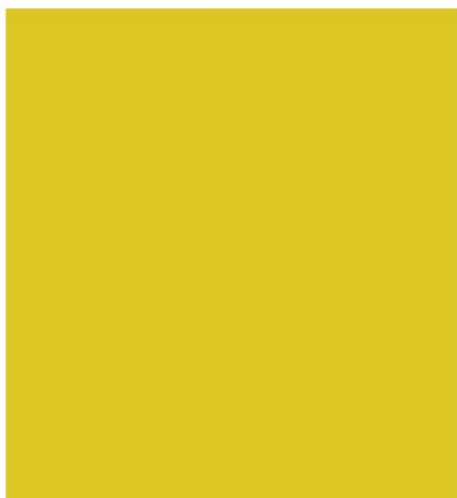
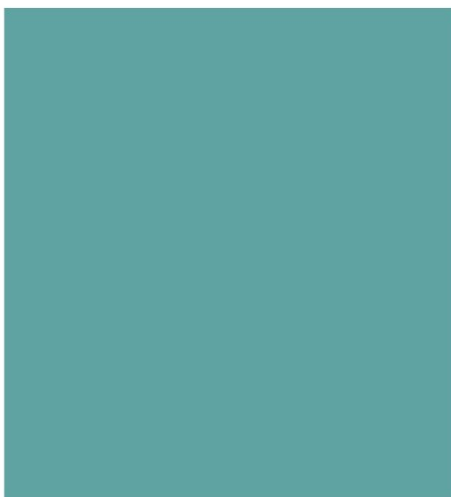


LE CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER



Centre hospitalier
Le Vinatier

LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

IMPULSION 2019-2023

SOMMAIRE



P. 154

**LE PROJET
QUALITÉ**



P. 104

**LE PROJET
SOCIAL**



P. 10
LE PROJET
DES USAGERS



P. 32
LE PROJET
MÉDICAL



P. 74
LE PROJET
DE SOINS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
LE PROJET DES USAGERS	10
Introduction.....	12
Axe I- Reconnaître la place et la parole des usagers.....	13
Objectif 1 : Recueillir la parole des usagers	13
Objectif 2 : Créer un collectif des usagers.....	13
Objectif 3 : Développer le recours à la pair aide professionnelle.....	14
Axe II - Reconnaître la place et la parole des familles.....	16
Objectif 1 : Reconnaître l'aide aux aidants comme une priorité institutionnelle	16
Objectif 2 : Orienter les familles et proches vers l'aide aux aidants.....	16
Objectif 3 : Développer la collaboration entre les équipes de soins et les associations de familles et proches.....	17
Axe III – Baisser le recours à l'isolement et à la contention.....	18
Objectif 1 : Elaborer un guide de bonnes pratiques	18
Objectif 2 : Développer une politique de prévention et de formation	18
Objectif 3 : Faire participer les usagers à la politique de baisse des mesures d'isolement et de contention	19
Axe IV – Promouvoir les droits et libertés des personnes concernées	21
Objectif 1 : Remettre systématiquement le livret d'accueil	21
Objectif 2 : Mettre en place des rencontres entre les représentants d'usagers et les personnes hospitalisées.....	21
Objectif 3 : Faciliter l'accès à la maison des usagers.....	22
Objectif 4 : Informer les patients sur leur liberté d'aller et venir et sur les éventuelles restrictions.....	22
Objectif 5 : Mettre en place un groupe de travail sur le port du pyjama	22
Objectif 6 : Mener une réflexion en CDU sur le droit de changer de médecin.....	23
Objectif 7 : Améliorer le suivi des objets personnels des patients	23
Axe V – Améliorer le parcours de soins.....	25
Objectif 1 : Améliorer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins	25
Objectif 2 : Mettre en place des parcours de soins adaptés et individualisés orientés vers le rétablissement.....	27
Objectif 3 : Améliorer l'accompagnement à la sortie	28
Axe VI – Prendre en compte le projet des usagers dans la gouvernance de l'établissement :	30

LE PROJET MEDICAL.....	32
Introduction.....	34
Axe I - Développer et prioriser les soins aux patients, les adapter à leurs besoins en se basant sur une organisation des soins sectorisée.....	36
Objectif 1 : Développer, prioriser et rendre plus lisibles les prises en charge ambulatoires dans le milieu de vie du patient, notamment pour prévenir les ruptures de prise en charge	36
Objectif 2 : Prévenir, diminuer et limiter le recours à l'hospitalisation à temps plein	41
Objectif 3 : Fluidifier le parcours de soins des patients et prévenir les ruptures	41
Objectif 4 : Fluidifier la filière des urgences	45
Objectif 5 : Développer, structurer et favoriser la prise en charge somatique de l'ensemble des patients de l'établissement	47
Objectif 6 : Développer et structurer des lignes de soins spécifiques et des techniques de soins innovantes	48
Axe II - Renforcer et déployer la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et de la gestion des risques	55
Objectif 1 : Accentuer la dynamique qualité-gestion des risques et poursuivre son déploiement au sein des Pôles	56
Objectif 2 : Garantir le respect des droits du patient, acteur de son projet de soins et décideur de son projet de vie, et promouvoir la liberté d'aller et venir	56
Objectif 3 : Renforcer l'évaluation des pratiques professionnelles	57
Objectif 4 : Mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire sur les cas complexes.....	57
Objectif 5 : Promouvoir la qualité de la prescription et la psychopharmacologie et sécuriser le circuit du médicament	58
Objectif 6 : Améliorer la prise en charge de la douleur physique	59
Objectif 7 : Améliorer la tenue du dossier patient.....	59
Objectif 8 : Réduire les Soustractions Aux Soins	60
Objectif 9 : Permettre une continuité et une permanence des soins au sein de l'établissement....	60
Objectif 10 : Continuer à améliorer le système d'information médicale (SIM)	60
Axe III - Développer et structurer la recherche au sein de l'établissement. Améliorer et soutenir les missions d'enseignement et de formation.....	61
Objectif 1 : Mieux structurer la recherche au Vinatier	61
Objectif 2 : Créer et structurer un entrepôt de données médicales.....	63
Objectif 3 : Aider à la création et à la structuration d'une Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé mentale.....	63
Objectif 4 : Améliorer et soutenir les missions d'enseignement et de formation	64
Objectif 5 : Développer l'innovation organisationnelle	64
Axe IV - Développer, améliorer et articuler les interrelations du Vinatier avec son environnement... ..	65
Objectif 1 : Avec les autres acteurs du soin en psychiatrie et de la santé mentale du département et de la région.....	65

Objectif 2 : Avec les structures médico-sociales et sociales, implantées sur son territoire d'intervention.....	67
Objectif 3 : Avec le tissu social, la cité et le politique	67
Objectif 4 : Développer et renforcer une politique de communication de l'établissement	68
Axe V - Promouvoir la participation des patients et de leurs proches.....	69
Objectif 1 : Faciliter l'expression des patients et la participation aux instances de l'établissement	69
Objectif 2 : Considérer la famille comme un partenaire et un acteur thérapeutique de la prise en charge du patient	69
Objectif 3 : Renforcer le soutien aux usagers, aux familles et aux aidants.....	69
Objectif 4 : Développer un dispositif performant d'analyse de la satisfaction des usagers	70
Objectif 5 : Améliorer la prise en compte des besoins des usagers dans la logique du rétablissement.....	71
Objectif 6 : Développer l'éducation thérapeutique et la psycho éducation	71
Objectif 7 : Favoriser l'inclusion dans la cité	72
Conclusion	73
LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES	74
Introduction.....	76
Axe I - Développer et prioriser les soins paramédicaux et mieux les adapter aux patients	77
Objectif 1 : Améliorer la synergie du travail en équipe.....	77
Objectif 2 : Participer à la mise en place d'une plateforme d'accès aux soins et de relations avec les partenaires	77
Objectif 3 : Développer des soins de réhabilitation accessibles dans tous les secteurs de l'offre de soins.....	78
Objectif 4 : Prévenir, diminuer et limiter le recours à l'hospitalisation à temps plein	78
Objectif 5 : Fluidifier la filière des urgences, les parcours de soins des patients et prévenir les ruptures.....	78
Objectif 6 : Développer, structurer et favoriser la prise en charge somatique de l'ensemble des patients de l'établissement	79
Objectif 7 : Développer et structurer des lignes de soins spécifiques	80
Objectif 8 : Promouvoir le recours aux patients ressources et aux médiateurs de santé pairs.....	80
Objectif 9 : Renforcer et développer le service d'Addictologie. Projet de déploiement des infirmières référentes en addictologie / ELSA.....	81
Objectif 10 : Participer au dispositif de prise en charge des victimes de psychotraumatisme.....	81
Objectif 11 : Renforcer le travail et la recherche autour de la prévention et postvention du Suicide	81
Objectif 12 : Consolider la prise en charge des "malades difficiles"	82
Axe II - Renforcer et déployer dans les soins paramédicaux une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques.....	83

Objectif 1 : Accentuer la dynamique qualité-gestion des risques et poursuivre son déploiement au sein des Pôles	83
Objectif 2 : Garantir le respect des droits du patient, acteur de son projet de soins et décideur de son projet de vie. Promouvoir la bientraitance et la liberté d'aller et venir.....	84
Objectif 3 : Evaluer les pratiques professionnelles	86
Objectif 4 : Être acteur de la sécurisation du circuit du médicament.....	87
Objectif 5 : Améliorer la tenue du dossier patient.....	88
Objectif 6 : Prévenir le risque infectieux	89
Axe III - Soutenir les missions d'accompagnement de formation et d'adaptation à l'emploi pour les personnels paramédicaux et promouvoir la recherche en soins	91
Objectif 1 : Gérer les ressources humaines.....	91
Objectif 2 : Former les professionnels.....	91
Objectif 3 : Développer la recherche paramédicale.....	95
Axe IV - Développer, améliorer et articuler les interrelations du CH le Vinatier avec son environnement au profit des soins offerts aux patients et de l'évolution des compétences des personnels paramédicaux	96
Objectif 1 : Avec les autres acteurs du soin en psychiatrie et en santé mentale du département et de la région.....	96
Objectif 2 : Développer et structurer un partenariat avec la cité	96
Objectif 3 : Développer et renforcer une politique de communication de la direction des soins dans le but d'une plus grande lisibilité de l'offre de soins	97
Axe V - Promouvoir la participation des patients et de leurs proches.....	98
Objectif 1 : Améliorer l'information du patient	98
Objectif 2 : Améliorer l'analyse de la satisfaction des usagers	98
Axe VI - Optimiser la coordination de la participation des personnels placés sous la responsabilité de la Direction des Soins et n'appartenant pas aux métiers quantitativement majoritaires (CDS, IDE et ASD)	99
Conclusion	101
LE PROJET SOCIAL.....	104
Introduction.....	106
Axe I - Développer une politique attractive de recrutement et de fidélisation du personnel.....	108
Objectif 1 : Développer l'attractivité de la politique de recrutement	109
Objectif 2 : Mettre en œuvre une politique de fidélisation du personnel.....	112
Axe II - Guider les agents dans leur parcours professionnel au sein du Vinatier.....	115
Objectif 1 : Adapter la procédure d'évaluation annuelle aux évolutions règlementaires et managériales annoncées (B1)	115
Objectif 2 : Accompagner les agents dans leur projet de promotion professionnelle (B2).....	116
Objectif 3 : Soutenir le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude.....	117

Objectif 4 : Faciliter la mobilité dans le cadre d'un parcours professionnel structuré	121
Axe III - L'amélioration de la qualité de vie au travail	124
Objectif 1 : Assister la mise en place d'organisations de travail permettant l'adéquation entre l'activité clinique et les moyens humains mobilisés (C1)	124
Objectif 2 : Adapter la gestion du temps de travail pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle(C2)	125
Objectif 3 : Pérenniser les possibilités d'accueil en matière de garde des enfants du personnel (C3)	126
Objectif 4 : Conforter les éléments constitutifs de l'identité métier en favorisant l'échange de pratiques professionnelles (C4).....	128
Objectif 5 : Mettre en place un guichet de services à destination de l'ensemble des personnels (C5)	129
Objectif 6 : Promouvoir la culture managériale d'établissement (C6).....	130
Axe IV – Prévenir les risques professionnels.....	132
Objectif 1 : Evaluer les risques professionnels et construire un programme annuel de Prévention (D1)	133
Objectif 2 : Renforcer les compétences et les ressources du CHSCT pour lui permettre d'assurer ses missions en matière d'amélioration des conditions de travail (D2)	135
Objectif 3 : Accentuer et entretenir les compétences managériales de l'encadrement pour prévenir les risques psycho-sociaux (D3)	136
Objectif 4 : Proposer un suivi psychologique aux agents victimes d'accidents du travail (D4)	138
Objectif 5 : Mettre en place un dispositif institutionnel d'accompagnement des agents victimes de violences physiques et/ou verbales (D5)	139
Objectif 6 : Systématiser une formation de prévention de la violence à destination de l'ensemble des soignants de l'établissement (D6)	140
Objectif 7 : Prévenir les risques liés à la grossesse des professionnelles tout en favorisant le maintien en poste (D7).....	141
Axe V – Le développement des prestations au service des pôles.....	144
Objectif 1 : Favoriser la collaboration entre les directions fonctionnelles et les pôles	144
Objectif 2 : Développer les prestations en matière de formation continue (E3).....	146
Axe VI – Accompagnement des axes stratégiques du projet d'établissement	148
Objectif 1 : Accompagner la refondation du dispositif de soin extrahospitalier (F1)	148
Objectif 2 : Contribuer au développement des projets de recherche et d'expertise portés par Le Vinatier (F2).....	149
Objectif 3 : Favoriser la mise en place de mesure d'accompagnement social dans le cadre des projets de restructuration de l'établissement (F3)	150
Axe VII – Mettre en œuvre le plan d'actions handicap	152
Objectif 1 : Structurer la politique handicap à travers la mise en œuvre du plan d'actions (G1)...	152

LE PROJET QUALITE	154
Axe I - Historique.....	156
Axe II - Valeurs de QUALIPSY III.....	157
Axe III – Les axes de travail 2019-2023.....	159
Objectif 1 Prise en compte des usagers	159
Objectif 2 : Prise en compte des partenaires externes	161
Objectif 3 : Respect de la liberté d’aller et venir, les soins intensifs et la contention	161
Objectif 4 : Décliner la politique qualité dans les pôles de soins	162
Objectif 5 : Piloter la qualité et la sécurité des soins par les indicateurs.....	165
Objectif 6 : Gestion de crise (Plan blanc, Plan de Sécurité de l’Etablissement).....	167
Objectif 7 : L’évaluation des pratiques professionnelles	168
Objectif 8 : Sécuriser le circuit du médicament	169
Objectif 9 : Lutte contre les infections nosocomiales, Hygiène hospitalière	170
Objectif 10 : Directions adjointes.....	171
Axe IV – Evaluation de QUALIPSY III	173
Axe V – Les politiques connexes.....	175





LE PROJET DES USAGERS

Introduction

Le projet des usagers est le fruit d'une démarche encouragée par la direction de l'établissement et par la commission médicale d'établissement qui traduit la volonté de promouvoir la participation des patients et de leurs proches.

« Il exprime les attentes et les propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. » (extrait de l'article L. 1112-3 du décret du 1^{er} juin 2016).

Nous l'avons construit en recueillant au cours d'échanges à la Maison des Usagers (MDU) l'avis des personnes sur tous les sujets qui les touchent, en faisant appel au point de vue des bénévoles des associations intervenant à la MDU et en nous appuyant sur l'action des représentants des usagers siégeant en Commission des Usagers.

Il repose sur la reconnaissance de la place centrale des personnes concernées par les troubles psychiques pour être actrices de leur parcours de soins et de vie et, à ce titre, il s'inscrit dans la démarche de transformation en santé mentale portée par le Projet Territorial de Santé Mentale du Rhône.

C'est un projet évolutif qui a vocation à s'articuler avec les différents projets de l'établissement eux-mêmes dans cette même dynamique.

Axe I- Reconnaître la place et la parole des usagers

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont encore trop peu de possibilités d'exprimer leurs points de vue. Or avec leurs proches aidants et leurs associations respectives, elles disposent de la richesse de leur expérience et représentent un potentiel de transformation indispensable. Elles sont un facteur décisif de prise en compte de l'exigence stratégique de centrer de plus en plus les dispositifs vers les personnes, leurs attentes et leurs besoins.

Leur parole est donc indispensable, incontournable.

Le CH Le Vinatier se doit de faciliter et de promouvoir rapidement **une expression renforcée et la participation des usagers au sein de l'établissement** pour qu'ils soient consultés sur tous les sujets qui les concernent, soit directement soit via leurs représentants.

Objectif 1 : Recueillir la parole des usagers

La parole des personnes devra être recueillie dans chaque structure de soins, autant que possible dans les unités d'hospitalisation, et dans les structures ambulatoires (CMP, HDJ, CATTP). Ce recueil abordera notamment les questions de:

- bientraitance et maltraitance
- dysfonctionnement et ruptures
- partenariat patient/soignant (écoute, dialogue)
- co-construction précoce de la préparation à la sortie
- toute autre attente (organisation, information,...)

Ce recueil sera facilité par la mise à disposition de quelques pratiques déjà utilisées sur le territoire.

Le recueil de la parole des usagers dans les services

Cible : déploiement dans tous les pôles

Echéance : 2021

Indicateurs de suivi : pour chaque question et par pôle nombre de services impliqués; nombre et qualité des recueils reçus, effets concrets pour la personne concernée

Objectif 2 : Créer un collectif des usagers

Nous demandons qu'un **collectif des usagers** soit mis en place à échéance de 2020. Un recrutement volontariste des personnes sera mené. Considérant l'importance de la file active des patients accueillis dans l'établissement, il sera possible d'avoir un nombre suffisant de personnes intéressées pour constituer ce collectif, de les soutenir, de les former pour favoriser l'accroissement de leur prise de conscience et de leurs capacités.

Des initiatives en ce sens voient le jour dans l'établissement à l'occasion de journées de secteurs où des patients transmettent leur expérience de la maladie et des soins.

Un Collectif des personnes concernées a été constitué en quelques mois pour devenir un acteur déterminant de la dynamique du PTSM du Rhône où il a pris sa place aussi bien dans les groupes de travail, le comité de pilotage qu'à la coprésidence du COFIL. Ces exemples montrent que c'est faisable.

Un accompagnement à la fois des personnes concernées et des structures est nécessaire dans cette évolution afin de favoriser le développement de comportements collaboratifs. Des pratiques et des formations existent sur le territoire et pourront être mises à profit.

Les usagers devront être associés systématiquement aux instances, aux groupes de travail et de réflexion impliqués dans la mise en œuvre du projet médical et à tout projet les concernant.

Le collectif des usagers alimentera la réflexion des représentants des usagers en permettant l'émergence de certaines problématiques ou en révélant l'usage de bonnes pratiques. Les représentants d'usagers seront les porte-paroles de ces réflexions dans les instances officielles de l'établissement

Le collectif des usagers servira également de « tremplin » pour que, à terme, des personnes intéressées puissent prendre leur place dans les instances représentatives institutionnelles.

Création d'un collectif des usagers

Cible : tous les pôles

Echéance : 2020

Indicateur de suivi : nombre de personnes concernées identifiées

Participation du collectif des usagers

Cible : groupes de travail et de réflexion

Echéance : annuelle

Indicateur de suivi : nombre de réunions, effets concrets pour la personne concernée et par question

Objectif 3 : Développer le recours à la pair aide professionnelle

« L'aide d'un pair rétabli est essentielle pour maintenir l'espoir dès le début de la maladie ». Cette demande figure en premier dans les propositions du Collectif des personnes concernées du PTSM.

L'inclusion de la pair-aide professionnelle, et ce dès l'entrée dans la maladie et dès l'arrivée aux urgences, devra être développée. Elle permet en créant un climat de confiance de réduire le déni, de garder l'espoir et de déstigmatiser la maladie. L'échange expérientiel avec un pair rétabli permet à la personne de s'identifier et de s'engager dans un parcours de soins orienté rétablissement. Le pair aidant est un facilitateur entre les usagers et les soignants. Cette orientation doit être incluse et appliquée par les soignants à chaque étape du parcours de soins, dans les différentes structures de l'établissement aussi bien en intra qu'en extra hospitalier.

Un projet de plateforme territoriale de pairs ressources en santé mentale constituée en association autogérée, indépendante des institutions et développant des interventions au bénéfice du plus grand nombre est en cours d'élaboration pour le Rhône. Il sera de nature à faciliter l'intervention des pairs ressources auprès des personnes dans les services.

Il sera nécessaire de structurer l'accueil des pairs aidants dans les services en formant les équipes à leurs missions, et en s'inspirant notamment du livret qui vient d'être élaboré par le centre ressources CRR intitulé « comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ».

Formation des équipes à l'accueil des pairs-aidants

Cible : tous les pôles

Echéance : 2021 (Déploiement à partir de 2020)

Indicateur de suivi : nombre de soignants formés, cibles prioritaires : pôles et /ou activités ; effets concrets pour la personne concernée, et par cibles prioritaires : pôles et /ou activités

Intervention de pairs-aidants

Cible : tous les pôles

Echéance : 2021 (déploiement à partir de 2020)

Indicateur de suivi : nombre d'interventions dans les unités, cibles prioritaires : pôles et /ou activités ; effets concrets pour la personne concernée, et par cibles prioritaires : pôles et /ou activités

Axe II - Reconnaître la place et la parole des familles

Les caractéristiques de la maladie psychique (chronicité, évolution difficilement prévisible, importance et fréquence des ruptures, perturbation de la relation, ...) ont des impacts considérables sur les aidants : santé de l'aidant (2/3 sont déprimés), activité sociale et professionnelle. De nombreuses études internationales ont montré que **l'efficacité de l'aide aux aidants** est non seulement bénéfique à l'aidant mais également **décisive pour le malade** en réduisant notamment les taux d'hospitalisation de moitié. Or, actuellement, moins de 10% des familles entrant dans la maladie ont accès à une aide adaptée.

Les familles doivent être soutenues et reconnues comme étant une ressource vitale dans l'intérêt du patient. Par l'observation du vécu de la personne, du savoir issu de l'expérience, elles ont acquis une connaissance de l'expression de la maladie. Elles doivent devenir de **véritables acteurs du parcours de rétablissement de leur proche**. Pour ce faire, il est essentiel qu'elles sachent qu'elles peuvent être accompagnées et soutenues par des associations sans plus attendre et en découvrent l'intérêt vital pour elles mêmes et pour leurs proches.

Objectif 1 : Reconnaître l'aide aux aidants comme une priorité institutionnelle

Pour obtenir cette orientation et des aides aux aidants durables, il est nécessaire que l'aide aux aidants soit inscrite comme **une priorité au niveau de l'institution** et du projet d'établissement afin qu'elle soit proposée dans toutes les structures, à tous les âges. Le Vinatier a tous les atouts pour réussir en la matière.

Orientation systématique vers l'aide aux aidants

Cible : réflexion institutionnelle

Echéance : 2020

Indicateur de suivi : formalisation et communication

Objectif 2 : Orienter les familles et proches vers l'aide aux aidants

Nous demandons de **systematiser** l'orientation des familles et de l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques **à l'aide aux aidants** et ce **de manière précoce** pour que les familles ne passent plus des mois ou années à errer dans « un parcours du combattant » en recherche de solutions.

Depuis quelques années, une première étape a été engagée dans le sens de cet objectif : les associations mènent des actions de sensibilisation auprès des soignants et des professionnels de santé des unités hospitalières pour qu'ils fassent prendre conscience le plus tôt possible aux familles de l'impérieuse nécessité de se faire aider afin qu'elles puissent s'engager dans un parcours d'aidants aidés.

Cette démarche a porté ses fruits : davantage de familles viennent chercher du soutien auprès des associations. Cependant, le renouvellement fréquent des personnels dans les équipes impose que toutes les structures intra et extra veillent à planifier ces actions de sensibilisation de façon régulière, l'objectif étant que le maximum de soignants s'approprient la nécessité de recommander l'aide aux aidants.

Le recensement de tous les dispositifs ou associations d'aides aux aidants devra être effectué afin de les rendre plus lisibles pour les familles et les proches.

L'information devra être clairement affichée et rendue facilement accessible dans tous les services.

Intervention des associations de familles dans les unités

Cible : tous les pôles

Echéance : annuelle

Indicateur de suivi : nombre de sensibilisations et volume de professionnels touchés, par pôle / nombre de professionnels et turnover

Objectif 3 : Développer la collaboration entre les équipes de soins et les associations de familles et proches

De manière à engager la seconde étape de la systématisation et de la précocité de l'aide aux aidants, il s'agit de mettre en place une collaboration étroite entre les équipes hospitalières et les associations. Elle vise à développer l'alliance thérapeutique, à faciliter l'interconnaissance entre professionnels et entourage des patients des ressources et des dispositifs proposant de l'aide aux aidants, à les rendre plus lisibles, et à motiver les aidants à s'engager dans un parcours d'accompagnement.

La conception conjointe du programme psychoéducatif BREF et sa mise en œuvre par l'UPP et l'UNAFAM en sont une illustration.

Il est essentiel que les associations continuent d'être régulièrement consultées pour la mise en place de nouveaux projets ou dispositifs (par exemple : groupes d'information à destination des familles et de l'entourage des personnes concernées) ou pour le développement de programmes structurés comme Profamille, AVEC....

Développement de la collaboration entre les équipes de soins et les associations de familles et proches

Cible : tous les pôles

Echéance et indicateur de suivi : selon plan de déploiement à construire

Axe III – Baisser le recours à l’isolement et à la contention

Le CH le Vinatier doit se donner les moyens et l’ambition d’être un établissement de référence en matière de pratiques d’isolement et de contention mécanique.

A ce titre, il doit se doter d’une politique relative aux droits des usagers ambitieuse et intégrée prévoyant notamment une **baisse très substantielle des contentions et isolements** et des moyens les plus efficaces pour y parvenir : EPP, recueil de la parole des personnes concernées, communication et formation, pairs aidants ...

Cette politique, en lien étroit avec les représentants d’usagers, doit être régulièrement évaluée dans son déploiement, son efficacité, son amélioration et la recherche des meilleures solutions en la matière aussi bien en France qu’à l’étranger.

On constate que les rares études réalisées mettent l’accent sur les nombreux effets indésirables de la contention mais ne permettent pas de prouver son efficacité thérapeutique. L’humiliation ne constitue pas un acte de soin.

L’accompagnement doit permettre au patient de retrouver son autocontrôle, son estime de soi et de faire face à ses propres angoisses et celles générées par les actes thérapeutiques.

Objectif 1 : Elaborer un guide de bonnes pratiques

Un processus soutenu de révision des pratiques doit être réalisé. Il permettra d’élaborer dans un délai acceptable un guide de bonnes pratiques dans l’établissement, en identifiant les actions de prévention qui ont été mises en place et celles qui auraient dû l’être pour éviter le recours à la contention et à l’isolement.

Rédaction d’un guide de bonnes pratiques

Cible : groupe de travail ESPI CA SA

Echéance : 2020

Indicateur de suivi : guide formalisé

Objectif 2 : Développer une politique de prévention et de formation

Les instances institutionnelles doivent promouvoir une prévention très en amont de l’utilisation de la contention et de l’isolement par :

- la formation des équipes à la prise en charge de l’agitation et de l’agressivité,
- l’octroi de moyens adaptés,
- la sensibilisation aux principes de droits et de respect de la dignité des patients.

Des formations à la prévention des crises et à la désescalade face à la violence existent et ont prouvé leur efficacité, notamment proposées par la HAS : « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients lors des hospitalisations de service de psychiatrie ».

La mise en œuvre des techniques de désescalade

Cible : formation du personnel

Echéance : annuelle

Indicateur de suivi : nombre de personnel ayant suivi la formation

Objectif 3 : Faire participer les usagers à la politique de baisse des mesures d'isolement et de contention

Il s'agit de tout mettre en œuvre pour diminuer les mesures d'isolement et contention.

L'établissement est tenu d'établir un registre recensant notamment l'ensemble des mesures d'isolement et de contention.

A partir de ces données, il établit un rapport annuel rendant compte :

- des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations de la HAS
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques
- de l'évaluation de sa mise en œuvre

Le rapport est ensuite transmis à la CDU pour avis, ainsi qu'à d'autres instances.

Le rapport doit être aussi un outil des bonnes pratiques existantes, à valoriser comme le débriefing post isolement.

L'expérimentation des nouveaux indicateurs de qualité et sécurité des soins en psychiatrie proposée par la HAS doit pouvoir fournir des outils et des méthodes de pilotage de la gestion de la qualité des soins dans ce domaine.

Elle permet de répondre aux exigences de transparence auprès des usagers.

Les usagers doivent être davantage impliqués dans la réflexion de l'établissement.

→ A ce titre, la présence de personnes concernées est incontournable dans le groupe de travail ESPI – CA - SA.

→ Elles doivent être associées à l'analyse et à la politique de l'établissement pour lutter contre le recours aux pratiques au-delà de l'avis donné par la CDU sur le rapport.

Ce sujet doit être une priorité de tête pour les professionnels et pour l'institution.

La participation des personnes concernées au groupe de travail ESPI – CA – SA

Cible : baisse des pratiques d'isolement et de contention

Echéance : annuelle

Indicateurs de suivi : participation des personnes concernées au groupe de travail ESPI CA SA, aux réflexions de l'établissement en la matière ; Evolution du pourcentage de patients ayant une mesure d'isolement

L'association des usagers à la politique de baisse du recours aux pratiques d'isolement et de contention

Cible : baisse des pratiques d'isolement et de contention

Echéance : annuelle

Indicateurs de suivi : participation des usages à l'élaboration de la partie « qualitative » du rapport isolement et contention ; pourcentage de patients ayant une mesure d'isolement

Axe IV – Promouvoir les droits et libertés des personnes concernées

Le centre hospitalier le Vinatier doit se donner les moyens de développer les outils permettant aux usagers de mieux comprendre leurs droits et libertés.

Ils pourront ainsi se les approprier et les utiliser en renfort durant leur parcours de soins.

Objectif 1 : Remettre systématiquement le livret d'accueil

Le livret d'accueil est un media important durant le séjour des usagers. Il doit être distribué systématiquement et commenté à un moment stratégique, dès que la personne est en capacité de comprendre son contenu. Ce moment sera donc adapté à chacun des usagers et sa remise sera notée dans le dossier du patient.

Le livret d'accueil devra être complété et rendu plus attrayant et adapté aux besoins et capacités usagers.

Il contient le questionnaire de sortie à faire remplir par toutes les personnes, les services se donnant les moyens d'accompagner les usagers à le remplir.

Cette pratique est à évaluer par la Commission Qualité et Sécurité des Soins.

La remise systématique et commentée du livret d'accueil

Cible : tous les services

Echéance : 2020

Indicateurs de suivi : nombre de livrets d'accueil distribués et indiqués dans le dossier patient

Objectif 2 : Mettre en place des rencontres entre les représentants d'usagers et les personnes hospitalisées

Les représentants des usagers de la CDU doivent pouvoir rencontrer les personnes hospitalisées dans les services afin de se faire connaître et de leur expliquer comment s'orienter sur le parcours.

Au-delà de ces rencontres, il faut expliquer et communiquer sur l'existence et le rôle des représentants des usagers (affichage dans les services, éventuellement photos des représentants d'usagers, permanences, informations lors de réunions soignants/ soignés...) afin qu'ils soient mieux identifiés.

La mise en place de rencontres entre les représentants d'usagers et les personnes hospitalisées

Cible : tous les services

Echéance : annuelle

Indicateurs : nombre de rencontres, nombre de patients concernés, enquête auprès des personnes hospitalisées sur la connaissance de leurs droits et des représentants d'usagers

Objectif 3 : Faciliter l'accès à la maison des usagers

La maison des usagers est un lieu d'informations pratiques, de rencontres, d'échanges, avec les associations spécialisées dans le handicap psychique que ce soit dans le domaine du logement, de l'emploi, des loisirs, de la vie sociale etc. Des dispositifs spécialisés sont également présentés (GEM,...). Des thématiques intéressantes ou préoccupantes directement les usagers sont également abordées.

Les permanences des associations dédiées permettent aux usagers et à leurs proches de libérer leur parole sur le vécu du séjour et de mesurer la qualité de leur relation avec leur psychiatre et le personnel soignant.

L'accès à la Maison des Usagers est à formaliser par les équipes soignantes. Elles doivent davantage communiquer auprès des usagers et de leur entourage (familles, amis) afin de les inciter fortement à fréquenter la Maison des Usagers.

Cet espace contribue à rendre les usagers davantage acteurs de leur parcours et représente un lieu d'espoir tant pour les personnes concernées que pour leur entourage.

Le développement de l'information et de l'orientation vers la maison des usagers

Cible : tous les services

Echéance : 2020

Indicateurs : fréquentation (usagers et familles) et motif de visite, affiches dans les services

Objectif 4 : Informer les patients sur leur liberté d'aller et venir et sur les éventuelles restrictions

L'information sur la liberté d'aller et venir doit être faite dès l'entrée au sein du centre hospitalier le Vinatier : chaque service sera ouvert dans la journée, selon des horaires expliqués.

Ceci implique de mener une réflexion sur le sujet des fugues qui préoccupent fortement les familles.

Objectif 5 : Mettre en place un groupe de travail sur le port du pyjama

Le port du pyjama lors de l'hospitalisation, souvent ressenti comme une condition humiliante, est une question à aborder dans un groupe de travail spécifique et en présence de personnes concernées : des solutions alternatives sont possibles et doivent être mises en place pour assurer le respect et la dignité des personnes.

Les réclamations des usagers sont nombreuses. Celles des proches doivent également être prises en compte.

Mise en place d'un groupe de travail sur le port du pyjama

Cible : respect de la dignité des personnes hospitalisées

Echéance : annuelle

Indicateurs : réunions du groupe de travail, nombre de patients en pyjama

Objectif 6 : Mener une réflexion en CDU sur le droit de changer de médecin

Une réflexion est à mener en CDU sur le droit de changer de médecin : « Le droit du malade au libre choix de son praticien est un principe fondamental de la législation sanitaire. » (Article L 1110-8 du Code de la Santé publique)

La relation de confiance qui s'établit entre le patient et son psychiatre sera déterminante pour engager sa collaboration durable dans un parcours de soins et de rétablissement.

Lorsqu'un usager réclame un changement de psychiatre, il exprime un défaut d'alliance thérapeutique. Celle-ci étant indispensable pour réussir un parcours de soins, le changement de médecin doit être accordé.

Objectif 7 : Améliorer le suivi des objets personnels des patients

Le suivi des objets personnels des personnes hospitalisées est une vraie préoccupation des représentants d'usagers et représente le principal motif de réclamations auprès de la commission des usagers.

Les personnes admises aux urgences doivent pouvoir se sentir en sécurité sans se préoccuper de la gestion de leurs affaires. Souvent, leur état ne le permet pas. Il est alors important de mettre en sécurité leurs effets personnels. Afin que cela ne représente pas un sujet d'anxiété supplémentaire, voire de suspicion, les objets personnels des patients admis aux urgences doivent non seulement être sécurisés mais faire l'objet d'un inventaire complet et d'un dépôt. Cela doit être fait autant de fois que l'état de la personne le nécessite au cours de l'hospitalisation.

En revanche, dès que leur état le permet, il est important que les personnes hospitalisées puissent exprimer le choix de conserver leurs objets personnels sous leur responsabilité ou de les confier en dépôt à l'établissement. Les professionnels doivent expliquer aux personnes concernées les différentes possibilités.

Réaliser un inventaire complet et un dépôt des affaires des patients dès leur admission aux urgences et dès que leur état le nécessite

Cible : services d'urgences et aussi toutes les unités

Échéance : 2020

Indicateurs : nombre d'inventaires/ nombre d'admissions, nombre de réclamations relatives aux vols ou pertes d'objets

Mieux informer les patients des possibilités de dépôt et de leur responsabilité en cas d'affaires conservées

Cible: toutes les unités

Échéance : annuelle

Indicateurs : signature patient inventaire/ dépôt, traçabilité dossier

Axe V – Améliorer le parcours de soins

L'entrée à l'hôpital psychiatrique est une expérience que patients et familles auraient souhaité ne jamais connaître. Elle a lieu dans un moment de crise, elle est traumatisante, les repères ordinaires tombent, les émotions débordent.

Tout doit être mis en œuvre pour que la prise en charge soit la mieux adaptée possible à chaque personne et son entourage, pour qu'elle puisse accéder à un **parcours de soins individualisé, qui prenne en compte ses attentes et ses choix et qui favorise son rétablissement.**

Objectif 1 : Améliorer l'accueil, l'information et l'accompagnement des usagers et des familles dans le parcours de soins

Améliorer l'accueil et l'orientation dès les urgences

Le premier contact avec l'hôpital associe l'accueil et l'orientation. Il est donc indispensable qu'ils allient humanité et technicité.

A travers l'accueil, les missions de l'établissement sont de recevoir les personnes et de les guider tout au long de leur prise en charge jusqu'à l'accompagnement à la sortie. Il est important de rechercher la collaboration avec les familles qui s'impliquent, en accord avec l'utilisateur.

Le passage aux urgences est un moment particulièrement angoissant pour les usagers et leurs familles, il est souvent vécu comme une expérience traumatisante.

Les professionnels doivent se montrer bienveillants, prendre le temps d'expliquer la situation et de mettre en confiance les patients (nécessité de la présence de pairs aidants) pour faciliter la réduction de la crise.

Lorsque le patient est connu et soigné dans un secteur, il doit pouvoir être pris en charge dans les meilleurs délais par l'unité d'hospitalisation référente.

