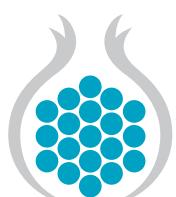
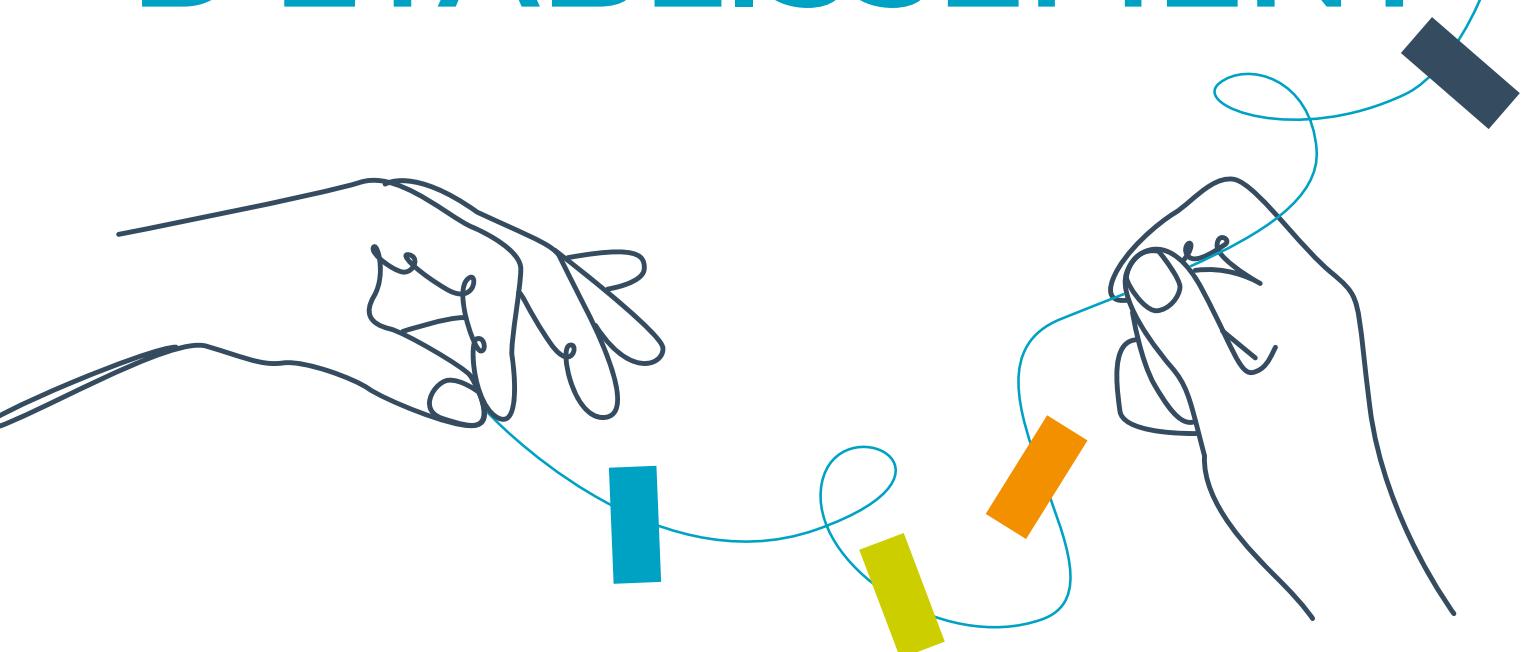


PROJET D'ÉTABLISSEMENT

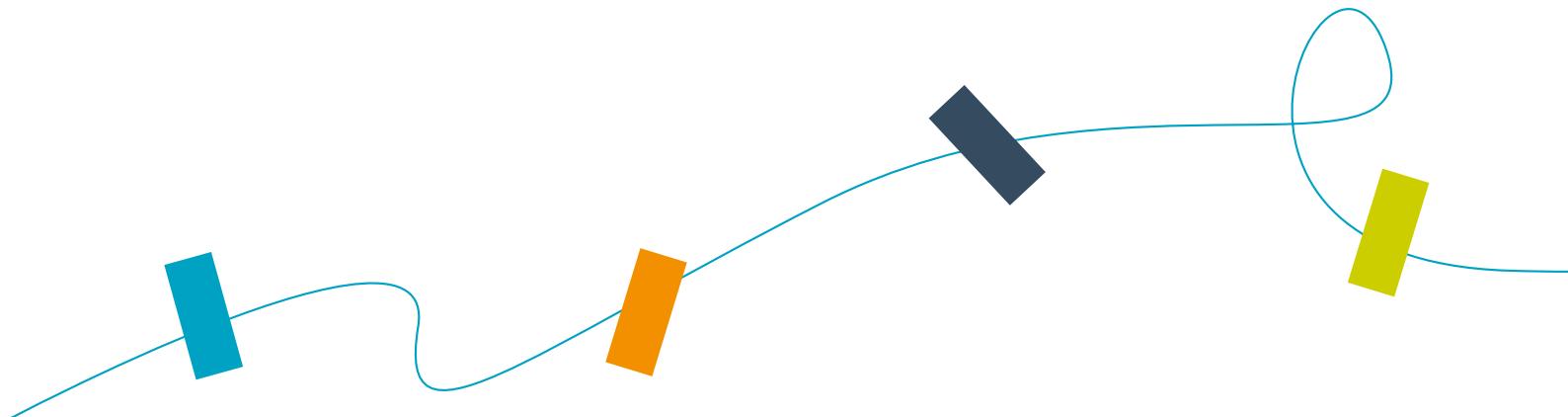
2022 > 2027



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2022 > 2027





PRÉAMBULE 6

PARTIE 1 PROJET DE PRISE EN CHARGE 10

AXE 1 11

Repenser des parcours de soins décloisonnés, fluides, lisibles, et conformes aux besoins des personnes soignées et de leurs familles

Objectif 1 - Développer la prévention et l'intervention précoce 12

Objectif 2 - Développer et diversifier la palette de soins ambulatoires intensifs 15

Objectif 3 - Développer la mobilité et les interventions dans le milieu de vie ordinaire de la personne 18

Objectif 4 - Prévenir la chronicisation et développer de nouvelles modalités d'accompagnement en direction des personnes aujourd'hui hospitalisées au long cours 22

Objectif 5 - Améliorer la régulation des flux de patients et prévenir les risques de rupture de parcours en psychiatrie adulte 26

Objectif 6 - Renforcer le travail partenarial et la coopération avec le réseau d'acteurs locaux 34

Objectif 7 - Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes soignées en psychiatrie 38

Objectif 8 - Revoir les parcours et l'organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile 43

AXE 2 49

Promouvoir le renforcement de la capacité d'agir des personnes soignées et des familles dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

Objectif 1 - Promouvoir les droits des personnes concernées, les démarches éthiques et de bientraitance 50

Objectif 2 - Favoriser la participation des personnes concernées et des familles à la vie de l'établissement 56

Objectif 3 - Définir le projet de soins individualisé, co-construit avec la personne et réévalué régulièrement, comme socle de l'organisation des soins 58

