

Ainsi, cette orientation visera à :

- Participer à une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur
- Impulser une dynamique recherche

- Réactiver et actualiser les connaissances et adopter une pratique réflexive
- Favoriser l'émergence de pratiques innovantes
- Permettre une diversification des activités professionnelles
- Favoriser une dynamique de recherche au sein des équipes de l'hôpital (équipes soignantes et/ou autres)
- Contribuer à un cercle vertueux et à l'agentivité

Action 1 – Promouvoir la création du Comité Recherche

La création de ce nouveau comité sera divulguée auprès des agents, des patients, familles et partenaires. Sa bonne information auprès de tous est dépendante de sa lisibilité sur l'intranet.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Le comité recherche est repéré, informé et sollicité*

Action 2 – Communiquer sur les actions de recherches en cours ou à venir

La communication sur les recherches et articles en cours a vocation à être faite grâce à la newsletter. Les publications en ligne ont l'opportunité d'être valorisées en étant mise en ligne sur le site du CH Valvert. De plus les actions de l'association Valfor (séminaires, colloques) permettent de rendre compte des travaux.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Encart dédié sur le site du CH Valvert et page renseignée et actualisée*

Action 3 – Communiquer au sein des groupes transversaux institutionnels

Temps d'échanges d'expériences pluridisciplinaires.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Tous les agents sont sensibilisés à la recherche*

Action 4 – Intervenir lors de colloques

Des réponses aux appels à contribution sont proposées et du temps est octroyé pour l'élaboration et la rédaction des communications.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Des interventions ont lieu*

Action 5 – Communiquer les résultats ou des publications

Afin de faire connaître les résultats ou les publications, il est important de les signaler toutes ces contributions dans des ouvrages, grâce à des interventions dans des colloques et dans les médias

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Recensement par le comité et le centre de documentation*

Action 6 – Faire émerger des actions formations ciblées issues de la recherche

Le repérage des actions de formation est essentiel à la montée en compétence et à la diffusion de pratiques innovantes. Il est pour cela nécessaires de se mettre en lien avec le centre de formation de Valvert.

- ▶ **Résultat(s) attendu(s) :** *Des formations sont dispensées*