Réduction de la crise

Cible : Urgences (UPRM, UHTCD, UHCD)

Echéance : annuelle

Indicateurs : présence de pairs aidants, enquête de satisfaction

Améliorer l'annonce du diagnostic et du traitement

Il s'agit d'un moment toujours douloureux car le langage médical est difficile à comprendre.

Nous préconisons :

- Que le diagnostic soit annoncé avec des mots compréhensibles par tous, par deux personnes différentes à des moments différents : il faut s'assurer que l'utilisateur a compris. Le tracer dans le dossier avec les mots employés, indiquer la réaction de la personne concernée à l'annonce seront des preuves de la qualité de la démarche.
- L'explication des effets attendus et indésirables du traitement permettra un meilleur suivi du traitement à la sortie. Par exemple, les fréquentes et importantes prises de poids devront être atténuées par des régimes adaptés. De même les risques encourus en cas d'arrêt du traitement doivent être évoqués.
- **L'intervention progressive de pairs-aidants** ou patients experts diplômés pour favoriser l'adhésion aux soins.

Améliorer la prise en charge du risque suicidaire et de la postvention

La recherche et la détection d'idées suicidaires doivent être une évidente préoccupation. Les personnes malades psychiques paient un lourd tribut à ce fléau.

Le personnel soignant doit être formé à la prévention et la gestion de la crise suicidaire.

Lorsqu'un usager ayant exprimé des idées suicidaires demandera une sortie de courte durée, nous souhaitons vivement que la décision soit toujours prise en concertation avec l'équipe. Nous demandons également que, dans ce contexte, les proches soient informés de cette sortie de courte durée.

Il nous paraît indispensable de faire de la postvention un axe prioritaire avec la mise en place

- d'une plate-forme téléphonique dédiée permettant le rappel régulier des patients suicidants
- d'une équipe mobile d'intervention,
- et d'une orientation systématique vers le centre de prévention du suicide.

La prévention et la postvention du suicide

Cible : tous pôles

Echéance : 2020

Indicateurs : taux de patients ayant bénéficié d'un appel ou d'une orientation ; taux de professionnels formés

Mettre en place des mesures pour réduire sensiblement la consommation de produits stupéfiants

Le principe actif des traitements prescrits est potentialisé par la consommation de produits stupéfiants. Le cannabis, notamment, circule très facilement dans l'enceinte de l'établissement, mettant à mal le parcours de soins.

- *Lutter contre le trafic de cannabis*

Le trafic de cannabis au sein de l'établissement est possible parce que le centre hospitalier est ouvert sur la cité. Comment maintenir la libre circulation des personnes et diminuer celle des produits stupéfiants ? Cette réflexion doit s'inscrire dans le cadre du Plan de Sécurisation de l'Établissement (PSE). La recherche de solutions doit être collégiale, incluant les représentants des usagers et les proches.

- *Mener des actions d'éducation thérapeutique*

Dans le même temps que des moyens de répression sont mis en place, les usagers doivent pouvoir bénéficier de psychoéducation avec un volet spécifique sur les produits stupéfiants, les conséquences de leur consommation.

Il est urgent de ne plus considérer ce fléau comme une fatalité!

Objectif 2 : Mettre en place des parcours de soins adaptés et individualisés orientés vers le rétablissement

Lors de notre hospitalisation, nous traversons autant un parcours de vie qu'un parcours de soins. Si nous souffrons d'une maladie, **nous sommes avant tout des personnes et nous devons être encouragés à nous responsabiliser et mis en position de collaborer à nos soins.**

Notre expérience de la vie et de la maladie fait de nous des êtres singuliers. Notre prise en charge hospitalière doit se faire au plus près de nos singularités.

Nous recherchons :

- Une écoute attentive, sans jugements, et nous incitant à libérer notre parole sans craintes et sans représailles.
- Une alliance thérapeutique qui prenne en compte nos préférences et nos choix.
- Une information la plus complète possible sur les traitements et les thérapies
- La possibilité de co-construire un projet personnalisé répondant à nos attentes et à nos besoins, à notre rythme pour avancer dans notre rétablissement

Prendre en charge précocement les troubles dès la première crise

La prise en charge dès le premier épisode psychotique et intensive sur une période de 2 à 5 ans a fait preuve de son efficacité au niveau international. Elle est mise en pratique dans de nombreux pays. Elle nécessite la mise en œuvre immédiate et la coordination d'un ensemble de leviers permettant de limiter la chronicisation et la sévérité de la maladie : médication adaptée, soins de réhabilitation, soutien aux familles, équipe mobile, logement, études, emploi, référent de parcours... Elle constitue un formidable espoir de rétablissement pour les personnes qui chaque année entrent dans la maladie.

La maladie psychique, comme toute maladie, doit se soigner le plus tôt possible, en tenant compte de ses spécificités. Il est essentiel que le dispositif récemment mis en place sur le pôle Est (PEP) puisse se déployer largement sur l'établissement afin que tout nouveau malade puisse bénéficier des meilleures pratiques en la matière pour avancer sans attendre dans son chemin de rétablissement.

Le développement de dispositifs type PEP

Cible : tous pôles

Echéance : annuelle

Indicateur de suivi : nombre de personnes prises en charge

Rendre systématique l'accès à la réhabilitation psychosociale

Le rétablissement est un enjeu majeur pour les patients vivant avec des troubles psychiques et un véritable changement de paradigme pour les institutions. Il engage une nécessaire transformation des systèmes sanitaire, médicosocial et social.

L'accès le plus précocement possible aux soins notamment de réhabilitation fait partie des leviers pour prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap. L'instruction de la DGOS du 16 janvier 2019 fixe le cadre pour le développement des soins de réhabilitation psychosociales sur les territoires. Ces soins reposent sur la mise en œuvre de thérapies telles que les : programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive, d'entraînement des compétences et des habiletés sociales, des psychothérapies cognitivo-comportementales, des programmes de soutien aux familles (BREF, Profamille, AVEC,) ...

Là encore le CH Le Vinatier possède les professionnels expérimentés dans ces soins spécialisés (SUR/CRR, UPP) et il a tous les atouts pour former les personnels soignants afin que ces soins soient dispensés de façon systématique à tout patient en intra ou en extra dans les meilleurs délais.

L'accès systématique à la réhabilitation

Cible : tous services

Echéance : 2020

Indicateur de suivi : nombre de soignants formés ; nombre de patients pris en charge

Objectif 3 : Améliorer l'accompagnement à la sortie

L'accompagnement à la sortie doit être pensé précocement en lien avec les services médico-sociaux, afin que les usagers puissent s'organiser, conjointement avec leur famille.

Nous demandons :

- Une organisation adaptée et connue pour prévoir la sortie, dès l'arrivée dans un service pour tous les pôles : mise en place d'une **procédure et d'une organisation de préparation à la sortie**.
- La désignation d'un **réfèrent de parcours** (case manager) chargé de coordonner le parcours de la personne en s'adaptant à ses attentes et à son projet
- Que les professionnels de santé travaillent en réseau avec le **médecin généraliste** (qui est l'un des maillons essentiels, au plus près du lieu de vie), le service CORESO lorsqu'il sera déployé sur l'ensemble des pôles et les services sociaux afin que la sortie soit la plus étayée possible.
- A conserver le cadre ambulatoire pendant l'hospitalisation. Toute sortie doit être prévue avec des **soins en CMP et un accompagnement pour éviter les ruptures de parcours**.
- Des **évaluations sur les aptitudes** à l'autonomie, les difficultés de logement et d'accès à un SAVS ou à un SAMSAH...
- Un **suivi téléphonique** après la sortie et de possibles H.A.D.

- De systématiser **l'information et l'orientation sur les différentes associations** qui peuvent soutenir les personnes ,et pour leur famille les différents dispositifs d'aide aux aidants : remis par le médecin du service, par le biais de flyer, au moment opportun pour chacun : patient et famille.
- **D'impliquer davantage, et plus tôt dans l'hospitalisation, les personnes concernées dans leur parcours afin de les rendre acteurs et mieux les préparer à la fin de leur hospitalisation** : La MDU est par exemple un espace privilégié pour les usagers pour s'informer, échanger... sur les dispositifs (GEM, Clubhouse, emploi, logement...) qui existent à l'extérieur de l'hôpital. Les usagers doivent davantage être incités à s'y rendre. D'autres initiatives sont à développer en ce sens.

Accompagnement à la sortie

Cible : tous services

Echéance : 2020

Indicateurs : procédure de préparation à la sortie ; nombre de patients ayant un référent de parcours, suivi par un médecin généraliste, suivi en CMP

Axe VI – Prendre en compte le projet des usagers dans la gouvernance de l'établissement :

Afin que ce projet des usagers soit connu et vive dans la durée, les dimensions suivantes doivent être réunies :

- **Engagement de l'établissement** sur le projet des usagers : il doit être une priorité portée par l'ensemble de l'établissement
- **Communication** du projet des usagers : livret d'accueil, affichage, site internet, présentation dans les instances, ...
- **Pilotage du projet des usagers** y compris son actualisation et sa révision : afin qu'il soit partie prenante de la politique et de la stratégie de l'établissement
- **Articulation et cohérence** du projet des usagers avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique, le projet social et le projet d'établissement, et avec la démarche globale de transformation en santé mentale du PTSM.

Il est central que l'ensemble des acteurs coopèrent au projet d'établissement au bénéfice de la personne concernée.





LE PROJET **MÉDICAL**

Introduction

Pour assurer la lisibilité de son développement, le Centre hospitalier le Vinatier se devait de concevoir et d'adopter, au plus vite, un projet médical ambitieux et structurant, qui puisse constituer la pièce maîtresse de son offre de soins et plus généralement de son nouveau projet d'établissement pour la période 2019 -2023. Un projet médical qui tout à la fois

- indique la direction à prendre à l'ensemble des acteurs de l'institution dans le champ de la clinique et des soins,
- sécurise la continuité des missions de service public de l'établissement
- adapte l'établissement à un environnement territorial et national entré en mutations,
- réponde aux besoins des patients et de leurs aidants comme aux exigences de lisibilité de l'offre de soins exprimées par les partenaires de l'établissement et les autorités publiques,
- et qui signe l'ambition de l'établissement d'être une institution de référence au plan régional et national, sans doute également au - delà, au titre des champs clinique, universitaire et de la recherche.

Cet impératif d'aboutissement rapide a fait opter la Direction et la Présidence de CME pour un diagnostic de format réduit, soit que les éléments d'analyse déjà disponibles apparaissent suffisants ou bien non spécifiques à l'hôpital, soit qu'il appartienne ensuite à chaque groupe de travail ou projet de préciser systématiquement son diagnostic territorial particulier au moment de la mise en œuvre du projet médical, soit que nous restions dans l'attente du diagnostic du projet territorial de santé mentale prévu à l'été 2019. Ce choix est assumé, au bénéfice du principe d'action.

L'ambition du présent projet se mesure ensuite à la complexité des questions à traiter, que nous inscrirons schématiquement selon deux axes interdépendants :

- l'axe en premier lieu des transformations de la psychiatrie, internes et de son environnement. On y trouve évidemment l'ensemble des questions relevant des politiques de santé et de l'évolution des savoirs et pratiques cliniques. Egalement l'enjeu de la place que prendront les patients et les aidants dans le nouveau système de soins et d'accompagnement qui s'ébauche, du fait notamment de l'impact du concept de rétablissement. Enfin l'ensemble des politiques publiques intervenues depuis le milieu de la décennie, implique un double repositionnement de la psychiatrie de service public. En effet, elle se positionne, d'une part au sein de la santé mentale, mais ceci ne saurait rester cohérent sans réaffirmation en même temps de la psychiatrie comme discipline médicale et clinique ; d'autre part au titre des recompositions territoriales de l'offre de soins et de services induites par les projets territoriaux de santé mentale et désormais « Ma santé 2022 », non détachables de la construction des parcours collectifs et individuels des patients et personnes dites concernées.
- L'axe ensuite de l'organisation de l'offre de soins, et de leurs modes d'accès par les patients ou d'activation par les autres institutions, question déterminante pour un établissement à vocation également (inter) régionale et souvent nationale comme le Vinatier. Donc de la proximité portée par l'offre de soins territoriale sectorielle et polaire (inter sectorielle) aux soins de recours et dispositifs experts spécialisés et hautement spécialisés ; impliquant à chaque niveau des partenaires et des processus collaboratifs différents.

C'est pourquoi, pour répondre à ces exigences, il nous est apparu nécessaire de souligner douze objectifs structurant la conception du projet puis l'action :

1. Consolider le rôle du secteur pour la prise en charge de proximité et poursuivre ainsi sa rénovation
2. Promouvoir une logique de parcours de soins structurés, à l'accès lisible et facilité, et à la continuité des soins optimisée
3. Organiser la continuité des soins aux différents âges de la vie et prévenir les ruptures
4. Recentrer l'hôpital sur ses missions sanitaires et psychiatriques en cohérence avec son territoire et impliquant des partenariats approfondis avec les autres acteurs, notamment au sein de la communauté psychiatrique de territoire (CPT)
5. Développer des soins psychiatriques diversifiés et modernes répondant aux besoins sanitaires de la population. Le centre hospitalier le Vinatier travaille à partir des données actuelles de la science médicale et répond au principe d'évaluation
6. Promouvoir la participation des patients et de leurs proches notamment dans la logique du rétablissement
7. Promouvoir et évaluer systématiquement la qualité, la pertinence et la sécurité des soins.
8. Continuer de déployer la réhabilitation psychosociale, afin de la rendre accessible à chaque fois que nécessaire au cours de la prise en charge du patient
9. Améliorer l'articulation des prises en charges spécifiques et/ou transversales avec la prise en charge sectorielle, dans la logique globale du parcours de soins
10. Poursuivre le développement de la recherche et l'innovation
11. Consolider le centre hospitalier le Vinatier dans son rôle de recours et de référence au sein du territoire centre, au niveau départemental, de la région Auvergne-Rhône-Alpes et national
12. Inscrire les priorités du projet médical dans une logique forte de prévention

Axe I - Développer et prioriser les soins aux patients, les adapter à leurs besoins en se basant sur une organisation des soins sectorisée

Axe clinique central du projet médical, les objectifs qui lui sont rattachés doivent permettre de restaurer l'équilibre des dispositifs de soin, leur accessibilité et leur lisibilité, afin d'améliorer la fluidité des parcours de soins et de prévenir les ruptures.

Objectif 1 : Développer, prioriser et rendre plus lisibles les prises en charge ambulatoires dans le milieu de vie du patient, notamment pour prévenir les ruptures de prise en charge

Les idées forces de la politique médicale sont l'accessibilité des soins sur le territoire, la proximité des soins de secteur en interface avec les acteurs de la première ligne et la continuité des soins dans le temps et entre les dispositifs, afin d'accompagner les patients dans leur trajectoire de soins, et d'éviter la confusion avec leur trajectoire de vie. Ceci implique bien entendu une dimension et une organisation territoriale qui permettra accessibilité, proximité et continuité des soins, ainsi que des structures ambulatoires de proximité et de recours garantissant l'accueil et le parcours lors de leurs prises en charge.

En ce qui concerne le virage ambulatoire, nous rappelons qu'avec la création du secteur la grande majorité des patients pris en charge au sein de notre établissement, l'est de manière ambulatoire exclusivement, et seulement 10% d'entre eux sont hospitalisés. Chaque secteur dispose à ces fins d'au moins un Centre Médico-Psychologique, un Hôpital de Jour et un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Un travail sur les priorisations et la satisfaction des demandes, et la mobilisation des moyens soignants est à réaliser au sein de chaque pôle et de chaque équipe. La disponibilité des ressources impacte bien entendu les choix de prise en charge effectués. Par ailleurs les soins s'inscrivent dans une temporalité définie à réinterroger régulièrement. Les indications thérapeutiques de chaque structure doivent pouvoir être réévaluées régulièrement afin de pouvoir être adaptées le plus finement possible à la clinique du patient.

Mettre en place une plateforme d'accès aux soins et de relations avec les partenaires, articulée avec les structures territoriales polaires et sectorielles

La complexité des situations rencontrées et de l'offre de soins, notamment ambulatoire, et l'amélioration de sa lisibilité par les acteurs de la première ligne rendent indispensables le recueil de la demande et le recours à un conseil humain et soignant permettant d'aider à initier une première orientation. Ceci concerne tant la psychiatrie des adultes que celle des personnes âgées et des enfants et adolescents.

Selon cette même logique de développement de la qualité du service rendu à la population et aux acteurs de la première ligne, il est impératif de simplifier l'accès et le conseil pour nos différents

partenaires en facilitant pour eux la prise de contact, sous délais maîtrisés, avec l'interlocuteur ou le dispositif souhaité ou pertinent.

Une plateforme d'accès aux soins, téléphonique et internet, sera mise en place, au niveau établissement, pour orienter les patients et partenaires vers les filières, dispositifs et professionnels adaptés au sein du Vinatier. Elle sera étroitement articulée avec les pôles et l'ensemble des structures de soins.

Le tableau suivant décrit l'organisation des structures sectorielles et intersectorielles de psychiatrie générale du centre hospitalier :

Structure	Niveau	Missions	Outils	Personnels
Plateforme d'accès aux soins - accueil et d'orientation (téléphonique/internet)	Etablissement	Lisibilité et accessibilité de l'établissement pour les patients et partenaires	numéro téléphonique unique (<i>standard à lignes multiples</i>) et une seule adresse mail établissement, ouverture horaires large (8h-20h)	Permanenciers soignants (IDE)
		Orientation des patients vers les interlocuteurs adaptés	annuaire, accès CORTEXTE à distance, suivi de rapidité du décroché, des délais, qualité des réponses...	
CMP	Sectoriel	1er accueil patient (« consultation porte »)	protocole institutionnel (cahier des charges) et déclinaison polaire	Infirmiers, psychologues, médecins, autres paramédicaux
		Accueil en urgence (coupe file depuis SMAUP ou patient connu)	protocole institutionnel (cahier des charges) et déclinaison polaire (notamment pour une coordination avec le SMAUP)	Médecins, psychologues, infirmiers
		Mission de coordination de parcours (case managers)	méthodologie et profils institutionnels	A préciser par le groupe de travail
		Soins et Suivi de consultations brèves ou au long cours	protocole institutionnel (cahier des charges) et déclinaison polaire	Médecins, infirmiers, psychologues, autres paramédicaux
HDJ	Sectoriel	Soins intensifs et de crise de durée limitée	protocole institutionnel (cahier des charges) et déclinaison polaire	Médecins, infirmiers, psychologues, autres paramédicaux
Soins intensifs à domicile (« HAD »)	A définir par un groupe de travail établissement (2019)	Soins intensifs et de crise de durée limitée	Référentiel institutionnel d'accueil et de prise en charge	Médecins, infirmiers, psychologues, autres paramédicaux
CATTp	Polaire	Evaluation initiale et régulière – bilan de Réhabilitation Psychosociale (RPS)	Référentiel institutionnel de bilan et d'évaluation (organisation à définir)	Médecins, infirmiers, psychologues, autres paramédicaux
	Sectoriel	Soins psychiatriques, psychiques et de RPS	Prise en charge thérapeutique groupale, soins à médiation, psychothérapies, RPS et orientation rétablissement, éducation thérapeutique, psychoéducation	Médecins, infirmiers, psychologues, autres paramédicaux

La question du mode de déploiement de la réhabilitation psychosociale (cahier des charges, processus de déploiement, accompagnement du déploiement des compétences) doit faire l'objet

d'une définition institutionnelle dès 2019. L'organisation de l'accès aux soins de remédiation cognitive appelle un travail institutionnel spécifique.

Préciser les missions des différents dispositifs de soins

Il apparaît indispensable de mieux définir les missions de chaque dispositif de soins, pour les patients et les familles, comme pour les professionnels. L'offre de soins doit s'appuyer sur les dispositifs sectoriels de proximité et, autant que de besoin, pour le diagnostic et pour les soins, sur les dispositifs de recours de l'établissement.

Le projet médical valide institutionnellement les principes ci-dessous, qui ont été actés en CME.

Le CMP

Le CMP constitue le pivot et la porte d'entrée du dispositif de soin et du parcours du patient. Centre spécialisé dans le traitement des pathologies mentales, il est organisé afin de pouvoir répondre aux demandes de soins qui lui sont adressées dans des délais les plus brefs possibles. C'est pourquoi chaque CMP mettra en œuvre un dispositif de consultation dit « porte » avec objectif de réduction des délais de prise en charge et une capacité d'accueil en urgence pour des situations cliniques qui le justifieraient. Le CMP prend en charge les demandes de soins et organise autant que de besoin leur orientation et les parcours vers des structures adaptées (CATTP, Hôpital de Jour, Unité d'hospitalisation psychiatrique, autres Soins de Recours, Psychiatrie libérale, Médecine générale, Cliniques privées, etc.). Une équipe pluri-professionnelle assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur desservie par le CMP.

Les CMP sont centrés sur la prise en charge individuelle et pluridisciplinaire des patients (le CMP est l'élément essentiel du dispositif de soins de secteur). Leur mission est d'organiser des actions de prévention dans leur champ de compétence, des soins ambulatoires et l'accès à des soins de postcure, dans le milieu de vie habituel des personnes. Sous contrainte de ressources, le CMP doit pouvoir générer une offre de soins pertinente en regard des pathologies traitées. Il constitue notamment le pivot des soins aux patients souffrant de troubles sévères et persistants ou de troubles fréquents de forte intensité, éventuellement associés à des handicaps psychiques et fonctionnels. Le CMP est central pour la continuité des soins et des parcours comme pour l'accès à des soins diversifiés. Dans le cadre de la généralisation de la réhabilitation psycho sociale, il est le lieu de la mission de case management. Tout ceci implique des prises en charge réactives et sur une amplitude horaire pouvant être élargie :

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Consultation porte	Réduction des délais	2020	Délais max et moyen de rdv
Amplitude d'ouverture des CMP	Amplitude élargie adaptée aux besoins	2020	% de CMP ayant des horaires élargis (par rapport à la situation antérieure)

Le CATTP et l'Hôpital De Jour

Les missions respectives des CATTP et hôpitaux de jour sont détaillés dans le tableau suivant :

INTITULE	CATTP	HDJ
Définition	Soins séquentiels	Soins intensifs ambulatoires à la journée ou la demie journée, potentiellement plusieurs jours par semaine. Le caractère hospitalier du soin renforce la dimension institutionnelle et collective de la prise en charge.
Présence médicale	Prise en charge séquentielle médicale et pluri professionnelle	Continuité de la prise en charge médicale et pluri professionnelle.
Type de prise en charge	Prise en charge principalement groupale.	Prise en charge groupale et individuelle. Repas thérapeutiques éventuels fournis par l'établissement.
Temporalité	Réévaluation régulière d'un soin qui peut s'inscrire dans la durée.	Réévaluation qui s'inscrit dans un temps compris entre 3 et 6 mois (jusqu'à 1 an pour les HDJ Enfants). Ce type de prise en charge est éventuellement renouvelable une fois.
Indication	Les orientations se font à partir du secteur.	Les orientations se font à partir du secteur mais aussi des structures d'urgence type SMAUP. Un RDV de préadmission est proposé par le secteur impérativement dans les 15 jours.
Référencement médical	Les patients restent référés au psychiatre traitant qui le demeure pendant leur présence au CATTP.	Patients référés au médecin responsable de l'hôpital de jour pendant leur présence à l'HDJ. Le psychiatre traitant reste référent à la sortie de l'HDJ.
Mission du médecin responsable	Médecin du CATTP : gestion institutionnelle.	Médecin de l'HDJ : gestion institutionnelle et prise en charge individuelle des patients.
Objectif de la structure	Prise en charge au long cours possible	Prise en charge limitée dans le temps concernant un moment de crise ne relevant pas d'une hospitalisation complète en psychiatrie adulte. Pour les HDJ Enfants : possibilité de prise en charge au long cours pour les enfants ne pouvant s'inscrire dans les lieux de socialisation habituels.
Traitement médicamenteux	Traitement d'officine	Délivrance du traitement médicamenteux sur le temps de l'HDJ

En vue de la bonne lisibilité et orientation des patients, il sera procédé à une description exhaustive de l'offre de soins existant sur l'établissement.

Développer les soins de réhabilitation dans tous les secteurs et pôles

L'objectif est d'offrir, autant que nécessaire, des soins de réhabilitation psychosociale, coordonnés et de qualité, répondant à un cahier des charges institutionnel. Un groupe de travail institutionnel définira ce cahier des charges institutionnel commun à l'ensemble de l'établissement (liste des soins de RPS validés, conditions générales de leur mise en œuvre, diffusion des compétences afférentes). Ces soins, visant notamment le rétablissement, seront prodigués à partir des CMP, puis tout au long du parcours de soins, notamment dans les dispositifs de CATTTP sectoriels selon les compétences et la technicité requises, et l'importance des cohortes.

L'ambition consiste donc bien à développer ces prises en charge ambulatoires dans les structures de soins situées au cœur de la cité, de prévenir et ainsi limiter le recours à l'hospitalisation, en les intégrant au sein des dispositifs sectorisés et en complémentarité avec les soins qui y sont déjà prodigués :

- La réhabilitation psycho sociale
- L'éducation thérapeutique et la psycho - éducation

Le rétablissement de la personne constitue une visée institutionnelle à poursuivre.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réhabilitation	Cahier des charges institutionnel	2020	Suivi de la mise en œuvre en conformité avec le cahier des charges
Réhabilitation	Formations au processus	2019 /2020	Formations réalisées par le SUR/CRR

Développer le case management

Il est nécessaire que soient présents sur tous les sites géographiques extrahospitaliers (CMP/CATTTP/HDJ) les outils de soins suivants : case management (CMP), réhabilitation psychosociale et éducation thérapeutique (CATTTP), en complémentarité des soins sectoriels existants. Pour cela, des formations spécifiques sont à mettre en place : RPS (CRR et SUR), case management (modèle suisse) et ETP (dont programme « BREF » à déployer)

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Gestion des parcours de soins	Mission de case management au sein de chaque CMP	2020	% de CMP assurant une mission régulière de case management
Formation des équipes	Dispositif institutionnel ad hoc	2019/2020	Nombre de personnes formées

L'établissement définira son référentiel de case management dès 2019. A cette fin, un groupe de travail sera réuni en vue de définir les cibles prioritaires et les modalités de déploiement du case

management, prioritairement sur tous les CMP et en complémentarité avec les soins sectoriels existants.

Objectif 2 : Prévenir, diminuer et limiter le recours à l'hospitalisation à temps plein

L'hospitalisation constitue une indication thérapeutique lorsque les capacités de soins ambulatoires sont dépassées, mêmes intensives. Elle doit rester une prise en charge sanitaire qui ne peut être assimilée à une aporie sociale voire sociétale comme elle l'est encore bien trop fréquemment. L'hospitalisation en psychiatrie est donc un soin temporaire, organisé, programmé si possible, qui n'est pas destiné à se transformer en un hébergement social au long cours - dérive que nous observons à l'heure actuelle et qui complique singulièrement la question de la disponibilité et de la gestion des lits en psychiatrie. Il s'agit, pour ce faire, que le parcours de soins du patient se déroule entre les différentes structures constitutives d'un pôle clinique, à la double échelle polaire et sectorielle - à savoir Centre Médico-Psychologique, Hôpital de Jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et donc Unités d'Hospitalisation polyvalentes ou spécialisées. Chaque structure de soins doit proposer des indications thérapeutiques spécifiques et répondre aux demandes de soins de manière rapide, voire urgente pour certaines situations cliniques. Dès l'admission, la sortie de l'hospitalisation et la poursuite des soins en ambulatoire doivent être prévues.

Il apparaît nécessaire de réduire progressivement les durées d'hospitalisation complète des patients accueillis. Pour cela, la promotion de soins ambulatoires exclusifs doit être privilégiée et les soins extrahospitaliers organisés en conséquence (cf. supra).

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réduction progressive de la durée moyenne d'hospitalisation	1 ^{er} quartile des établissements comparables (décliné par an et par pôle)	2023	DMH, DMS

Pour l'hospitalisation à temps plein, les principes suivants sont affirmés :

- Responsabilité des pôles sur la population de leur territoire
- Coordination au niveau polaire de la sectorisation dans l'objectif d'une fluidification optimum des parcours patients sur le pôle
- Le pôle doit assurer une prise en charge d'équipe continue, fluide et globale
- Articuler l'hospitalisation de psychiatrie polyvalente des pôles avec l'hospitalisation de recours spécialisé (travaux à venir dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical et de l'accompagnement des projets).

Objectif 3 : Fluidifier le parcours de soins des patients et prévenir les ruptures

Fluidifier les parcours entre structures sectorielles ou polaires

Le but est d'éviter non seulement les ruptures de prise en charge des patients, mais aussi de prévenir des à-coups dans le déroulé du parcours par le développement d'une mission de liaison. Pour cela il

s'agit d'améliorer l'accès aux soins, le partage des informations, l'articulation et donc la fluidité entre les différents Services ou Pôles qui prennent en charge un même patient (Secteurs et dispositifs de recours du pôle, Psychiatrie de la Personne Agé, Psychiatrie des enfants et des adolescents, Services de soins spécifiques tels que UMD/USIP, etc.) mais aussi entre les différentes structures d'un même secteur ou d'un même Pôle (CMP, HDJ, CATTP, Unités d'Hospitalisation, etc.).

Une attention particulière doit être portée aux patients changeant de secteur du fait d'un nouveau domicile, y compris s'il n'y a pas de contact avec le patient.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Demande de transfert de dossier pour un changement de secteur	Courrier de rendez-vous pour une synthèse clinique dès les 4 mois révolus de la nouvelle domiciliation.	2019	% de synthèses réalisées
Demande de transfert de dossier pour un relai venant de la Pédopsychiatrie	Rendez-vous systématique dans le trimestre	2019	% de rendez-vous réalisé dans le trimestre

Il existe des "réunions parcours" et une mission interne de liaison pour fluidifier les parcours en hospitalisation et le lien entre urgences et extrahospitalier. La généralisation de ce type de mission à l'ensemble des pôles, doit être envisagée de façon homogène. L'articulation de tous les pôles avec le bureau de coordination doit devenir systématique en application des règles de fonctionnement de l'établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Fluidification parcours	Généralisation d'un dispositif parcours dans tous les pôles et apport des informations demandées au BC	2019	Formalisation des réunions Processus décrits et respectés avec l'équipe du bureau de coordination
Coordination parcours	Généralisation équipes de liaisons	2019	Équipes en place et opérationnelles

Fluidifier les articulations entre SMAUP et pôles/secteurs

Il s'agit d'enjeux essentiels pour le bon fonctionnement de l'établissement que de développer et renforcer les processus de coopération entre les services d'urgence psychiatriques du département et les structures sectorielles ou polaires de l'établissement, en hospitalisation mais surtout ambulatoires.

- Les indications d'orientation et de prise en charge doivent viser à être prises en commun
- Dès lors que l'hospitalisation d'un patient est établie ou confirmée, la prise en charge par l'unité d'hospitalisation référente du patient doit débiter
- Les demandes de prise en charge et de rendez-vous faites par le SMAUP auprès des structures sectorielles ambulatoires sont priorisées et bénéficient d'un « coupe file ».

- Tout passage au SMAUP d'un patient référencé à un secteur doit être signalé au médecin et/ou à la structure qui le prend en charge.

Les cibles suivantes sont fixées :

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Demande du SMAUP	Rendez-vous systématiquement proposé à moins de 10 jours	2019	% de rendez-vous proposés à moins de 10 jours
Passage au SMAUP d'un patient référencé à un secteur	Signalement écrit systématique au médecin et/ou à la structure qui le prend en charge	2019	% de signalements écrits

Renforcer la mobilité des équipes sectorielles/polaires

Parallèlement à la mission interne de liaison, il existe également une mission de mobilité des équipes permettant l'articulation des soins avec les différents partenaires et l'inclusion à domicile. Ces deux missions différentes doivent être développées et peuvent, ou non, être effectuées par une même équipe.

Pour cela, il serait nécessaire d'améliorer la mobilité des équipes pluri professionnelles (ou de créer une équipe mobile), dans un premier temps dans les trois pôles adultes de psychiatrie générale – dans le but de maintenir un lien sanitaire dense dans les interstices temporels incontournables du parcours de soins. Notamment, il s'agit de renforcer le lien et l'articulation entre la phase d'hospitalisation du parcours de soins et sa phase extra hospitalière, dans un sens comme dans l'autre, pour améliorer le continuum des soins et éviter les ruptures. Cela permettra, de plus, une analyse de l'état du patient dans son milieu de vie naturel et une meilleure coordination avec les acteurs extra hospitaliers de la prise en charge.

La mobilité sous forme de soins intensifs à domicile, en particulier en post urgence ou post hospitalisation et en situation de crise, de type « Hospitalisation à domicile » devra faire l'objet d'une étude particulière.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Renforcement de la mobilité des équipes	Création d'un dispositif mobile (équipe mobile, prise en charge de la mission par l'équipe de liaison existante ou autre) par pôle de psychiatrie générale adulte	2020-2023	Equipe en place
Développer les VAD	+5% par an	2019-2023	Nombre de VAD % patientèle bénéficiaire

Prévenir les ruptures de parcours

En cohérence avec la proposition de création d'une équipe mobile ou d'un dispositif polaire améliorant la mobilité des équipes, il est prévu d'expérimenter un rappel téléphonique systématique des patients dans les premiers jours suivant leur sortie d'hospitalisation. Ce rappel téléphonique ayant pour but d'abord un maintien du patient dans le parcours de soin, mais aussi une évaluation immédiate post hospitalisation et d'envisager la nécessité ou le besoin du passage rapide de l'équipe mobile de pôle, et de déterminer les acteurs prioritaires de ce passage à domicile en fonction des besoins évalués durant l'appel téléphonique. La rédaction d'un guideline élaboré avec l'aide du Centre de prévention du suicide (CPS) sera formalisée.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Rédaction d'un questionnaire (« guideline ») téléphonique	Questionnaire institutionnel	2019	Questionnaire institutionnel formalisé
Contact téléphonique systématique après la sortie	100% (dans le cadre de l'expérimentation)	2020	Nombre d'appels/nb de sorties

Il est également indispensable de renforcer la vigilance autour des patients « perdu de vue » et ne pas laisser un rendez-vous non honoré, une injection non faite, sans réflexion soignante sur la marche à suivre notamment pour le maintien du lien avec les patients et la continuité de ses soins. Un dispositif systématique de suivi devra donc être mis en place. De même, le système de rappel des rendez-vous par SMS, actuellement en cours d'expérimentation, sera généralisé.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Suivi formalisé des rendez-vous non honorés	100% des rdv non honorés tracés	2019	Fichier de suivi
Recontacter systématiquement les personnes concernées	100%	2019	Traçabilité CORTEXTE
Rdv systématique post-hospitalisation en CMP	Rdv systématique	2019	Rdv proposés/honorés
Rappel des rendez-vous	Généralisation des rappels par SMS	2019	% de structures incluses dans le dispositif

Au regard de leurs difficultés spécifiques, il sera nécessaire de développer une attention particulière aux populations qui multiplient les vulnérabilités, en particulier les Sans Domiciles Fixes et leur accueil sur leurs secteurs devenus référents.

Mieux articuler la psychiatrie des enfants – adolescents et la psychiatrie des adultes

Il s'agit ici plus spécifiquement de faciliter l'accès aux soins, leur continuité, leur globalité et la coordination par le maintien d'une approche géo-populationnelle généraliste associant prévention/soutien à la parentalité / prise en charge des bébés et des parents et dépistage/prise en charge précoce de situations à risque de troubles du développement des bébés et de troubles psychiatriques d'adultes par accès à la parentalité.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Augmenter le nombre de prise en charge conjointes	+5%	2020	Nombre de prise en charge conjointes

Un autre axe autour de l'adolescence visera à déterminer et discriminer ce qui relève du processus d'adolescence et ce qui présage d'une problématique au plus long cours destinée à être relayée par la psychiatrie d'adultes. L'enjeu des psychoses émergentes (transition) ou débutantes (premiers symptômes) est abordé dans un paragraphe spécifique (cf. infra – Axe I / objectif 6).

Objectif 4 : Fluidifier la filière des urgences

L'objectif consiste à regrouper dans un même ensemble architectural adapté à ces pratiques spécifiques du soin psychiatrique l'accueil des urgences UPRM (lieux de consultation et box d'observation), le service d'évaluation à 72 H (UHTCD) et le service de prise en charge hospitalière de courte durée ne pouvant excéder 6 jours de PEC hospitalière (UHCD). Il est nécessaire de développer une nouvelle organisation du travail médical et soignant en œuvrant à une nouvelle concordance des temps médicaux / soignants, en mettant en œuvre un accueil infirmier de première intention à l'UPRM, en mettant en œuvre une refonte des plannings de travail paramédicaux pour une meilleure efficacité, en créant une équipe aides-soignants dédiée au brancardage et à l'accompagnement des transports ambulanciers (intra et inter hospitaliers). Cette opération ne sera réalisable qu'à la condition d'un accompagnement financier spécifique.