Objectif 4 - Diminuer le poids des soins sans consentement, en intra comme en extra-hospitalier 60

Objectif 5 - Diffuser largement les principes et les pratiques de la réhabilitation psychosociale à l'échelle de l'établissement 63

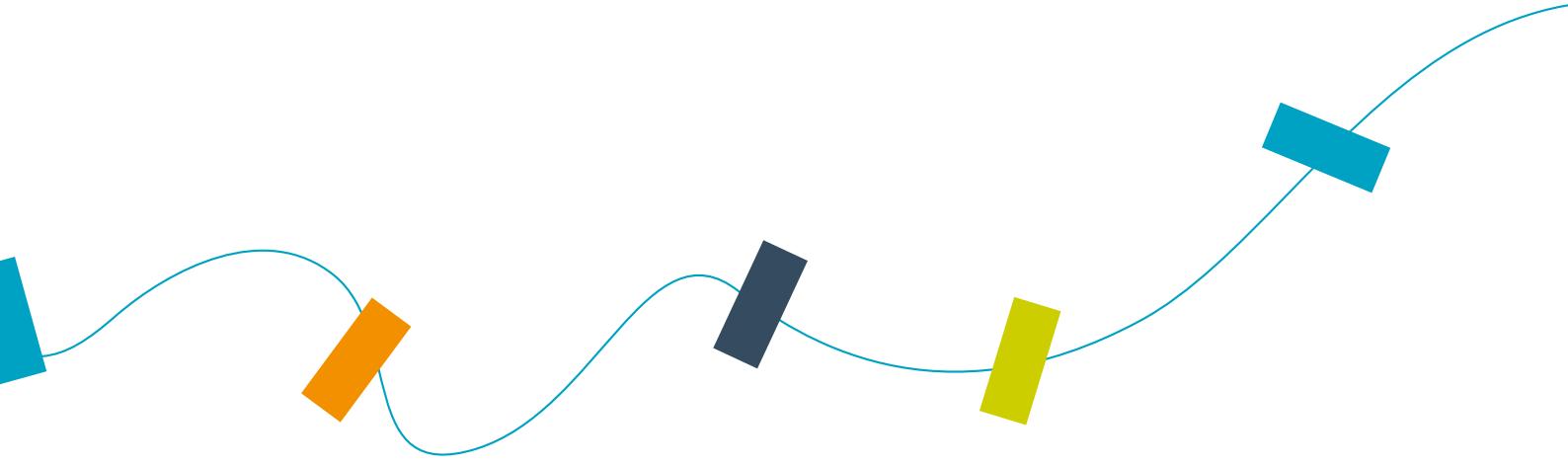
Objectif 6 - Accompagner la personne concernée dans l'expression et la mise en œuvre de son projet de vie 66

Objectif 7 - Développer la psychoéducation à destination des personnes concernées 70

Objectif 8 - Poursuivre et renforcer les modalités de soutien aux familles et aux proches 72

Objectif 9 - Développer les pratiques d'accompagnement et de soutien par des pair-aidants 76

Objectif 10 - Développer et diversifier les activités socio-thérapeutiques, culturelles et médiations proposées dans une logique de maintien des capacités de vie, d'autonomie et d'inclusion sociale des personnes concernées 78



AXE 3 83

Favoriser le repérage des troubles et l'accès à des soins adaptés et coordonnés pour certaines populations spécifiques

Objectif 1 - Périnatalité	85
Objectif 2 - Adolescents et jeunes adultes	87
Objectif 3 - Autisme et troubles du neurodéveloppement	87
Objectif 4 - Personnes âgées	91
Objectif 5 - Addictions et comorbidités psychiatriques	93
Objectif 6 - Personnes en situation de précarité	96

AXE 4 97

Développer et valoriser les métiers et les compétences professionnelles

Objectif 1 - Définir et mettre en œuvre une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels	98
Objectif 2 - Préciser le rôle et l'articulation des différentes compétences professionnelles dans le dispositif global de soins	100
Objectif 3 - Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle autour d'outils partagés	102
Objectif 4 - Accompagner le déploiement des nouveaux métiers en psychiatrie	106

PARTIE 2 PROJET DE MANAGEMENT-GESTION 108

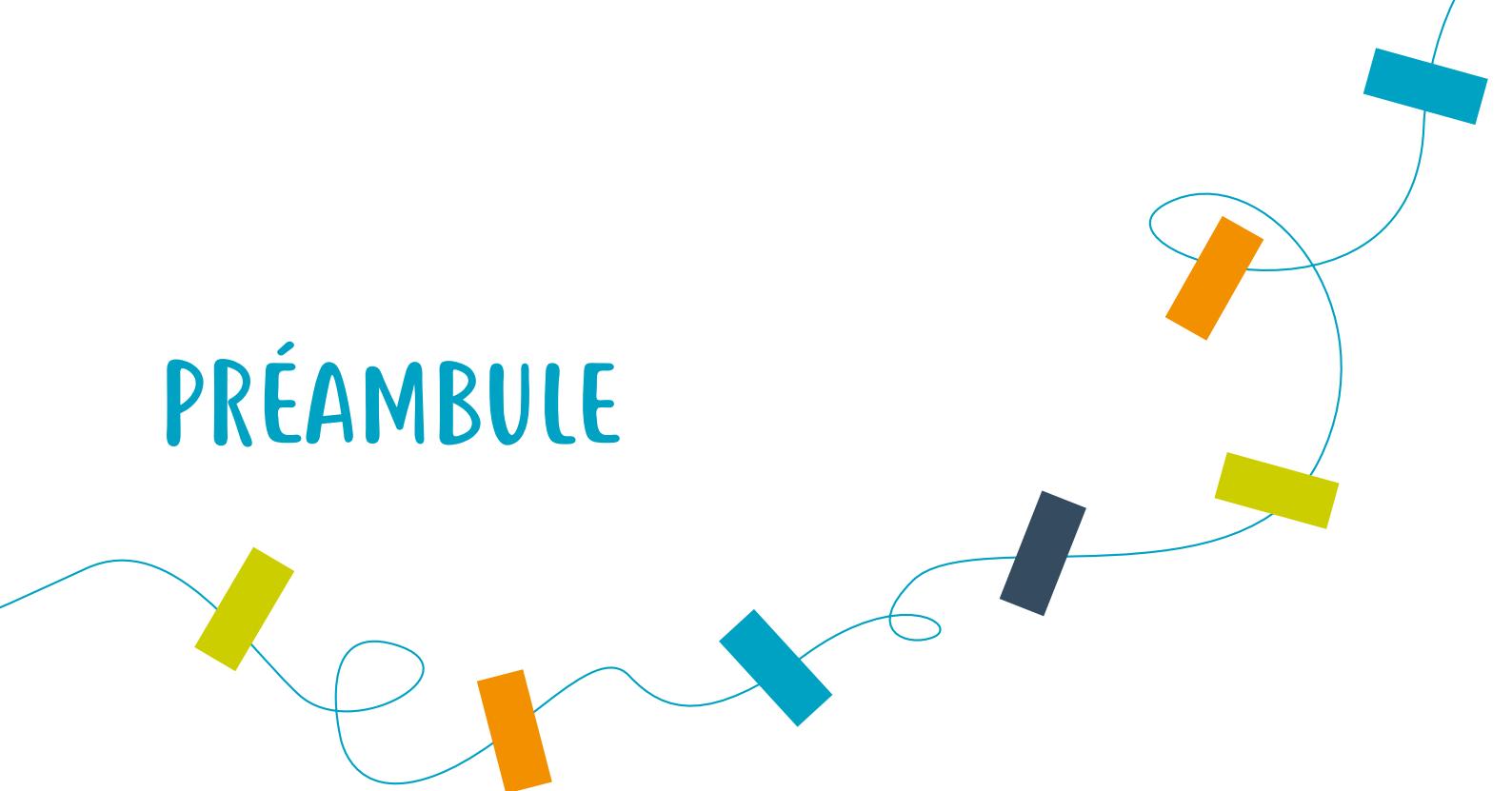
1. Ressources humaines	109
2. Affaires financières	117
3. Patrimoine et sécurité	121
4. Achats et hotellerie	131
5. Système d'information	133
6. Qualité et gestion des risques	137
7. Archives	143

Glossaire 145

Plan d'actions 2023-2024 147

1 ^{er} semestre 2023	148
2 ^{ème} semestre 2023	150
2024	152

PRÉAMBULE



Présentation de l'établissement

Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) spécialisé en psychiatrie. Chargé des missions de la sectorisation psychiatrique dans le sud, l'ouest du département du Rhône et le 7^e arrondissement de Lyon, il couvre 94 communes pour un total de 624 706 habitants. Il dispose d'une capacité installée de 477 lits et places, et d'une file active globale de 14 134 personnes en 2021.

Le Centre hospitalier intervient dans les cinq secteurs psychiatriques du département du Rhône qui lui sont rattachés, en application de l'article L. 3221-4 du Code de la Santé Publique : 3 secteurs de psychiatrie adulte (G25, G26, G27) et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (i11 et i12). Sur ces secteurs, il met à la disposition de la population des services et des moyens de prévention, de diagnostic, de soin, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services sont implantés à l'intérieur de l'hôpital, mais également sur l'ensemble du territoire couvert par les secteurs. L'établissement dispose ainsi de multiples structures ambulatoires au plus près des populations :

- 11 centres médico-psychologiques (CMP) de psychiatrie générale et 19 CMP de psychiatrie infanto-juvénile,
- 9 centres d'action thérapeutique à temps partiel (CATTP) de psychiatrie générale et 9 CATTP de psychiatrie infanto-juvénile,
- 7 hôpitaux de jour de psychiatrie générale et 7 hôpitaux de jour de psychiatrie infanto-juvénile.

Le Centre hospitalier comprend également des services médicaux communs à l'ensemble des pôles sectoriels :

- Département de médecine polyvalente (DMP),
- Pharmacie.

Au-delà de l'organisation en secteurs, l'établissement dispose enfin de pôles et dispositifs intersectoriels :

- Un pôle de gérontopsychiatrie,
- Un pôle de réhabilitation psychosociale (PISR),
- Un pôle accueil admission - comprenant une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) « Interface SDF », un centre d'action thérapeutique contre l'isolement et le suicide (ATIS) et l'unité de psychiatrie d'urgence et de liaison (UPUL) implantée au sein du Centre hospitalier Saint Joseph Saint Luc,
- Un dispositif de prise en charge des troubles envahissants du développement (TED),
- Un dispositif de soins ambulatoires de crise pour adolescents,
- L'unité d'hospitalisation pour adolescents du Rhône, unité « Ulysse »,
- L'institut régional d'interventions systémiques (IRIS),
- Le centre régional d'évaluation et de traitement de la douleur en santé mentale.

Introduction

L'élaboration du projet d'établissement 2022-2027 du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu s'inscrit dans une période particulière, à la fois caractérisée par une profonde mutation de l'organisation et des pratiques en psychiatrie, et par une crise des ressources humaines en santé sans précédent. Après l'arrivée à expiration du précédent projet d'établissement en 2020 et deux années de gestion de la crise sanitaire de la Covid-19, l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement marque la volonté de disposer d'une feuille de route solide, opposable et partagée pour conduire et accompagner au mieux les évolutions attendues dans le contexte actuel.

Le projet d'établissement 2022-2027 a pour vocation de fédérer l'institution autour des multiples enjeux qu'elle doit adresser. Ce document de référence, véritable outil de pilotage institutionnel, fixe le cap pour les cinq années à venir en donnant à l'ensemble de la communauté hospitalière la perspective et le sens des actions à mener.

Le projet de prise en charge, colonne vertébrale du projet d'établissement, se veut ambitieux, porteur de principes et de valeurs fortes mobilisant tous les professionnels. Nous avons donc fait le choix d'un projet unique regroupant le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet psychologique, le projet du travail social et le projet des usagers. Nous souhaitons ainsi réaffirmer la nécessité de mettre en synergie l'ensemble des compétences professionnelles afin d'atteindre les objectifs fixés et de répondre au mieux aux besoins des personnes concernées.

Méthodologie d'élaboration

Le projet d'établissement 2022-2027 est le fruit d'une dynamique institutionnelle de près de deux ans, basée sur une méthodologie de travail fortement participative.

La démarche d'élaboration du projet d'établissement a débuté par un important diagnostic préalable. Ce diagnostic a permis d'analyser en profondeur le contexte territorial et l'activité de l'hôpital sur les cinq dernières années, de réaliser un bilan du projet d'établissement 2015-2020 ainsi qu'une enquête auprès d'une quarantaine de partenaires du territoire sur leur vision de l'établissement et leurs attentes.

Après un séminaire de restitution du diagnostic, deux phases de travail collaboratif ont été mises en œuvre :

- Une phase de définition des axes stratégiques et objectifs du projet d'établissement. 3 ateliers pluri-professionnels, ayant associé près de 80 personnes, ont dans un premier temps été animés selon une méthode de design thinking.

- Une phase de déclinaison des objectifs en plan d'actions opérationnel. 12 groupes de travail thématiques ont été mis en place et se sont réunis chacun à deux reprises. Ces groupes de travail ouverts à tous ont mobilisé plus de 230 personnes (encadrement supérieur, médecins, cadres de santé, IDE, psychologues, travailleurs sociaux, psychomotriciens, secrétaires médicales, personnes concernées, etc.)

Les propositions concrètes effectuées par les groupes de travail sur chaque thématique ont donné lieu à des arbitrages par un comité de pilotage, associant la direction de l'établissement, la présidence de CME, la direction des soins infirmiers et de rééducation, l'ensemble des médecins-chefs de pôles ainsi que des représentants des cadres supérieurs de santé. Le COPIL s'est réuni à 10 reprises.

En parallèle, le projet de management-gestion a été travaillé par les différentes directions ressources (ressources humaines, affaires financières, patrimoine et immobilier, hôtellerie et achats, systèmes d'information, qualité et gestion des risques), avec des points de suivi réguliers en comité de direction. Chaque directeur ressource a pu présenter le projet de sa direction aux membres du COPIL projet d'établissement, et échanger avec eux dans le but de veiller à la cohérence entre le projet de management-gestion et le projet de prise en charge.