Suite aux réflexions d'un groupe de travail interne, différentes propositions ont été validées en vue de fluidifier l'ensemble de la filière des urgences psychiatriques de son amont à son aval (voir annexe 1). Il s'agit notamment de :

- Eviter certains passages à l'UPRM par une intensification des prises en charge en extrahospitalier
- Continuer de favoriser les entrées directes au sein des unités d'hospitalisations référentes
- Permettre l'adressage de certains patients directement à l'UHCD ou l'UHTCD
- Fluidifier les transferts au sein du SMAUP
- Fluidifier les transferts entre le SMAUP et les unités d'hospitalisation
- Mieux articuler le SMAUP et les structures extrahospitalières
- Mieux articuler le SMAUP avec les partenaires extérieurs

Ces réflexions sont à mener conjointement avec les principaux partenaires, notamment les SAU et en lien avec l'ARS, en particulier via les comités de pilotage dédiés organisés régulièrement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Durée de séjour à l'UPRM	100% des passages d'une durée de moins de 24h	2019	% de patients restant moins de 24 heures
Durée de séjour à l'UHTCD	100% de moins de trois jours	2020	% de patients restant moins de 72 heures
Durée de séjour à l'UHCD	100% à moins de six jours	2019	% de patients restant moins de six jours
Mesure du pourcentage des hospitalisations dites directes versus hospitalisations passant par l'UPRM	Analyse institutionnelle du ratio et de son évolution	2019	Pourcentage des hospitalisations dites directes et des hospitalisations passant par l'UPRM

Il est particulièrement nécessaire d'œuvrer à une meilleure fluidité de l'aval hospitalier depuis l'UHTCD.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Suivi hebdomadaire des patients du pôle présents à l'UHTCD	Fichier hebdomadaire par pôle	2019	Fichier transmis au BC par chaque pôle au moins une fois par semaine, a minima le lundi.

A terme, le fonctionnement du SMAUP ne pourra donc être significativement amélioré sans regroupement physique de ses trois unités (UPRM/UHTCD/UHCD). En effet, celui-ci permettrait une meilleure prise en charge, une limitation des déplacements des patients et personnels ainsi qu'une plus grande mutualisation des moyens humains.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Regroupement physique SMAUP	Locaux et personnels communs UPRM/UHTCD/UHCD	2020-2023	Locaux et organisation en place

Une réflexion sur un dispositif institutionnel de soutien à un pôle momentanément en tension sur ses lits sera menée. Il est également nécessaire de conforter institutionnellement la mission du bureau de coordination dans le bed management en application des règles de fonctionnement de l'établissement. Pour cela, des rencontres régulières avec Direction/Direction des Soins/PCME/SMAUP seront organisées.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Tension sur les lits	Mise en place d'un dispositif institutionnel de soutien à un Pôle momentanément en tension sur ses lits	2019	Dispositif formalisé
Bed management	Conforter le bureau de coordination dans sa mission institutionnelle de Bed Management en application des règles de fonctionnement de l'établissement	2019	Réunions institutionnelles régulières

Objectif 5 : Développer, structurer et favoriser la prise en charge somatique de l'ensemble des patients de l'établissement

Les patients présentant des pathologies psychiatriques meurent 15 à 20 ans plus tôt que la population générale, par défaut d'accès aux soins, manque de compliance, refus de soins, conduites addictives. Différents niveaux de PEC doivent être pensés, en intra-hospitalier et en extra hospitalier. En intra-hospitalier : les services de recours, la médecine somatique de proximité dans les pôles (évaluation, examen clinique de référence, prévention, PEC globale, soins si nécessaire, relais avec le médecin de ville) et aux urgences (évaluation et lien avec le pôle ou relais ambulatoire).

En extrahospitalier : ancrage du patient dans les soins somatiques par l'accès à un médecin généraliste pour tous (CoReSo), prise en charge des cas complexes (consultation MG/psychiatres, RCP). Les problématiques odontologiques doivent également être prises en compte et les dispositifs existants confortés.

Les problématiques somatiques et psychiatriques sont souvent intriquées. La prise en charge somatique des patients psychiatriques au sein de l'établissement est donc un des points forts du projet médical. Dans le cadre de l'hospitalisation, il faut que l'intrication des pathologies somatiques et psychiatriques se retrouve dans la prise en charge. Et donc, tant que faire se peut, que les indications d'orientation et de prise en charge soient prises en commun. Le caractère systématique de la prise en charge somatique des patients hospitalisés est à atteindre. Les soins somatiques préventifs et de dépistages sont à intégrer d'emblée dans ce processus de dépistage précoce.

Les médecins somaticiens et psychiatres appartiennent à la même équipe de soins sectorisée (des remplacements se font au niveau polaire). Pour les problèmes graves, le pôle MOPHA est positionné en soutien des pôles. Les recrutements sont conjoints et les praticiens sont placés sous la double responsabilité du pôle de rattachement et du pôle MOPHA. Une astreinte transversale établissement a été mise en place. L'établissement souhaite conforter l'organisation des soins somatiques en intra-hospitalier. C'est pourquoi il conviendra d'évaluer la pertinence et l'efficacité du dispositif en place régulièrement.

Les services de médecine de l'établissement devront continuer à prioriser les patients relevant de la zone d'intervention confiée au Vinatier. Dans le cadre ambulatoire, le service CORESO qui permet aux patients d'être accompagnés au long cours par un médecin de ville et qui n'est pour l'instant

actif que sur le Pôle Ouest en partenariat avec le service de médecine, devra être déployé sur l'ensemble des pôles de l'établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Déploiement CORESO	Déploiement sur les trois pôles de psychiatrie générale	2020	% de pôles couverts
Déploiement CORESO	Déploiement sur l'ensemble de l'établissement	2021	% de pôles couverts
Evaluation du risque cardio-vasculaire et métabolique	80%	2019	Indicateurs nationaux (IQSS)
Evaluation du risque de complications gastro-intestinales	80%	2019	Indicateurs nationaux (IQSS)
Prise en charge des addictions	80%	2019	Indicateurs nationaux (IQSS)

Objectif 6 : Développer et structurer des lignes de soins spécifiques et des techniques de soins innovantes

L'établissement réaffirme sa volonté de promouvoir et de développer des lignes de soins spécifiques et innovantes, en complément des dynamiques sectorielles et territoriales en proximité immédiate et de recours, et ceci tant au niveau départemental que régional, voire national. En recours des secteurs ou des dispositifs des pôles, lorsqu'un besoin spécifique est repéré, les unités transversales doivent pouvoir leur apporter les réponses nécessaires, y compris par le déplacement des équipes concernées. Cet enjeu interne rejoint également celui des missions de recours régional, inter régional et ponctuellement national de l'établissement, et des soins d'expertise au bénéfice de patients extérieurs à la métropole lyonnaise et au département du Rhône. Au-delà des nombreuses structures et filières existantes, l'établissement se propose de développer les projets suivants.

Conforter la pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie étant une priorité de l'établissement dans le cadre de la dynamique nationale, il est nécessaire d'adapter à ses spécificités, les objectifs principaux du projet médical en développant les logiques d'organisation et de soins transversales au pôle et en améliorant l'articulation entre le niveau sectoriel de soins et les dispositifs de soins spécialisés. Pour cela, une adaptation des modalités de mise en œuvre du projet médical sera mise en œuvre dans un nouveau projet de pôle qui sera engagé prioritairement par celui-ci. Un accompagnement institutionnel sera réalisé par le biais du contrat de pôle.

Mettre l'accent sur les dispositifs de périnatalité psychique

Il s'agit de faciliter l'accès aux soins et la coordination par le maintien d'une approche géo-populationnelle généraliste associant prévention/soutien à la parentalité / prise en charge des bébés et des parents et dépistage/prise en charge précoce de situations à risque de troubles du développement des bébés et de troubles psychiatriques d'adultes par accès à la parentalité. Une articulation institutionnelle autour du travail et des prises en charge communes adultes/bébés (dont parentalité) sera mise en place. En particulier, le rapprochement et la mise en cohérence entre l'unité mère-bébé (pôle Est) et l'unité périnatalité (partenariat du Pôle de Pédopsychiatrie avec NATECIA) sont à mener.

Optimiser la réponse aux problématiques adolescentes

Il s'agit d'apporter une réponse clinique la plus ajustées en terme de temporalité et de proposition de soins à la clinique adolescente en vue de dépister et mieux prendre en charge les pathologies de cet âge de la vie, d'éviter les ruptures dans le parcours de soins des adolescents et jeune adultes. Des travaux et prises en charge en commun des adolescents entre les secteurs du pôle de pédopsychiatrie, l'unité d'HC des adolescents, les secteurs des pôles d'adultes et le SMAUP seront menés. Une attention particulière sera portée à l'articulation et à la participation au nouveau dispositif de prise en charge des psychoses émergentes (transition) ou débutantes (premiers symptômes).

Promouvoir le recours aux patients ressources et pairs aidants

L'établissement soutient la promotion des soins axés sur la psycho éducation et la logique du rétablissement et du pouvoir d'agir, notamment par recours à l'expérience patient. Ainsi, il participera au projet de plateforme territoriale "patients ressources", qui pourra être sollicitée par les différentes structures de l'établissement (intra et extra, usagers, familles, tuteurs...). L'établissement engagera une réflexion sur la pair-aidance.

Faciliter l'accès aux centres experts et dispositifs de recours

L'établissement doit s'assurer que tous les patients le nécessitant bénéficient des dispositifs de recours. Le rôle de ces dispositifs n'est pas de se substituer à la prise en charge sectorielle mais d'en être le complément, que ce soit en intra ou en extrahospitalier. L'adressage étant aujourd'hui hétérogène, il est nécessaire de travailler l'articulation avec les pôles/secteurs en vue de faciliter l'accès à ces dispositifs de recours chaque fois que de besoin et de faciliter les transferts et diffusions de compétences. Il sera nécessaire de formaliser les coopérations (rencontres a minima annuelles entre les dispositifs/pôles) et évaluation annuelle du fonctionnement des dispositifs.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Coopérations recours/secteurs	Réunion annuelles par pôle et dispositif	2019	Nombre de réunions réalisés
Evaluation dispositifs	Evaluation annuelle	2019	Evaluations formalisées par dispositif

Renforcer et développer le service d'Addictologie

L'addictologie fait partie des axes essentiels d'un projet médical psychiatrique et de l'établissement en particulier. L'objectif est d'obtenir rapidement une structure d'addictologie de niveau 3 (lits d'hospitalisation + valence universitaire), en partenariat avec les acteurs du territoire. L'articulation avec les secteurs est également essentielle et devra notamment se faire par la mise en place d'infirmiers référents en addictologie dans tous les secteurs/pôles (profil à déterminer en GT). Est actée la nécessité de lits dédiés transversaux. Les modalités de leur création et financement devront être précisées, en lien avec l'ARS.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Structuration territoriale	Niveau 3 addictologie en partenariat	2021	Labellisation ARS
Structuration interne	Mise en place des infirmiers référents	2019	Référents identifiés dans tous les pôles

Des conventions inter-établissements pourront être envisagées pour développer les flux de patients avec les autres établissements pour bilan et prise en charge complémentaire expertale.

Mettre en place un dispositif de prise en charge des psychoses émergentes (transition) ou débutantes (premiers symptômes)

Il s'agira de mettre en place une filière portant des dispositifs de dépistage précoce et de prise en charge des psychoses émergentes, insérés aux secteurs, afin d'agir de manière spécifique et intensive sur cette population et de prévenir un destin marqué par la pathologie. C'est un projet essentiel à mener à bien qui pourrait articuler un accueil de jour spécifique, une plateforme d'évaluation et des prises en charge ambulatoires ancrées sur les secteurs, filière organisée sous forme de soins spécifiques et avec des lits d'hospitalisation et des personnel/compétences dédiés.

Sera mis en place un dispositif homogène par pôle (connexion forte avec le territoire et les dispositifs sectoriels) et un dispositif transversal commun pour l'établissement : création d'un Centre Ressource. Des lits d'hospitalisation complète et des structures de type hôpital de jour devraient être formalisées. Une attention particulière sera portée aux articulations entre le dispositif institutionnel transversal et les dispositifs polaires et sectoriels. Un groupe de travail est à prévoir sur les modalités institutionnelles de mise en œuvre (lettre de cadrage DG/PCME).

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Définition du dispositif institutionnel	Description du dispositif	2019	Formalisation des propositions du groupe de travail
Mise en place du dispositif	Dispositif opérationnel	2020	Dispositif en place

Participer au dispositif de prise en charge des victimes de psychotraumatisme

Dans la cadre d'un projet porté par les HCL, en en partenariat avec l'IHA Desgenettes et les CHU de Saint Etienne, Clermont Ferrand et Grenoble, le CHV participera à la mise en place du dispositif régional de prise en charge des psychotraumatismes.

Poursuivre le développement de la prise en charge des patients âgés

Il existe aujourd'hui un dispositif spécifique en place destiné à la coordination de la psychiatrie des personnes âgées, notamment via le comité de pilotage dédié (COPIL PsyPA). L'objectif est de consolider le pilotage, la coordination et l'organisation institutionnelle de la prise en charge des personnes âgées sur le CHV et de renforcer l'articulation avec les HCL, notamment par la mise en œuvre du projet de centre ressource régional.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Centre ressources régional PA	Centre ressources opérationnel	2019	Dispositif en place

Renforcer le travail et la recherche autour de la prévention et la postvention du Suicide

La prise en compte insuffisante du risque suicidaire et de récurrence suicidaire est l'un des points de ruptures identifiés dans les parcours en santé mentale. L'urgence psychiatrique et les services de psychiatrie sectorisés doivent par conséquent renforcer leur partenariat pour promouvoir une prévention efficace du suicide. En outre, un dispositif de re-contact systématique des suicidants venus aux urgences doit être mis en place, y compris en conséquence du plan régional de santé, qui décline lui – même un axe prioritaire national des politiques de santé publique.

Un travail institutionnel autour de la prévention du suicide et une promotion de formations à la gestion de la crise suicidaire seront mises en œuvre.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Prévention du suicide et de la récurrence suicidaire	100%	2019	Taux de patient ayant bénéficié d'un appel téléphonique dans le mois suivant la sortie
Formation	Hausse du pourcentage	2019	% de professionnels

Définir l'approche des diagnostics et des soins dans le cadre du neuro développement

L'établissement s'est déjà positionné dans le champ ouvert par le neuro développement en psychiatrie, au double plan diagnostique et thérapeutique. Différents dispositifs, notamment de recours et d'expertise, ont investi les questions, savoirs et techniques afférents à l'axe neuro - développemental, dont la prise en considération dans le panel des soins progresse avec évidence. En effet, le CH Le Vinatier ne saurait rester à l'écart de cet enjeu ni même se définir comme un acteur secondaire de cette transformation.

Prioritairement, au vu des enjeux nationaux et locaux, il est devenu déterminant que le futur projet du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent acte la place des pathologies du neuro – développement et la part à leur accorder dans son offre de soins, ses compétences et son organisation. Cette question devra figurer dans la lettre de mission du projet de pôle avant le lancement de sa conception. On sait notamment que le IV Plan autisme va impliquer la redéfinition et la réorganisation d'une partie non négligeable de l'offre de soins du pôle. Egalement, le pôle de pédopsychiatrie est associé au programme expérimental « START » de communauté de pratiques autour des pathologies dites « DYS » dans le spectre du neuro - développement, coordonné par le service de neuro pédiatrie des HCL.

Plus généralement, parmi les sujets structurants à considérer pour la psychiatrie des adultes, l'établissement aura à pousser plus avant la réflexion, dans la suite de son projet médical, sur l'impact du neuro développement et la place à lui donner dans les diagnostics et les soins ; sous le triple enjeu de ses missions de recours et d'expertise, de la diffusion sectorielle au bénéfice des patients en soins de proximité, et du développement des coopérations, à l'exemple de la fédération du neuro développement avec les HCL et l'Université Lyon 1.

Mieux articuler les réponses dans le champ des maladies rares

En s'appuyant sur le centre de référence maladies rares GENOPSY, l'établissement doit fédérer ses ressources et ses compétences afin de combiner évaluation (diagnostic expert), interventions précoces et dispositifs de recours. Il est nécessaire d'intégrer la dimension CPT et la coopération avec les HCL dans ce domaine. Un groupe de travail est à prévoir sur les modalités de mise en place.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Maladies rares	Propositions opérationnelles	2019	Propositions du groupe de travail formalisées

Mieux articuler les parcours des patients suite à une période de détention

Le pôle SMD-PL du CH Le Vinatier organise les soins psychiatriques de premier recours pour les personnes détenues dans trois établissements pénitentiaires (Maison d'arrêt de Lyon-Corbas, Centre pénitentiaire de Saint-Quentin-Fallavier, et EPM du Rhône), en lien pour le versant somatique avec les Hospices civils de Lyon. Le SMPR propose des soins de second niveau pour les personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires de son ressort et coordonne les projets médicaux psychiatriques dans ces établissements. L'UHSA est l'établissement de recours de niveau trois, pour l'hospitalisation temps complet, sur un territoire plus vaste (AURA, sud de Bourgogne-Franche Comté). Sous l'impulsion de la stratégie nationale des personnes placées sous main de justice, cette ligne de soin doit être renforcée pour respecter le principe d'équivalence d'accès aux soins des personnes détenues par rapport aux personnes en liberté, afin de lutter contre tout retard de prise en charge et assurer une réponse diversifiée aux besoins des personnes détenues.

A ce stade, il convient de :

- Prévenir les situations de rupture en renforçant les parcours de soin en psychiatrie des personnes détenues, notamment en accroissant la coordination entre les unités de soin en milieu pénitentiaire, le SMPR, l'UHSA, la Consultation de psychiatrie légale et les secteurs de psychiatrie. Une attention particulière est apportée à la continuité des soins psychiatriques à la sortie de prison.
- Conforter, pour les personnes condamnées à des soins pénalement ordonnés, la Consultation de psychiatrie légale, comme une unité de recours pour l'évaluation clinique et psychocriminologique, et d'aide à la mise en place de soins et de mesures spécifiques.
- Participer au maillage santé-justice sur le territoire centre de la région.
- Mener une réflexion sur les protocoles de coopération entre les pôles SMDPL et USIP-UMD

Consolider la prise en charge des malades difficiles

La filière USIP/UMD est une opportunité pour le CHV et permet de répondre à des situations cliniques difficiles. Afin d'améliorer le fonctionnement avec les pôles de psychiatrie générale, il conviendrait de développer l'évaluation et l'aide en amont de l'hospitalisation dans le pôle, en mobilisant une plateforme ressource pour l'évaluation des cas complexes en appui des secteurs. Pour cela, il est envisagé :

- D'établir une procédure d'analyse des demandes d'admission dans l'unité USIP ou UMD.
- De réaliser une analyse sur dossier ou une analyse des indications portées sur les patients jugés difficiles, en fonction de la connaissance et de l'expérience du parcours de soins du patient
- D'organiser des réunions de synthèse avant admission d'un patient si les délais d'admission sont jugés incompatibles avec la situation critique vécue par l'équipe de secteur qui adresse le patient.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Analyse des demandes d'admissions	Mise en place d'une procédure institutionnelle	2019	Procédure appliquée
Réunions préalables à l'admission	Mise en place d'une procédure institutionnelle	2019	Procédure appliquée

Par ailleurs, un travail national avec les autres UMD est nécessaire afin de préciser les missions et le partage des rôles nationaux et locaux. Il s'agirait de formaliser des liens fréquents avec les associations regroupant les professionnels des UMD (AFUMD) ou des USIP (ANDUSIP) pour harmoniser l'offre de soin du pôle.

Enfin, même si le risque de commission de faits de violence grave n'est pas plus élevé chez les personnes souffrant de troubles mentaux que dans la population générale, il reste l'une des causes fréquentes de recours aux soins urgents et aux soins sans consentement. La violence est une cause de rupture dans la continuité du parcours de soins/de vie et de mise en danger des patients et des professionnels.

Une réflexion est à mener sur les prodromes et les risques éventuels de violence à prévenir ainsi que sur l'amélioration de la gestion de la violence dans l'hôpital comme dans les dispositifs ambulatoires plus ponctuellement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Meilleure gestion de la violence	Réflexion institutionnelle	2020	Propositions formalisées

Poursuivre l'adaptation du pôle ADIS à l'évolution de l'environnement et des partenariats à créer et renforcer.

Il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur les missions du pôle et la structuration de son offre de soins (y compris formation et recherche) et sur l'adaptation du pôle ADIS à l'évolution de l'environnement. Des partenariats sont à créer et/ou renforcer :

- Pédopsychiatrie (accueil 13-16 ans)
- Psychiatrie d'adulte, SMAUP (avis expertal, aide à la prise en charge, etc.)
- Structures Médico-Sociales (suivi des patients, aides à la prise en charge au sein de la structure, accompagnement des équipes, accompagnement des projets de création de places en secteur médico-social etc.)
- Familles de patients
- Médecine de ville

Par ailleurs, une attention particulière mérite d'être portée aux conditions hôtelières de ce pôle encore pour certaines inadaptées à la pratique des soins (Requet, HDJ...).

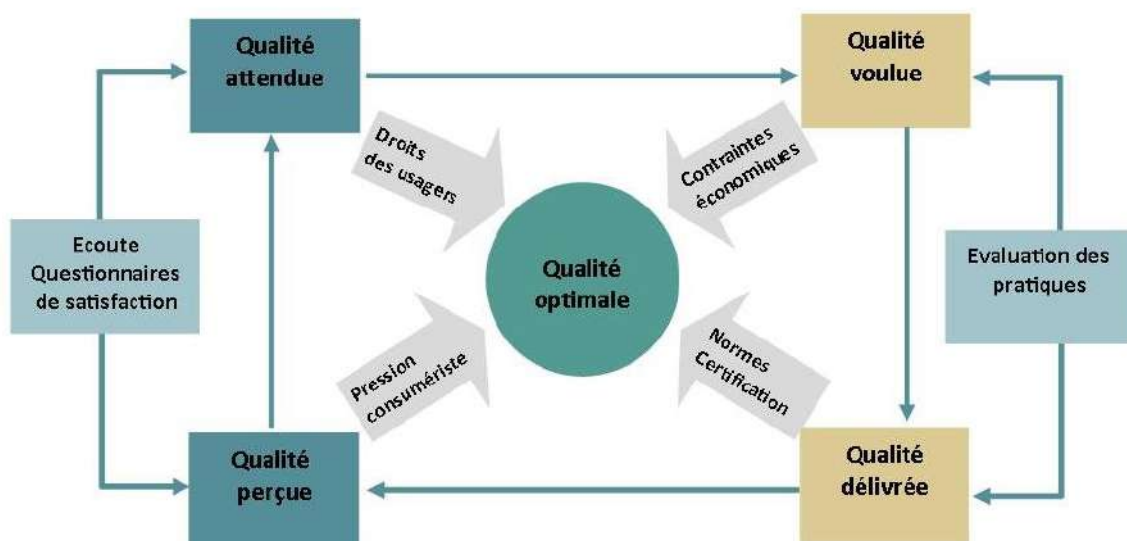
Axe II - Renforcer et déployer la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et de la gestion des risques

L'Organisation Mondiale de la Santé définissait en 1987 la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Pour satisfaire au mieux à cette vaste définition, l'établissement a déterminé successivement trois politiques "Qualité et gestion des risques". Sa dernière itération, QualiPsy III (2018-2022) a l'opportunité d'intégrer en partie, et pour la première fois le projet médical de l'établissement.

Selon la norme NF EN ISO 15224, il est de la responsabilité de l'établissement de parvenir à un équilibre entre les attentes du patient et les besoins de soins évalués par les professionnels. Ainsi on différencie :

- La qualité attendue par le patient se construit autour de ses besoins mais aussi de ses prises en charge antérieures et de ses représentations du soin.
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée. Elle est révélée en partie par les questionnaires de satisfaction, les plaintes et contentieux, etc.
- La qualité voulue est formulée par l'établissement de soins sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée. Ces critères sont issus des normes, critères HAS et de la réglementation.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient.



Pour parvenir à une qualité optimale, QualiPsy III se fonde sur plusieurs objectifs dont certains trouvent toute leur place dans le projet médical :

Objectif 1 : Accentuer la dynamique qualité-gestion des risques et poursuivre son déploiement au sein des Pôles

Il s'agit de mieux structurer la participation des médecins à la politique qualité et à sa déclinaison. La réflexion devra également se porter sur les futurs contrats de pôle.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Référents qualité	Un référent médical qualité par pôle	2019	Médecins référents

Objectif 2 : Garantir le respect des droits du patient, acteur de son projet de soins et décideur de son projet de vie, et promouvoir la liberté d'aller et venir

Le respect des règles de déontologie et des principes d'éthique inclut le respect des droits fondamentaux, dont la liberté d'aller et venir et l'écoute des patients. Ces aspects relèvent d'aspirations légitimes des usagers et de leur entourage et pas seulement de l'exigence réglementaire ou normative.

Réduire l'isolement et la contention

Les travaux de la commission interne sur l'isolement et la contention doivent être poursuivis en incluant un travail sur la désescalade, le debriefing après isolement/contention, la prise en compte du ressenti des patients, la maîtrise des durées. Un objectif de réduction tous les ans des durées, différencié par lieux d'isolement (ESPI, CA, SA), sera mis en place. Une réflexion sur la comptabilisation des mesures évitées et écourtées (désescalades réussies) sera également menée.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réduire la part de patients en isolement	Baisse	Annuelle	% patients ayant fait l'objet d'une décision d'isolement
Réduire la durée médiane en isolement	Baisse	Annuelle	Durée médiane d'isolement dans les espaces dédiés Durée Médiane d'isolement dans les espaces non dédiés
Réduire la durée médiane des mesures de contentions	Baisse	Annuelle	Durée Médiane de contention dans les espaces dédiés Durée Médiane de contention dans les espaces non dédiés
Eviter l'isolement pour	Limite de 10% de patient	Annuelle	Nb de patients en HL

les patients en HL au-delà de 12h et contention en HL	HL à 12h	ayant fait l'objet d'une décision de SSC pour maintenir l'isolement
---	----------	---

Réduire les soins sans consentement et leur durée

Un travail, à la fois interne et avec les partenaires / autres établissements concernés sera mené sur les soins sans consentement. L'objectif est la réduction de cette modalité de soins (nombre et durée) en vue de rejoindre la moyenne des établissements comparables, dans une région marquée par des taux de recours supérieurs à la moyenne nationale. Une attention particulière sera portée aux mesures pour "péril imminent" en hausse régulière. La réflexion devra aussi porter sur la durée pertinente au plan clinique des programmes de soins ambulatoires.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réduire le nombre de patients en soins sans consentement	Moyenne des établissements comparables	2023	Nombre de patients en soins sans consentement
Réduire la durée des soins sans consentement	Moyenne des établissements comparables	2023	Durée moyenne de soins sans consentement
Réduire le nombre et la proportion des périls imminents	Moyenne des établissements comparables	2023	Nombre et proportion des PI dans les patients en soins sans consentement

Objectif 3 : Renforcer l'évaluation des pratiques professionnelles

Afin de renforcer l'évaluation dans l'établissement, il apparaît nécessaire d'augmenter le nombre des EPP finalisées par les pôles et services. L'objectif est d'initialiser régulièrement des EPP dans le but d'en finaliser au moins une par an et par pôle.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réaliser des audits "patients traceurs"	Au moins 3 par an et par pôle	Annuelle	Nombre de fiches patients traceurs réalisées
Augmenter le nombre d'EPP	Au moins une par an et par pôle	Annuelle	Nombre de fiches EPP finalisée

Objectif 4 : Mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire sur les cas complexes

De plus en plus fréquentes, les situations complexes le sont du fait de l'association de pathologies, des difficultés de stabilisation, des perturbations comportementales, du pronostic, du risque, de la

perturbation du fonctionnement des structures de soin ou de service, et par l'impact important de ces situations sur la qualité de vie au travail, voire la sécurité des soignants.

L'établissement prévoit de réaliser des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) inter pôles, voire inter établissements, et inter professionnelles. Un groupe de travail sera mis en place pour en définir les modalités opérationnelles.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Modalités réalisation des RCP	Modalités institutionnelles arrêtées	2019	Formalisation des modalités
Réalisation des RCP	RCP en place	2019	Nombre de RCP réalisées

Objectif 5 : Promouvoir la qualité de la prescription et la psychopharmacologie et sécuriser le circuit du médicament

Il apparaît nécessaire de réduire les risques de iatrogénie, les effets secondaires et de contribuer à la qualité/efficacité/pertinence des soins. Pour cela, sera poursuivi le développement de la qualité de la prescription et de la psychopharmacologie, en appui sur le livret du médicament, le développement de la conciliation exhaustive d'ordonnances avec la PUI et les échanges prescripteur/pharmacien, impliquant notamment une montée en expertise de la pharmacie.

Il s'agit également de confirmer l'engagement pharmaceutique, en intra et extra hospitalier, dans le suivi et la sécurisation du circuit des produits de santé, de leurs approvisionnements à leurs stockages, de l'analyse pharmaceutique de leurs prescriptions à leurs dispensations automatisées et sécurisées, y compris dans les actes de préparations magistrales et de rétrocessions. Ces missions sont mises en œuvre dans un contexte de vigilances sous toutes leurs dimensions (pharmaco - matério – réacto - etc.) et sont accompagnées de recommandations pharmacologiques et de conseils thérapeutiques sur le bon usage des produits de santé auprès des équipes et de la communauté médicale et aussi d'interventions réalisées au plus proche des professionnels, telles que sensibilisations et formations en relation avec la gestion des risques et la iatrogénie médicamenteuse.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
CAQES	Niveau d'atteinte des résultats	Annuelle	Scoring total du CAQES
Conciliation	40%	2022	Taux de prescription avec une conciliation proactive
	40%	2022	Taux de prescription avec une conciliation rétroactive
Pharmacie clinique	50%	2023	taux d'analyse des prescriptions en niveau 3

Une attention particulière doit être portée au repérage des effets somatiques indésirables des psychotropes. Il s'agit de prévenir les troubles afin d'en éviter l'aggravation et les effets sur l'état de santé et les comportements des patients.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Traçabilité des effets indésirables (notamment moteurs, métaboliques et cardio-vasculaires)	Troubles tracés dans les dossiers médicaux	2019	Echantillon de dossiers
Formations	Mise en place d'une formation institutionnelle ouverte à tous les pôles	2019	Formations réalisées

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge de la douleur physique

Les pathologies psychiatriques peuvent modifier les modes d'expression de la douleur physiques, compliquer son dépistage et rendre délicat l'évaluation de l'efficacité des traitements. De plus, l'intrication forte entre l'expression douloureuse et la pathologie psychique laisse une part importante à l'interprétation.

Malgré ces difficultés la prise en charge de la douleur physique est une obligation pour chaque soignant. Un indicateur est mis en place traçant une évaluation de la douleur avec un outil adapté pour tout patient admis. Avec la même nécessaire rigueur, après chaque administration d'antalgique, une réévaluation doit être tracée dans le DPI (obligation HAS). L'objectif est donc de promouvoir une politique d'évaluation et de traçabilité de la douleur physique pour atteindre en 2023 la cible HAS de 80% des séjours intégrant ce type de traçabilité.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Prise en charge de la douleur physique	Traçabilité de l'évaluation dans 80% des séjours	Annuelle	Indicateurs nationaux (IQSS)

Objectif 7 : Améliorer la tenue du dossier patient

Dans le cadre d'une meilleure tenue des dossiers patients, il est rappelé la nécessité de tracer la réflexion bénéfique/risque sur des prescriptions clés (première autorisation de sortie, prescription de médicament à risque, programme de soins...).

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Tenue du dossier du patient	80%	2020	Indicateurs nationaux (IQSS)
Lettre de sortie à la sortie du patient	80%	2023	Indicateurs nationaux (IQSS)
Traçabilité du Bénéfice/risque		2020	Analyse des patients traceurs sur la traçabilité de la réflexion bénéfique /risque

Objectif 8 : Réduire les Soustractions Aux Soins

Situations complexes et très diverses, les SAS devront faire l'objet d'une réflexion institutionnelle en vue de les réduire tout en préservant sur un plan plus global et institutionnel, la liberté d'aller et venir due aux patients du CH le Vinatier. Un groupe de travail sera mis en place afin de réaliser une analyse détaillée des données chiffrées sur les SAS et de proposer des actions d'amélioration.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Mener une réflexion sur la typologie de SAS	Groupe de travail	2019	Propositions formalisées
Actions d'amélioration	Actions en place	2020	Actions réalisées

Lorsque c'est nécessaire, le recours et la traçabilité de l'inscription au fichier des personnes recherchées (FPR) doit impérativement figurer dans le dossier du patient.

Objectif 9 : Permettre une continuité et une permanence des soins au sein de l'établissement

La permanence des soins nécessite une continuité dans la présence médicale sur l'établissement, organisée institutionnellement.

Objectif 10 : Continuer à améliorer le système d'information médicale (SIM)

L'amélioration continue des logiciels de support aux soins (Cortexte, Copilot,...) permettant la réalisation du dossier patient et le partage d'informations nécessaire à la prise en charge, y compris avec les établissements partenaires et la médecine de ville, doit être une priorité pour l'établissement.

Axe III - Développer et structurer la recherche au sein de l'établissement. Améliorer et soutenir les missions d'enseignement et de formation

L'existence de l'université et de nombreuses équipes de recherche sont des axes historiques et des atouts fondamentaux pour le Vinatier. Il suffit pour cela de dénombrer le personnel dévolu à la recherche dans notre établissement, personnel qui a pu être financé soit par des abondements provenant de notre ARS dans le cadre de projets spécifiques, soit par redéploiement des moyens propres du Vinatier.

Si notre établissement n'est pas un CHU, le CH le Vinatier est cependant l'établissement hospitalier régional de référence pour la psychiatrie et regroupe la plupart des universitaires de psychiatrie / addictologie du Rhône.

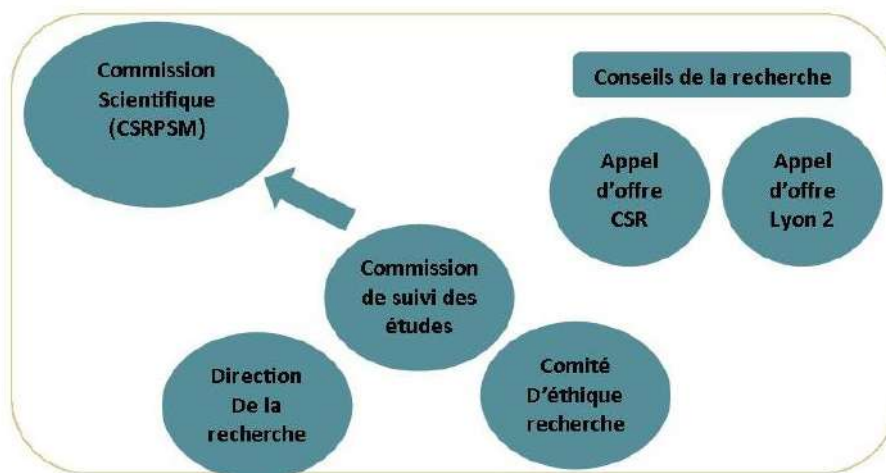
Il est donc essentiel de favoriser la recherche (clinique, épidémiologique, fondamentale, évaluative, en sciences humaines...) en lien avec les soins et les organisations au sein de notre établissement mais aussi en partenariat avec de nombreuses structures départementales, régionales voire nationales.

Grace aux publications des chercheurs du Vinatier et au soutien de l'ensemble de la CME, notre établissement est éligible au MERRI et donc reçoit chaque année des moyens financiers en lien avec l'importance de celles-ci. Il est nécessaire qu'une partie non négligeable de ces fonds puissent bénéficier à la recherche afin d'en renforcer la dynamique, en prenant en compte le caractère malheureusement non pérenne de ce type de financement. Cela pourrait permettre de renforcer les moyens sur lesquels la recherche peut déjà compter.

Le nombre important de chercheurs et d'équipes, la multiplicité possible des types et des thématiques de recherche, l'utilisation des moyens financiers provenant des MERRI et les défis qui nous attendent imposent une structuration institutionnelle de la recherche sur le Vinatier, que celle-ci soit médicale ou paramédicale.

Objectif 1 : Mieux structurer la recherche au Vinatier

Une organisation spécifique sera mise en place et dédiée à la psychiatrie / addictologie ainsi qu'à la santé mentale, dans l'objectif de contribuer significativement au développement et à la structuration de la recherche sur le Vinatier.



Sera créée une Commission scientifique de la recherche en psychiatrie et santé mentale (CSRPSM) qui aura pour principales missions de :

- Promouvoir et coordonner la politique médicale de l'établissement en matière de recherche
- Emettre un avis sur l'attribution des MERRI
- Fonctionner en collaboration avec la direction de la recherche (la commission est destinataire d'un bilan annuel présenté par la DR avec des indicateurs de suivi qu'elle aura arrêtés)
- Organiser les modalités de fonctionnement et de cooptation des deux conseils de recherche
- Œuvrer à la valorisation des études du CHV et à leur publication
- Proposer une charte de signature
- Statuer sur les demandes d'utilisation des données de soins du Vinatier
- Proposer la composition du comité d'éthique

Présidée par le Directeur de l'établissement ou son représentant, et vice-présidée par un médecin PU ou MCU, sa composition sera la suivante :

- Directeur de l'établissement ou son représentant
- Directeur adjoint (Affaires médicales et recherche)
- Président et vice-président de la CME
- Deux représentants des usagers et familles (UNAFAM, FNAPSY)
- Tous les chercheurs statutaires (PU, MCU), titulaires d'une HDR
- Deux représentants de la CSMIRT
- Un expert extérieur (désigné par la commission)
- Un praticien hospitalier par pôle, proposé par le pôle et désigné par la CME (non universitaire, hors chef de pôle), titulaire de travaux de recherche ou impliqué dans la recherche.

Enfin, un médecin référent universitaire recherche du CHV sera proposé par la commission et désigné par le Directeur (VP commission). En lien avec la direction de la recherche, il animera la politique dans ce domaine et représente le CHV vis-à-vis des acteurs extérieurs.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Structuration de la recherche	Mise en place du dispositif	2019	Commission réunie
Animation de la recherche	Identification d'un médecin universitaire référent recherche	2019	Référent nommé

Objectif 2 : Créer et structurer un entrepôt de données médicales

La création de banques de données cliniques, biologiques et d'imagerie médicale, et les modes d'accès à ces informations sont des préalables incontournables pour une recherche clinique aboutissant à des publications reconnues. Cet entrepôt (terme utilisé par la CNIL et l'APHP) pourrait être le terreau sur lequel se développeraient :

- Des recherches non interventionnelles sur base de données
- Une culture de l'évaluation en psychiatrie
- Une aide au pilotage stratégique et médico-économique hospitalier

La gestion des données médicales, leur anonymisation, leur diffusion se fait sous la responsabilité du DIM, dans lequel un département spécifique animé par un chercheur (PUPH) serait en charge de sa mise en œuvre. Cette organisation permettrait notamment aux équipes de recherche de l'établissement d'accéder à l'ensemble des données produites par ce dernier et de les valoriser sur le plan scientifique.

La complexité de l'accès aux données médicales et de leur diffusion nécessite un important travail complémentaire afin d'en établir les règles de fonctionnement respectant la législation en vigueur, y compris pour le partage en réseau inter institutions et notamment dans le cadre des projets « big data » et « Intelligence artificielle ».

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Recherche	Entrepôt de données opérationnel	2023	Entrepôt en place et utilisé

Objectif 3 : Aider à la création et à la structuration d'une Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé mentale

Les dynamiques universitaires et de recherche sont actuellement concentrées sur un nombre limité de sites hospitaliers. Or, l'implication d'un plus grand nombre de cliniciens dans la recherche est un point clef de l'amélioration des pratiques et de l'innovation en psychiatrie pour l'ensemble des dispositifs de soins à l'échelle de la région AURA.

Des travaux à l'initiative de professionnels du Vinatier ont débuté afin de créer une Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale en Auvergne Rhône-Alpes, notamment en accueillant la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale du Nord.

La Présidence de CME participe depuis sa création aux réunions de coordination nationale des Fédérations de recherche régionale existantes ou en voie de création.

Cette Fédération aurait pour objectif de réunir l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie de la région, leurs communautés médicales et leurs universitaires afin de développer et de structurer une recherche à l'échelon régional.

Ces travaux doivent être finalisés le plus rapidement possible. Toutefois, pour débiter, pourrait être conçu un projet plus resserré qui comprendrait la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT, Vinatier, Saint-Jean-de-Dieu, Saint-Cyr) élargie au CHU de Saint-Etienne.

Objectif 4 : Améliorer et soutenir les missions d'enseignement et de formation

Recherche, évaluation et formation sont liées. L'établissement œuvre à développer des soins psychiatriques diversifiés et modernes répondant aux besoins sanitaires de la population, à partir des données actuelles de la science médicale et répond au principe d'évaluation. Il faut donc favoriser et développer la formation des professionnels du Vinatier, en optimisant les ressources internes (conférences, groupes de formation, congrès, etc.). La formation des professionnels, notamment celle reçue et donnée par les médecins de notre établissement, constitue un élément essentiel de son bon fonctionnement et de son maintien au plus près de l'actualité scientifique et soignante. Les Journées du Vinatier et les Journées Cinéma et Psychiatrie doivent être soutenues et pérennisées. Une attention particulière doit être portée à l'accueil d'étudiants et de professionnels en formation, avec une focale sur les étudiants hospitaliers et les internes en psychiatrie, médecine générale, santé publique, pharmacie et santé au travail. Outre que cela constitue une des missions, voire un devoir, de la communauté médicale, ils sont son futur et sa relève.

L'hôpital du Vinatier possède un agrément DPC. Il s'agit de mettre en place des actions de formation validantes pour le DPC à destination des médecins, ce qui nécessite une politique et une organisation DPC coordonnée, allant au-devant des besoins des professionnels.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Rendre efficiente les actions de DPC et de FMC médicales	Hausse du nombre de validation de DPC par ARS	Annuelle	Nombre d'actions validées dans le bilan annuel de la FMC
Mettre en place des actions de DPC	Programme de DPC pro actif	Annuelle	Nombre d'actions de DPC Nombre de médecins ayant validé une action de DPC

Objectif 5 : Développer l'innovation organisationnelle

L'établissement se propose de mettre en place les conditions favorables au développement de l'innovation des organisations en son sein. Pour cela notamment, d'une part, une structuration de l'accompagnement des projets cliniques sera mise en place et, d'autre part, des expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 seront proposées à l'ARS. Une attention particulière sera portée à l'évaluation de ces expérimentations, en lien avec l'ARS.

Axe IV - Développer, améliorer et articuler les interrelations du Vinatier avec son environnement

Objectif 1 : Avec les autres acteurs du soin en psychiatrie et de la santé mentale du département et de la région

L'hôpital du Vinatier est déjà un établissement de référence au niveau départemental, régional et national en ce qui concerne les soins et la recherche en psychiatrie. Il doit néanmoins développer les liens et l'articulation avec les autres acteurs du soin.

Développer et structurer la Communauté Psychiatrique de Territoire

Une CPT vient de se créer avec les Hôpitaux Psychiatriques de Saint Jean de Dieu et de Saint Cyr au Mont d'Or. S'appuyant sur les nouvelles lois de santé (article 69), la CPT a décidé de prendre l'initiative de contribuer de façon majeure à un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) fondé sur un Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale.

La CPT doit donc d'abord établir un Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale qui est un état des lieux des ressources disponibles pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier avec un objectif prioritaire : garantir une continuité des parcours de santé et de vie, de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le PTSM concerne l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et incluant les représentants des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale. Il doit être acté avant le 29 juillet 2020 et sera valable pour une durée de cinq années.

Le PTSM tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social. Il favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social. Le PTSM détermine le cadre de la coordination de second niveau et la décline dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la psychiatrie de secteur.

Le Vinatier se doit, dans le cadre de la CPT, de continuer à être un acteur majeur dans l'élaboration du diagnostic et de la rédaction du PTSM. Ce dernier sera un véritable outil de pilotage de la politique de santé mentale, permettra d'imaginer des coopérations, des synergies, des projets en commun avec l'ensemble des acteurs de la santé mentale sur le territoire du Rhône.

Développer et structurer le partenariat avec les HCL et les autres établissements sanitaires

Le Vinatier a développé de nombreux partenariats avec les HCL notamment autour des urgences psychiatriques, de la recherche, de l'échange de professionnels et de compétences.

Les différents partenariats et projets communs en cours doivent être confortés et développés :

- Partenariat SAU (notamment pavillon N)/SMAUP
- Centre Ressource Régional de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée
- FIND : fédération et centre d'excellence en neuro développement (avec l'université Lyon 1)
- Psychotraumatisme
- START : participation à la création d'une communauté de pratiques autour des pathologies « dys »
- En addictologie, structuration partenariale avec le CHU afin d'obtenir et organiser le niveau 3, à la fois sur le plan somatique et psychiatrique.

Une politique plus globale de partenariat et de synergies médicales devra toutefois être établie.

Les partenariats avec l'hôpital Desgenettes, l'hôpital St Luc-St Joseph, les cliniques (Mermoz, NATECIA...) et le Centre Léon Bérard sont également à maintenir et à renforcer.

Développer et structurer un partenariat avec la médecine de ville

Une amélioration et une structuration de l'articulation avec la médecine de ville est à développer à partir des pôles. Dans cette optique, la mise en place d'un numéro de téléphone unique permettra un contact facilité des médecins généralistes avec le CH le Vinatier. De plus, il est rappelé qu'un compte-rendu de prise en charge est à adresser systématiquement et rapidement au médecin traitant.

Les principes déjà énoncés du partenariat avec la médecine libérale de ville (médecins généralistes, médecins psychiatres,...) sont ici réaffirmés. Un travail de lisibilité des dispositifs de soin et de recours à la psychiatrie doit être intensifié. Pour définir les actions d'amélioration, sera mis en place un groupe de travail d'abord interne pour arrêter des propositions puis ouvert aux médecins de ville (URPS) mais aussi aux autres professions (IDE libérales, ASD, orthophonistes, kinésithérapeutes...) d'exercice libéral.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Lettre de sortie à la sortie du patient	80%	2023	Indicateurs nationaux (IQSS)
Actions d'amélioration	Groupe de travail partagé	2019	Propositions validées par le groupe de travail

Objectif 2 : Avec les structures médico-sociales et sociales, implantées sur son territoire d'intervention

Il faut développer l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social, dans l'optique de construire des partenariats et des coopérations, afin de favoriser le passage des usagers vers des structures médico-sociales ou leur retour vers les dispositifs de droit commun, permettant ainsi leur insertion ou leur réinsertion sociale et sociétale, dans la logique d'inclusion. L'objectif est de privilégier les contacts directs et les articulations institutionnelles.

Il s'agit donc de :

- Favoriser l'admission de patients, provenant des secteurs, dans les structures médico-sociales et sociales implantées sur le territoire du Vinatier, afin de permettre à la fois un suivi soignant de proximité efficace et une inclusion sociétale réussie.
- Renforcer et intensifier le partenariat historique avec l'Hôpital d'Aiguilles qui reste essentiel devant le manque de places disponibles au sein des structures médico-sociales du Rhône.
- Développer et diversifier les solutions d'hébergement pour les patients qui ne nécessitent plus une hospitalisation, dans le cadre de l'actualisation de la politique du logement de l'établissement et alors que l'environnement réglementaire et partenarial connaît des mutations désormais rapides et majeures.
- Développer le travail avec les MDMPH et notre ARS (Secteur de l'autonomie)

L'hôpital du Vinatier dispose de trois unités d'hospitalisation consacrées aux patients au long cours. Les patients qui y sont hospitalisés ont, pour leur grande majorité, reçu une notification MDPH d'orientation au sein de structures médico-sociales. La prise en charge de ces patients, en potentialité de devenir des résidents, est imposée par l'absence de structures médico-sociales en capacités de les accueillir. Au total une centaine de patients dans cette situation a été recensé sur le Vinatier.

Dans le but de réaliser des actions de soutien auprès des équipes partenaires sanitaires (rayonnement régional et national de l'hôpital / activités de recours ou spécialisées), des EHPAD, et des professionnels du médico-social, le développement de la télémédecine sera soutenu. Pour cela, une expérience pilote avec une structure volontaire sera mise en place dès 2019. A terme, des outils connectés pourront également être testés puis mis en place.

Domaine	Cible	échéance	Indicateur de suivi
Mise en place télémédecine	Expérience pilote	2019	Téléconsultations réalisées
Outils connectés	Expérience pilote	2020	Tests réalisés

Objectif 3 : Avec le tissu social, la cité et le politique

On favorisera le développement de l'implication de la psychiatrie au sein de son tissu social par la généralisation de la mise en place des Conseils Locaux de Santé Mentale. Si l'ensemble des arrondissements lyonnais (et donc ceux du Vinatier) et de nombreuses villes possèdent aujourd'hui un CLSM, il persiste quelques communes qui en sont dépourvues.

L'Observatoire Santé Mentale Vulnérabilités et Sociétés (ORSPERE-SAMDARRA) doit être soutenu et permet de développer la connaissance et la recherche au croisement de la santé mentale et des problématiques d'ordre social.

Il est nécessaire de développer la mission de Prévention Primaire en direction des populations des secteurs grâce notamment aux partenariats (CLSM, Sensibilisations, Informations, etc.).

Il faut également renforcer les liens avec l'Éducation nationale : informations des élèves concernant les maladies mentales, les troubles mentaux, ainsi que les conduites addictives, formations des enseignants et des autres personnels pour favoriser la sensibilisation à ces maladies.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Coordonnateurs CLSM	Généralisation à tout le territoire	2023	Territoire intégralement couvert

Objectif 4 : Développer et renforcer une politique de communication de l'établissement

Globalement, l'établissement se propose de mettre en place une politique de communication :

- permettant une lisibilité claire de l'offre de soin et des moyens d'y avoir accès
- participant à l'entreprise de déstigmatisation encore nécessaire de la psychiatrie et des patients qui y sont pris en charge
- favorisant l'information du grand public et des partenaires, mais aussi celle de l'ensemble des agents de l'établissement
- permettant de faciliter l'accessibilité aux soins psychiatriques

Concrètement, afin d'améliorer la lisibilité de l'offre sanitaire du Vinatier, il s'agit de façon prioritaire de mettre en place une plateforme d'accès aux soins (téléphonique/internet) à destination des patients et des divers partenaires.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Mise en place de la plateforme d'accès aux soins	Plateforme opérationnelle	2019	Plateforme en place

Axe V - Promouvoir la participation des patients et de leurs proches

Objectif 1 : Faciliter l'expression des patients et la participation aux instances de l'établissement

La participation des usagers aux instances de l'établissement et aux projets développés ou en cours est large et active mais elle peut être encore développée et étayée. Pour cela des modalités spécifiques seront mises en place afin de mieux prendre en compte la parole et les propositions des usagers :

- dans le rapport annuel d'activité et dans le rapport annuel sur isolement et contention, rendre obligatoire l'intégration d'un chapitre dédié au rapport des usagers
- en plus des participations déjà effectives (instances, CQSS...), organiser deux fois par an, un Directoire élaboré avec les usagers (ordre du jour, composition...), co animé avec eux et portant prioritairement sur les thèmes de leur champ d'intervention

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Rapport annuel d'activité	Rapport des usagers obligatoire	2019	Rapport annexé

Objectif 2 : Considérer la famille comme un partenaire et un acteur thérapeutique de la prise en charge du patient

Il est nécessaire de considérer la famille comme un partenaire et un acteur thérapeutique de la prise en charge du patient. Ainsi, la place de la famille et celle des aidants est pensée dans chaque prise en charge.

Objectif 3 : Renforcer le soutien aux usagers, aux familles et aux aidants

Il s'agit de développer les actions de soutien et d'accompagnement auprès des aidants et des familles en particulier. Une réflexion sur les pairs aidants et leur place dans notre dispositif de soin doit être poursuivie. Par ailleurs, Il est impératif de développer les actions permettant que, dans chaque dossier patient, une personne de confiance puisse être déterminée par le patient, et ceci lors de chaque séquence de soins. La question des directives anticipées au cas de survenue d'une crise devra également être considérée.

Trois actions seront donc mises en œuvre :

- Mise en place d'un dispositif polaire et/ou institutionnel décliné par pôle à destination des aidants et des personnes concernées, basés sur des groupes (information, parole, soutien, partage d'expérience...) en présence des usagers et/ou familles ou à partir de programmes structurés (ex : BREF)
- Mise en place d'une unité transversale de thérapie familiale (UTTFS)
- Faciliter et améliorer la mise en œuvre du dispositif de traçabilité de la personne de confiance retenue par le patient.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Dispositif d'aide aux aidants	Déploiement du dispositif dans tous les pôles	2020	Dispositif proposé sur l'ensemble des pôles
Thérapie familiale	Déploiement de l'UTTFS	2019	Unité en place
Personne de confiance	Inscription dans tous les dossiers	2019	% de dossiers avec mention de la personne de confiance
Directives anticipées	Réflexion institutionnelle	2019	Proposition institutionnelle formalisée

Objectif 4 : Développer un dispositif performant d'analyse de la satisfaction des usagers

Afin de mieux tenir compte de l'avis des patients et familles, il est nécessaire de développer un dispositif performant d'analyse de la satisfaction des usagers en intra et extra hospitalier, systématisé, élaboré à partir de la CDU et du DQ, de l'ensemble de l'établissement, publié et accessible pour tous (professionnels, usagers, familles, partenaires, tutelle, etc...). Un travail de déclinaison par pôle sera proposé pour une analyse polaire et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblées.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Analyse satisfaction des usagers	Dispositif partagé et accessible	2020	Dispositif en place et validé par les usagers
Déclinaison par pôle	Analyse par le pôle	2020	Nombre de pôles ayant produit une analyse formalisée
Actions d'amélioration	Plan polaire d'amélioration	2020	Nombre de pôle ayant arrêté un plan

Objectif 5 : Améliorer la prise en compte des besoins des usagers dans la logique du rétablissement

Autant que possible, il est indispensable d'associer les usagers aux modalités choisies pour leur prise en charge afin de prendre en compte leurs besoins ressentis et leur perspective de rétablissement individuel.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Satisfaction des usagers	Traçabilité des besoins ressentis et exprimés par le patient	2019	Analyse des dossiers patients.
Recueil de l'avis des proches	Questionnaire élaboré en CDU/DQ		Nombre de questionnaires reçus

Objectif 6 : Développer l'éducation thérapeutique et la psycho éducation

Il est indispensable d'instituer une politique volontariste d'ETP chaque fois que nécessaire, dès les premières séquences d'hospitalisation notamment. Cette mise en place de l'ETP doit concerner autant les pôles de psychiatrie généraliste que les pôles de soins plus spécifiques.

Pour la partie somatique, il s'agit notamment de développer l'éducation thérapeutique concernant les pathologies chroniques surreprésentées (obésité, diabète, BPCO, HTA...).

A noter l'implication pharmaceutique dans la mission d'éducation thérapeutique avec la participation aux programmes en place et la mise en place de programmes en collaboration avec les services cliniques.

On sait également que la psycho éducation constitue un point d'entrée des soins de réhabilitation et un levier majeur de l'appropriation des techniques de RPS par les professionnels, pour les développer.

Il faut également rendre plus lisible les différents programmes pour offrir une possibilité de soins singulière individualisée à chaque patient en fonction de ses besoins.

Parallèlement, il faut développer des groupes d'information à destination des familles et des proches aidants, des groupes de compréhension des pathologies et des thérapeutiques médicamenteuses et instituer de manière transversale sur l'établissement le recours à la pair aide.

Les modalités pratiques de mise en œuvre devront être arrêtées par le comité de pilotage « éducation thérapeutique et psycho éducation » dans le cadre de la poursuite et l'amplification des travaux déjà lancés.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Education thérapeutique	Plan de déploiement	2020	Plan formalisé par le COPIL

Objectif 7 : Favoriser l'inclusion dans la cité

Une attention particulière doit être portée à l'autonomisation des usagers et à leur insertion dans la cité, désormais dans la dynamique du rétablissement. La question du logement est donc essentielle et évolue rapidement. Les partenariats avec les bailleurs sociaux et/ou les associations de logement social doivent être précisés et développés. Une réflexion sera menée sur les manières de faciliter l'accès au logement de droit commun (Maison Roussy, Entre2toits...).

Par ailleurs, les foyers de transition intra-hospitaliers ont, au fil du temps, généré un fonctionnement hétérogène entre pôles. Leurs missions doivent donc être précisées. Dans le même esprit, une réflexion institutionnelle sera menée relative à l'utilité dans le parcours de soins de ce type de dispositif et à leur adaptation future.

Il conviendra enfin de porter l'attention sur l'inclusion sociale et professionnelle dans et par le travail.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Politique logement	Stratégie partenariale formalisée	2023	Nombre de partenariats effectifs
Politique logement	Inclusion des personnes dans le logement	2023	Nombre de patients inclus

Conclusion

Synthèse d'un travail collectif, ce projet médical aborde l'ensemble des thématiques prioritaires nationales et régionales ainsi que les axes de progrès spécifiques à l'établissement. Il doit, avec évidence, être considéré comme le socle permettant d'engager immédiatement l'action pour obtenir rapidement des améliorations concrètes. C'est vrai pour les patients pour qu'ils puissent bénéficier des soins les plus pertinents et performants, pour les aidants afin qu'ils reçoivent un soutien adapté mais aussi pour les professionnels pour donner le sens nécessaire à leur activité et à l'exercice de leurs compétences. Le présent projet doit constituer un gage d'avenir collectif partagé et consensuel, aux bénéfices réels et évalués, parce qu'il signifie l'engagement de l'ensemble de la communauté de l'établissement dans l'action et dans la transformation requise. Les leviers et moyens de sa mise en œuvre seront déterminants dans la tenue des objectifs. Il sera donc indispensable de mettre en place, au plus vite, les processus et organisations internes de soutien à la mise en œuvre des axes définis dans le projet mais aussi de préciser, en lien avec l'agence régionale de santé, le plan de financement des actions définies. Inscrit ensuite dans le projet d'établissement qui en précise les différentes déclinaisons, ce projet médical doit donc être l'occasion de renouveler la dynamique de développement de l'établissement par la réalisation concrète des progrès que nous devons à nos patients.





LE PROJET **DE SOINS**

Introduction

Qu'est-ce qu'un **Projet de Soins Infirmier de Rééducation et Médico Technique (PSIRMT)** ?

Pour certains ce n'est qu'un écrit, des phrases mises bout à bout, des orientations rêvées dont on ne sait pas toujours si elles seront suivies d'effets, ou même si elles seront encore d'actualité demain ... En quelque sorte, ce serait seulement un fatras de mots doublé d'une obligation réglementaire dévolue à faire croître l'épaisseur d'un projet d'établissement !

A ceux qui perçoivent ainsi un projet lorsqu'il est « couché sur le papier », je répondrais volontiers par la pensée d'Hannah ARENDT : « **Les mots justes trouvés au bon moment sont déjà de l'action** ».

Car pour passer d'un projet à une réalité il faut bien entendu de l'action, mais l'action n'est pas et ne peut en aucun cas être première !

Avant toute action il faut construire une vision, envisager des buts à atteindre, élaborer une foultitude d'objectifs, les ordonnancer. Il faut aussi anticiper des préalables, calculer des délais de mise en œuvre, déterminer les compétences qui seront nécessaires à l'action. Ces compétences n'étant pas toujours à disposition au sein de l'établissement, il faut permettre à certains de les acquérir ou recruter des acteurs extérieurs qui pourront les apporter au bénéfice du projet commun.

Plus important encore, pour passer d'un projet à une réalité, il faut rassembler. Rassembler les femmes et les hommes qui seront appelés à passer à l'action.

Car seul on va peut-être plus vite, mais ensemble on va beaucoup plus loin !

C'est pourquoi, prenant appui sur le Projet Médical de l'établissement récemment validé, nous avons consulté largement, interrogé, écouté et proposé des pistes d'évolution à construire par les paramédicaux de notre hôpital.

Nous avons ensuite transcrit le plus fidèlement possible ce que pourrait être cette déclinaison paramédicale des engagements pris, pour les cinq années à venir, par la communauté médicale du Centre Hospitalier le Vinatier.

Axe I - Développer et prioriser les soins paramédicaux et mieux les adapter aux patients

Objectif 1 : Améliorer la synergie du travail en équipe

Plusieurs axes de travail sont envisagés par la Direction des Soins pour améliorer la synergie du travail en équipe et la communication des informations relatives au patient.

- Garantir la fiabilité et l'actualisation des informations dans Cortexte (Axe II Objectif 5, page 15)
- Améliorer la synergie du travail en équipe de manière structurelle comme autour du cas de chaque patient
- Optimiser les temps de transmission inter équipe
- Optimiser l'efficacité des réunions inter équipes, que celles-ci soient centrées sur un patient ou sur l'organisation des soins.

Le rôle du cadre de santé dans la gestion qualitative (traçabilité, coordination du parcours de soins) et le pilotage de ces réunions conjointes avec le médecin responsable d'unité est fondamental.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Optimiser les temps de transmission inter équipe	Temps dévolu aux transmissions	2020	Résultats audit observationnel
Optimiser l'efficacité des réunions inter équipes centrées sur un patient.	Traçabilité des informations	2021	Recensement du nombre de synthèses inter équipes réalisées autour du cas de chaque patient
Optimiser l'efficacité des réunions inter équipes centrées sur l'organisation des soins.	1 par pôle	Annuelle	Traçabilité des améliorations organisationnelles consacrée à la montée en efficacité des articulations inter équipes

Objectif 2 : Participer à la mise en place d'une plateforme d'accès aux soins et de relations avec les partenaires

La Direction des Soins s'engage dans une participation active pour la mise en place de cette plateforme notamment en rédigeant les profils de postes correspondants puis en formant les IDE amenés à exercer au sein de ce nouveau dispositif.

Les IDE pourront ainsi :

- Participer, en liaison permanente avec le Bureau de Coordination à la bonne orientation des patients, en extra hospitalier comme en intra.

- Connaître les réseaux interprofessionnels et informer nos partenaires, les aidants et les patients.
- Prendre les rendez-vous avec les professionnels concernés en fonction de l'urgence de la situation, de la sectorisation de l'appelant et des besoins de celui-ci
- Réorienter si besoin la demande sur d'autres institutions ou organismes (par exemple ☎ 3977- lutte contre la maltraitance des personnes âgées, ☎ 119 - pour les cas de maltraitance aux mineurs, ☎ 3919 - violences faites aux femmes...)
- Déclencher éventuellement le recours aux services d'urgences (15/18/112)

Objectif 3 : Développer des soins de réhabilitation accessibles dans tous les secteurs de l'offre de soins

Pour développer et mettre en place cette réponse soignante au sein de l'offre de soins, l'encadrement soignant prendra appui sur le travail des groupes institutionnels pluriprofessionnels issus du projet médical.

Objectif 4 : Prévenir, diminuer et limiter le recours à l'hospitalisation à temps plein

La Direction des Soins s'attachera à promouvoir une pensée et une organisation du "processus patient" tout au long du parcours de soins. Dans l'attente du développement du rôle et des missions des IPA (Axe III, Objectif 2, page 18), l'encadrement de santé est chargé d'assurer la dynamique du parcours de soins. D'ores et déjà un travail de positionnement de ces futurs IPA est engagé afin que leur rôle de coordonnateur de case-manager prenne toute sa dimension dès la sortie de futures promotions universitaires. Par ailleurs, chaque cadre de santé, en synergie avec les médecins et les équipes paramédicales qui assurent la prise en charge, travaillera dans le but de réduire la DMH.

Objectif 5 : Fluidifier la filière des urgences, les parcours de soins des patients et prévenir les ruptures

Renforcer et développer le rôle des équipes mobiles.

Prévenir la rupture de soins passe par un contact "en direct" avec le patient. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique veut promouvoir le rôle des équipes mobiles mais aussi celui du personnel des unités de soins ambulatoires vers un "aller-vers".

- Aller vers le lieu de vie du patient et actualiser l'outil important qu'est de la "visite à domicile"
- Développer les appels à domicile
- Aller vers les partenaires

Affirmer le rôle du Bureau de Coordination dans sa mission de bed-management.

Les cadres de santé du bureau de coordination sont la référence d'encadrement des équipes en l'absence des cadres de proximité, tous les jours de 17h à 9h, les samedis, dimanches et jours fériés.

Ils analysent les situations qui se présentent aux équipes et à eux. Contrairement à une simple équipe infirmière de régulation, ils prennent en conscience la décision d'encadrement qu'ils jugent devoir prendre, et dont ils acceptent d'être comptables, et demandent aux agents son exécution. Ils sont également en mesure de faire valider, à tout moment, leur décision par le Directeur de garde.

Les décisions ayant posé problème seront analysées au plus près de celles-ci. Les réponses apportées constitueront un guideline mis à jour régulièrement et à disposition de l'encadrement du BC.

Les décisions prises par l'encadrement du BC sont institutionnelles et immédiatement exécutoires. Elles doivent impérativement être suivies d'effets.

La Direction des soins sera garante de ce rôle décisionnel, pivot d'une organisation sécurisée et efficace de l'établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Respect des délais à l'UPRM	24h		
Respect des délais à l'UHTCD	72h	2020	Suivi des délais Indicateurs CHV
Respect des délais à l'UHCD	6 jours		

Objectif 6 : Développer, structurer et favoriser la prise en charge somatique de l'ensemble des patients de l'établissement

L'exercice quasi mono disciplinaire de la psychiatrie sur notre établissement a pour résultat une expertise dans le domaine mais a pour corollaire "normal" un abaissement des compétences relatives à l'exercice des soins somatiques. Outre le risque de non délivrance d'un soin de qualité, cela peut susciter chez les IDE un malaise professionnel par le fait "de ne plus savoir faire".

Les soins somatiques de haute technicité ou à risques (l'acte transfusionnel par exemple) sont réalisés exclusivement par le pôle MOPHA.

Outre les remises à niveau de l'AFGSU, l'institution propose donc une actualisation des gestes techniques comme la pose :

- D'une voie veineuse périphérique ;

- D'une sonde nasogastrique ;
- D'une sonde à demeure ;

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
AFGSU initiale	Ensemble des IDE et ASD	Annuelle	Nb d'agents formés
Recertification AFGSU	Ensemble des IDE et ASD concernés	Annuelle	
Actualisation des gestes techniques	Ensemble des IDE concernés	Annuelle	Nb d'agents formés
Stages par comparaison en interne ou en externe	Ensemble des IDE dont les besoins individuels sont repérés	Annuelle	

Par ailleurs, le repérage et la prise en soins de la douleur physique potentiellement ressentie par un patient est une priorité pour le personnel paramédical.

Objectif 7 : Développer et structurer des lignes de soins spécifiques

En cohérence avec le projet médical, le PSIRMT promeut un dispositif de formation / information afin de faciliter, pour les paramédicaux, les prises en charges spécifiques, selon l'appellation de la Haute Autorité de Santé (Axe III, Objectif 2 page 18)

Objectif 8 : Promouvoir le recours aux patients ressources et aux médiateurs de santé pairs

La Direction des soins s'engage dans une collaboration avec les médiateurs de santé pairs cherchant un véritable échange pour faire dialoguer les différentes compétences métier et expérientielles.

Les actions suivantes sont projetées :

- Le développement d'interventions de médiateurs de santé pairs dans des actions de formation du personnel soignant (la responsabilité infirmière par exemple)
- Le développement d'interventions de soignants dans des actions de formation à destination des médiateurs de santé pairs
- Une présence d'un pair aidant aux séances de la CSIRMT (Axe V, Objectif 1, page 25)

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Interventions de médiateurs de santé pairs dans des actions de formation du personnel soignant	Effectivité régulière de ces interventions	Annuelle	Nombre de formations
Interventions de soignants			

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
dans des actions de formation à destination des médiateurs de santé pairs			

Objectif 9 : Renforcer et développer le service d'Addictologie. Projet de déploiement des infirmières référentes en addictologie / ELSA

La corrélation entre troubles psychiatriques et pratiques addictives est à la fois fréquente et même prégnante notamment au plan pronostic, chacune des évolutions symptomatologiques ayant un effet péjoratif sur le devenir de l'autre. Dans le cadre de ses missions, l'Equipe de Liaison Spécialisée en Addictologie (ELSA) s'est engagée dans la création d'un réseau de référents en addictologie que la direction des Soins soutient pleinement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Renforcer le soin et le repérage précoce en addictologie	Un IDE référent addictologie par unité d'entrée	2020	Nb d'IDE référent formés
Tracer le dépistage précoce	80%	2021	Indicateurs nationaux (IQSS)

Objectif 10 : Participer au dispositif de prise en charge des victimes de psychotraumatisme

L'établissement est déjà largement engagé en ce sujet par l'intermédiaire de la CUMP. Les contacts sont nombreux et directs avec le siège de celle-ci, la formation et les interventions des paramédicaux sont facilitées. Un travail d'optimisation de la collaboration des paramédicaux du CH Le Vinatier (nombreux métiers concernés) sera mis en œuvre et évalué annuellement.

Par ailleurs, en partenariat avec les HCL, l'IHA Desgenettes, les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble et Saint Etienne, le Centre Hospitalier le Vinatier participera à la mise en place d'un dispositif régional de prise en charge des psychotraumatismes. La Direction des Soins et les personnels paramédicaux prendront toute leur part dans le développement de cette ligne de prise en soins spécifique.

Objectif 11 : Renforcer le travail et la recherche autour de la prévention et postvention du Suicide

Favoriser, dès la prise en charge aux urgences ou dès l'appel d'un patient ou d'un proche, le repérage d'une possible crise suicidaire est un élément essentiel de bonne pratique. Le programme de formation institutionnel existant sera développé. Des actions de postvention seront mise en œuvre en nombre dans les unités de soins et l'adressage

d'endeuillés au Centre de Prévention du Suicide doit devenir une pratique courante des équipes de soins. Ce centre expert dans l'établissement doit être soutenu activement et la Direction des Soins œuvrera notamment dans le développement des formations, pour permettre une synergie médico infirmière plus efficiente.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Former au repérage de la crise suicidaire	60	Annuelle	Nb de soignants formés

Objectif 12 : Consolider la prise en charge des “malades difficiles”

Le projet médical prévoit dans son axe I Objectif 6 de consolider la prise en charge des malades difficiles en lien avec l'USIP et l'UMD, afin notamment de promouvoir une meilleure prise en charge des épisodes de violence.

Dans son axe II, Objectif 4 des réunions de concertation pluridisciplinaire sur les cas complexes sont attendues. La Direction des Soins participera activement à cette mise en œuvre.

Au niveau institutionnel, certaines situations sont évoquées par le biais de saisine du conseil d'éthique dans lequel siègent des soignants. La participation de ceux-ci dans les RCP tombe sous le sens.

D'autre part, concernant la gestion de potentiels accès de violence au décours de la prise en charge d'un patient, le rôle soignant est premier. Les personnels paramédicaux doivent être régulièrement formés, pour protéger les personnes soignées, se protéger eux-mêmes et conserver leur rôle clinique en ces difficiles moments. Il faudra également compter à l'avenir sur la participation des IPA, leur vision clinique et diagnostic sur ces phénomènes inhérents aux soins, et leur capacité à debreafer les équipes après un événement violent.

Le développement de la formation RaisoΨ, initiée par les Direction des Soins, est un objectif fort à promouvoir sur l'ensemble de l'institution durant les années à venir.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Participation au RCP des cas complexes	Participation régulière de soignants	Annuelle	Taux de présence des soignants à chaque session
Participation aux groupes de travail sur la gestion de la violence			
Participations aux séances de formation		Pluriannuelle	Taux de personnes formées

Axe II - Renforcer et déployer dans les soins paramédicaux une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques

La qualité du soin infirmier est un sujet vaste et complexe qui ne peut être isolé de l'ensemble, encore plus vaste, auquel il appartient : celui de la pratique soignante pluriprofessionnelle.

Nous ne reviendrons pas sur la définition de la qualité des soins, précisée dans le projet médical d'établissement. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico technique (PSIRMT) partage les mêmes valeurs et les mêmes références.

La dernière itération de la politique Qualité et Gestion des Risques de l'établissement ; QualiPsy III (2018-2022) a l'opportunité d'intégrer en partie, et pour la première fois, non seulement le projet médical de l'établissement mais aussi le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico technique. Non pas que les précédents projets aient négligé les objectifs "qualité et sécurité des soins", mais ils seront ici déclinés comme prenant appui sur les objectifs médicaux et en prise directe avec ceux-ci.

Si pour les médecins la question de la qualité concerne le diagnostic, la prescription, l'information du patient, il appartient en grande partie aux paramédicaux de "mettre en œuvre" ces prescriptions tout en optimisant la prise en soins pour ce qui relève de leurs rôles propres. Ceci nécessite d'activer des connaissances "métier" et de développer en continu ses compétences.

Une nécessité commune d'évaluation des pratiques et d'amélioration continue du travail en équipe est également indispensable.

Objectif 1 : Accentuer la dynamique qualité-gestion des risques et poursuivre son déploiement au sein des Pôles

Plusieurs travaux et la pratique mettent en avant le binôme cadre et médecin responsable d'unité de soins comme socle de l'organisation des pratiques et de la cohérence dans les soins. Il ne saurait en être différent dans le management de la qualité et de la sécurité des soins.

La déclinaison de la politique qualité, amorcée par le projet de cartographie des risques et portée par des équipes pluri professionnelles, nécessite un temps de travail dédié et repéré comme tel. Il ne peut plus être, à l'heure du financement à la qualité, des nombreux indicateurs nationaux, question d'un "temps à la marge". Le pilotage "sur le terrain" de la qualité doit être intégré et consubstantiel des missions dédiées à ce binôme. Mais surtout, chaque pôle doit identifier un référent paramédical "Qualité et sécurité des soins" bénéficiant d'un temps dédié. Ces référents seront régulièrement

réunis par le responsable du Département Qualité et Sécurité des Soins afin de travailler à la cohérence concrète de la politique qualité de l'établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Politique qualité et gestion des risques	Un référent paramédical "qualité et sécurité des soins" par pôle avec un temps dédié	2020	Paramédicaux référents avec temps dédié
	Un membre de la CSIRMT dans chaque instance et groupe de travail "Qualité"	2019	Taux de présence dans les réunions
Analyse collective des évènements indésirables	Participation du plus grand nombre aux analyses collectives (CREX, patients traceurs ou cartographie des risques patients)	2023	Nb de participations
	Traçabilité des actions réalisées suite aux déclarations d'EI	2020	Taux de fiche action intégrées dans BlueKanGo
Sécuriser la prise en charge du patient en s'assurant de son identité	Mise en place d'actions d'améliorations pour assurer l'identitovigilance tout le long du parcours de soins	2023	Suivi par la Cellule d'IdentitoVigilance

Par ailleurs, un patient en soins, qu'il soit hospitalisé sous contrainte ou non, est placé sous la responsabilité de l'hôpital. La première des sécurités à lui apporter, tout en respectant le droit d'aller et venir, et de garantir durant le temps du soin, la pérennité de son séjour hospitalier.

C'est pourquoi l'encadrement et les personnels soignants seront extrêmement vigilants à prévenir tout risque de Soustraction aux Soins (SAS). Le Projet Médical stipule la nécessité d'une réflexion sur les SAS et prévoit la nécessité d'en réduire le nombre. La direction des soins et les personnels paramédicaux œuvreront activement en ce sens.