Orientations du projet

Les orientations du projet d'établissement 2022-2027 interviennent en réponse aux besoins et problématiques spécifiques de l'établissement et en déclinaison des orientations de la politique de santé nationale (feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie), régionale (schéma régional de santé) et locale (projet territorial de santé mentale du Rhône, dont l'établissement est fortement partie prenante).

Ces orientations font également écho aux valeurs fortes défendues par la Fondation ARHM :

- **Etre citoyen** : la personne soignée, citoyenne, est actrice de son parcours de vie.
- **Respecter les droits** : tout professionnel doit inscrire son action dans une démarche respectueuse des droits de la personne.
- **Prendre soin** : une conception du soin et de l'accompagnement tournée vers l'autonomisation et le rétablissement des personnes.
- **S'engager** : une équipe pluri-professionnelle formée, soutenue et mobilisée au bénéfice du projet de soins et de vie de la personne soignée.

Elles soutiennent enfin les principes de la sectorisation psychiatrique, qui promeut une prise en charge au plus près du domicile des patients afin de favoriser l'accessibilité, la précocité et la continuité des soins, ainsi que l'inclusion dans la cité.

Le projet d'établissement 2022-2027 s'inscrit dans une logique de continuité par rapport au projet d'établissement 2015-2020, dont il poursuit et approfondit certains axes majeurs. Il intègre également la prise en compte du contexte actuel (démographie des professionnels, évolution des connaissances scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques) pour proposer des soins en cohérence avec les évolutions sociétales et les politiques de santé.

Le projet d'établissement 2022-2027 tient tout d'abord à positionner l'ambulatoire au cœur des parcours de soins. Si le projet d'établissement 2015-2020 inscrivait déjà comme priorité l'évolution des pratiques dans le sens d'un « virage ambulatoire », le diagnostic réalisé sur l'établissement témoigne du chemin restant à parcourir. Celui-ci révèle notamment un poids toujours important des hospitalisations longues, et une durée moyenne d'hospitalisation très largement supérieure à la moyenne régionale des établissements sectorisés. Le diagnostic fait par ailleurs état d'une diminution marquée du nombre d'actes ambulatoires réalisés ces cinq dernières années et d'un nombre de journées d'hospitalisation à temps plein n'ayant au contraire pas diminué. Dans ce contexte, le nouveau projet d'établissement a l'ambition de repenser les parcours de soins dans leur intégralité, de la demande initiale à la fin de prise en charge (en pédopsychiatrie comme en psychiatrie adulte). Il s'agit ainsi de leur donner une cohérence et une lisibilité, mais aussi de faciliter l'accès aux soins tout en réévaluant régulièrement leur pertinence.

L'établissement a à cœur de proposer les bons soins au bon moment pour répondre au mieux aux besoins des patients. Dans ce cadre, le projet d'établissement prévoit notamment de diversifier les modalités de soins proposées, en développant particulièrement les soins ambulatoires de crise et l'intervention précoce, de renforcer le travail partenarial avec les professionnels de premier recours, mais aussi de faire évoluer les modes d'accompagnement des personnes hospitalisées au long cours. Le travail en équipe pluridisciplinaire et l'amélioration de l'articulation entre les différents dispositifs de soins apparaissent également comme des facteurs essentiels pour un parcours de soins réellement centré sur le patient, adapté à ses capacités et à ses besoins.

Le projet d'établissement 2022-2027 vise un **renforcement de la capacité d'agir des personnes concernées et de leurs aidants**. Il s'agit notamment de valoriser leur participation aux décisions qui les concernent et au projet de l'hôpital, de systématiser l'élaboration d'un projet de soins individualisé co-construit avec la personne soignée, et d'intégrer aux soins dès le début de la prise en charge des pratiques et outils de soins orientés rétablissement (plan de prévention partagé, pair-aidance, psychoéducation, etc.)

Le projet d'établissement 2022-2027 met enfin fortement l'accent sur les ressources humaines, dans un contexte de tension majeure sur les effectifs. Il doit ainsi permettre de favoriser le recrutement et la fidélisation des professionnels, conditions sine qua non pour atteindre les ambitions fixées précédemment. Il aspire en parallèle à repenser le rôle et l'articulation des différents professionnels dans le dispositif de soins, et à accompagner l'intégration de nouveaux métiers au sein des équipes.

LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2022-2027 S'APPUIE SUR 4 GRANDS AXES STRATÉGIQUES

Axe 1 : Repenser des parcours de soins décloisonnés, fluides, lisibles et conformes aux besoins des personnes soignées et de leurs familles

Axe 2 : Promouvoir le renforcement de la capacité d'agir des personnes soignées et de leurs familles dans le cadre de pratiques orientées rétablissement

Axe 3 : Favoriser le repérage des troubles et l'accès à des soins adaptés et coordonnés pour certaines populations spécifiques

Axe 4 : Développer et valoriser les métiers et les compétences professionnelles

Si le degré de maturité de l'établissement s'est avéré insuffisant pour atteindre pleinement certaines ambitions fixées dans le projet d'établissement 2015-2020, les deux dernières années ont permis d'amorcer un travail de sensibilisation large et dans la durée des professionnels aux évolutions envisagées. Ainsi, un certain nombre d'actions présentées dans ce document sont d'ores-et-déjà engagées ou font l'objet d'une réflexion avancée au sein de pôles et/ou de structures de soins. Cette acculturation progressive aux orientations stratégiques du nouveau projet d'établissement doit faciliter sa mise en œuvre effective dans ses différentes composantes. L'accompagnement à la mise en œuvre du projet passera en outre par des actions de communication thématiques au plus près des équipes sur les évolutions envisagées et la raison d'être de celles-ci. Les prochains mois devront également permettre de décliner le projet d'établissement au sein de projets de pôle, qui concrétiseront encore davantage les orientations définies.

Modalités de suivi

L'ensemble des actions prévues dans le projet d'établissement fera l'objet d'un suivi rapproché, à l'échelle globale de l'établissement et/ou sur un périmètre plus restreint (pôle sectoriel ou intersectoriel, etc.) Un point d'étape mensuel sur l'état d'avancement des différentes actions sera notamment réalisé en comité stratégique, en lien avec le rétroplanning fixé dans le projet. Une étude semestrielle de l'ensemble des indicateurs de suivi définis pour chaque action mise en œuvre sera également menée.

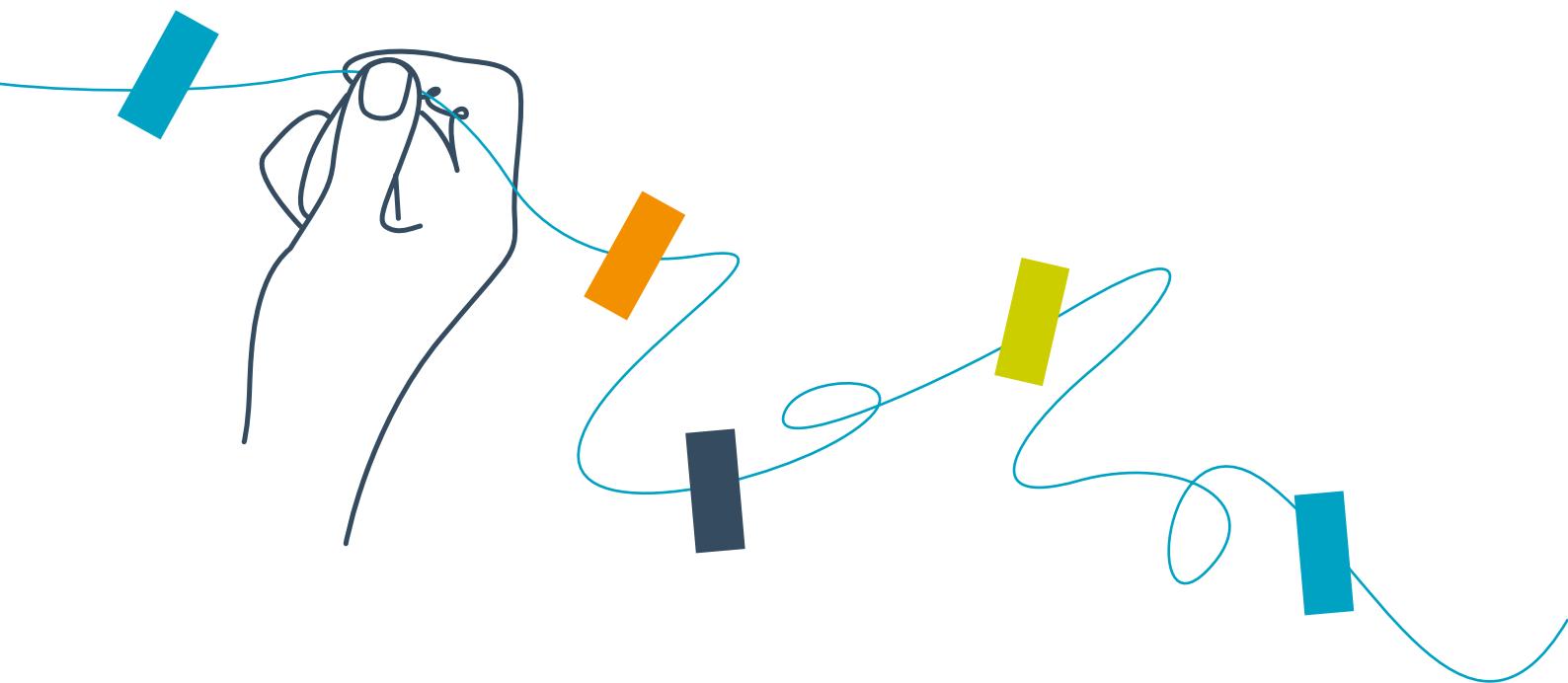
Les actions présentées dans ce document pourront être complétées d'ici 2027 au regard de nouvelles priorités pour l'établissement et/ou d'évolutions des orientations de la politique de santé.

PARTIE 1

PROJET

DE PRISE

EN CHARGE



AXE 1.

REPENSER DES PARCOURS
DE SOINS DÉCLOISONNÉS,
FLUIDES, LISIBLES, ET
CONFORMES AUX BESOINS
DES PERSONNES SOIGNEES
ET DE LEURS FAMILLES

Le projet d'établissement 2015-2020 du CH Saint Jean de Dieu affichait déjà comme ambition majeure la fluidification et l'optimisation des parcours de soins. Malgré les multiples actions entreprises au cours des cinq dernières années, le diagnostic préalable à la rédaction du projet d'établissement 2022-2027 témoigne du chemin restant à parcourir. Ainsi, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet reste anormalement élevée et couplée à un taux d'occupation des lits extrêmement important. L'activité ambulatoire n'a, quant à elle, pas connu un essor suffisant pour constituer une réelle alternative à l'hospitalisation à temps complet. Il convient donc aujourd'hui de réinterroger en profondeur les modalités de prise en charge proposées afin de passer à des parcours véritablement centrés sur l'ambulatoire, à même de mobiliser tout l'éventail de soins et d'accompagnement disponible, et ce dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins. Le développement de l'offre de soins ambulatoire est d'autant plus essentiel dans le contexte actuel de fermeture de lits d'hospitalisation à temps complet, nécessitant que des prises en charge alternatives voient le jour afin de répondre aux besoins de soin d'une population en hausse continue.

OBJECTIF 1

Développer la prévention et l'intervention précoce

La prévention, qu'elle soit secondaire ou tertiaire, se trouve au cœur des soins proposés. Il s'agit en effet, d'une part, d'intervenir le plus tôt possible dès l'émergence des troubles afin d'empêcher la progression de la maladie, mais également, d'autre part, de chercher à limiter la survenue ou l'aggravation d'un handicap en découlant.

Afin de mener à bien pleinement ces missions de prévention secondaire et tertiaire, nous souhaitons tout d'abord œuvrer à la diminution des délais d'attente pour accéder aux soins.

Nous souhaitons par ailleurs porter une attention spécifique aux jeunes présentant un premier épisode de psychose, en

favorisant une prise en charge précoce incluant une évaluation complète de la situation, un case management de proximité et la mise en place d'interventions biopsychosociales adaptées en lien avec les partenaires. L'intervention précoce auprès de ce public se révèle en effet essentielle dans le but de favoriser l'engagement dans les soins, de permettre un accès aux soins en dehors des crises et de limiter les hospitalisations, de maintenir la continuité du projet de vie, et *in fine* d'améliorer le pronostic d'évolution des troubles en prévenant les formes chroniques de la maladie qui entraînent un handicap psychique.

Action 1

Revoir les modalités d'accueil des nouvelles demandes en psychiatrie adulte

En CSA (centre de soins ambulatoires), l'accueil de toute nouvelle demande de soins ne relevant pas de l'urgence ou de la crise est systématiquement réalisé par un IDE dans les 15 jours suivant la sollicitation, dans le cadre d'un entretien d'accueil et d'orientation (délai adapté à la situation décrite par le demandeur).

Cet entretien, permettant une première évaluation des besoins, s'appuie sur un guide d'entretien déjà existant et un support d'observation uniques pour l'ensemble de l'établissement. Dans un second temps, une restitution de l'entretien est réalisée

par l'IDE en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Chaque CSA met ainsi en place une commission hebdomadaire d'étude pluridisciplinaire des nouvelles demandes, permettant de valider les modalités d'entrée dans les soins de la personne ou d'acter au contraire sa réorientation vers un dispositif de soins et/ou d'accompagnement plus adapté (offre de soins libérale incluant notamment le dispositif MonPsy permettant à chacun de bénéficier de séances remboursées avec un psychologue conventionné par l'Assurance Maladie, offre sociale et médico-sociale, etc.).