Enfin, un travail sur une optimisation de l'articulation des soins prodigués aux patients le jour versus les soins prodigués par les équipes paramédicales exerçant de nuit sera entamé. Garantir la plus parfaite rigueur dans la transmission des informations relatives aux soins, promouvoir une bonne connaissance chez les soignants des pratiques inhérentes aux soins fournis le jour, mais aussi la nuit, aux patients qui nous sont confiés est un gage de sécurité et de qualité globale de la prise en charge.

Objectif 2 : Garantir le respect des droits du patient, acteur de son projet de soins et décideur de son projet de vie. Promouvoir la bientraitance et la liberté d'aller et venir

Le respect des droits fondamentaux, dont la liberté d'aller et venir, ne doit pas seulement s'entendre au sens règlementaire ou normatif, mais aussi dans la recherche d'une

conciliation entre le respect de la dignité et de l'intimité des patients, leur capacité à décider par et pour eux-mêmes et la sécurité des patients et du personnel.

Une des garanties d'un soin de qualité passe par ce respect des valeurs soignantes "princeps".

Améliorer la prise en charge de l'isolement et de la contention.

Les travaux de la commission interne sur l'isolement et la contention doivent être poursuivis en incluant un travail sur la désescalade, le debriefing après isolement/contention, la prise en compte du ressenti des patients, la maîtrise des durées. Un objectif de réduction tous les ans des durées, différencié par lieux d'isolement (ESPI, CA, SA), sera mis en place. Une réflexion sur la comptabilisation des mesures évitées et écourtées (désescalades réussies) sera également menée.

Des liens avec la formation institutionnelle « RaisoΨ » et les prises en charge en Isolement/ Contention sont à promouvoir.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Mettre en œuvre les techniques de désescalades	Traçabilité des actions dans les dossiers	Annuelle	% patients ayant évité un acte de contention et/ou d'isolement
	Renforcer la notion du "travail en équipe" au bénéfice de la "contenance soignante"	2022	Programme PACTE ¹ Programme START ²
Eviter les accidents du travail lors des actes de contention/isolement	Former le personnel à la gestion de la violence (RAISOPSY)	Annuelle	Nb de personnel ayant suivi la formation de mise en contention et/ou d'isolement
	Formation du personnel à la mise en ESPI et à la contention par technique de simulation en santé (Never the first time on the patient)		
Améliorer la traçabilité de la surveillance infirmière	Traçabilité de l'évaluation dans les dossiers	Annuelle	Indicateurs nationaux (IQSS)
Mettre en œuvre le debriefing post	Formation du personnel	Annuelle	Nb de personnel ayant suivi la formation

¹ PACTE : Programme d'amélioration Continue du Travail en Equipe

² START : Short-Term Assessment Risk and Treatability (échelle d'évaluation de la dangerosité)

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
isolement			

Promouvoir la bientraitance, le respect de la dignité et de l'intimité des patients au sein des unités de soins.

Si l'on s'en réfère à la définition donnée par la Haute Autorité de Santé, la bientraitance est « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins tout en prévenant la maltraitance ».

Travailler sur la bientraitance, c'est surtout s'interroger sur ses pratiques au quotidien dans les domaines aussi divers que les soins d'hygiène, la prise en charge de la douleur ou l'information du patient et de son entourage.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Réaliser un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance	Toutes les unités de soins	2021	Nb d'unité ayant réalisé un état des lieux et un plan d'action
Mettre à jour les règles de vie des unités	Toutes les unités de soins	2021	Nb d'unité ayant publié ses règles de vie après validation en SCPS
Mettre en œuvre la traçabilité de la douleur	Traçabilité de l'évaluation dans les dossiers	Annuelle	Indicateurs nationaux (IQSS)
Se former à la prise en charge de la douleur en psychiatrie et ses spécificités	Formation du personnel	Annuelle	Nb de personnel ayant suivi la formation à la prise en charge de la douleur
Evaluer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Toutes les unités de soins	2022	Résultat de l'audit de pratiques

Objectif 3 : Evaluer les pratiques professionnelles

L'ensemble des professionnels de santé est appelé à conduire des démarches d'évaluation de leurs pratiques. Par ailleurs tout professionnel devrait valider une

obligation de DPC triennale articulant une formation de type cognitif à une évaluation de pratiques.

Le plus souvent ces EPP sont menées de manière transversale et pluri professionnelle. Rien n’empêche pour autant de développer des évaluations mono-professionnelles sur des pratiques relevant du rôle propre.

Paradoxalement, les priorités managériales des cadres de santé ne promeuvent que peu les démarches d’évaluation. Or l’impact, sur le fonctionnement des secteurs d’activité et la capacité des soignants à remplir leurs missions auprès des patients est non négligeable. Ces pratiques doivent donc s’intégrer dans le quotidien, par le biais de plusieurs méthodes simples et peu contraignantes pouvant être utilisées (groupe de pairs, Staff EPP des équipes hospitalières...).

Parallèlement, il y a nécessité de développer pour l’encadrement des groupes réguliers d’analyse des pratiques managériales.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Augmenter le nombre d’évaluation de pratiques professionnelles managériales	Au moins une par an et par pôle	Annuelle	Nombre de fiches EPP finalisée
Développer des groupes interpolaires d’analyse des pratiques managériales	Six à huit séances	Annuelle	Nombre de cadres de santé participants
Augmenter le nombre d’évaluation de pratiques professionnelles paramédicales	Au moins une par an et par pôle	Annuelle	Nombre de fiches EPP finalisée

Objectif 4 : Être acteur de la sécurisation du circuit du médicament

La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l’utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge en établissement. Les infirmiers sont plus particulièrement chargés des étapes de stockage, d’administration, de surveillance des effets attendus et secondaires et d’information du patient.

Dernière “barrière” avant l’erreur médicamenteuse, le personnel infirmier se doit d’être un acteur investi dans la sécurisation du circuit du médicament et régulièrement formé en ce sens.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Sécurisation du circuit du médicament	Lutte contre les interruptions de tâches	2021	Analyse des fiches REMED
Suivi des erreurs médicamenteuses	Traçabilité des actions suites aux déclarations d'EM	2020	Nb de fiches REMED intégrées dans BlueKanGo
Formation à la iatrogénie et à la prévention des erreurs médicamenteuses	Formations institutionnelles	2023	Nb d'infirmiers formés
Prendre en compte le coût de la non qualité	Gestion des commandes	Annuelle	Nb d'interventions du pharmacien d'astreintes Taux de retour suite à commandes indues
Assurer l'administration médicamenteuse et sa validation	Taux de traçabilité de l'administration	Annuelle	Indicateurs CAQES
Assurer la traçabilité des péremptions	Traçabilité des vérifications	Mensuelle	Traçabilité

Objectif 5 : Améliorer la tenue du dossier patient

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé.

C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ; il reflète la valeur ajoutée de l'intervention des professionnels de santé à la restauration, la protection ou l'amélioration de la santé du patient qui nous a été confié.

Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins et de la sécurité du patient tout au long de sa prise en charge, en intra comme en extrahospitalier.

La Direction des Soins œuvrera à ce que le DPI soit mieux investi par les paramédicaux et diligentera, en lien avec le DQSH, les contrôles nécessaires, afin de garantir un haut niveau d'exigence en ce domaine.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Actualisation des données personnelles du patient	100%	Lors de chaque hospitalisation	Indicateurs CHV
<ul style="list-style-type: none"> • Données personnelles • Personne à prévenir 			

- Médecin traitant
- Notion de protection du majeur
- Données sociales

Observation paramédicale quotidienne pour chaque patient en hospitalisation temps plein, tracée dans Cortexte	100%	Lors de chaque hospitalisation	Etudes aléatoires de dossiers (minimum 3 observations hebdomadaire)
Traçabilité du poids des patients	100%	2020	Indicateurs CHV
Utilisation des check-lists d'entrée et de sortie	100%	2020	Indicateurs CHV
Systématisation des patients traceurs	Deux par unité et par an	2020	Indicateurs CHV

Objectif 6 : Prévenir le risque infectieux

L'établissement maintient, malgré son activité essentiellement psychiatrique, une gestion du risque infectieux et une politique "hygiène" qui met l'usager au centre des préoccupations assurant sa sécurité au sein des locaux, dans l'environnement hospitalier et durant les soins. Cette démarche est permanente et promeut la qualité en hygiène hospitalière sur l'ensemble des structures de soins intra comme extra hospitalières ainsi qu'au sein du secteur Médico-Social intégré à notre établissement.

Cette démarche s'appuie non seulement sur l'hygiène hospitalière, au sens de la "lutte contre les infections nosocomiales" mais aussi, sur le nettoyage des locaux, le respect des règles d'hygiène et de nettoyage dans les offices alimentaires et les salles de soins, le tri des DASRI ou des déchets assimilés "ordures ménagères". Nous savons que les marges de progrès au sein de l'établissement sont importantes dans ce domaine.

Citons en exemple le port de la tenue de travail. En milieu hospitalier, elle a pour but de remplacer la tenue de ville afin de limiter les risques infectieux liés à la transmission des micro-organismes. Elle protège tout à la fois le patient, son entourage, les professionnels de santé et leurs familles. Le port d'une tenue professionnelle complète doit être une exigence absolue auprès des patients hospitalisés.

Durant la période de mise en acte du présent PSIRMT, la Direction des Soins se dotera d'un dispositif optimisé de formation des paramédicaux et des ASH aux règles de bonnes pratiques relatives à l'hygiène hospitalière.

Elle mettra également en place une politique de contrôles aléatoires régulière et sanctionnera tous les écarts à la norme. Il est impératif, pour la Direction des Soins, que le respect des normes d'hygiène hospitalière atteigne un haut niveau de conformité.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Formation	Formations institutionnelles	Annuelle	Nb de personnels formés
Port des tenues professionnelles et respect des bonnes pratiques	100%	2022	
Propreté et organisation des offices alimentaires	80%	2020	
Propreté et organisation des salles de soins	80%	2020	Taux de conformité aux audits
Tri des Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)	80%	2022	
Renforcer les contrôles de traçabilité obligatoires	100%	2020	

Axe III - Soutenir les missions d'accompagnement de formation et d'adaptation à l'emploi pour les personnels paramédicaux et promouvoir la recherche en soins

Objectif 1 : Gérer les ressources humaines

Disposer d'un personnel paramédical efficace et compétent débute par la qualité et la professionnalisation du recrutement. La Direction des Soins, de fait, assume la responsabilité et l'organisation des dits recrutements pour les personnels qui lui sont référencés.

Elle veillera également, impératif d'un management humain, à favoriser le retour ou le maintien dans l'emploi en accompagnant les agents (aide à la mobilité), notamment par le biais de l'instance institutionnelle ad hoc (CAPRO).

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Veiller à l'adaptation des recrutements aux attendus institutionnels et aux demandes polaires	90%	2020	Analyse des questionnaires annuels aux trios de pôle
Poursuivre la politique de promotion professionnelle	20% des demandes satisfaites	2022	Nombre d'agents bénéficiant d'études promotionnelles
Analyser les causes de départs et de demandes de changements lors des MIP	100%	2021	Analyse de questionnaires sur un échantillonnage

Objectif 2 : Former les professionnels

Faire émerger le nouveau métier « d'Infirmier en Pratique Avancée » et assurer son juste positionnement dans l'organisation et le suivi des parcours de soins.

Outre l'accompagnement promotionnel déjà procédé, conduisant au métier de cadre de santé, un nouvel axe d'évolution sera soutenu : l'évolution vers le métier d'IPA.

Après une première expérimentation en 2019, la Direction des Soins mettra en œuvre un processus de sélection institutionnel permettant de promouvoir le métier d'IPA et d'assurer le juste positionnement de cette nouvelle compétence au service d'une optimisation de la qualité des soins délivrés. Le métier d'IPA devra, à terme, se coordonner avec celui de cadre de santé, afin de promouvoir une meilleure efficacité des parcours de soins.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Favoriser l'accès au métier d'Infirmier en Pratique Avancée	3 à 5% de la population IDE / cadre de santé	2024	Nombre d'IPA formés

Consolider les compétences des paramédicaux dans les prises en charge des patients en psychiatrie.

Depuis la création de la discipline, les soins en santé mentale progressent, certes moins rapidement et moins spectaculairement que dans certains domaines somatiques, mais l'évolution est réelle. En quelques années, des changements majeurs sur la façon de prendre en charge les patients sont apparus. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique doit pouvoir accompagner les paramédicaux dans ces modifications de pratiques en développant une offre de formation leur permettant de s'adapter aux évolutions les plus récentes des pratiques cliniques en psychiatrie. Il s'agit d'un enjeu fondamental de conformité aux données actuelles de la science.

Le nombre de personnels bénéficiant de ces formations sera utilisé comme indicateur quantitatif. Un indicateur d'impact pourra être envisagé dans un second temps mais on sait que ce type de mesure est délicat à mettre en place. La Direction des Soins s'activera néanmoins à la tâche.

La cible sera dans un premier temps (2020) les nouveaux arrivants puis une extension progressive à l'ensemble du personnel pourra être envisagée ultérieurement.

Plusieurs thématiques seront abordées :

- Les pathologies prévalentes et la pharmacologie afférente à celles-ci ;
- Les nouveaux dispositifs et outils thérapeutiques de la réhabilitation psychosociale ;
- La participation des patients et de leurs proches ;
- Le case management ;
- L'éducation thérapeutique en direction des patients ;
- L'accompagnement des familles en psychiatrie ;
- Les maladies rares et le neurodéveloppement ;
- La neuromodulation en psychiatrie ;
- Le handicap intellectuel chez l'adulte ;
- L'accès et la continuité des soins dans l'interface avec les médecins généralistes.

La direction des soins veillera également à poursuivre la mise en œuvre du DPC (Développement Professionnel Continu) pour valoriser une clinique soignante en psychiatrie en cohérence avec les données actuelles de la science et garantir d’une part la professionnalisation des soignants, d’autre part le maintien de leur employabilité.

La prise en charge somatique des patients ne sera pas négligée, avec une montée en compétences des équipes du pôle MOPHA, mais aussi par le biais d’une actualisation régulière des compétences nécessaires à la mise en œuvre des soins somatiques courants pour l’ensemble des IDE.

Enfin l’établissement développera une formation au sein de chaque pôle, relative à “l’entretien de première évaluation clinique par des infirmiers” afin que celui-ci soit conforme aux standards actuels et mis en œuvre de manière uniforme sur l’ensemble de l’établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Formation adaptée à l’emploi pour les nouveaux arrivants	100%	2020 pour les IDE 2021 pour les cadres et autres professionnels	Nombre de professionnels formés
Formation aux habilités sociales	50% des IDE	2024	Nombre d’IDE formés
Renforcer les actions de formation sur l’éducation du patient à la santé	50% des IDE et des ASD	2024	Nombre d’IDE et ASD formés
Formation au case management	30% des IDE	2024	Nombre d’IDE formés

Le travail de nuit

Le projet est d’initier, dès 2020, pour tous les professionnels soignants exerçant leur activité la nuit, (IDE et ASD), une commission de travail afin d’envisager la réintégration ponctuelle de jour, dans l’unité à laquelle ils sont référencés (périodicité et durée à envisager par la commission).

Les objectifs de cette inclusion périodique dans les activités soignantes de jour sont :

- La connaissance de l’équipe pluriprofessionnelle de jour, au sens large (médecins, AS, psychologue…) et une inclusion plus forte dans l’unité de soins ;
- Une meilleure connaissance du projet de soins de l’unité ;
- La réactualisation des connaissances à des pratiques de soins inusitées la nuit ;

- La recherche d'un meilleur équilibre dans les charges de travail soignant entre l'exercice de nuit et l'exercice de jour.

Former les professionnels aux prises en charges spécifiques.

La prise en charge de patients appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation des organisations définies.

Ainsi, certaines spécificités de la prise en charge des patients âgés doivent être prises en compte : la polypathologie et la polymédication qui augmentent le risque iatrogénique, la dépression du sujet âgé, dont le repérage n'est pas toujours aisé ...

De même, la prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents nécessite avant tout que les professionnels, et tous les intervenants, soient formés aux spécificités de ce type de prises en charge des enfants (accueils aux modalités spécifiques, information, relation triangulaire parent-enfant-soignant...).

Enfin, on peut citer également comme population spécifique les patients en soins sous contraintes et/ou les majeurs protégés.

La direction des soins favorisera des formations communes usagers/soignants autour de la prise en charge de ces populations spécifiques et/ou autour de thématiques soignantes.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Responsabilité des IDE et droits des patients	80%	2021	Nombre d'IDE formés
Prise en charge des adolescents	10% des cadres de santé, IPA, IDE et ASD	Annuelle	Nombre d'agents sensibilisés
Prise en charge des majeurs protégés			
Patients pris en charge en Soins sans consentement			
Prise en charge des patients âgés			
Prise en charges des patients souffrant de troubles addictifs			
Prise en charge des personnes handicapées			

Objectif 3 : Développer la recherche paramédicale

Le CH le Vinatier, établissement hospitalier régional de référence, regroupe un grand nombre des universitaires de psychiatrie / addictologie de la région Auvergne Rhône Alpes.

La CSIRMT, depuis de nombreuses années, a cherché à favoriser la recherche paramédicale, avec un groupe de travail dédié. Cependant à l'interface EPP, DPC et recherche, ce groupe n'a pas pu impulser une dynamique institutionnelle suffisante sur ce sujet qui reste complexe à appréhender.

Pourtant, des initiatives individuelles ont pu donner le jour à des projets de Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

En 2018, sept lettres d'intention ont été retenues par le ministère de la santé parmi lesquelles le projet **SCOLA** (Efficacité sur la sévérité de l'autisme à long terme, chez des enfants atteints de trouble du spectre autistique) d'une prise en charge initiée précocement avec le modèle de Denver" et le projet **TIPI** (Conception et évaluation pilote de la pertinence d'un Test des Inférences Pragmatiques informatisé pour l'évaluation des patients avec Troubles du Spectre Autistique âgés de 8 à 12 ans).

Favoriser l'accès à la recherche paramédicale est un axe important du PSIRMT autant pour l'avenir de nos professions que pour le devenir de l'établissement. L'évolution de l'offre de soins et sa mise à niveau (médecine des preuves) devra potentialiser un développement concomitant de la recherche en "équipe soignante" sur l'établissement.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Sensibilisation à la recherche paramédicale par le CSR	10 IDE par pôle	Annuelle	Nb de personnels sensibilisés
Favoriser la recherche paramédicale	3 projets	Annuelle	Nb de projets présentés au CSR
Projets de recherche paramédicaux	2 projets	Annuelle	Nombre de projets validés

Axe IV - Développer, améliorer et articuler les interrelations du CH le Vinatier avec son environnement au profit des soins offerts aux patients et de l'évolution des compétences des personnels paramédicaux

Objectif 1 : Avec les autres acteurs du soin en psychiatrie et en santé mentale du département et de la région

Développer et structurer des partenariats au sein de la Communauté Psychiatrique de Territoire, et plus largement entre établissements hospitaliers de la région ARA.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Créer et formaliser des liens entre les CSIRMT de la CPT	1	Annuelle	Nombre de séances communes des CSIRMT
Développer les stages "par comparaison" ou "stages croisés" inter établissements au sein de la CPT	2	2021	Nombre de stages croisés inter établissement

Développer et structurer un partenariat avec la médecine de ville intégrant des personnels paramédicaux.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Proposition d'interventions infirmières en cabinet de ville pour certains patients (sur le modèle psymobile)	50	2024	Nombre d'interventions
Invitation d'infirmières libérales à des événements institutionnels	1	Annuelle	Nombre de participations
Développer un réseau « médecine de ville » à partir des professionnels infirmiers exerçant sur la plateforme d'accueil et d'orientation au sein de l'offre de soins	Création du réseau	2022	Audit de réseau

Objectif 2 : Développer et structurer un partenariat avec la cité

Développer au niveau du personnel paramédical les liens sanitaires et sociaux externes.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
---------	-------	----------	---------------------

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Promouvoir et optimiser la participation des IDE au sein des différents CLSM	Présence régulière pour chaque CLSM	Annuelle	Participations infirmières effectives au sein des CLSM
Développer des stages « sanitaires / médico-social » pour les personnels soignants du Vinatier	30 stages	Annuelle	Nombre de stages réalisés par des paramédicaux au sein de structures médico-sociales

Objectif 3 : Développer et renforcer une politique de communication de la direction des soins dans le but d'une plus grande lisibilité de l'offre de soins

La lisibilité de l'offre de soins facilite l'accès à ceux-ci et est donc constitutive d'une bonne qualité des soins. La Direction des Soins participera activement à toutes les actions et dispositifs institutionnels destinés à optimiser l'accès à l'offre de soins (exemple : plateforme d'accueil et d'orientation intégrée à l'offre de soins).

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Communication externe	Organiser des journées soignantes sanitaires à destination du réseau médicosocial	2021	Nb de journées Nb de participants
	Actions de prévention soignante en entreprise ou autres institutions non sanitaires, (exemple : infirmières référente addictologie et population lycéenne)	2022	Nb d'interventions
Communication interne et externe	Journal régulier de la CSIRMT (diffusion interne, diffusion externe)	2019	Nb d'éditions
Communication interne	Rédaction de fiches métiers et de guides opératoires et de bonnes pratiques (communication interne)	2019	Nb d'éditions
	Communiquer sur la politique de mobilité et les perspectives d'évolution professionnelle	2019	Nb d'éditions

Axe V - Promouvoir la participation des patients et de leurs proches

Objectif 1 : Améliorer l'information du patient

L'information du patient est une exigence qui concerne également, au premier chef, les personnels paramédicaux. La Direction des Soins œuvrera en ce domaine afin que les personnels soignants soient les promoteurs de la meilleure information possible délivrée au patient.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Traçabilité de l'information sur la personne de confiance	80%	2020	Indicateurs CHV "Quick audit"
Invitation permanente lors des séances de la CSIRMT d'une personne représentant l'expérience patient (médiateurs aidants pairs)	100%	Annuelle	Participation d'un médiateur aidant pair aux séances de la CSIRMT

Objectif 2 : Améliorer l'analyse de la satisfaction des usagers

Améliorer la qualité des soins délivrés nécessite d'analyser l'impact des activités. La Direction des Soins multipliera donc les dispositifs d'enquêtes et d'évaluation, dans le but d'optimiser la qualité des prestations de soins fournis.

Domaine	Cible	Echéance	Indicateur de suivi
Questionnaires de sortie	30% de la FA de chaque UF intra hospitalières	2022	Taux de retour des unités concernées
Recueil de l'avis des proches : Questionnaire élaboré en DS/ CDU/DQSH unités adultes à analyser au sein de chaque pôle	30% de la FA de chaque UF intra hospitalières	2021	Nombre de questionnaires reçus et analysés
Recueil de l'avis des familles en pédopsychiatrie	100%	2020	Nombre de questionnaires reçus et analysés

Axe VI - Optimiser la coordination de la participation des personnels placés sous la responsabilité de la Direction des Soins et n'appartenant pas aux métiers quantitativement majoritaires (CDS, IDE et ASD)

Un CSS en poste à la direction des soins sera en responsabilité du suivi de l'ensemble de ces professionnels. Il sera au quotidien leur interlocuteur privilégié.

Hormis les cadres et cadres supérieurs de santé, les infirmiers et les aides-soignants, la Direction des Soins coordonne en effet l'activité de nombreux autres professionnels. Le personnel de rééducation qui comprend ergothérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens et podologue et le personnel médicotechnique (préparateurs en pharmacie et manipulateur radio). Elle assume également le suivi des personnels sociaux (assistant(e)s social(e)s) et des personnels éducatifs (cadres socio éducatifs, éducateurs spécialisés, AMP, Moniteurs éducateurs.)

Une majorité de ces métiers trouve sa représentation dans la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques.

Concernant les personnels sociaux et "éducatifs" qui dépendent donc également de la Direction des Soins, les textes règlementaires n'englobent pas ceux-ci dans la CSIRMT. Ils ne peuvent donc siéger en cette instance.

Nonobstant, pour que les soins apportés aux patients soient des soins de qualité, la pluri professionnalité large est un impératif. C'est pourquoi la Direction de soins est à l'écoute des besoins spécifiques de chaque corps professionnel qui lui est rattaché hiérarchiquement, même si parfois, certains d'entre eux ne représentent qu'un faible nombre d'agents.

C'est un devoir pour la Direction des Soins d'œuvrer au suivi et à la promotion de chacun des professionnels qui lui sont confiés.

Personnels de rééducation, médicotechnique et éducatif.

L'intégration de ces métiers spécifiques dans ce projet est non seulement une évidence pour le Direction des Soins, mais une nécessité. Il faut considérer l'équipe comme un élément stratégique clé pour améliorer la sécurité du patient. L'équipe n'est pas une juxtaposition de professionnels compétents individuellement ou un mode de fonctionnement. L'équipe se constitue sur la base d'un projet partagé et d'un objectif clair où chacun et chaque compétence spécifique doit trouver sa place.

L'objectif est bien le rétablissement et l'inclusion des patients et chacun se doit d'y participer :

- Au quotidien et au plus proche des patients, chacun trouvera alors, dans les différents axes de ce projet, une adaptation "métier" aux axes définis ;
- Dans une activité soignante spécifique qui ne dédouane pas d'une qualité optimale d'accueil, d'information et de relation aux patients ;
- Dans une activité plus technique ou de support qui doit être intégrée au sein d'une prise en charge globale et coordonnée.

Agents des Services Hospitaliers (ASH).

L'importance de la propreté dans un établissement de soins n'est plus à démontrer :

- Pour des raisons d'hygiène hospitalière évidentes (lutte contre les infections nosocomiales par exemple). L'objectif 6 (gestion du risque infectieux) de l'axe II impacte fortement la responsabilité "ASH" et doit être maîtrisé par celles et ceux qui exercent cette profession.
- Pour des raisons de respect et de confort du patient, de qualité d'accueil et de bienveillance. Nous renvoyons ici à l'axe II où, dans le cadre d'une démarche qualité et gestion des risques, chaque membre de l'équipe, y compris les non soignants, doit être considéré comme acteur engagé dans la prise en charge.

Conclusion

« *Le meilleur moyen de prévoir le futur, c'est de le créer* » Peter DRUCKER.

Notre hôpital, comme c'est également le cas pour nombre de Centres Hospitaliers en France, est à l'aube de profondes mutations. Il est en devoir de s'adapter à l'évolution des contextes, à l'évolution de notre discipline, aux évolutions des attentes exprimées ainsi qu'aux besoins du public qu'il dessert.

Adapter notre offre de soins, faire preuve d'agilité, être capable de renforcer notre activité ambulatoire en la repensant en profondeur, refonder nos relations de travail avec le médico-social, avec les usagers et leurs aidants, réinventer nos liens avec la politique de la ville, optimiser notre leadership régional et universitaire sont quelques-uns des défis qui se présentent, d'ores et déjà, à nous.

Nous vivons actuellement une période charnière, période qu'il ne faut pas craindre mais qu'il faut vivre au contraire comme une opportunité formidable. La communauté médicale de notre hôpital a défini pour les cinq années à venir des axes d'évolution qui constituent une véritable refondation de notre offre de soins.

Les paramédicaux, qui font équipe au quotidien et depuis toujours avec les médecins, prendront part activement au succès de ces évolutions.

C'est pourquoi le PSIRMT a été élaboré avec le souci d'être une déclinaison paramédicale extrêmement fidèle du projet médical.

Le PSIRMT devra guider les personnels soignants et l'encadrement de santé, afin que ceux-ci œuvrent en cohérence avec la direction et la communauté médicale du Centre Hospitalier le Vinatier. Ainsi seulement nous serons en mesure d'offrir à la population une réponse de santé lisible, efficace et réellement adaptée à ses besoins.

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AFGSU	Attestation de formations aux gestes et soins d'urgences
AMP	Aide Médico-Psychologique
ARA	Auvergne Rhône Alpes
AS	Assistant Social
BC	Bureau de Coordination
CA	Chambre d'Apaisement
CAPRO	Commission d'Accompagnement Professionnel
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins
CDU	commission des usagers
CLSM	conseils locaux de santé mentale
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSR	Conseil Scientifique de la Recherche
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DMH	Durée Moyenne d'Hospitalisation
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DQSH	Département Qualité et Sécurité, Hygiène
DS	Direction des Soins
EI	Evènement Indésirable
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EM	Erreur Médicamenteuse
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESPI	Espace de Soins Psychiatriques intensifs
FA	File Active
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
MIP	Mobilité Inter Pôle
MOPHA	Médecine Odontologie et Pharmacie
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
RAISOPSY	Raisonnement Opérationnel Professionnels Soignants en Intervention
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés
SA	Salon d'Apaisement
SAS	Soustraction aux soins
SCPS	Sous-Commission Parcours de Soins
UF	Unité Fonctionnelle
UHCD	Unité d'Hospitalisation Courte Durée
UHTCD	Unité d'Hospitalisation Très Courte Durée
UMD	Unité pour Malades Difficiles
UPRM	Urgences Psychiatriques Rhône Métropole
USIP	Unité de Soins Intensifs Psychiatriques



LE PROJET **SOCIAL**



Introduction

Les enjeux du projet social du Vinatier

La circulaire du 3 juillet 2001 relative au projet social, devenu obligatoire dans les établissements publics de santé depuis la loi du 31 juillet 1991, précise que la vocation du projet social est :

« Au delà des orientations en matière de gestion des ressources humaines, de déterminer les actions concrètes de nature à moderniser les relations sociales, d'améliorer les conditions de travail et de favoriser la promotion professionnelle ».

Le projet social du Vinatier pour la période « 2019-2023 » doit donc conjuguer un double impératif :

- *Mobiliser les ressources et les compétences requises afin de permettre au Vinatier d'assurer ses missions et d'atteindre les objectifs fixés par le nouveau projet stratégique de l'établissement pour les 5 années à venir.*
- *De répondre aux aspirations des différents acteurs de l'hôpital afin d'assurer une motivation pérenne du personnel au service des usagers.*

La méthodologie d'élaboration retenue

La méthodologie a fait l'objet d'une présentation en Comité Technique d'Etablissement.

Le projet présenté a pris ses sources dans les premiers travaux issus de la concertation avec les organisations syndicales et les professionnels de l'établissement initiés par la Direction des Ressources Humaines depuis l'année 2016.

C'est le résultat d'un travail conjoint entre l'ensemble des Directions, le Service de Santé au travail, l'encadrement et une partie des organisations syndicales de notre établissement.

L'élaboration des différentes fiches actions est la synthèse de ces travaux et rencontres.

Les fiches actions laissent également la place à la constitution de groupes de travail dont la composition permettra d'associer les professionnels concernés ainsi que des agents volontaires, pour la mise en œuvre de ces actions ou orientations.

Le plan Handicap de l'établissement récemment élaboré vient enrichir notre projet. Il est la résultante de plus d'une année de travail entre les différentes Directions, l'encadrement, les organisations syndicales et des agents volontaires.

De par son ambition, ses objectifs ne sont pas retranscrits au sein des fiches actions et il constitue en tant que tel une annexe du projet social 2019-2023.

Le contenu d'une fiche action

Chaque Fiche-Action rappelle les objectifs poursuivis, la situation constatée au Vinatier sur la problématique en réflexion et décrit les principales actions à mettre en œuvre. Les ressources à mobiliser et les acteurs nécessaires à la mise en œuvre de ces actions sont également identifiés.

Suivi et évaluation

Il est proposé que la mise en œuvre du projet social fasse l'objet d'un point annuel en Comité Technique d'Etablissement.

Le sommaire suivant permet d'avoir une vision globale des ambitions de ce projet social.

Axe I - Développer une politique attractive de recrutement et de fidélisation du personnel

Le premier axe proposé dans le cadre de ce projet social s'attache à **promouvoir des actions dont l'objectif est de contribuer au développement d'une politique attractive de recrutement et de fidélisation du personnel du Vinatier.**

Ces actions ont pour objectif de répondre aux évolutions du marché du travail et aux attentes des jeunes diplômés.

Elles concernent l'ensemble des filières et des métiers:

- **Les métiers paramédicaux** d'une part, parce qu'ils demeurent le cœur du personnel du Vinatier. On notera d'ailleurs que la part qu'ils représentent dans les effectifs n'a cessé de croître depuis 10 ans. La démographie de certains corps professionnels reste inquiétante et nécessite des actions « offensives » de la part du Centre Hospitalier Le Vinatier pour maintenir et développer ses compétences.
- **Les métiers logistiques et administratifs** d'autre part, afin de répondre notamment au développement de l'expertise dans ces secteurs.

Objectif 1 : Développer l'attractivité de la politique de recrutement

ACTION A1 : Optimiser la gestion des stages et l'accueil des stagiaires sur l'ensemble des métiers

Objectif général : Développer une politique de recrutement et de fidélisation du personnel

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Renforcer la transmission des compétences et l'échange de pratiques professionnelles.

Faire de la période de stage un moyen de susciter des candidatures au recrutement.

Constat :

La gestion des stages IDE est historiquement bien structurée au Vinatier. Elle est pilotée par un Cadre Supérieur de Santé de la Direction des Soins.

La gestion des stages des autres métiers, notamment des filières administratives et techniques est moins avancée. L'offre de stages pour certains métiers est actuellement en voie de structuration (assistants sociaux, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, secrétaires médicaux) avec l'identification des référents.

La situation financière de l'établissement a conduit à la suspension des stages gratifiés en 2018 (hors crédits spécifiques recherche). Sous réserve d'un engagement de l'ARS, l'hôpital souhaite pouvoir à nouveau proposer des stages gratifiés à compter de 2020.

Description de l'Action à mener :

- Poursuivre la structuration de la gestion des stages dans l'établissement pour l'ensemble des métiers toutes filières confondues.
- Renforcer le partenariat avec les instituts de formation des différents métiers afin de faciliter l'organisation des stages.
- Identifier au sein de chaque pôle les référents « métier » et définir leurs missions dans le cadre de l'accueil des stagiaires.
- Valoriser et former les tuteurs de stages à l'accueil et l'encadrement de stagiaires.
- Structurer les interfaces entre la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins et les tuteurs de stages.
- Saisir l'ARS de la nécessité d'obtenir des engagements quant au financement de la gratification des stages

Indicateurs de Résultats :

- Nombre de terrains de stage offerts par métier et par pôle.
- Nombre de candidatures au recrutement après un stage dans l'établissement.
- Budget consacré à la rémunération des stages sous réserve de l'accord de l'ARS quant au financement des gratifications.

Ressources à mobiliser :

- Coordinateurs des stages pour la DRH et DS.
- Mobilisation des référents Métier

Calendrier de mise en œuvre de l'action : En cours de réalisation

Evaluation et suivi : Annuel via le rapport d'activité de la DS et de la DRH.

ACTION A2 : Mise en place d'un guichet unique d'accueil

Objectif général : Simplifier les démarches des agents à leur prise de fonction et lors de leur départ de l'établissement.

Constat :

La gestion de l'arrivée de nouveaux agents au sein de l'établissement était scindée entre plusieurs services sans réelle lisibilité. Il en est de même des démarches à effectuer pour un agent quittant l'hôpital.

Afin de simplifier le circuit, un guichet unique d'accueil rattaché à la Direction des Ressources Humaines a été créé à titre expérimental en 2017. Le premier bilan très positif tend à étendre son périmètre de manière formalisée et à s'interroger sur la possibilité de gérer sur le même schéma les départs de l'établissement.

Description de l'Action :

- Evaluer le fonctionnement du guichet unique après deux années de fonctionnement.
- Réinterroger les modalités de continuité de ce service
- Réflexion sur le périmètre du guichet et son éventuelle extension (gestion des clés, des stagiaires, lien avec la lingerie...)
- Envisager le développement d'une procédure de sortie sur le même schéma

Ressources à mobiliser :

- Direction des Ressources Humaines / Direction des Soins
- Direction des services logistiques, travaux, informatiques

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

- Bilan de l'existant et réflexion sur le périmètre du guichet d'accueil : dernier trimestre 2019
- Gestion continue du guichet unique : dernier trimestre 2019
- Expérimentation de la procédure d'accueil étendue : Deuxième semestre 2020.
- Travaux sur une procédure de sortie des agents : 2020
- Mise en place éventuelle « du guichet unique de sortie » 2021

Evaluation et suivi : Evaluation annuelle dans le cadre du Bilan d'activité de la DRH

ACTION A3 : Organiser puis développer l'accueil de volontaires du service civique

Objectif général : Développer une offre de missions de service civique

Constat :

L'engagement de service civique offre la possibilité à tout jeune, sans conditions de diplôme, entre 16 et 25 ans (30 ans pour les personnes en situation de handicap) de se mettre au service des autres en réalisant une mission d'intérêt général de 6 à 12 mois.

En cohérence avec les objectifs ministériels de développement de la cohésion nationale, le Centre Hospitalier est en mesure de proposer des missions de service civique aux jeunes souhaitant entreprendre une action citoyenne bénévole.

L'intégration de volontaires au service civique au côté des équipes et des professionnels de l'établissement participe, d'une part, au renforcement du lien social et, d'autre part, constitue une action de lutte contre les préjugés caractérisant l'univers psychiatrique. Enfin, la démarche permet aux volontaires de valoriser l'amorce de leur parcours professionnel en participant au développement d'activités destinées aux patients ou à leurs proches.

Le dispositif a été lancé en 2017 mais en l'absence de réelle structuration au sein de la Direction le nombre de missions offertes a fortement diminué.

Description de l'Action à mener :

- Renouveler l'agrément du Vinatier
- Désigner un référent au sein de la Direction des soins en charge de la coordination du dispositif et de la formation des volontaires.
- Définir les missions et fiches de poste pouvant être proposées aux volontaires, au sein des pôles d'activités cliniques comme des services d'accompagnement et d'appui aux soins (Ferme du Vinatier, ...).
- Mettre en place un support d'information destiné aux tuteurs permettant de faciliter l'accueil et l'encadrement des volontaires.
- Mettre en place un dispositif d'évaluation et de valorisation de l'activité des volontaires en vue de la pérennisation de la démarche d'accueil.

Ressources à mobiliser :

Ensemble de l'encadrement pour la proposition des missions

Tuteurs et futurs tuteurs de volontaires au service civique

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dernier trimestre 2019 : Renouvellement de l'agrément et définition des missions.

2020 : Accueil des volontaires.

Evaluation et suivi : Bilan présenté annuellement en CTE

Objectif 2 : Mettre en œuvre une politique de fidélisation du personnel

ACTION A4 : Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux agents

Objectif général : Développer une politique de recrutement et de fidélisation du personnel

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Permettre aux nouveaux agents de mieux comprendre la structure et l'organisation de l'établissement et créer une identité « Vinatier » pour fidéliser le personnel nouvellement recruté.

Améliorer l'articulation des programmes entre la Direction et les pôles cliniques durant cette première phase d'accueil.

Constat :

Des journées d'accueil du personnel sont organisées au moins quatre fois dans l'année en session d'une journée. Le programme de la journée vise à présenter l'histoire, les valeurs, l'organisation et les principales informations relatives à la gestion de l'établissement. Il a été rénové en 2019 afin de mieux cibler les interventions nécessaires à l'intégration dans l'établissement. Un repas commun, offert par l'établissement, a également été instauré afin de faciliter les échanges entre participants et intervenants et de renforcer la convivialité de la journée.

Parallèlement, les pôles s'organisent pour mettre en place des sessions d'accueil propres à leur pôle.

Le livret d'accueil remis à chaque agent doit faire l'objet de remises à jour régulières.

Description de l'Action :

- Réévaluer le programme pour articuler le contenu du livret d'accueil mis à jour et celui de la journée et tenir compte des remarques issues des questionnaires de satisfaction.
- Structurer et coordonner l'accueil institutionnel et l'accueil polaire.
- Réinterroger les modalités de convocation des agents.

Ressources à mobiliser :

- Mise en place d'une organisation commune DRH/ DS / Pôles
- Mobilisation des pôles et de leurs référents
- Analyse et exploitation des questionnaires de satisfaction
- Coordination de la mise à jour du livret d'accueil par le service communication

Calendrier de mise en œuvre de l'action : A compter de 2020 pour la coordination des journées d'accueil polaires et la mise à jour du livret d'accueil

Evaluation et suivi :

Résultats des questionnaires de satisfaction de la journée d'accueil et bilan annuel dans le rapport d'activité DRH

ACTION A5: Mettre en œuvre une politique de mise en stage rapide

Objectif général : Développer une politique de recrutement et de fidélisation du personnel

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Proposer des modalités de recrutement répondant à la concurrence sur le marché du travail et permettant de fidéliser le personnel

Constat :

Le délai de mise en stage reste un élément d'attractivité pour les jeunes diplômés au moment de leur première embauche. C'est également un facteur de fidélisation du personnel. Le Vinatier a des délais de mise en stage rapides pour les IDE et les ASD lorsqu'ils sont recrutés sur poste permanent. Il s'agit ici à la fois de bien communiquer sur cet atout en matière de recrutement et de sécuriser ces titularisations en assurant une évaluation fiable de nouveaux agents.

L'instauration du recrutement sans concours pour les grades ASH, AEQ et adjoints administratifs tel que prévu par la réglementation et les statuts particuliers de ces grades réinstaura la possibilité pour ces personnels d'une mise en stage rapide.

Description de l'Action :

- Communication auprès de l'ensemble de l'encadrement sur les modalités de mise en stage pour une politique harmonisée sur l'ensemble de l'établissement
- Organisation régulière de concours pour chaque grade permettant la mise en stage des agents

Indicateurs de Résultats :

- Délai de Mise en stage après recrutement
- Périodicité des recrutements sans concours
- Calendrier annuel des concours prévisionnels et bilans des concours de l'année N-1

Ressources à mobiliser :

- Communication auprès de l'encadrement
- Cellule concours de la Direction des Ressources Humaines

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dès 2019

Evaluation et suivi :

Evaluation annuelle dans le cadre du Bilan social / Bilan sur l'emploi précaire présenté annuellement en CTE

Axe II - Guider les agents dans leur parcours professionnel au sein du Vinatier

L'axe 2 du projet social 2019-2023 propose un panel d'actions visant à **guider l'agent dans son parcours professionnel au sein du Vinatier**.

L'objectif est de favoriser l'adéquation entre l'expérience acquise par l'agent et l'expérience requise pour la mission confiée par l'établissement. En effet, le parcours professionnel de l'agent dans l'établissement doit assurer la convergence entre les intérêts individuels et ceux de l'institution.

Ces actions concernent à la fois :

- **L'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles** qui doit permettre la détection des potentiels et l'élaboration des projets professionnels des agents du Vinatier.
- **La mobilité professionnelle** : Le Vinatier grâce à sa taille et à son expertise offre des lieux d'exercice diversifiés proposant ainsi de multiples opportunités d'enrichissement des parcours professionnels.
- **La promotion professionnelle** qui concrétise certaines étapes de la vie professionnelle ainsi que **la formation continue** qui enrichit les parcours et les compétences professionnelles.
- **L'ensemble des dispositifs de maintien dans l'emploi** : le Vinatier porte ainsi la volonté de maintenir prioritairement les agents en situation de restriction d'aptitude dans leur emploi initial avant d'envisager une reconversion professionnelle qui, pour être une étape fructueuse dans le parcours professionnel, doit avoir été réfléchi et accompagnée par la formation.

Objectif 1 : Adapter la procédure d'évaluation annuelle aux évolutions réglementaires et managériales annoncées (B1)

ACTION B1: Adapter la procédure d'évaluation annuelle aux évolutions réglementaires et managériales annoncées

Objectif général : Accompagner les agents dans leur parcours professionnel au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier

Constat :

L'évaluation des compétences permet de construire et d'accompagner le parcours professionnel de chaque agent. Elle permet aussi de construire une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

La procédure d'évaluation du Vinatier s'est adaptée à la dynamique de décentralisation vers les pôles en revisitant la procédure d'évaluation et en créant des outils d'évaluation simples et dématérialisés permettant une remontée d'information efficace vers la DRH dans le cadre de l'élaboration du plan de formation et du suivi individualisé de l'agent.

L'encadrement fait remonter des difficultés du fait de l'absence de formation dédiée à l'évaluation de leurs agents.

La loi de transformation de la Fonction Publique annonce une évolution des pratiques et le remplacement de la notation par de nouveaux outils.

Description de l'Action à mener :

- Sensibiliser et former les cadres de proximité de l'ensemble des filières à l'évaluation des compétences, la gestion des objectifs et à l'animation de l'entretien professionnel annuel (dont l'entretien de formation). Cette formation doit être proposée de manière régulière.
- Adapter la procédure et le support d'entretien d'évaluation au regard des évolutions réglementaires annoncées.

Ressources à mobiliser :

Direction des Ressources Humaines

Encadrement de proximité

Comité Technique d'Etablissement

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

- Formation des cadres : engagée à compter de 2019
- Adaptation de la procédure d'évaluation : le calendrier est soumis à la parution des textes d'applications annoncés.

Objectif 2 : Accompagner les agents dans leur projet de promotion professionnelle (B2)

ACTION B2 : Accompagner les agents dans leur projet de promotion professionnelle

Objectif général : Accompagner les agents dans leur parcours professionnel

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Mettre en adéquation les besoins en compétences de l'établissement et les parcours individuels des agents

Constat :

Le dispositif actuel d'entretien d'évaluation dans l'établissement ne permet pas de recenser de façon exhaustive les agents exprimant un projet de promotion professionnelle.

Le système d'information RH n'a pas développé les fonctionnalités nécessaires à une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences partagée entre la Direction des Ressources Humaines, La Direction des soins et les pôles.

Les dispositifs d'accompagnement des projets de promotion professionnelle (préparation au concours, remises à niveau, ...) sont rares voire inexistantes pour certaines filières.

Description de l'Action à mener :

- Améliorer le recensement des agents faisant part d'un projet d'évolution professionnelle par concours ou études promotionnelles afin de mieux les identifier et leur proposer un accompagnement adapté.
- Compléter et mettre à jour les métiers de chaque agent sur le logiciel RH
- Elaborer un guide interne de la promotion professionnelle afin de mieux communiquer sur les capacités de l'établissement à accompagner les agents dans leur parcours professionnel. Un guide de ce type existe déjà pour les métiers ASD et IDE.
- Définir la procédure de sélection des agents candidats aux études promotionnelles à des nouveaux métiers (Infirmiers en pratique avancée)
- Optimiser les ressources financières en matière d'études promotionnelles (FMEP/FORMEP/Plan de formation)
- Favoriser les préparations aux concours et les stages de remise à niveau afin de faciliter la réussite aux concours et la scolarité des agents du Vinatier
- Renforcer l'accompagnement des étudiants en études promotionnelles tout au long de la formation. Etudier la possibilité de la mise en place d'un référent au sein de la Direction des soins.

Ressources à mobiliser :

Encadrement de proximité

Direction des Ressources Humaines et Direction des soins

Financement ANFH et Plan de formation

Calendrier de mise en œuvre: Dès 2019

Evaluation et suivi : Bilan annuel présenté en Commission Consultative de Formation

Objectif 3 : Soutenir le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude

ACTION B3 : Favoriser la gestion des inaptitudes partielles ou temporaires sur l'emploi initial au sein du pôle d'affectation

Objectif général : Accompagner les agents dans leur parcours professionnel au sein de l'établissement

Constat :

L'allongement de la carrière des agents de la Fonction Publique, et notamment ceux considérés comme issus de la catégorie active, se traduit par une augmentation du nombre d'agents en situation de restrictions médicales ou d'inaptitude partielle ou temporaire dans leur fonction.

Désormais, la taille des pôles au sein du Vinatier et la diversité des conditions d'exercice au sein de chacun d'entre eux permet de mieux accompagner les agents dont le maintien en fonction nécessite des aménagements de poste.

Il existe en effet une limite quantitative et qualitative (technicité de plus en plus importante) au reclassement systématique sur des fonctions administratives. Par ailleurs, ce type de reclassement systématique et donc non individualisé peut générer chez les agents concernés un profond ressenti de dévalorisation professionnelle et donc un désinvestissement institutionnel. C'est pourquoi la redéfinition des tâches et des organisations au sein des pôles d'origine doit permettre de trouver des fonctions compatibles avec l'état de santé des agents en situation d'inaptitude partielle.

Le changement d'affectation, après examen en Commission d'Accompagnement Professionnel, ou la reconversion professionnelle via le reclassement, ne seront mis en œuvre que dans un deuxième temps, après que l'ensemble des aménagements de poste aient été mis en œuvre au sein du pôle initial d'affectation.

Description de l'Action à mener :

- Sensibilisation et formation de l'encadrement de pôle et de proximité sur le thème de la gestion des inaptitudes et du maintien dans l'emploi
- Renforcement des compétences internes et notamment service de santé au travail, Référent handicap de l'établissement
- Envisager la mise en place d'une enveloppe de crédits spécifiques pour l'acquisition de matériels spécifiques

Ressources à mobiliser :

Référent Handicap de l'établissement / SST

Direction des Achats et de la Logistique

Crédits du Plan de Formation

Crédits et prestations du FIPH-FP

Ensemble de l'encadrement

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

- Formation de l'encadrement à compter de 2020
- Arbitrage sur la définition d'une enveloppe spécifique à destination des aménagements de poste lors de l'élaboration de l'EPRD 2020

ACTION B4 : Faire de la Commission d'Accompagnement Professionnel (CAPRO) un acteur du maintien dans l'emploi

Objectif général : Accompagner les agents dans leur parcours professionnel au sein du Vinatier en cas d'inaptitude à leur poste ou à leurs fonctions

Constat:

La CAPRO (ex-CLR) a été créée au moment de la mise en place des délégations de gestion RH et est venue se substituer au dispositif de Cellule d'Accompagnement au Retour à l'Emploi (CARE) qui existait depuis 2005 sur le Vinatier.

La CAPRO a pour mission, après recherche de solutions au sein du pôle, d'étudier les situations d'agents présentant des inaptitudes à leur poste ou à leurs fonctions, qui se retrouvent en difficultés professionnelles et ne parviennent plus à se repositionner au sein de l'établissement dans le cadre de la mobilité interne des personnels (MIP) ; elle vise à trouver une nouvelle affectation à ces agents, et à les accompagner dans ce changement.

La CAPRO saisie de la situation de l'agent a alors pour mission de :

- permettre à ces agents de retrouver un positionnement professionnel dans l'institution, mobiliser leurs potentiels et bénéficier d'une « nouvelle chance » dans un autre pôle et/ou un autre métier ou contexte de travail ;
- répartir de manière équitable et pluriannuelle entre les différents pôles l'effort de reclassement fait par l'établissement.

Description de l'Action à mener :

Le fonctionnement optimal de la CAPRO nécessite de :

- Préciser les règles de fonctionnement de la CAPRO et le rôle de chacun des membres dans la préparation, l'animation et la mise en œuvre des décisions de la CAPRO avec rédaction d'une charte de fonctionnement interne de la CAPRO
- Poursuivre le suivi par pôle des agents entrés et sortis suite aux décisions de la CAPRO, afin notamment de permettre de répartir au mieux les affectations imposées (postes préemptés)
- Développer l'accompagnement individuel des agents : information de l'agent, accompagnement

<p>par l'encadrement lors d'une prise de poste et dans son suivi (bilan...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener une réflexion sur les modalités d'information des pôles et des agents sur les saisines CAPRO • Créer un budget annuel spécifique de formation pour accompagner les agents bénéficiant d'un suivi dans le cadre de la CAPRO • Mettre en place la période préparatoire au reclassement, après parution des textes relatifs à la FPH
<p><u>Ressources à mobiliser :</u></p> <p>Médecins du travail</p> <p>Assistante sociale du personnel</p> <p>Direction des Soins et Direction des Ressources Humaines</p> <p>Encadrement des pôles</p>
<p><u>Calendrier de mise en œuvre de l'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une charte de fonctionnement interne de la CAPRO : fin 2019 - Mise en place de la période préparatoire au reclassement : après parution des textes relatifs à la FPH - Autres actions planifiées sur 2020

ACTION B5 : Proposer un accompagnement personnalisé à la reprise du travail après un arrêt long pour raison de santé

<p><u>Objectif général :</u> Accompagner les agents dans leur parcours professionnel</p> <p><u>Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):</u></p> <p>Limiter l'absentéisme en favorisant la reprise de l'activité</p> <p>Doter la Commission d'Accompagnement Professionnel d'une boîte à outils afin de lui permettre d'assurer ses missions</p>
--

<p><u>Constat:</u></p> <p>La reprise du travail d'un agent en absence longue n'est souvent pas anticipée.</p> <p>En l'absence de réflexion sur la reprise, les agents peuvent se confronter à une situation favorisant une rechute ou nouvel arrêt de travail.</p>
<p><u>Description de l'Action à mener :</u></p> <p>Dès que le service obtient l'information du retour programmé d'un de ses agents après un arrêt long, il appartient à l'encadrement d'organiser une rencontre avec l'agent au plus près de sa date de reprise.</p> <p>Cet entretien vise à évaluer une éventuelle adaptation du poste de travail et à organiser un accompagnement de proximité dans la période suivant la reprise. Il se fonde sur les éventuelles préconisations émises par le Service de Santé au Travail.</p>

Un Bilan individuel pourrait être envisagé en fin d'accompagnement avec le Directeur des Ressources Humaines, le Directeur des soins ou leurs adjoints.

Ressources à mobiliser :

- Direction des ressources humaines et Direction des soins
- Cadres supérieurs de santé et cadres de proximité
- Service de santé au travail

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

- Groupe de travail définissant le contenu et le périmètre des entretiens de reprise : Dernier trimestre 2019-1^{er} trimestre 2020.
- Mise en place au sein de trois pôles : deuxième trimestre 2020.
- Evaluation, adaptations éventuelles et généralisation du dispositif : Septembre 2020.

Evaluation et suivi :

Bilan annuel de la CAPRO présenté en CTE.

Objectif 4 : Faciliter la mobilité dans le cadre d'un parcours professionnel structuré

ACTION B6: Soutenir la reconversion des professionnels concernés par une inaptitude définitive aux fonctions initiales.

Objectif général : Accompagner les agents dans leur parcours professionnel au sein de l'établissement

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

- Favoriser l'acquisition des compétences nécessaires à une reconversion réussie
- Mise en adéquation des fonctions exercées et de la situation statutaire des agents concernés
- Simplification du suivi des effectifs des pôles

Constat:

Les agents de l'établissement peuvent parfois être positionnés sur des fonctions ne relevant pas de

leur métier initial suite la plupart du temps à des inaptitudes médicales définitives.

Ils n'ont pas toujours fait l'objet de l'accompagnement nécessaire dans leur reconversion professionnelle qui aurait permis d'acquérir les compétences indispensables à l'exercice de leur nouveau métier au sein ou à l'extérieur de l'établissement.

Le reclassement administratif et donc l'intégration dans un nouveau grade est la dernière étape de la reconversion professionnelle dans la FPH. Celle-ci n'a pas toujours été mise en œuvre dans l'établissement et cela peut avoir deux conséquences préjudiciables :

-les agents se voient systématiquement bloqués dans le tableau d'avancement du grade auquel ils appartiennent lors des CAPL

- le suivi des effectifs par grade (absolument nécessaire dans le cadre des contrats de pôle) est rendu plus complexe par le nombre important d'agents dont le grade ne correspond pas à leurs fonctions réelles.

Description de l'Action :

- Individualiser l'accompagnement des agents en reconversion professionnelle notamment en matière de formation ou de stage d'immersion.
- Assurer régulièrement la mise en place de procédure administrative de reclassements professionnels afin de permettre aux agents en reconversion de bénéficier de l'avancement lié à leur nouveau grade.
- Mobiliser les ressources financières disponibles dans le cadre de reconversions professionnelles (FIPH, FEH, ANFH)

Ressources à mobiliser :

Direction des ressources humaines : cellule gestion des carrières, service formation

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2019 et suivantes

Evaluation et suivi : Bilan social

ACTION B7 : Réinterroger les règles et la gestion de la mobilité interne des pôles et de l'établissement

Objectif général : Faire évoluer les règles de gestion de la mobilité au sein des pôles et inter-pôles

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Favoriser les possibilités de changement de poste pour les personnels

Constat:

La politique de mobilité interne est structurée et permet chaque mois de nombreux changements d'affectation, après sélection des candidatures sur entretien par l'encadrement du pôle concerné. Elle est parfaitement intégrée au mode de gestion collectif et individuel et constitue un élément d'attractivité et de fidélisation des agents, qui peuvent construire année après année un parcours

professionnel riche et varié, diversifier ainsi leur expérience professionnelle, ou encore opter pour des organisations personnelles plus adaptées à leur propre situation (postes de nuit, en 12 heures, structures extra-muros, ...).

Bien qu'ayant largement fait ses preuves depuis plusieurs années, la mobilité interne peut encore évoluer et être réinterrogée sur différents aspects dans sa gestion comme dans son adaptation aux besoins.

Il apparaît aussi nécessaire de systématiser la mise à jour des profils de postes à publier, en lien notamment avec le projet d'établissement, le projet de soins infirmier de rééducation et medico-technique, le projet médical et les projets des pôles.

Description de l'Action :

- Définir les règles de la mobilité interne des pôles
- Réinterroger les modalités de gestion de la mobilité inter-pôle et les règles d'éligibilité à la mobilité
- Permettre un accès à la MIP depuis l'extérieur pour les agents (intranet)
- Systématiser la mise à jour des profils de poste

Ressources à mobiliser :

Services recrutement de la Direction des ressources humaines et de la Direction des soins

Encadrement des pôles et de la nuit

Vadémécum de la contractualisation interne (gestion des pôles)

Mise en place d'un logiciel de recrutement partagé entre les services recrutement et les encadrants des pôles

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2020 et suivantes

Evaluation et suivi : Bilan annuel en Comité technique d'Etablissement, et bilans d'activité de la Direction des ressources humaines et de la Direction des soins

Axe III - L'amélioration de la qualité de vie au travail

Le troisième axe du projet social est centré sur **l'amélioration de la qualité de vie au travail** qui est un facteur déterminant de la capacité d'un établissement public de santé à attirer et à fidéliser les personnels.

Sont donc ici proposées des actions dont l'objectif est de:

- Favoriser la qualité de vie **en milieu professionnel** à travers l'organisation du travail et le mode de management
- Permettre la **conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**

Objectif 1: Assister la mise en place d'organisations de travail permettant l'adéquation entre l'activité clinique et les moyens humains mobilisés (C1)

ACTION C1: Assister la mise en place d'organisations de travail permettant l'adéquation entre l'activité clinique et les moyens humains mobilisés.

Objectif général : Améliorer la qualité de vie au travail.

Objectif(s) spécifique(s) identifié (s):

Identifier et mettre en place les organisations de travail permettant d'éviter les surcharges d'activité

Constat :

Les services intrahospitaliers du Vinatier sont organisés autour d'un roulement en journée de 8 heures sur un rythme de 4 jours de travail/2 jours de repos. Il assure un présentisme soignant plus ou moins variable en fonction du déroulement du cycle. Ce roulement a fait l'objet d'importantes négociations sociales au moment de la mise en place des 35 heures au Vinatier.

Ce type d'organisation ne prend pas réellement en compte les variations d'activité sur la journée ou les spécificités de certaines prises en charge.

Par ailleurs il ne permet pas d'envisager la mise en place d'outils de soins ou de méthodes de travail innovants ou particuliers à un service. Certains pôles souhaitent en effet développer de nouveaux outils tels que les visites à domicile ou les entretiens IDE. Or la rotation du roulement et donc des équipes ne permettent pas toujours leurs mises en place de façon satisfaisante.

D'autres modes d'organisation de travail permettraient d'éviter les surcharges d'activité en mettant davantage en adéquation l'activité du service et les ressources mobilisées, dans le respect des règles statutaires.

Description de l'Action à mener:

- Favoriser la formation de l'encadrement supérieur sur cette thématique (organisation de travail en lien avec les variations d'activité, modélisation d'organisation en lien avec les effectifs disponibles, création de planning et roulement)
- Identifier les services ou pôles où ce type d'organisation est pertinent dans le cadre de la prise en charge des patients et de l'amélioration des conditions de travail.
- Accompagner techniquement (construction des organisations) et socialement (négociation sociale) la mise en place de ces organisations.

Ressources à mobiliser :

- Encadrement de pôle des services concernés
- Cellule Gestion du temps de travail DRH/DS.

Calendrier : En fonction des réflexions menées par les pôles.

Evaluation et suivi : 1 an après la mise en place des nouvelles organisations

Objectif 2 : Adapter la gestion du temps de travail pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle(C2)

ACTION C2 : Adapter la gestion du temps de travail pour favoriser la conciliation vie professionnelle et vie personnelle

Objectif général : Améliorer la qualité de vie au travail

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

- Favoriser une gestion transparente des questions relatives au temps de travail
- Harmoniser les pratiques de l'encadrement en matière de gestion du temps de travail.

Constat :

L'amélioration de la Gestion du temps de travail est un objectif commun du projet social et du projet de soin porté par la Direction des soins.

Il avait été constaté un manque de formalisation et donc de transparence des règles relatives à la gestion du temps de travail dans l'établissement, ainsi que certaines difficultés de l'encadrement à expliquer et maîtriser le logiciel Octime.

Une note annuelle commune à la DRH et la DS est désormais publiée chaque année afin d'assurer une large diffusion de l'information. Cette note est présentée en amont aux organisations syndicales de l'établissement, puis aux personnels d'encadrement et diffusée à tous par la messagerie professionnelle.

Un groupe de référents Octime a été créé afin d'assurer une bonne application de ces règles au sein de chaque pôle et service.

La maîtrise des règles relative au temps de travail est indispensable afin que chacun connaisse ses droits et devoirs en la matière.

Description de l'Action à mener :

Afin de soutenir la démarche d'amélioration de la Gestion du temps de travail engagée par la Cellule Temps de travail rattachée à la Direction des soins, il est nécessaire de :

- Garantir la publication d'une note annuelle présentée en amont aux organisations syndicales.
- Animer, former et pérenniser le groupe des référents Octime afin d'assurer une application uniforme des règles relatives aux temps de travail dans l'établissement et la bonne connaissance des évolutions réglementaires.
- Formaliser l'ensemble des règles relatives à la gestion du temps de travail dans un référentiel institutionnel.
- Revoir l'utilisation et le paramétrage de l'outil Octime.
- Systématiser la formation de l'ensemble des cadres y compris techniques et administratifs sur le référentiel et la maîtrise du logiciel.

Ressources à mobiliser :

- Cellule Gestion du Temps de Travail
- DRH / DS
- Equipe d'encadrement.

Calendrier : 2019 et suivantes

Evaluation et suivi : Comité technique d'Etablissement

- Publication annuelle de la note temps de travail
- Nombre de réunions et de formation du groupe référents Octime

Objectif 3 : Pérenniser les possibilités d'accueil en matière de garde des enfants du personnel (C3)

ACTION C3 : Pérennisation des possibilités d'accueil et de garde des enfants du personnel.

Objectif général : Améliorer les conditions de travail.

Développer une politique de recrutement attractive

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Agir directement sur les conditions de travail et l'absentéisme en proposant un mode de garde adapté aux professionnels du Vinatier.

Constat :

La crèche du Vinatier par son fonctionnement et son amplitude d'ouverture permet aux agents, notamment ceux travaillant en horaires décalés ou en roulement, de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle.

La crèche a fait un important travail d'optimisation afin de pouvoir répondre aux besoins de garde d'un plus grand nombre de parents agents du Vinatier. Ce travail, débuté en 2011, a largement porté ses fruits.

En effet, l'ensemble des parents ayant maintenu une demande d'accueil l'année précédente ont pu se voir proposer une place durant l'année. Le nombre de demandes d'inscription non satisfaites est donc désormais très faible.

Le taux de satisfaction des parents utilisateurs est toujours très élevé (plus de 90% se déclarent satisfaits voire très satisfaits).

Description de l'Action à mener :

- Rester vigilant sur l'optimisation de la structure (taux d'occupation, pertinence des amplitudes d'ouverture) afin de maintenir voire d'augmenter le financement externe.
- Rester vigilant sur les capacités budgétaires de l'établissement à soutenir financièrement cette structure.
- Maintenir l'ouverture des week-ends (sous réserve de l'accueil d'un nombre minimum d'enfants). La Direction s'engage à ne pas envisager une fermeture de la structure les week-ends dans le cadre du plan d'économies.

Ressources à mobiliser :

- Equipe de Direction de la crèche Clair de Lune
- Directeur des Ressources Humaines.

Calendrier : En cours

Evaluation et suivi : Rapport d'activité de la crèche et bilan social

Objectif 4 : Conforter les éléments constitutifs de l'identité métier en favorisant l'échange de pratiques professionnelles (C4)

ACTION C4 : Conforter les éléments constitutifs de l'identité métier en favorisant l'échange de pratiques professionnelles

Objectif général : Mettre en place un management répondant à l'organisation polaire

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Promouvoir les valeurs fondatrices de la culture du Vinatier : la transmission, l'échange professionnel et la formation.

Accompagner les jeunes professionnels arrivant dans l'institution en favorisant le partage d'outils ou de techniques

Constat :

Le pôle est aujourd'hui l'échelon du pilotage organisationnel et de mise en œuvre du projet d'établissement.

Cependant certains corps de métier, notamment ceux dont l'effectif est relativement réduit au sein de l'établissement tels que les psychologues, les assistants sociaux, les psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes etc..., expriment le besoin de se réunir au-delà de la logique polaire pour partager et analyser leurs pratiques professionnelles.

Description de l'Action à mener:

Faciliter la mise en place de ces temps d'échanges professionnels en :

- Considérant ces réunions comme du temps de travail à raison de 3 heures par trimestre pour les métiers ne bénéficiant pas du temps FIR.
- Mettant à disposition les ressources matérielles nécessaires à ces échanges (salles, matériel audio et vidéo)
- Soutenant les actions de développement des compétences professionnelles et de formations collectives éventuellement initiées par ces groupes professionnels (journée professionnelle, colloque spécialisé...)

Indicateurs de Résultats :

Nombre de réunions organisées et fréquentation

Nombre de sessions de formation organisées

Calendrier de mise en œuvre de l'action : A compter de 2020.

Evaluation et suivi : Rapport annuel d'activité de chaque collègue de métier

Objectif 5 : Mettre en place un guichet de services à destination de l'ensemble des personnels (C5)

ACTION C5 : Mettre en place un guichet de services à destination de l'ensemble des personnels.

Objectif général : Améliorer la qualité de vie au travail

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Favoriser la conciliation vie professionnelle / vie personnelle.

Constat :

La conciliation de la vie professionnelle avec la vie personnelle peut être facilitée par la mise à disposition de service du quotidien sur les lieux de travail.

Ce type de prestations qui se développe dans le milieu professionnel n'existe pas au sein de notre établissement.

Description de l'Action à mener:

Envisager la mise en place d'un guichet de service.

Contractualiser avec un prestataire.

Définir le périmètre de l'offre de service.

Mise en place effective du guichet de service.
<p><u>Acteurs :</u></p> <p>Direction Générale / Direction des services économiques / Direction des Ressources Humaines.</p>
<p><u>Calendrier de mise en œuvre de l'action :</u></p> <p>Dernier trimestre 2019 : définition du périmètre du guichet avec un prestataire et contractualisation.</p>
<p><u>Evaluation et suivi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture effective du guichet de service en 2020. - Evaluation à posteriori de l'adéquation de l'offre avec les besoins des agents du Centre Hospitalier.

Objectif 6 : Promouvoir la culture managériale d'établissement (C6)

ACTION C6 : Promouvoir la culture managériale d'établissement

<p><u>Objectif général</u> : Consolider et valoriser le management</p>
<p><u>Objectif(s) spécifique(s) identifié(s)</u>:</p> <p>Promouvoir la culture d'établissement par la transmission, l'échange professionnel et la formation des personnels cadres.</p> <p>Décloisonner l'encadrement soignant et l'encadrement administratif et logistique.</p> <p>Accompagner les personnels cadres nouvellement arrivés dans l'institution en favorisant le partage d'outils ou de techniques. Faire évoluer les pratiques.</p>
<p><u>Constat</u> :</p> <p>Si l'encadrement paramédical est particulièrement bien accompagné, dans un cadre polaire par les assistants de pôle, ou hiérarchique par la Direction des Soins, il apparaît que l'encadrement administratif et logistique participe moins à la culture managériale de l'établissement, est moins structuré et se mélange peu aux problématiques managériales abordées collégialement par les cadres soignants.</p> <p>Les réunions plénières ainsi que les formations destinées à l'encadrement sont peu nombreuses</p>

alors qu'elles sont souvent l'occasion de croiser les points de vue, et de mieux connaître les périmètres et problématiques de chacun. La Direction des soins a pu mettre en place des dispositifs propres aux cadres paramédicaux (missions d'intérim ou missions transversales indemnisées en heures supplémentaires, désignation de tuteurs, création de binômes, etc.), qui pourraient être étendus à l'ensemble de l'encadrement.

Par ailleurs, l'accueil et l'intégration de nouveaux cadres au sein d'un établissement de la taille du Vinatier nécessitent une définition formelle des différentes étapes de la prise de fonction.

Enfin, la gestion du temps de travail des cadres peut être réinterrogée.

Description de l'Action à mener:

- Développer le nombre de réunions institutionnelles à destination de tout l'encadrement ; ouvrir l'ordre du jour aux sujets proposés par les cadres eux-mêmes, pour ne pas réduire ces réunions aux seuls informations descendantes
- Développer le nombre de formations spécifiques à destination des encadrants, en mixant les catégories socio-professionnelles au sein des différentes sessions de formation
- Créer un dispositif formel d'intégration permettant la transmission d'informations sur les outils managériaux, le mode de fonctionnement de l'établissement, les pratiques en vigueur ainsi que la présentation des différents interlocuteurs et la formation aux outils
- Généraliser la pratique du tutorat puis du binôme pour tout poste d'encadrement
- Réinterroger les pratiques en terme de temps de travail (décompte journalier / horaire)
- Permettre et encadrer le télétravail principalement dans les fonctions administratives, tout en garantissant le droit à la déconnexion
- Etendre aux cadres administratifs et logistiques la possibilité de réaliser des heures supplémentaires rémunérées pour assurer des missions transversales ou intérimaires

Indicateurs de résultats :

Nombre de réunions organisées et feuilles de présence / Nombre de sessions de formation organisées / Nombre de jours de télétravail par an et par agent

Procédure d'accueil d'un nouveau personnel cadre

Ressources à mobiliser :

Equipe de direction, encadrement des pôles et des services de soins, adm. et logistiques

Plan de formation annuel. Notes de service managériales, outils mis à disposition des encadrants

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2019 et années suivantes.

Axe IV – Prévenir les risques professionnels

Le quatrième axe de travail identifie **la prévention des risques professionnels** comme un enjeu fort du projet social 2019-2023.

Plusieurs enquêtes récentes³ ont démontré que les agents de la fonction publique hospitalière sont particulièrement exposés aux risques professionnels en raison d'horaires atypiques, de contraintes physiques et psycho-organisationnelles. L'exercice en milieu psychiatrique génère en outre un risque particulier d'exposition au risque d'agression.

Les actions proposées dans ce chapitre ont pour objet :

- **De structurer la politique de gestion des risques** de l'établissement par l'élaboration de plans d'action dont la mise en œuvre est régulièrement évaluée
- **De développer l'analyse des risques à l'échelle du pôle**
- **De mettre en œuvre des actions de prévention ciblée** sur certains risques identifiés

Au titre de l'article L4121-1 du Code du Travail : « l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ».

Au titre de l'article L4121-3 : « l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ».

Au titre de l'article R4121-1 du Code du Travail : l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ». Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés, dans chaque unité de travail de l'établissement y compris ceux liés aux ambiances thermiques ».

A la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les **actions de prévention** ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Les mesures de prévention doivent s'inscrire dans le respect des **Principes Généraux de Prévention** prévus à l'article L4121-2 du Code du travail qui s'appliquent dans la fonction publique et s'impose à tous les employeurs :

1. Eviter le risque
2. Evaluer les risques pouvant être évités
3. Combattre le risque à la source
4. Adapter le travail à l'homme
5. Tenir compte de l'évolution des techniques

³ Enquête SUMER (Surveillance médicale des risques)

6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux
7. Planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent, la technique l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et les facteurs ambiants
8. Prendre les mesures de protection collectives en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelles
9. Donner les instructions appropriées aux travailleurs

Objectif 1 : Evaluer les risques professionnels et construire un programme annuel de Prévention (D1)

ACTION D1 : Evaluer les risques professionnels et construire un programme annuel de Prévention

Objectif général : Prévention des risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Répondre à l'obligation réglementaire, et faire du DUERP un outil de prévention efficace, relayé par des programmes ou mesures de prévention efficaces.

Diminuer la sinistralité des Accidents du travail, l'usure professionnelle, et les pathologies en lien avec le travail. Prévenir les conduites addictives, la désinsertion professionnelle et les RPS.

Travailler en mode projet avec détermination d'une méthodologie, d'un pilotage spécifique, dans un travail pluridisciplinaire impliquant la direction et ses représentants, les agents, les IRP, le CHSCT et le Service de Santé au Travail.

Constat :

Le Document unique de l'établissement n'a pas été mis à jour depuis 2015. Il n'est pas utilisé comme outil de prévention et n'a pas permis de réaliser le plan annuel de prévention des risques professionnels.

Les données des Accidents du Travail, des Maladies professionnelles ne font pas l'objet d'enquêtes ou d'analyse.

Il manque une personne ressource disposant de compétences en Hygiène, santé et sécurité (profil IPRP intervenant en prévention des risques professionnels) pour conduire le projet de DUERP en collaboration avec le CHSCT, le service de santé au travail et la direction.

Il faut développer une culture de la prévention au sein de l'hôpital, qui soit intégrée pour chaque projet, le plus en amont possible (soins, aménagement de locaux, modifications organisationnelles, matériels etc...).

Description de l'Action à mener :

Financer un **poste d'IPRP** pour construire, mener et viabiliser le DUERP et le plan annuel de prévention des risques professionnels dans le cadre d'une politique globale de prévention.

- **Etape 1 : Préparation de l'évaluation** avec constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et **repérage des outils et documents** nécessaires et **identification des unités de travail**.
- **Etape 2 : Inventaire des risques** dans une démarche participative
- **Etape 3 : Evaluation/Cotation et hiérarchisation des risques**
- **Etape 4 :** Réalisation d'un **programme annuel de prévention** des risques basé sur les 9 principes généraux de prévention et envisagé sur les 3 axes (organisationnels, techniques et humain.)
- **Etape 5 :** Présentation au **CHSCT**
- **Etape 6 : Communication** et appropriation par l'ensemble du personnel
- **Etape 7 : Suivi des actions et évaluation des mesures** de prévention mises en œuvre
- **Etape 8 : Mise à jour** « au moins chaque année » (Art4121-2) et lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail au sens de l'article L4612-8

Ressources à mobiliser :

- Intervenant(s) en prévention des risques professionnels
- Direction des ressources humaines
- Direction des ressources physiques
- Direction des soins
- Direction des affaires médicales
- Chefs de pôle
- Service de santé au travail
- Département Qualité
- CHSCT
- Agents volontaires pour participer au projet

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Projet sur 2 ans

Evaluation et suivi :

Dans le cadre de l'élaboration de l'EPRD 2020 : Arbitrage sur la possibilité de financement du poste d'IPRP.