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Etat des lieux de l'organisation actuelle de l'accueil des nouvelles demandes à l'échelle de chaque pôle / 1^{er} trimestre 2023

Organisation d'un temps d'échange sur les bonnes pratiques entre les 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte / mars 2023

Systématisation de l'entretien d'accueil et d'orientation infirmier (sur la base d'un guide d'entretien unique) et de la commission pluridisciplinaire d'étude des nouvelles demandes dans l'ensemble des CSA / juin 2023

Indicateurs de suivi

- Délai d'attente moyen entre la sollicitation et l'entretien d'accueil et d'orientation
- Nombre de nouvelles demandes reçues en CSA, nombre de demandes réorientées vers d'autres partenaires
- Part des CSA disposant d'une commission d'étude pluridisciplinaire des nouvelles demandes
- Taux de renouvellement de la file active
- Nombre d'entretiens d'accueil et d'orientation réalisés par des IDE

Action 2

Créer une filière spécifique de prise en charge des premiers épisodes psychotiques

Nous souhaitons mettre en place une filière spécifique de prise en charge des premiers épisodes psychotiques (PEP) sur les trois pôles sectoriels de psychiatrie adulte, en débutant par le pôle sectoriel G27. Il s'agit en effet d'expérimenter en premier lieu le dispositif sur le pôle présentant les besoins les plus importants, avant de l'ajuster le cas échéant et d'étendre son déploiement aux deux autres pôles dans un souci d'harmonisation de l'offre de soins proposée sur l'établissement.

La mise en œuvre de la filière PEP doit s'appuyer sur le projet travaillé dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) 2022, conforme aux recommandations de bonnes pratiques internationales. La filière s'adresse ainsi à des jeunes âgés de 16 à 30 ans, n'ayant pas de prise en charge en cours structurée pour cette problématique, ou une prise en charge depuis moins de 6 mois. Elle vise à proposer une prise en charge intensive et orientée rétablissement durant maximum 3 ans, en accord avec les objectifs fixés dans le projet de soins individualisé de la personne.

Pilote identifié

Chefferie du pôle sectoriel G27

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Dépôt du projet au FIOP 2022 / octobre 2022

Déploiement du dispositif sur le pôle sectoriel G27 / 2^{ème} semestre 2023

Déploiement du dispositif sur les deux autres pôles sectoriels de psychiatrie adulte / à définir

Indicateurs de suivi

- Crédit d'une équipe PEP sur chaque pôle sectoriel de psychiatrie adulte (Oui / Non)
- Indicateurs de suivi du dispositif PEP prévus dans le cadre du projet

OBJECTIF 2

Développer et diversifier la palette de soins ambulatoires intensifs

Certains épisodes psychiatriques aigus peuvent être traités dans la cité, sans recours à l'hospitalisation à temps complet, mais nécessitent pour cela des prises en charges ambulatoires intensives insuffisamment développées à l'heure actuelle.

Afin de prévenir l'hospitalisation à temps complet et de privilégier les soins ambulatoires en cas de crise psychique, il convient donc à la fois de revoir l'organisation des structures existantes

et d'étoffer la palette de soins disponible. Il s'agit en effet d'une part de mettre en œuvre une réactivité organisationnelle des CMP permettant d'éviter les ruptures de parcours et les pertes de chances pour le patient, et d'autre part de chercher à se doter de dispositifs spécifiques susceptibles d'apporter une réponse adaptée aux besoins de certaines personnes en dehors de l'hospitalisation à temps complet.

Action 1

Accroître la réactivité des CMP

Chaque CMP met en place des créneaux de soins non programmés (médicaux, infirmiers, psychologiques) à destination de patients dont la demande de soins pourrait évoluer vers une situation d'urgence en l'absence de réponse immédiate (qu'ils soient déjà connus de la structure ou non).

L'accueil non programmé permet donc de répondre aux besoins de soins en proximité, et de limiter ainsi les recours évitables aux services d'urgences

et le risque d'hospitalisation à temps complet qui en découle.

À terme, les horaires des plus gros CMP doivent par ailleurs être adaptés afin de permettre, quelques jours par semaine, une ouverture en soirée si les effectifs professionnels le permettent. Cette extension des horaires d'ouverture doit permettre des possibilités d'accueil physique ou téléphonique élargies, pour des personnes qui disposent d'une activité professionnelle notamment.

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place d'un groupe de travail sur les soins non programmés (pôles sectoriels de psychiatrie adulte, pôle accueil admission, présidence de CME, direction des soins) / janvier 2023

Mise en place de créneaux de soins non programmés au sein de l'ensemble des CSA / à définir dans le cadre du groupe de travail

Extension des horaires d'ouverture des CMP / à définir

Indicateurs de suivi

- Amplitude horaire d'ouverture des différents CSA
- Part des CSA disposant de créneaux de soins non programmés
- Nombre de créneaux hebdomadaires de soins non programmés identifiés au sein de chaque CSA
- File active prise en charge dans le cadre de soins non programmés

Action 2

Identifier un dispositif spécifique de soins ambulatoires de crise sur chacun des trois pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Outre des possibilités de prises en charge plus réactives en CMP, nous souhaitons être en mesure de proposer des soins ambulatoires intensifs via un dispositif pré-identifié au sein de chaque pôle sectoriel de psychiatrie adulte :

- **Pôle G25 :** Dispositif ReCrEA (résolution de la crise en ambulatoire) dont l'implantation est prévue à Oullins. Il s'agit d'expérimenter sur le pôle G25 un dispositif de soins ambulatoires de crise complet, inspiré du modèle anglo-saxon de « crisis resolution and home-treatment team ». Composé de deux modules de soins interactifs et complémentaires, le dispositif proposé se caractérise par sa réactivité et sa souplesse, et inclut :
 - Une **équipe mobile** chargée de l'évaluation de la situation directement dans le lieu dans lequel se trouve le patient et de la mise en place de soins intensifs au domicile.
 - Un **hôpital de jour** de crise proposant des prises en charge groupales.

Le pôle G25 dispose par ailleurs d'ores-et-déjà de l'Espace groupal contenant (Lyon 7^e), un hôpital de jour de petite capacité visant à favoriser la sortie anticipée de patients hospitalisés à temps complet en proposant un suivi intensif de courte durée.

- **Pôle G26 :** Dispositif conjoint équipe mobile du pôle / Hôpital de jour de crise « L'Etoile » de Saint-Genis-Laval. Un suivi intensif et personnalisé est assuré au domicile du patient par l'équipe mobile. Des soins individuels et groupaux intensifs peuvent également être proposés au sein de l'hôpital de jour au besoin.

- **Pôle G27 :** Dispositif conjoint équipe mobile du pôle / Centre d'accueil psychothérapeutique de crise (CAPC) de Vénissieux. La prise en charge proposée est personnalisée, soutenue et limitée dans le temps. Elle favorise l'articulation entre le soin individuel, groupal et avec les proches, ainsi que les interventions en mobilité dans le lieu de vie ordinaire de la personne.