Dépôt d'un dossier de financement au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR)

Présentation des résultats sécurité 1 fois par an en CHSCT/CTE.

Objectif 2 : Renforcer les compétences et les ressources du CHSCT pour lui permettre d'assurer ses missions en matière d'amélioration des conditions de travail (D2)

ACTION D2 : Renforcer les compétences et les ressources du CHSCT en matière d'amélioration des conditions de travail

Objectif général : Prévention des risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

- Renforcer la contribution du CHSCT dans la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents de l'établissement
- Structurer les méthodes de travail du CHSCT pour le rendre efficace dans ses missions.

Constat:

Les membres du CHSCT mènent des enquêtes et réalisent des visites à la demande des agents sur des problématiques ponctuelles ou récurrentes non résolues. Ces enquêtes/visites ne sont pas suffisamment formalisées (absence de fiche de recueil standardisée permettant un suivi, absence de méthode d'analyse), il n'y a généralement de plan d'actions qui en découle et les actions ne sont pas suivies ni évaluées. Il en ressort souvent une dilution dans le temps, une insatisfaction des demandeurs. A noter que les demandes relevant de mesures techniques (matériel, travaux) sont plus souvent solutionnées que les mesures de prévention organisationnelles ou humaines.

Le CHSCT travaille en prévention primaire (avant que le danger ne se transforme en risque).

Le CHSCT n'est pas partie prenante de la démarche d'évaluation des risques professionnels, ni la mise en œuvre du plan de prévention, de son suivi et de son évaluation.

Les PV du CHSCT retranscrivent les échanges sans synthétiser les décisions ou propositions d'actions, qui sont donc mal suivies par la suite.

Description de l'Action :

• **Former les membres du CHSCT :**

Les membres du CHSCT doivent avoir suivi une formation dont le contenu théorique et pratique doit obéir à un cahier des charges qui prend en compte les spécificités du secteur hospitalier. Cette formation est renouvelée lorsqu'un agent effectue 2 mandats et doit être différente de la 1^{ère} formation. Des formations ponctuelles peuvent être réalisées sur des thématiques spécifiques (RPS, addiction etc.)

• **Règlement intérieur du CHSCT :**

Le CHSCT doit se doter d'un Règlement intérieur fixant les modalités de son fonctionnement ainsi que l'organisation de ses travaux.

Le RI doit préciser le cadre des missions d'inspection, d'enquête suite AT ou EI, d'analyse des risques, de promotion de la prévention des risques. Le RI prévoira qu'à chaque réunion sera présenté le compte-rendu

des inspections, enquêtes suite AT ou EI, ses analyses de risques, et ses actions de promotion de la prévention.

- **Structurer l'action du CHSCT**

Participer à la création, à la mise en œuvre et à l'actualisation du DUERP.

Définir des enjeux de prévention en lien avec les conclusions du DUER et les analyses d'AT/MP/EI.

Procéder à des visites de terrain entre chaque réunion et à des enquêtes lors de besoins exprimés.

Outils le CHSCT pour formaliser les comptes rendus des visites et enquêtes (fiche de recueil de visite ou d'analyse) et proposition de plans d'action.

Analyser à chaque séance les statistiques d'AT et revenir sur les enquêtes réalisées, déterminer des plans d'action et réaliser un suivi de leur mise en œuvre et de leur efficacité.

Réaliser et valider les PV de séance plus régulièrement afin de rendre compte aux agents des actions du comité.

Réaliser un document de suivi des actions menées annexé au PV de séance.

Ressources à mobiliser :

- Membres du CHSCT
- Direction des Ressources Humaines
- Direction des Soins
- Direction des Ressources Physiques
- Equipe médicale et paramédicale du S.S.T.

Calendrier : Dès 2019

Evaluation et suivi : Bilan annuel du CHSCT

Objectif 3 : Accentuer et entretenir les compétences managériales de l'encadrement pour prévenir les risques psycho-sociaux (D3)

ACTION D3: Accentuer et entretenir les compétences managériales de l'encadrement pour prévenir les risques psycho-sociaux

Objectif général : Prévenir les risques psycho-sociaux

Améliorer la qualité de vie au travail

Constat :

Les indicateurs suivis par le service de santé au travail font état d'une augmentation des situations individuelles de souffrance au travail justifiant une prise en compte de la part de l'encadrement. Ces situations proviennent de conflits interpersonnels graves d'une part et de l'évolution de la prise en charge des patients d'autre part.

Sauf exception, l'encadrement est peu familiarisé avec les concepts fondamentaux de la prévention des risques et troubles psycho-sociaux. Enfin, les outils de prévention et de détection des situations et les facteurs de risque sont encore peu, voire pas maîtrisés par les professionnels.

Description de l'Action à mener :

- Dans le cadre des travaux coordonnés par un intervenant en prévention des risques professionnels, réaliser un primo-diagnostic visant à identifier les situations et professions les plus exposées aux risques.
- Mettre en place une démarche de sensibilisation permettant l'acculturation de l'encadrement des différentes filières (logistique, administrative et soignante) aux concepts fondamentaux liés aux risques psycho-sociaux et la qualité de vie au travail.

Ressources à mobiliser :

Crédits du Plan de Formation

Ensemble de l'encadrement

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

Primo-diagnostic 2019-2020

Formation des cadres à compter de 2020-2021

Evaluation et suivi : Bilan du plan d'action présentée en CHSCT

Objectif 4 : Proposer un suivi psychologique aux agents victimes d'accidents du travail (D4)

ACTION D4 : Proposer un suivi psychologique aux agents victimes d'accidents du travail

Objectif général : Prévenir les risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Fournir aux médecins du travail un outil dans la prise en charge de ce type d'accident du travail

Eviter les arrêts longs ou les rechutes qui peuvent être liés à ce type d'accident.

Constat :

Dans le cadre d'agressions au travail, la médecine du travail ou l'agent victime a pu exprimer la nécessité d'un suivi psychologique spécifique afin d'éviter un arrêt de travail ou sa prolongation en raison d'un traumatisme psychique.

La réflexion sur ce thème est engagée et des suivis déjà effectifs tant le besoin était fort pour les agents qui avaient été victimes d'accident du travail par agression.

Description de l'Action :

- Définir les termes d'un partenariat conventionné avec un prestataire extérieur à l'établissement spécialisé dans la prise en charge des traumatismes psychologiques lié aux accidents de travail
- Mettre en place un protocole de prise en charge des agents victimes d'un traumatisme psychologique suite à accident en lien avec la violence des patients ou incident traumatisant lié au soin (Accident du travail ou Evénement indésirables).

Indicateurs de Résultats :

- Nombre d'agents victimes d'accident de travail par violence ayant bénéficié de l'accompagnement psychologique proposé
- Suivi comparé de l'absentéisme suite à Accident du travail par violence avec et sans accompagnement psychologique.

Ressources à mobiliser :

Direction des Ressources Humaines et Service de santé au travail

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dès 2019

Evaluation et suivi : Evaluation annuelle dans le cadre du Bilan social

Objectif 5 : Mettre en place un dispositif institutionnel d'accompagnement des agents victimes de violences physiques et/ou verbales (D5)

ACTION D5 : Mettre en place d'un dispositif institutionnel d'accompagnement des agents victimes de violences physiques et/ou verbales

Objectif général : Prévenir les risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Accompagner les agents dans les démarches juridiques liées à un dépôt de plainte

Constat :

Malgré la mise en place de mesures de prévention prévues dans le présent projet, les personnels sont de plus en plus victimes de violences (atteintes à l'intégrité physique, psychique ou atteintes aux biens) durant l'exercice de leurs fonctions. Ces violences peuvent émaner de patients ou de tiers.

Les agents sont peu informés des dispositifs d'accompagnement et de soutien juridiques dont ils peuvent bénéficier en leurs qualités d'agents publics.

Description de l'Action :

- Communication sur la conduite à tenir en cas d'agression du personnel à l'attention de l'encadrement (rédaction d'une procédure, mise en ligne d'un modèle de rapport circonstancié ...).
- Diffusion aux personnels du dispositif de la protection juridique (note de service, modèle de courrier de demande de protection fonctionnelle, rappel des services ressources à contacter en cas d'agression et des modalités de dépôt de plainte).
- En cas de dépôt de plainte de l'agent, accompagnement et soutien du CHV tout au long de la procédure (conseil, soutien, proposition d'assistance d'un avocat désigné ou à choisir...) Dans certaines circonstances, dépôt de plainte du CHV en soutien de la plainte de l'agent.
- Suivi de la procédure et maintien du lien avec l'agent.

Indicateurs de Résultats :

- Nombre de demandes de protection fonctionnelle formulées par an.
- Nombre de demandes acceptées/refusées par l'administration par an.
- Nombre de signalements auprès de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) par an.

Ressources à mobiliser :

Direction de la Politique Générale, Direction des Ressources Humaines et Direction des Affaires médicales

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dès 2019

Evaluation et suivi : Bilan d'activité de la DRH et de la DAMR

Objectif 6 : Systématiser une formation de prévention de la violence à destination de l'ensemble des soignants de l'établissement (D6)

ACTION D6 : Former les professionnels à intervenir lors d'une situation d'agression contention patient tout en assurant leur propre sécurité et celle du patient

Objectif général : Prévention des risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Sécuriser les soignants en leur proposant une formation aux règles et techniques d'intervention pour gérer les situations d'agression dans les soins.

Transmettre et faire intégrer par une formation action le raisonnement opérationnel et règles d'intervention sécurisée à mobiliser par une équipe ainsi que les techniques de contention physique d'un patient pour un retour au calme dans un lieu sécurisé.

Former à l'utilisation du dispositif (PTI) tous les agents de l'établissement utilisateurs de ce dispositif

Constat:

- Les situations de violence dans les soins génèrent 40% des accidents du travail par « agression contention patients », 60% concernent des IDE et 25% des aides-soignants
- Situations de soins pour lesquelles les soignants ne sont pas formés en formation initiale.
- Des formations sur l'approche clinique de la violence et la sémiologie psychiatrique n'abordent pas cet aspect très concret et spécifique de l'exercice infirmier et aide-soignant en psychiatrie

Description de l'Action à mener :

Des sessions de formation spécifiques aux nouveaux arrivants et à tous les soignants

Sessions de 3 jours plus un jour à distance pour pratiquer les techniques de contention physique.
Sessions intégrant des séances de formation - simulation sur la base de situations de violence rencontrées lors des soins dans les pôles cliniques.

Délivrance d'un livret RAISOPSI synthétisant les règles d'intervention et la fiche de débriefing

Ressources à mobiliser :

Service formation Continue, Direction des soins, formateur RAISOPSI

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2019 : mise en place de 3 sessions de formation pour chaque PUR et de 3 sessions de formation pour les nouveaux arrivants

Evaluation et suivi :

Nombre de sessions annuelles réalisées, nombre d'agents formés

Analyse des évaluations des agents formés

Nombre d'accidents par agression contention malades

Objectif 7 : Prévenir les risques liés à la grossesse des professionnelles tout en favorisant le maintien en poste (D7)

ACTION D7 : Prévenir les risques liés à la grossesse des professionnelles tout en favorisant le maintien en poste

Objectif général : Prévention des risques professionnels

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s): Prévenir les risques liés à la grossesse des professionnelles tout en favorisant le maintien en poste

Constat :

La **femme enceinte** fait partie des **travailleurs dit « à risque »**, d'une part du fait des modifications physiologiques rendant la femme plus sensible à certains risques professionnels, et d'autre part du fait du développement de l'enfant à naître dont l'équilibre reste fragile.

Plusieurs **pathologies spécifiques de la grossesse, parfois graves**, peuvent donc être développées, du fait de l'exposition à certains risques professionnels, et affecter la mère (pré éclampsie, hypertension gestationnelle, diabète gestationnel...) et/ou l'enfant à naître (fausse couche / avortement spontané, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, malformations, lésions neurologiques, troubles sensoriels, ...).

Du côté du **travail de jour**, on dénote certains risques, dans l'ensemble plus fréquents qu'en travail de nuit :

- **Agression** (pouvant engendrer un traumatisme au niveau de l'embryon/fœtus en développement)
- **Manutention de charges lourdes** (patients, objets...) / **Postures contraignantes, Position debout prolongée**
- **Infectieux** (rubéole et toxoplasmose principalement)
- **Chimique** (exposition à des substances cancérogènes, mutagènes et/ou reprotoxiques)
- **Radiologique** (exposition aux radiations ionisantes, notamment en odontologie)

Le **travail de nuit** est en lui-même un risque et a fortiori chez la femme enceinte, s'ajoutant aux risques cités plus haut, et augmentant le risque de fausse couche/avortement spontané, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin pour l'enfant à naître ; et de pré éclampsie et hypertension gestationnelle pour la mère.

A cela s'ajoutent les conséquences hors-grossesse du travail de nuit : augmentation du risque de cancer du sein, de maladies cardiovasculaires et hypertension artérielle, de surcharge pondérale, troubles digestifs, somnolence diurne.

C'est pourquoi des **mesures de protection** sont déjà prévues :

Pour la manutention : Interdiction par la loi de porter des charges supérieures à 25kg (ou 40kg avec brouette, brouette comprise) pour les femmes. Usage du diable interdit pour le transport de charge pour la femme enceinte.

Pour le risque infectieux : vaccination ROR avant la grossesse. Interdiction par la loi d'être à un poste exposant la femme enceinte à la rubéole ou la toxoplasmose si elle n'est pas immunisée.

Pour le travail de nuit :

- Des recommandations de bonnes pratiques par la SFMT : éviter le travail posté et/ou de nuit chez la femme enceinte après le 3^{ème} mois de grossesse
- Le code du travail et autres directives concernant la fonction publique informent sur plusieurs droits relatifs aux femmes enceintes travaillant de nuit :
 - Un aménagement pour pouvoir se reposer en position allongée dans des conditions appropriées.
 - Autorisation d'absence de droit pour se rendre aux examens médicaux obligatoires

quand ceux-ci ont lieu pendant le temps de travail sauf nécessités de service.

- Un aménagement des horaires de travail à partir du troisième mois de grossesse et dans la limite d'une heure par jour, non récupérable, sauf nécessités de service.
- L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour que l'agent ne soit pas tenu d'accomplir un travail de nuit pendant sa grossesse, par exemple considérer un changement d'affectation temporaire sur un poste de jour le temps de la grossesse, à la demande de la femme enceinte et/ou lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec l'état de santé de la femme enceinte.

Description de l'Action à mener :

- Information des femmes enceintes ou susceptibles d'être enceintes des risques encourus et de leurs droits en mesure de protection.
- Encourager les femmes en âge de procréer à informer la médecine du travail, sous le couvert du secret médical, d'un projet de grossesse ou d'une grossesse en cours afin d'envisager des mesures et/ou un suivi renforcé.
- Mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels pour chaque poste de chaque unité de chaque pôle, et élaboration d'un plan d'action adapté.

Ressources à mobiliser :

- SST
- CHSCT
- Direction des soins

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dès 2019

Evaluation et suivi : Rapport d'activité du SST

Axe V – Le développement des prestations au service des pôles

Le cinquième axe du projet social est centré sur **le développement des prestations au service des pôles cliniques du Vinatier et de leurs équipes.**

En effet l'organisation polaire telle que définie en et la mise en œuvre des contrats de pôle nécessite de fournir aux chefs de pôles et à leurs assistants les outils et les moyens d'assurer leurs missions.

Les actions proposées visent donc :

- **A favoriser la collaboration entre les directions fonctionnelles et les pôles**
- **A proposer une prestation de qualité en matière de Formation Continue et d'Évaluations des Pratiques professionnelles**

Objectif 1 : Favoriser la collaboration entre les directions fonctionnelles et les pôles

ACTION E1 : Accompagner les pôles dans l'appropriation des nouveaux outils de suivi des délégations

Objectif général : Favoriser la collaboration entre les directions fonctionnelles et les pôles.

Constat :

Les différentes évolutions de la gestion interne impliquent un renouvellement des outils de suivi mis à disposition des trinômes de pôle.

Le périmètre des réunions mensuelles de chaque pôle avec la Direction des Ressources Humaines doit également évoluer en conséquence.

Description de l'Action :

- Identifier les attentes des pôles.
- Développer des outils de suivi et de contrôle interne à disposition des pôles afin de favoriser un accès direct à l'information.
- Organiser des formations d'utilisation de ces outils.
- Favoriser les échanges réguliers entre les chefs de pôles, leurs assistants et le Directeur des Ressources Humaines et ses adjoints.
- Dans le domaine spécifique des ressources humaines : actualiser les outils nécessaires à la DRH et aux pôles dans le cadre du suivi des délégations en respectant les principes :

- *De partage des outils*
- *D'autonomie des acteurs*
- *D'actualisation des données au plus près du terrain (suivi des affectations, ...)*

Ressources à mobiliser :

Directions fonctionnelles et pôles

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Action continue

Evaluation et suivi : Lors des réunions pôles / Direction

ACTION E2 : Consolider l'exercice des fonctions de cadre administratif de pôle

Objectif général : Favoriser la collaboration entre les directions fonctionnelles et les pôles.

Constat :

Plusieurs années après la nomination des assistants soignants et le recrutement des cadres administratifs assistants du chef de pôle (CAP), l'accompagnement reste nécessaire afin non seulement de continuer à faire évoluer les compétences de chacun dans son rôle propre et de trouver les bases d'un positionnement adéquat sur chacune des fonctions d'assistants.

Si le positionnement des cadres supérieurs de santé qui s'appuie traditionnellement sur la Direction des soins est clairement circonscrit, il n'en est pas de même pour les cadres administratifs qui ne disposent pas tous du même niveau d'information et des mêmes fonctions selon leur affectation.

Il n'existe pas de cadre formalisé qui permette à ces professionnels de pouvoir échanger entre eux sur leurs pratiques, ni avec la Direction.

Description de l'Action à mener :

- Sensibilisation des chefs de pôle à la question du management des assistants du chef de pôle
- Poursuivre la réflexion sur la structuration et la simplification des canaux d'information vers les différents acteurs
- Mettre en place une réunion trimestrielle CAP / Directions avec formalisation de l'ordre du jour et du compte rendu de réunion.
- Favoriser un échange régulier autour des pratiques entre les différents CAP de pôle.

- Organiser annuellement une formation à destination de l'ensemble des CAP.

Ressources à mobiliser :

Cadres administratifs de pôle

Chefs de pôle

Equipe de direction

Crédits du plan de formation et Cellule formation

Calendrier de mise en œuvre de l'action :

- Mise en place de la réunion trimestrielle : dès 2019
- Organisation de formations annuelles : à compter de 2020

Evaluation et suivi : Bilan du plan de formation

Objectif 2 : Développer les prestations en matière de formation continue (E3)

ACTION E3 : Développer les prestations en matière de formation continue

Objectif général : Pérenniser les prestations au service des pôles.

Constat :

Le service formation a mis en œuvre un certain nombre d'actions afin d'améliorer la prestation de services auprès des pôles.

Les impératifs réglementaires en matière d'achat de formation sont désormais respectés. Les bilans trimestriels auprès des pôles permettent un suivi affiné de l'état d'engagements tout au long de l'année, une prestation indispensable qui doit être pérennisée. L'évaluation de l'offre de formation a permis un enrichissement du plan de formation qui a été modernisé sur le fond comme sur la forme. La mise en œuvre du DPC concernant certaines actions institutionnelles est lancée et associe pour certaines le Personnel Médical et Non Médical.

L'outil de recensement des besoins en formation via le logiciel Gesform doit être fiabilisé en intégrant l'entretien annuel d'évaluation dans son ensemble et ainsi faire le lien avec la GPMC de l'établissement.

Description de l'Action à mener:

- Développer la mise en œuvre des actions de formation dans le cadre du DPC dans le plan de formation 2020 en mobilisant les acteurs de la formation continue (DAM, DRH, Direction des soins, Département Qualité).
- Mettre en lien la politique formation de l'établissement avec la GPMC - en intégrant l'entretien annuel d'évaluation et les fiches de postes associées et ainsi offrir une meilleure prestation de service aux pôles et un meilleur suivi

Ressources à mobiliser :

Service formation Continue, Direction des Affaires Médicales, Département Qualité

Direction des systèmes d'information.

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2020 et suivantes

Evaluation et suivi : En instances dans la présentation du plan annuel de DPC

Axe VI – Accompagnement des axes stratégiques du projet d'établissement

Le dernier axe du projet social s'attache à proposer des actions **d'accompagnement des axes stratégiques définis par le projet d'établissement** :

- La refondation du dispositif de soins extrahospitaliers
- La mise en place de conditions favorables au développement de projets de recherche et d'expertise au sein du Vinatier.
- Favoriser la mise en place de mesure d'accompagnement social dans le cadre des projets de restructuration de l'établissement

Objectif 1 : Accompagner la refondation du dispositif de soin extrahospitalier (F1)

ACTION F1 : Accompagner la refondation du dispositif de soin extrahospitalier

Objectif général : Accompagner les axes stratégiques du projet d'établissement

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

En lien avec la Direction des soins, participer à la mise en œuvre de l'amélioration du dispositif de soins extrahospitalier identifiée comme axe structurant du projet d'établissement 2019-2023.

Constat :

L'amélioration et le développement du dispositif de soins extra hospitalier du Vinatier est un axe fort du projet d'établissement 2019-2023.

Sa mise en œuvre nécessite de faire évoluer, tant sur le champ clinique qu'organisationnel, un certains nombres de structures sur la base du projet de chacun des pôles.

Cela nécessite :

- d'améliorer la connaissance institutionnelle du dispositif extrahospitalier actuellement très hétérogène en termes de ressources mobilisées quantitativement et qualitativement
- d'interroger les organisations de travail posées pour valider leur cohérence et leur intérêt à l'échelle d'un pôle et plus globalement du territoire dont le Vinatier à la charge.
- d'accompagner les pôles dans leurs projets de modification des organisations du travail.

Description de l'Action à mener :

- Améliorer le recensement et l'analyse des ressources humaines mobilisées sur les différentes structures extrahospitalières.
- Accompagner les projets polaires de modification des organisations de travail en proposant l'expertise de la DRH sur les aspects règlementaires (temps de travail...) et l'accompagnement des projets auprès des partenaires sociaux.
- Déploiement d'un plan de formation en lien avec les axes du projet d'établissement : gestion des parcours de soins, réhabilitation psycho-sociale, éducation thérapeutique, psycho-éducation.

Ressources à mobiliser :

- Direction des ressources humaines et Direction des soins
- Service formation continue
- SUR/CRR
- Cellule temps de travail
- CTE
- CHSCT

Calendrier : 2020 et suivantes

Evaluation et suivi : par la présentation des différents projets en instances.

Objectif 2 : Contribuer au développement des projets de recherche et d'expertise portés par Le Vinatier (F2)

ACTION F2 : Contribuer au développement des projets de recherche et d'expertise portés par Le Vinatier

Objectif général : Accompagner les projets stratégiques du projet d'établissement

Constat :

Le Vinatier a depuis longtemps développé une activité importante en matière de recherche et d'expertise grâce au dynamisme de ses équipes médicales hospitalo-universitaires ou hospitalières. Cette activité n'est plus aujourd'hui l'apanage des seules équipes médicales. Elle s'enrichit

désormais de l'expertise développée par d'autres métiers (paramédicaux, socio-éducatifs, psychologues, ...)

Cette dynamique est portée par l'ensemble des pôles cliniques et le pôle direction, au travers notamment du Conseil scientifique et de la Recherche et du partenariat avec l'Université Lyon 2.

Afin de l'accompagner pleinement, le projet social, dans le domaine qui est le sien, peut proposer un certain nombre d'actions.

Description de l'Action à mener:

- Définir une politique de financement des formations d'expertise (diplômes universitaires, programme de formation à l'étranger, échanges de pratiques avec des établissements extérieurs, mises à disposition, ...) permettant de d'accompagner l'enrichissement des compétences et les développements de champ d'expertise au sein du Vinatier (encadrement et paramédicaux)
- Reconnaître et valoriser dans leurs parcours professionnel les agents ayant développé une expertise.
- Communiquer auprès des chercheurs pour valoriser l'ensemble des compétences disponibles au sein de l'établissement
- Poursuivre l'action de promotion des bonnes pratiques de la recherche auprès des chercheurs du Vinatier
- Poursuivre les travaux de la commission de suivi des projets de recherche dont la fonction d'appui garantit l'aboutissement de l'ensemble des projets et leur publiabilité.

Ressources à mobiliser :

Service de Formation Continue et ressources financières du plan de formation

Direction des Affaires Médicales et de la Recherche

Calendrier de mise en œuvre de l'action : Dès adoption du projet

Evaluation et suivi :

Nombre de projets de recherche portés par des professionnels non universitaires

Nombre de publications scientifiques

Nombre de points SIGAPS

Bilan en commission consultative de formation

Objectif 3 : Favoriser la mise en place de mesure d'accompagnement social dans le cadre des projets de restructuration de l'établissement (F3)

ACTION F3 : Favoriser la mise en place de mesure d'accompagnement social dans le cadre des projets de restructuration de l'établissement

Objectif général : Accompagner les projets stratégiques du projet d'établissement

Constat :

Le projet d'établissement 2019-2023, comprend des projets de modernisation/adaptation de l'organisation hospitalière qui peuvent avoir un impact quantitatif et qualitatif sur la structure de l'emploi et les conditions de travail au Vinatier : réorganisations de service, fermetures de certains secteurs, introduction de nouvelles fonctions, appropriation de nouveau processus ou de nouveaux locaux, ...

La Direction des ressources humaines et la Direction des soins doivent avoir pour ambition de faciliter ces opérations en permettant un accompagnement individualisé des agents directement concernés par celles-ci.

Description de l'Action à mener:

- Mise en place de cellule d'accompagnement et de mobilité des agents lorsque les opérations concernent un nombre significatif d'agents (supérieur à 20) pour assurer l'accueil, l'information, le conseil et l'accompagnement dans la définition et la réalisation du projet personnel de l'agent.
Suivi individuel pour les autres opérations en lien avec les pôles
- Assurer le conseil individualisé des agents en matière de formation d'adaptation à l'emploi et de reconversion grâce aux compétences internes (formation continue) voir externes (FIPHFP, CAP Emploi, ...)

Ressources à mobiliser :

Direction des ressources humaines / Direction des soins

Service formation Continue

Service de santé au travail.

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2019-2023

Evaluation et suivi : Comité Technique d'établissement et Bilan social

Axe VII – Mettre en œuvre le plan d’actions handicap

Le plan Handicap de l’établissement récemment élaboré vient enrichir notre projet. Il est la résultante de plus d’une année de travail entre les différentes directions, l’encadrement, les organisations syndicales et des agents volontaires.

De par son ambition, ses objectifs ne sont pas retranscrits au sein des fiches actions et il constitue en tant que tel une annexe du projet social 2019-2023.

Objectif 1 : Structurer la politique handicap à travers la mise en œuvre du plan d’actions (G1)

ACTION G1 : Structurer la politique handicap à travers la mise en œuvre d’un plan d’actions

Objectif général : Mettre en œuvre une politique handicap structurée au profit du personnel de l’établissement, à travers un plan d’actions spécifique.

Objectif(s) spécifique(s) identifié(s):

Mise en œuvre d’actions sur différentes thématiques :

- Structuration du dispositif handicap,
- Maintien dans l’emploi,
- Communication, sensibilisation et formation,
- Recrutement.

Constat :

Le dispositif handicap du Centre Hospitalier Le Vinatier est en cours de structuration.

Un diagnostic quantitatif et qualitatif a été réalisé sur la période de juin 2018 à mai 2019, conduisant à la validation d’un plan d’actions par le Comité de Pilotage (COPIL Handicap) du 7 mai 2019.

Ce diagnostic a permis de repérer les atouts mais également les axes d’amélioration à mettre en œuvre afin de faire connaître les dispositifs et ressources existants, et d’accompagner au mieux les agents en situation de handicap, les encadrants, et de sensibiliser l’ensemble des acteurs de l’établissement sur cette thématique.

Description de l’Action à mener :

- Constitution et animation d’un groupe de travail opérationnel pour la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des différentes actions déterminées par le COPIL Handicap.
- Elaboration, mise en œuvre et suivi d’un plan de communication dédié.
- Renforcer et structurer le maintien dans l’emploi : renforcement de la politique de prévention des risques professionnels, structuration du circuit des aménagements de poste, mobilisation des aides du FIPHP et des ressources existantes en interne ou en externe.

- Intégrer la thématique du handicap dans la procédure de recrutement et structurer l'accueil et l'accompagnement des nouveaux agents en situation de handicap.

Indicateurs de Résultats :

- Evolution du taux d'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (déclaration annuelle auprès du FIPHFP)
- Nombre de situations de maintien dans l'emploi
- Nombre de recrutements d'agents en situation de handicap
- Type d'actions de communication réalisées et agents ciblés

Ressources à mobiliser :

- Référent Handicap
- COPIL Handicap
- Groupe de travail opérationnel
- Acteurs concernés par les différents sujets abordés, au cas par cas.

Calendrier de mise en œuvre de l'action : 2019-2021

Evaluation et suivi : Evaluation annuelle par le COPIL Handicap, en lien avec le groupe de travail opérationnel.





LE PROJET QUALITÉ

Axe I - Historique

L'Organisation Mondiale de la Santé définissait en 1987 la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Pour satisfaire au mieux à cette vaste définition le CH Le Vinatier a lancé dès 1998 plusieurs programmes d'évaluation de la qualité et satisfait à une première visite de certification en 2004.

La première politique qualité et gestion des risques (2005-2011) de l'établissement a posé les fondements de la culture qualité de l'établissement. Elle entérinait dans ses fonctions le département qualité en lui confiant également la gestion des risques.

QualiPsy II (2013-2017) a renforcé le pilotage institutionnel de la démarche qualité et gestion des risques en s'appuyant sur 5 types d'outils (Qualité, Gestion des Risques, Evaluation des Pratiques, Indicateurs et Hygiène hospitalière). Cette période correspond à une réelle entrée de l'institution dans une démarche structurée, participative et centrée sur la pratique clinique.

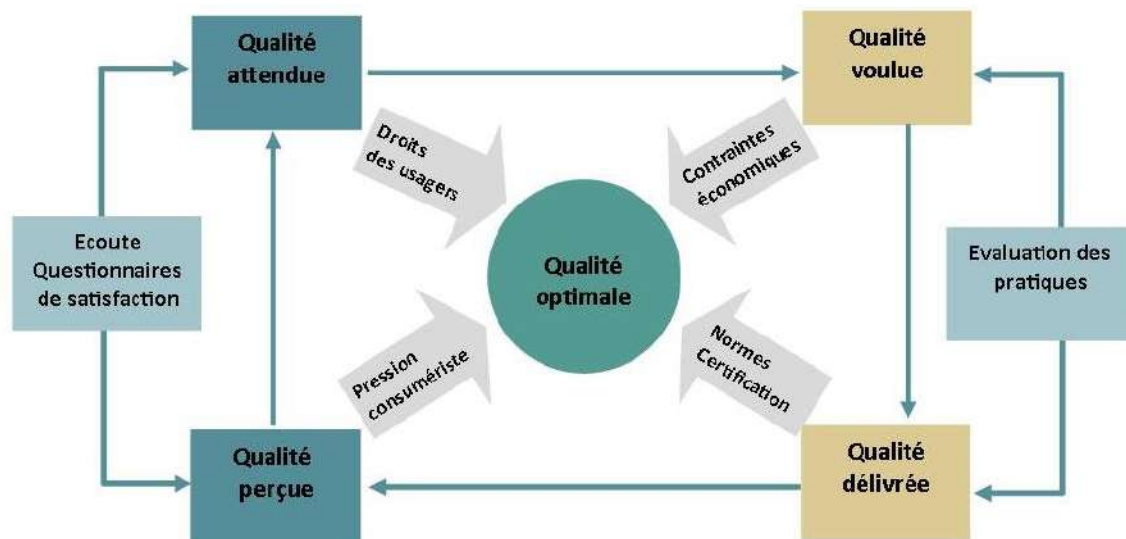
Cette seconde politique se termine avec un bilan particulièrement riche.

Dans la période 2012-2014 on peut noter l'investissement de la direction et du corps médical pour mettre en place une organisation transversale, efficiente et partagée au sein des pôles. Chacun de ces derniers devant décliner localement la politique qualité et gestion des risques. Enfin les années 2015 et 2016 se sont particulièrement axées sur le renforcement de l'hygiène hospitalière, des EPP (via le développement professionnel continu (DPC)) et sur la gestion des risques a priori (établissement des premières cartographies par processus) comme à posteriori (amélioration de l'analyse des événements indésirables, meilleure sensibilisation à la déclaration des erreurs médicamenteuses...)

Axe II - Valeurs de QUALIPSY III

Selon la norme NF EN ISO 15224, il est de la responsabilité de l'établissement de parvenir à un **équilibre** entre les attentes du patient et les besoins de soins évalués par les professionnels. Ainsi on différencie :

- La qualité attendue par le patient qui se construit autour de ses besoins mais aussi de ses prises en charge antérieures et de ses représentations du soin.
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée. Elle est révélée en partie par les questionnaires de satisfaction, les plaintes et contentieux...
- La qualité voulue est formulée par l'établissement de soins sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée. Ces critères sont issus des normes, critères HAS et de la réglementation.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient.



- L'écoute des patients doit permettre de réduire l'écart de conception (qualité attendue - qualité voulue), l'écart de perception (qualité perçue - qualité délivrée) et l'écart de satisfaction (qualité perçue - qualité attendue).
- L'écart de délivrance (qualité délivrée - qualité voulue) est du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d'amélioration des processus, de résolution de problèmes et d'évaluation des pratiques.

Pour parvenir à une qualité optimale, QualiPSY III se fonde sur :

- Les principes du service public hospitalier : égalité d'accès aux prises en charge, continuité des soins, adaptation et neutralité.

- Le respect de la personne, des règles de déontologie et des principes d'éthique. Ce qui inclue le respect des droits fondamentaux, dont la liberté d'aller et venir et, l'écoute des patients. Parce que ces aspects relèvent d'aspirations légitimes des usagers et de leur entourage et pas seulement de l'exigence réglementaire ou normative.
- Les orientations générales du projet d'établissement et du projet de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) Rhône Métropole.
- Le pari du développement continu de la culture sécurité, prenant en compte le dimensionnement polaire de l'établissement en associant les objectifs de qualité et sécurité à ceux de l'efficience médico-économique.
- La gestion des risques dans ses différentes dimensions⁴
 - L'évaluation des pratiques professionnelles
 - L'application de la réglementation
 - La prise en compte des différents résultats d'audits, d'indicateurs autant externes qu'internes et des décisions de la HAS

QualiPSY III s'appuie sur la prise en compte de cet historique et de ces valeurs mais aussi sur le projet médical d'établissement et le projet de soins infirmiers ; de rééducation et médico-technique

Il semble que l'établissement soit maintenant prêt, suite à la visite de certification V2014, à franchir une étape supplémentaire.

Pour la période 2019-2023 les axes de travail permettent de mettre en œuvre cette politique.

Cette politique est déclinée dans un programme d'action annuel, par processus, validé par la CQSS et la CME et incluant les actions mises au compte qualité (CQ) de l'établissement.

⁴ N'étant pas seulement une donnée objective, le risque correspond à une construction sociale expliquant des perceptions et une acceptabilité différentes parmi les professionnels de santé, les patients, le public et les médias. L'acceptabilité du risque implique la prise en compte de la société, des professionnels, des patients.

Axe III – Les axes de travail 2019-2023

Objectif 1 Prise en compte des usagers

Les recommandations de la Commission Des Usagers (CDU) sont intégrées dans les déclinaisons annuelles de QualiPSY, plaçant les usagers comme acteurs de cette politique.

Parallèlement, les possibilités données aux patients et à leur entourage de s'exprimer sont nombreuses et passent par divers canaux.