Si la création d'un nouveau dispositif de soins est prévue sur le pôle G25, les pôles G26 et G27 s'appuient quant à eux sur des structures préexistantes. Les trois dispositifs partagent quoi qu'il en soit un objectif commun : la mise en œuvre de soins ambulatoires suffisamment réactifs et intensifs pour constituer une réelle alternative à l'hospitalisation. Les trois dispositifs veillent à maintenir, via leurs équipes mobiles, un lien étroit avec l'UPRM et les différents services d'urgences du territoire. Il convient en effet d'orienter depuis les services d'urgences des patients vers cette offre de soins ambulatoires de crise en lieu et place de l'hospitalisation.

Une réflexion est à mener sur la possibilité de constituer une régulation ambulatoire unique à l'échelle de chaque pôle sectoriel de psychiatrie adulte, qui soit en mesure d'orienter les patients depuis l'UPRM et les services d'urgences vers l'ensemble des modalités de soins ambulatoires du pôle (créneaux de soins non programmés en CMP, équipe mobile, dispositif de soins ambulatoires de crise, etc.)

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en œuvre de soins ambulatoires intensifs via les structures préexistantes pour prévenir les hospitalisations / dès 2022

Etude sur la possibilité de constituer une régulation ambulatoire unique à l'échelle de chaque pôle / 1^{er} semestre 2023

Déploiement du dispositif ReCrEA sur le pôle G25 / 2^{ème} semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Mise en place du dispositif ReCrEA sur le pôle G25 (Oui / Non)
- File active des trois dispositifs de soins ambulatoires intensifs identifiés
- Nombre d'actes réalisés annuellement par les trois dispositifs de soins ambulatoires intensifs identifiés
- Délai moyen d'accès aux soins au sein de chacun des trois dispositifs de soins ambulatoires intensifs identifiés
- Taux de recours à l'hospitalisation temps plein dans chaque pôle (en nombre de journées et en nombre de patients pour 1000 habitants rattachés)

OBJECTIF 3

Développer la mobilité et les interventions dans le milieu de vie ordinaire de la personne



L'intervention des équipes dans l'environnement ordinaire des personnes vise en premier lieu à favoriser l'accès aux soins et leur continuité. Il s'agit en effet de fournir de manière ciblée et proactive une évaluation et/ou des soins psychiatriques individuels à des personnes difficilement accessibles (isolement, difficultés de mobilité, non-demande de soins, etc.) et/ou nécessitant un suivi particulièrement intensif.

Cette démarche « d'aller-vers », marquée par une disponibilité accrue des professionnels au service des personnes

soignées, constitue ainsi la base d'un engagement réciproque solide dans la relation thérapeutique.

L'intervention « hors les murs » est notamment incarnée par les équipes mobiles, qui ouvrent le champ des possibles en matière d'accompagnement des personnes soignées. Outre une mobilité géographique des équipes de soins, l'usage d'outils numériques, dans le cadre de la télémédecine en particulier, peut également contribuer à aller au-devant des personnes dans un contexte de ressources médicales et soignantes contraintes.

Action 1

Définir un socle de missions allouées aux équipes mobiles sectorielles de psychiatrie adulte

L'activité des trois équipes mobiles sectorielles de psychiatrie adulte est recentrée sur la prise en charge ambulatoire de la crise (cf. objectif 2 - action 2). Les équipes mobiles ont ainsi pour mission principale la prévention de l'hospitalisation suite à un passage aux urgences, et sont en mesure de prendre en charge des patients jusqu'alors non connus de l'établissement. Un lien quotidien avec les services d'urgences permet à chaque équipe mobile d'assumer un rôle d'interface avec le dispositif de soins ambulatoires intensifs dans lequel elle s'intègre.

Outre cette mission principale, chacune des trois équipes mobiles a la possibilité d'assumer des missions complémentaires, liées aux caractéristiques socio-démographiques et à l'offre de soins disponible sur son territoire, mais aussi aux pratiques déjà à l'œuvre et maîtrisées :

- **Suivi renforcé au domicile en sortie d'hospitalisation** dans l'optique de prévenir les réhospitalisations ou à minima de les retarder, en fonction de la clinique et des lits disponibles dans les unités de soins intra-hospitalières.

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte (pilotage d'une réflexion transversale par le cadre supérieur de santé du pôle G26)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition des effectifs cibles des équipes mobiles pour mener à bien les différentes missions définies et accompagnement des équipes / 1^{er} semestre 2023

Réalisation des différentes missions identifiées / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

■ **Visites à domicile** de patients en rupture de suivi au sein de leur CMP de référence. Dans ce cadre, les interventions des équipes mobiles sont principalement centrées sur des patients d'ores- et-déjà connus de l'établissement, pour des suivis de très courte durée permettant de retravailler l'engagement dans les soins en lien avec les ressources et l'environnement du patient avant relais par le CMP.

■ **Soutien aux médecins traitants**, avec possibilité de consultation initiale de cadrage en présence du patient et de son médecin traitant. Cette mission prend tout son sens au sein du pôle sectoriel G26, qui couvre un territoire majoritairement rural sur lequel les médecins généralistes sont en forte demande d'un appui de ce type.

Dans le cadre de ces missions complémentaires, l'établissement met fin à la systématisation des interventions en binôme, sauf exceptions définies telles que la première rencontre avec le patient, etc.

Indicateurs de suivi

- File active de chacune des trois équipes mobiles
- Age moyen des patients pris en charge
- Répartition des patients par diagnostic principal
- Nombre d'actes réalisés annuellement par chaque équipe mobile et nombre d'actes par patients
- Durée moyenne de prise en charge des patients
- Répartition de l'activité de chacune des trois équipes mobiles par type de missions
- Taux de réponse aux sollicitations des trois équipes mobiles
- Délai moyen d'intervention des trois équipes mobiles
- Taux de réhospitalisation au cours de l'année des patients ayant bénéficié de l'intervention d'une équipe mobile en sortie d'hospitalisation (en comparaison avec ceux qui n'en ont pas bénéficié)

Action 2

Poursuivre et développer l'action d'équipes mobiles en direction de publics spécifiques

Outre ses équipes mobiles sectorielles, le CH Saint Jean de Dieu dispose d'équipes mobiles dédiées à des publics spécifiques. L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) Interface SDF s'adresse tout d'abord à des personnes sans domicile fixe, à la rue ou hébergées.

Elle vise d'une part à favoriser l'accès aux soins psychiatriques de personnes en situation de grande exclusion sociale, et d'autre part à offrir un soutien direct à ses partenaires (sensibilisation et formation de professionnels de l'urgence sociale aux manifestations de la souffrance psychique, etc.) L'EMPP Interface SDF a connu un développement important ces deux dernières années. Elle bénéficie ainsi depuis 2021 du renfort de 1 équivalent temps plein (ETP) de psychologue clinicien dans le but d'étendre encore son périmètre d'action. Dans le cadre de l'instruction interministérielle du 1^{er} avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil, elle s'est enfin vue attribuer 5 ETP de psychologues cliniciens supplémentaires, détachés dans des structures de l'urgence sociale, ainsi que 0,5 ETP de médecin psychiatre.