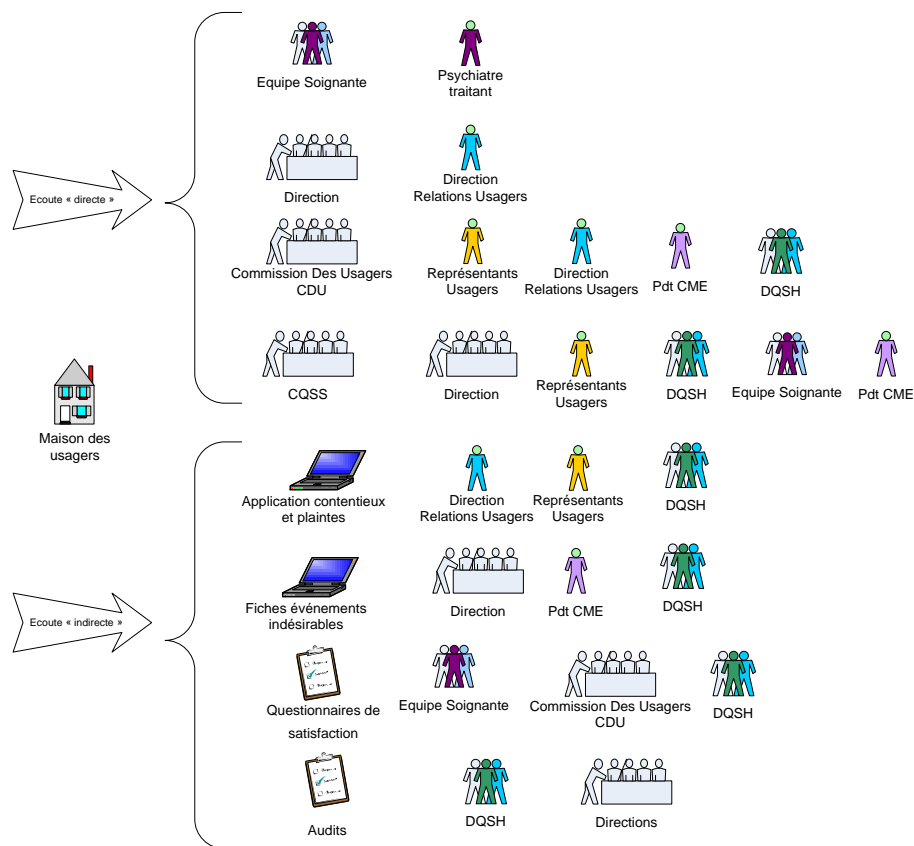
Une écoute directe :

- Au sein des services de soins, que ce soit au cours des entretiens médicaux et/ou infirmiers mais aussi dans les temps informels du quotidien
- Par le biais des questionnaires de satisfaction
- Par les représentants des usagers assurant des permanences à la "maison des usagers" et participant (outre la CDU) à plusieurs instances (Commission Qualité et Sécurité des Soins, Conseil de Surveillance, conseil d'éthique, groupe de travail sur l'isolement et la contention...).

Une écoute plus indirecte :

- Par le biais des différents audits internes et des questionnaires de sortie.
- Par les plaintes et réclamations reçues par la Direction, mais aussi par les courriers d'encouragement reçus.

En 2010, a été mis en place une informatisation de l'archivage des plaintes et contentieux, permettant un accès facilité pour tous les membres de la CDU (y compris les représentants des usagers) et un lien avec le système de déclaration des événements indésirables.



Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Renforcer le retour des questionnaires de satisfaction en adaptant ceux-ci aux différentes structures ; (PM AV O4, PSIRMT AV O2)⁵
- Simplifier le livret d'accueil des patients ; (PSIRMT AV O1)
- Encourager les représentants des usagers à être force de proposition ; (PM AV O1)
- Garantir l'accès à des locaux permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient ;
- Augmenter le taux de traçabilité relatif à l'information relative à la personne de confiance ; (PM AV O3, PSIRMT AV O1)
- Recueillir l'avis des proches (PM AV O5, PSIRMT AV O1)
- Suivre les indicateurs établissement déjà en place et mettre en place les actions d'amélioration ;
 - Nombre d'EI pour pertes, vol ou disparition d'objet appartenant à un patient ;
 - Nombre de plaintes pour pertes, vol ou disparition d'objet appartenant à un patient ;
 - Délai de traitement des plaintes ;
 - Taux de satisfaction des patients concernant les repas (sur 10) ;
 - Nombre de personnel formé aux droits du patient ; (PSIRMT AIII, O2)
 - Nombre de personnel formé à la promotion de la bientraitance ; (PSIRMT AII, O2)
 - Nombre de personnel formé à l'annonce d'un dommage lié aux soins ;
 - Nombre de personnel formé aux soins sans consentements ; (PSIRMT AIII, O2)
 - Taux et délai de retour du formulaire d'information du patient sur les soins sans consentement.

⁵ Les cotations Axe n° en chiffre romain et Objectif en chiffre arabes correspondent aux cotations du projet médical (PM) ou du projet de soins infirmiers, de rééducation et médo Techniques (PSIRMT) d'établissement

Objectif 2 : Prise en compte des partenaires externes

L'établissement est au cœur d'une communauté, d'un territoire, que le périmètre soit la communauté psychiatrique de territoire, le territoire de santé mentale ou d'autres entités régionales voire supra-régionales. Pour être efficient, son organisation et son offre de soins, au bénéfice des usagers et des partenaires du réseau doit être lisible et accessible.

Pour évaluer la qualité des soins et la qualité des processus supports (plateforme d'appel par exemple) le DQSH vient en appui méthodologiques. Plusieurs actions seront à mettre en œuvre :

- Réaliser plusieurs patients traceurs inter-établissement sur la filière urgences psychiatriques (PM AII O3)
- Mettre en œuvre ou réactiver certains indicateurs mesurés ponctuellement jusqu'ici ;
 - Délai des rendez-vous en CMP (PM AI O1) ;
 - Nombre d'agents formés à la réhabilitation, au case management (PSIRMT AIII O2) ;
 - Délai d'attente à l'UPRM (PM AI O3) ;

Objectif 3 : Respect de la liberté d'aller et venir, les soins intensifs et la contention

La réflexion sur la liberté d'aller et venir au Centre Hospitalier "le Vinatier" est ancienne, et ne se résume pas simplement aux questions de l'isolement et de la contention.

Plusieurs choix stratégiques ont été faits au cours des dernières années : privilégier le lien de confiance avec le patient reste l'axe fort. Ainsi le choix de n'avoir que des unités ouvertes a été fait, ceci quel que soit le mode d'hospitalisation des patients. Les seules unités fermées, le sont du fait de la vulnérabilité des patients (personnes âgées, mineurs, troubles autistiques sévères) ou de la spécificité des unités (UHSA, UMD, USIP)

Concernant la contention et l'isolement :

Pour l'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours.

Il énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques.

Aussi, la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation au sein de l'établissement doit permettre d'atteindre progressivement le niveau d'exigence désormais attendu par les recommandations de bonne pratique de la HAS et l'instruction du 29 mars 2017 tout en conciliant les possibilités de l'établissement pour mettre en application ces nouvelles mesures.

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Engager une réflexion sur une meilleure gestion de la violence des patients (PM AI O6)

- Mettre en œuvre la politique visant à diminuer le recours à l'isolement et à la contention (confirmation des prescriptions d'isolement et de contention dans les délais, visites médicales en ESPI y compris les dimanches et fériés...) (PM AII O1, PSIRMT AII, O2)
- Décrire le processus ESPI et mettre à jour la procédure "Chambres d'Apaisement, Salon d'Apaisement, Espaces de Soins Psychiatriques Intensifs, bonnes pratiques de contention" (PRO-OPC-007) titre complet (PM AII O1)
- Continuer et renforcer les actions de formation à la prévention de la violence et à la désescalade (PM AII O1, PSIRMT AII, O2)
- Mettre en place des formations de type "simulation en santé" et des REX concernant les situations problèmes autour de l'isolement et de la contention (PM AII O1)
- Mettre en place les indicateurs relatifs à ce processus et suivre les indicateurs relatifs au personnel formés (APIC puis RAISOPSI) (PM AII O2)
- Mettre en place le rapport rendant compte des mises en chambre d'isolement, des prescriptions de contentions mécaniques. (PM AII O2)



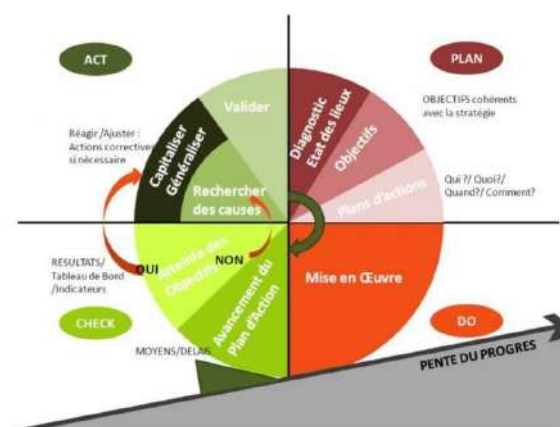
Objectif 4 : Décliner la politique qualité dans les pôles de soins

Décliner la politique qualité dans les pôles n'est pas en soi une nouveauté, puisque cet objectif est présent à minima dans les contrats de pôles depuis leurs mises en place. Cependant, la préparation de la certification V2014, la mise en place de référents qualité, et l'investissement des pôles dans les CREX (par exemple) ont eu un effet de levier positif mais encore insuffisant.

QualiPSY III et le Département Qualité Sécurité Hygiène propose, un accompagnement des pôles dans une décentralisation progressive des actions qualité au bénéfice de l'acquisition d'une culture qualité.

L'approche processus par la gestion des risques

L'approche processus implique la définition systématique et la gestion des processus cliniques et supports ainsi que de leurs interactions, de façon à obtenir des résultats conformes à la politique de qualité et aux orientations stratégiques de l'établissement.



La gestion des processus et du système dans son ensemble peut être effectuée à l'aide du cycle de la roue de Deming (PDCA pour Plan Do Check Act ou Planifier Faire Evaluer Améliorer) l'accent étant mis sur l'approche par les risques destinée à tirer parti des opportunités et à éviter l'obtention de résultats indésirables.⁶

Cette approche des processus par les risques est un des axes forts de la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement et peut être vue sous deux angles : la gestion des risques a priori et la gestion des risques a posteriori.

La cartographie des risques à priori

La cartographie des risques "patient" est l'outil validé par l'institution pour appuyer la gestion des risques à priori et gérer les processus.

Travailler sur des cartographies par unité semblait peu pertinent, et aurait généré une multitude d'actions souvent de portée locale, pouvant être résolues par d'autres méthodes. Le pilotage nécessitant une centralisation des actions ne serait pas efficient.

La bonne granularité est le pôle, chacun ayant une ou plusieurs lignes de soins. Chacune de ces lignes de soins est analysée, de l'entrée à la sortie du patient, à travers le filtre du manuel de certification et ses diverses thématiques.

Comme les groupes de travail lors de la préparation à la certification l'ont fait ; il s'agit de se poser la question « que se passe-t-il en cas de dysfonctionnement sur cette question ? Quels sont mes freins ? Quelles sont mes plus-values ?

La méthodologie de la cartographie permet de hiérarchiser ces actions.

⁶ Norme NF EN ISO 15224 :2016 Services de santé — Systèmes de management de la qualité

Le DQSH intervient alors pour :

- Garantir la cohérence avec la politique de l'établissement et coordonner les actions mises en œuvre par les pôles (actions redondantes, antagonistes...)
- Apporter une aide méthodologique pour la mise en place des actions d'amélioration ou de réduction des risques.
- Mettre en synergie les actions ayant le même objectif (groupes de travail interpôles)
- Assurer le suivi (et le rappel) des actions mises en œuvre.

Plusieurs cartographies ont déjà été réalisées par l'établissement et pourront servir de base. Le circuit du médicament en intra comme en extra hospitalier fait l'objet d'une cartographie spécifique. Plusieurs formations ont eu lieu pour accompagner ce projet. De même l'établissement a investi dans un logiciel spécifique permettant de suivre l'évolution de ces cartographies et les actions de prévention s'y rapportant.

Les pôles se sont organisés pour travailler sur ce projet, l'objectif étant d'avoir une cartographie des risques patients, complète, en 2023.

La gestion des risques à posteriori (Evènements indésirables)

Un premier travail a été effectué depuis 2015 pour replacer la dynamique des déclarations d'évènements indésirables (EI) dans un système de gestion des risques. Le bilan 2018 montre une influence des différentes actions mises en place (formations, interventions auprès des cadres, rigueur du traitement du DQSH) sur le nombre des déclarations. Cet effort doit être continué sur les prochaines années de manière à pouvoir renforcer le suivi des actions. L'objectif ? Mieux déclarer pour traiter efficacement et passer des évènements indésirables aux évènements porteurs de risques.

Ceci implique de renforcer le suivi des évènements au niveau des pôles et des directions fonctionnelles. Mais aussi de renforcer les liens entre DQSH, Direction de la Politique Générale et Direction de la Relation avec les Usagers pour ce qui concerne les EI ou EIG à risque de plaintes ou de contentieux.

Enfin, l'établissement a établi une procédure relative au "Traitement des évènements indésirables graves (EIG) associés aux soins ou non (PRO- QPR 386)" utilisant la méthode ALARM et mettant en place des analyses post déclaratives à l'ARS sous l'égide du DQSH.

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Mettre en œuvre dans chaque pôle une analyse des risques à priori couvrant l'ensemble des processus et des parcours et permettant une approche managériale par les risques
- Formaliser dans chaque pôle un Comité de Retour d'Expériences et mettre en œuvre les analyses de risques a posteriori notamment dans le cadre des EIG et des erreurs médicamenteuses ; (PSIRMT AII O1)
- Proposer une fiche de mission "socle" pour les référents qualité ;
- Avoir un médecin référent qualité par pôle ; (PM AII O1)

- Renforcer le suivi des événements indésirables par les pôles d'activités cliniques et développer les fiches de suivi des actions sur BlueKanGo ; (PSIRMT AII O1)
- Suivre les indicateurs établissement déjà en place et mettre en place les actions d'amélioration
 - Nombre de personnel formé ou sensibilisé à l'éthique
 - Taux de participation CQSS
 - Taux de participation sous-commission SCPS
 - Taux de participation sous-commission DPC/EPP
 - Taux de participation sous-commission SC4CV
 - Taux d'EI ayant fait l'objet d'une fiche action (hors EI récurrents)

Objectif 5 : Piloter la qualité et la sécurité des soins par les indicateurs

Le contexte

De nombreux indicateurs sont suivis dans le cadre de la démarche qualité et sécurité des soins, ces indicateurs sont de plusieurs types :

Les indicateurs nationaux (IQSS), conçus pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, ces indicateurs sont utilisés par :

- Les professionnels de santé : pour améliorer leurs pratiques et piloter la qualité des soins dans leur établissement de santé ;
- Les pouvoirs publics : pour piloter des politiques d'offres de soins au niveau régional et national ;
- Tous : pour s'informer sur la qualité des soins dans les établissements de santé via le site Scope Santé qui met à disposition de tous les résultats des indicateurs et de la certification.

Une partie de ces indicateurs⁷ a été supprimé ou transformé en 2018, parmi ces indicateurs on retrouve, la tenue du dossier du patient (TDP), le délai d'envoi du courrier de sortie (DEC) et la détection des troubles nutritionnels (DTN).

De même plusieurs indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales ont été supprimés (ICALIN par exemple).

Se substituant aux IQSS de 1^{ère} génération, plusieurs autres indicateurs ont été testés en 2018 et seront validés en 2019. Il s'agit d'indicateurs relatifs :

- Aux pratiques d'isolement et de contention mécanique lors des hospitalisations à temps plein, en service de psychiatrie générale adultes ;
- A la prise en charge somatique en établissement de santé
- A la prise en charge des addictions
- A la prise en charge de la douleur en hospitalisation temps plein ;

⁷ Pour ce qui concerne la psychiatrie. Pour le secteur SSR les IQSS n'ont pas changés

- A la Coordination entre l'hôpital et la ville :

Les indicateurs de l'établissement, ils sont nombreux et concernent plusieurs domaines, circuit du médicament, prise en charge des personnes âgées, suivi du nombre d'agents formés aux droits des patients, aux urgences vitales

Ils sont issus des exigences HAS (indicateurs de pratiques cliniques, nb d'agents formés), des évaluations de l'établissement et, en 2019, du projet médical d'établissement. Ainsi les quick audits mis en place en 2016 sont une des actions d'amélioration devant les résultats des IQSS et de la mesure annuelle effectuée par le DQSH et le DIM.

Les indicateurs liés à l'IFAQ : Prévus pour 2020, le détail de ceux-ci n'est pas connu lors de l'écriture de cette politique. Leur suivi sera intégré au CQ de l'établissement pour l'instant le décret du 23 février 2019 cite :

- Qualité des prises en charge perçue par les patients (AV O4)
- Qualité des prises en charge cliniques
- Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins
- Qualité de la coordination des prises en charge
- Performance de l'organisation des soins
- Qualité de vie au travail

NB : on retrouvera en fonction des paragraphes traités les autres indicateurs

Les objectifs opérationnels sont les suivants

- **Etablir des tableaux de pilotage reprenant l'ensemble des indicateurs de l'établissement.**
- **Formaliser les fiches descriptives et de suivi des indicateurs suivants**

Indicateurs de projet médical

Indicateurs IQSS pour la psychiatrie

Indicateurs IFAQ pour la psychiatrie

Indicateurs concernant la prise en charge du patient

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- **Suivre les indicateurs ci-après et mettre en place les actions d'amélioration**
 - Evaluation du risque cardio-vasculaire et métabolique ; (PM AI O5)
 - Evaluation du risque de complications gastro-intestinales ; (AI O5)
 - Prise en charge des addictions ; (PM AI O5)
 - Prévention du suicide et de la récurrence suicidaire ; (PSIRMT AI O11)
 - Nombre de personnel formé à la prise en charge de la crise suicidaire ; (PM AI O6, PSIRMT AIII O2)
 - Prise en charge de la douleur physique ; (PM AII O6, PSIRMT AI O6)
 - Taux de satisfaction de la prise en charge de la douleur en psychiatrie ;

- Nombre de personnel formé à la prise en charge de la douleur ; (PSIRMT AII O2)
- Nombre de personnel formé à la prise en charge des détresses vitales ;
- Taux global de traçabilité de la mesure du poids en psychiatrie ;
- Taux de chute des personnes âgées ;
- Nombre de personnel formé à la prise en charge des détresses vitales ; (PSIRMT AI O6)
- Taux de port du bracelet d'identification dans les unités du SMAUP ; (PSIRMT AII O1)
- Indicateurs relatifs aux soustractions aux soins. (PM AII O8)

Indicateurs concernant le dossier du patient (PM AII O7, PSIRMT AII O5)

Les objectifs opérationnels sont les suivants

- **Suivre les indicateurs ci-après et mettre en place les actions d'amélioration**
 - Délai d'accès du patient a son dossier
 - Tenue du dossier du patient
 - Lettre de sortie à la sortie du patient
 - Traçabilité du Bénéfice/risque

Objectif 6 : Gestion de crise (Plan blanc, Plan de Sécurité de l'Établissement)

La dernière version du plan blanc⁸ de l'établissement date de 2015 avec un exercice de simulation réalisé à l'UHSA le 15 octobre 2014. Cet exercice avait montré quelques faiblesses dans l'organisation de la cellule de crise (organisation, emplacement, moyens de communication...).

Pour ce qui est de la sécurité informatique, de nombreuses actions ont été mises en place et le Plan de continuité de l'activité (PCA) devrait être testé fin 2020.

Quatre référents "Situations Sanitaires Exceptionnelles" ont été formés par le CESU 69 au risque NRBC (E)⁹

Depuis novembre 2016 les établissements doivent également se doter d'un plan de Sécurité de l'Établissement (PSE) c'est-à-dire une stratégie de protection en cohérence avec les instructions gouvernementales (plan Vigipirate, directives nationales de sécurité, etc.), les préconisations du plan Blanc, du plan bleu et du plan de continuité d'activités.

Ce PSE comprends deux volets distincts :

- Un volet de portée générale, comprenant les mesures globales de sécurisation liées à la protection de l'établissement dans la durée et intégrant les mesures du plan Vigipirate ;
- Un volet de gestion de crise, traitant des mesures particulières et immédiates de sécurité à mettre en œuvre notamment en cas de survenance d'un attentat au niveau local et de risques potentiels de sur-attentat pour l'établissement.

⁸ Pour les structures médicosociales du CH Le Vinatier le plan bleu est intégré dans le plan blanc

⁹ Nucléaire Radiologique Biologique Chimique (Explosion)

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Actualiser le plan blanc de l'établissement
- Réorganiser les moyens logistiques à mettre en œuvre lors d'une situation de crise
- Continuer la formalisation du plan de sécurité de l'établissement
- Mettre en œuvre une formation de prévention à la radicalisation
- Réaliser un nouvel exercice à la suite de la formalisation du PSE

Objectif 7 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Le temps est passé d'une opposition à toute forme d'évaluation en psychiatrie et l'établissement a vécu plusieurs périodes dans sa politique EPP. De quelques actions calquées sur la réglementation ou sur l'actualité (2004) à une politique plus quantitative et une obligation d'EPP par secteurs d'activités clinique (2011).

Peu à peu le Centre Hospitalier "Le Vinatier" à trouver des modalités d'évaluation des pratiques professionnelles, adaptées à son activité, aux prises en charge et évaluer les pratiques à partir d'opportunités issues du quotidien. (Temps d'attente en CMP, port du pyjama, écriture infirmière...)

Cependant, les objectifs de la politique EPP ont été fortement perturbés par l'obligation de DPC et les différentes péripéties d'une inscription de l'établissement comme organisme EPP. L'articulation "DPC", notamment pour les actions de formation relevant du domaine de la qualité des soins, s'insère petit à petit entre la formation du personnel médical et non médical, géré par deux entités et selon des modalités différentes.

Pour suivre ces EPP et animer ce processus, une sous-commission a été mise en place (2012). Sa composition a été élargie en intégrant un membre de la direction (le directeur des affaires médicales et de la Recherche) et un membre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico technique.

La sous-commission se réunit mensuellement et donne un avis sur les projets d'EPP. Elle est informée des résultats. Le secrétariat est assuré par la présidence de CME.

Le DQSH apporte un soutien méthodologique tel que décrit dans la procédure "Circuit institutionnel d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)"

Suite à la procédure V2014, les pôles ont pu investir dans de "nouvelles" méthodes d'EPP comme la méthode du "patient traceur" et les CREX cités précédemment. Les méthodologies plus classiques sont également investies comme la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, les groupes de pairs ou les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP).

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Relancer la politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ; (PM AII O3 ; PSIRMT AII O3)

- Trouver la juste articulation et les moyens adéquats pour favoriser les actions de DPC et de FC communes aux équipes médicales et paramédicales ;
- Maintenir l'objectif de trois patients traceurs par services et par an ; (PSIRMT AII O3)
- Développer les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (cas complexes, patient difficiles... (PM AII O4)
- Mettre en place de nouvelles méthodologies concernant l'évaluation, l'analyse et l'amélioration de la pertinence des interventions de santé et l'exercice coordonné et protocolé des équipes de soins en ambulatoire (articulation intra/extra, partenaires réseaux, CPT) ; (PSIRMT AI O1, 3 et 4, PSIRMT AIII O2)
- Maintenir la communication sur les actions et les résultats d'EPP ;
- Développer des indicateurs de pratiques cliniques hors circuit du médicament ;



Objectif 8 : Sécuriser le circuit du médicament

Depuis 2014, démarche qualité et circuit du médicament progressent de concert. Les exemples d'actions sont nombreux, mises en place de l'AMDEC sur le circuit intra et extra hospitalier, prise en compte des erreurs médicamenteuses, mise en place d'indicateurs de suivi ou gestion documentaire enrichie et suivie.

D'autres interfaces existent dans le cadre de la même démarche et on peut citer récemment l'intégration du module circuit du médicament dans le dossier informatisé du patient ou le projet encore en cours de changement de l'automate.

La fréquence et la gravité des risques potentiels encourus par les patients, la complexité du circuit et les exigences réglementaires dans ce domaine font du circuit du médicament un axe fort de la politique qualité et sécurité des soins. Cet axe a été renforcé par la signature du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins.

En cohérence avec la Politique "Qualité de la prise en charge médicamenteuse"¹⁰

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants (PM AII O5 PSIRMT AII O4) :

- Maintenir les actions issues de la cartographie des risques du circuit du médicament
- Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament en hôpital de jour

¹⁰ INF-OPC-096

- Mettre en place les indicateurs prévus au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Développer des évaluations de pratiques et des indicateurs spécifiques à la PUI
- Suivre les indicateurs du CAQES et mettre en place les actions d'amélioration
- Suivre les indicateurs du Projet médical d'établissement et mettre en place les actions d'amélioration
 - Traçabilité des effets indésirables (notamment moteurs, métaboliques et cardio-vasculaires)
 - Nombre d'agents formés aux effets indésirables psychotropes
- Suivre les indicateurs établissement déjà en place et mettre en place les actions d'amélioration
 - Nombre de prescriptions hors AMM en pédopsychiatrie
 - Taux de déclaration d'EM en rapport du nombre d'EI
 - Taux d'analyse des erreurs médicamenteuses
 - Taux de conformité de traçabilité de l'administration
 - Taux de déclaration d'EI concernant le circuit du médicament en rapport du nombre d'EI
 - Taux de sujets âgés avec une prescription de Benzodiazépines à ½ vie longue
 - Taux de validation des ordonnances
- Mettre à jour la gestion documentaire suite à l'intégration de l'informatisation du circuit du médicament dans le DPI, à la mise en place de l'automate et au déménagement de la PUI sur la plate-forme logistique.

Objectif 9 : Lutte contre les infections nosocomiales, Hygiène hospitalière

L'établissement maintient depuis de longue date et malgré son activité essentiellement psychiatrique une gestion du risque infectieux et une politique¹¹ Hygiène qui met l'usager au centre des préoccupations assurant sa sécurité au sein des locaux, l'environnement et les soins, et s'inscrit dans une mesure de sa satisfaction. Cette démarche est permanente et promeut la qualité en hygiène hospitalière sur l'ensemble des structures de soins intra et extra hospitalières ainsi qu'au secteur Médico-Social.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière, est chargée d'appliquer la politique définie par le CLIN¹², instance pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Politique basée sur les axes principaux du Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS).

Le risque infectieux relève d'une gestion globale des risques prenant en compte toutes les dimensions de l'activité d'hygiène : les risques a priori, a posteriori, la nosovigilance et le bon usage des antibiotiques.

La lutte contre les Infections associées aux soins (IAS) concerne l'ensemble des professionnels de l'établissement. Aussi, l'EOHH établit une collaboration régulière avec tous les services de

¹¹ INF-SPI-097

¹² cf. infra §

l'établissement et plus particulièrement avec les partenaires internes Direction des soins, des Affaires logistiques, des travaux et des services techniques, Service de Santé au travail, PUI, DIM, DQSH. L'EOHH peut également, à toute occasion (projet, épidémie, expertise...) faire appel au Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) Auvergne Rhône Alpes, structure interrégionale d'appui dans le but de prévenir le risque infectieux associé aux soins et contribuer à la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants (PSIRMT AII O6) :

- Maintenir les actions issues de la cartographie du risque infectieux
- Former et sensibiliser les professionnels aux précautions standard et complémentaires en Hygiène
- Veiller à la mise en place des mesures barrières pour la maîtrise d'un évènement à potentiel épidémique (BMR, BHRe, virus émergents...)
- Suivre les indicateurs du CAQES relatifs au risque infectieux et mettre en place les actions d'amélioration
- Former et sensibiliser les professionnels au tri des DASRI
- Poursuivre le plan de formation au bionettoyage pour harmoniser, formaliser les pratiques (guide de bionettoyage, carnet de bord Propreté des ESPI/CA/SA)
- Mettre en œuvre la surveillance environnementale (gestion du risque infectieux lié à l'eau...)
- Participer à la formation des professionnels (module d'adaptation au métier d'ASH/d'ASD et formation des IDE sur les classes médicamenteuses (dont les antibiotiques)).

Objectif 10 : Directions adjointes

Qualipsy II avait pour vocation de "médicaliser" la démarche qualité et la gestion des risques. Cela a favorisé l'implication médicale et a permis une meilleure compréhension des actions auprès du personnel soignant et des usagers.

L'hôpital, structure complexe, organisée autour du soin repose aussi sur la bonne organisation des fonctions logistiques et des interfaces entre les "processus supports" et les "processus de soins".

Quelques éléments "qualité" sont présents aux interfaces parmi lesquelles la commission des menus (UCP/ Pôles cliniques), le groupe de travail sur l'eau (EOH / Services Techniques), la convention LPO (Espaces Verts/ DQSH) et bien sûr le dialogue de gestion quadrimestriel.

La constitution du compte qualité et la construction de plans d'actions spécifiques pour la préparation de la V2014 ont permis, à minima, aux structures "ressources physiques" et "ressources humaines" d'approcher la qualité de l'établissement.

Il s'agit maintenant d'intégrer pleinement les directions adjointes dans la politique qualité de l'établissement.

Enfin bien, que le DQSH ne soit pas spécifiquement chargé du développement durable dans l'établissement plusieurs actions se rapportant à ce thème figurent dans le programme qualité. L'absence de pilotage, l'extrême transversalité du projet ont retardé la mise en place du plan d'action présenté en CME le 13 octobre 2014 et sont un frein au suivi de la convention établie avec la LPO.

Les principaux objectifs opérationnels sont les suivants :

- Mise en place d'une écoute client de type ISO 9000 ou de "club utilisateurs"...
- Enquête de satisfaction sur les prestations réalisées
- Nommer des référents qualité dans les directions
- Reprise du plan d'action développement durable en collaboration avec le DQSH
- Renforcer le lien entre DQSH, DAG et DRU dans le suivi des EIG et des EI pouvant être source de plaintes et/ou de contentieux.

Axe IV – Evaluation de QUALIPSY III13

Depuis la première politique QGDR de l'établissement, le DQSH utilisait un indicateur sous forme de graphique, issu de la norme AFNOR FD X 50-174 de novembre 1998, Management de la qualité - Évaluation de l'efficacité d'un système qualité.

Or s'il est souhaitable d'évaluer cette politique, cet outil ne correspondait plus aux attentes, en effet

- Le nombre d'axes de travail à changer
- Les axes étaient trop génériques pour être évalués

De manière à être en cohérence avec la certification, nous utiliserons maintenant les niveaux de maturité de l'HAS (Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification V2014, décembre 2018) et les résultats seront présentés dans un tableau utilisant l'échelle colorimétrique suivante.

Fonctionnement non défini
Fonctionnement de base
Fonctionnement défini
Fonctionnement maîtrisé
Fonctionnement optimisé

Chaque processus est découpé suivant la méthode HAS et la roue de Deming (PDCA)

- P1 - Définition de la politique et/ou de la stratégie
- P2 -Organisation interne
- D1 - Mobilisation des équipes
- D2 - Disponibilité des ressources
- D3 - Effectivité de la mise en œuvre
- C - Evaluation
- A - Amélioration

Tous les ans les processus suivants sont évalués :

- Prise en compte des usagers
- Respect de la liberté d'aller et venir, les soins intensifs et la contention
- Prise en compte des partenaires externes
- Décliner la politique qualité dans les pôles de soins
- La cartographie des risques à priori
- La gestion des risques à posteriori (Evènements indésirables)
- Gestion de crise (Plan blanc, Plan de Sécurité de l'Etablissement)

- Piloter la qualité et la sécurité des soins par les indicateurs
- L'évaluation des pratiques professionnelles
- Lutte contre les infections nosocomiales, Hygiène hospitalière
- Sécuriser le circuit du médicament

A ces axes sont ajoutés des processus spécifiques comme le processus de prise en charge de la douleur, le dossier du patient, l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge et la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Tous ces axes de travail sont des processus ou des sous processus ayant défini une politique ou une stratégie de mise en œuvre. Le pilotage peut prendre la forme d'une instance (CLIN, CLAN, CLUD) d'un groupe de travail ou d'une sous-commission (Parcours de Soins, 4CV, Cellule d'identitovigilance) ou de comité de pilotage (Plan de sécurisation de l'établissement, Urgences psychiatriques). Toutefois même si chacun sait ce qu'il a à faire, les missions ne sont pas toutes définies et formalisées.

14

	P1	P2	D1	D2	D3	C	A
Prise en compte des usagers	Blue	Green	Yellow	Green	Yellow	Orange	Orange
Respect de la liberté d'aller et venir, soins intensifs et la contention	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Orange
Prise en compte des partenaires externes	Green	Green	Blue	Blue	Blue	Green	Green
Déclinaison de QUALIPSY dans les pôles de soins	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Orange
La cartographie des risques à priori	Blue	Blue	Green	Blue	Blue	Green	Green
Gestion des risques à posteriori (Evènements indésirables)	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
Gestion de crise	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Lutte contre les infections nosocomiales, Hygiène hospitalière	Blue	Blue	Green	Blue	Green	Yellow	Yellow
Pilotage de la qualité et la sécurité des soins par les indicateurs	Blue	Blue	Green	Blue	Green	Yellow	Yellow
L'évaluation des pratiques professionnelles	Green	Green	Green	Blue	Green	Yellow	Yellow
Dossier patient	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Orange
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green
Prise en charge de la douleur	Blue	Blue	Green	Blue	Green	Blue	Blue
Sécuriser le circuit du médicament	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow

¹⁴ Le tableau ci-dessus est un exemple, il ne correspond pas forcément à une évaluation annuelle précise

Axe V – Les politiques connexes

La politique qualité et sécurité des soins ne saurait rester isolée d'autres politiques institutionnelles, intégrées dans le projet d'établissement. Outre la politique de prise en charge médicamenteuse et la politique d'hygiène hospitalière, citons en particulier là :

- **Politique de prise en charge de la douleur** Impulsée par le groupe de travail de la commission 4Cv, la politique douleur a été validée en Commission Qualité et Sécurité des soins le 15 avril 2013. Elle est référencée dans le système documentaire de l'établissement (INF-OPC-028)
- **Politique nutritionnelle** : Suivie par la commission 4Cv et référencée INF-OPC-095

ANNEXE 1 : Références réglementaires et Bibliographie

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret no 2019-121 du 23 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Décret no 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Décret n° 2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins
- Décret no 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
- Décret n° 2016-1644 du 1er décembre 2016 relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire
- Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé
- Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé
- Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé
- Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé
- Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

- Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Circulaire n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis
- Circulaire du 13 mai 2016 relative à la prévention de la radicalisation
- Instruction interministérielle n° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement
- Instruction n° DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé
- Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018
- Instruction n° DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé
- Instruction n° DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Norme internationale ISO/CEI 27001. Technologies de l'information — Techniques de sécurité — Systèmes de management de la sécurité de l'information — Exigences, octobre 2013
- Norme internationale ISO/CEI 27002. Technologies de l'information — Techniques de sécurité — Code de bonne pratique pour le management de la sécurité de l'information, octobre 2013
- Norme NF CEI ISO 27001 Systèmes de management de la sécurité de l'information — Exigences, octobre 2013

- Norme NF CEI ISO 27002 Code de bonnes pratiques pour le management de la sécurité de l'information, octobre 2013
- Norme NF ISO 31000 Management du risque : Principes et lignes directrices, Janvier 2010
- Norme NF EN 31010 Gestion des risques Techniques d'évaluation des risques, Juillet 2010
- Norme FD S 99-131 Concepts et recommandations pour la mise en place et l'amélioration d'un système documentaire dans les établissements de santé, novembre 2000
- Norme FD S 99-132 Méthodologie des critères de qualité et construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé, avril 2000
- Norme FD X 50-171 Indicateurs et tableaux de bord, juin 2000
- Guide méthodologique Compte Qualité : Certification V2014. HAS. Mai 2017 ; 62 pages
- Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE) ; Direction générale de l'offre de soins 1ère édition – avril 2017 ; 56 pages
- HAS, Contention mécanique en psychiatrie générale, synthèse de la recommandation de bonne pratique, Février 2017, 8 pages
- HAS, Isolement en psychiatrie générale, synthèse de la recommandation de bonne pratique, Février 2017, 8 pages
- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. HAS septembre 2016 ; 63 pages
- Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS. Janvier 2014 ; 112 pages
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS. Mai 2013 ; 180 pages
- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : Des concepts à la pratique. HAS mars 2012 ; 220 pages
- Référentiel CNPP 1302, Système de management de la sûreté, septembre 2009

AFNOR	Association Française de NOR malisation
ALARM	Association of Litigation And Risk Management
AMDEC	Analyse des Modes de Défaillance , de leurs Effets et de leur Criticité
APIC	Approche Préventive et Intervention Contrôlée
BHRe	Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente
BMR	Bactérie Multi Résistante
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CDU	Commission Des Usagers
CLAN	Comité Liaison Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de LU tte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Établissement
COMEDIMS	CO mité du ME dicament et des DI spositifs M édicaux Stériles
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CPIAS	Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins
CQ	Compte Qualité
CQSS	Commission Qualité et Sécurité des Soins
CREX	Comité de Retour d'EX périence
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DIM	Département d'Information Médicale
DPI	Dossier Patient Informatisé
DQSH	Département Qualité Sécurité Hygiène
EI	Événements Indésirables
EIG	Événements Indésirable Graves
EM	Erreur Médicamenteuse
EOHH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESPI	Espace de Soins Psychiatriques Intensifs
HAS	Haute Autorité en Santé
IFAQ	Incitation Financière A la Qualité
IQSS	Indicateurs Qualité et la Sécurité des Soins

IPC	Indicateur de P ratique C linique
ISO	International S tandard O rganization
NF	Norme F rançaise
NRBC-E	N ucléaire R adiologique B iochimique et C himique - E xplosifs
PDCA	Plan D o C heck A ct (Planifier, faire, vérifier, améliorer → roue de Deming)
PCA	Plan de C ontinuité de l' A ctivité
PROPIAS	P rogramme national d'actions de P révention des I nfections A ssociées aux S oins
PSE	Plan de S écurité de l' E tablishement
PTI	P rotection du T ravailleur I solé
PTSM	P rojet T erritoriale de S anté M entale
PUI	Pharmacie à U sage I ntérieur
QUALIPSY	P rogramme qualité du V inatier
RAISOPSI	RAI Sonnement O pérationnel P rofessionnel, S oignant en I ntervention
RCP	Réunion de C oncertation P luridisciplinaire
UHCD	U nité d' H ospitalisation de C ourte D urée
UHSA	U nité d' H ospitalisation S pécialement A ménagée
UHTCD	U nité d' H ospitalisation de T rès C ourte D urée
UPRM	U rgence P sychiatrique R hône M étropole
USIP	U nité de S oins I ntensifs P sychiatriques