L'établissement dispose par ailleurs depuis de nombreuses années d'autres équipes mobiles

spécialisées : une équipe mobile-CATTP axée sur l'accompagnement vers et dans le logement autonome (équipe « Yves Tanguy », rattachée au PISR), une équipe mobile de gérontopsychiatrie, ainsi qu'une équipe mobile précarité-périnatalité en pédopsychiatrie (pôle i11).

Il convient aujourd'hui de continuer à développer des équipes mobiles ciblant des publics précis :

- **Des équipes mobiles dédiées aux résidents d'établissements médico-sociaux** (cf. objectif 6 – action 3). L'équipe ECOCARE accompagne ainsi depuis 2021 des résidents d'ESMS souffrant de troubles sévères du neurodéveloppement associés à des « comportements-problèmes ». Nous souhaitons par ailleurs constituer une équipe mobile chargée d'accompagner des personnes souffrant de troubles schizophréniques associés à un handicap psychique sévère, hébergées au sein de foyers de vie, EAM et MAS ou de dispositifs du pôle Logement de la Fondation ARHM (cf. objectif 4 – action 3).
- **Une équipe mobile de soins intensifs pour adolescents**, mise en œuvre dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) 2021.

Pilote identifié

Chefferies des pôles auxquels sont rattachées les différentes équipes mobiles (PAA, PISR, pôle i12)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en œuvre de l'équipe mobile ECOCARE / 2021

Mise en œuvre de l'équipe mobile de soins intensifs pour adolescents / 2022

Evaluation de l'équipe mobile ECOCARE dans l'optique de sa pérennisation / dernier trimestre 2023

Mise en œuvre de l'équipe mobile de soutien aux établissements médico-sociaux du territoire et au pôle Logement de la Fondation ARHM / 1^{er} semestre 2024

Evaluation de l'équipe mobile de soins intensifs pour adolescents dans l'optique de sa pérennisation / dernier trimestre 2024

Indicateurs de suivi

- Files actives de chacune des équipes mobiles spécialisées de l'établissement
- Nombre d'actes réalisés annuellement par chaque équipe mobile spécialisée

Action 3

Développer le recours à la télémédecine, en psychiatrie infanto-juvénile comme en psychiatrie adulte

Il s'agit de développer l'usage des nouvelles technologies afin de proposer des interventions à distance complémentaires aux consultations en présentiel, en CMP comme dans le cadre des équipes mobiles. Le recours à la télémédecine doit ainsi permettre de maintenir un lien plus régulier avec les patients qui le nécessitent (notamment les plus isolés), mais aussi dans certains cas avec les professionnels de premier recours impliqués dans leur prise en charge.

En fonction des ressources déjà existantes ou en cours de développement au sein de chaque pôle sectoriel et des spécificités des territoires, différentes formes de télémédecine peuvent être envisagées :

- Des téléconsultations avec le patient assisté d'un professionnel de santé (médecin traitant, infirmier libéral, infirmier d'un centre de santé, etc.),

■ Des téléconsultations avec le patient seul ou assisté d'un proche ou d'un intervenant social (aide à domicile, etc.),

■ Des actes de téléexpertise en direction d'autres professionnels de santé (médecin traitant, infirmier, etc.), sans la présence du patient. Ces actes doivent ainsi permettre à des professionnels impliqués dans les soins de solliciter l'avis du médecin psychiatre sur la prise en charge du patient, les éventuelles difficultés rencontrées, les modifications thérapeutiques, etc. (cf. objectif 7 – action 1).

En pédopsychiatrie, les téléconsultations s'adressent à l'enfant et à sa famille, assistés ou non d'un professionnel de santé.

Pilote identifié

Chefferies de l'ensemble des pôles de l'établissement / directeur du système d'information

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition de projets de télémédecine adaptés aux besoins et aux spécificités territoriales sur chaque CMP / 2023-2024

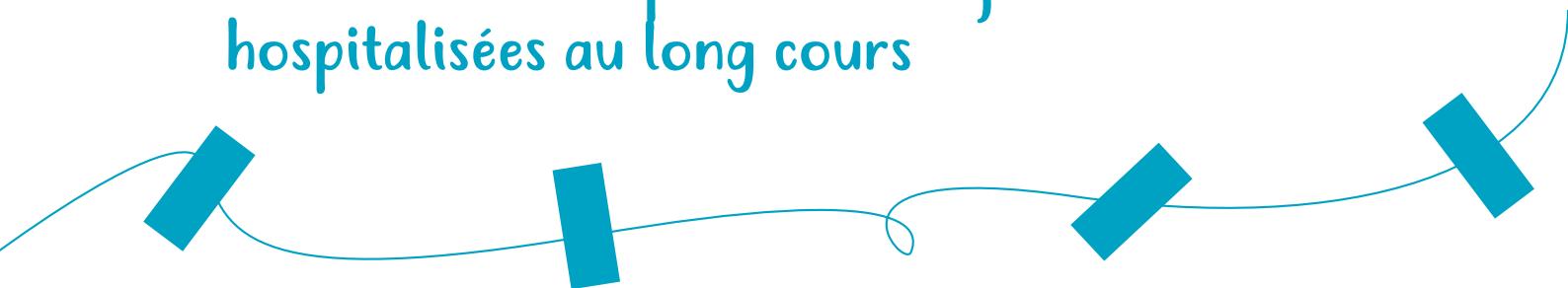
Equipement de l'ensemble des CMP avec le matériel nécessaire à la télémédecine / à partir de 2023 (équipement progressif en fonction des projets identifiés)

Indicateurs de suivi

- Nombre d'actes de télémédecine (téléconsultations / téléexpertise) réalisés annuellement par chaque CMP
- File active ayant bénéficié au minimum d'un acte de télémédecine au cours de l'année

OBJECTIF 4

Prévenir la chronicisation et développer de nouvelles modalités d'accompagnement en direction des personnes aujourd'hui hospitalisées au long cours



Outre un impact majeur sur les personnes soignées elles-mêmes (perte des habiletés et compétences de gestion de la vie quotidienne, etc.), les hospitalisations au long cours limitent le turn-over entre patients entrants et sortants, dans un contexte de taux d'occupation extrêmement important des unités intra-hospitalières.

Avec près d'un tiers des lits d'hospitalisation à temps plein aujourd'hui occupés par des patients hospitalisés au long cours, ces hospitalisations limitent donc la capacité des unités à accueillir de manière réactive les patients nécessitant une hospitalisation depuis les services d'urgences ou leur domicile. La diminution des hospitalisations longues doit ainsi permettre aux patients de bénéficier de soins en dehors de l'hôpital, qui n'est pas un lieu de vie, et de faciliter la gestion des lits d'hospitalisation. La libération d'un certain nombre de lits doit permettre aux unités de se recentrer sur le traitement et la prise en charge des troubles psychiatriques aigus dans une dynamique de soins intensifs, ciblés et personnalisés, ouvrant sur un relais ambulatoire dans un délai aussi court que possible.

La lutte contre la chronicisation des troubles et la désinstitutionnalisation des personnes hospitalisées au long cours vise donc en premier lieu une amélioration durable de la qualité des prises en charge, mais constitue également un préalable pour une évolution en profondeur de l'offre de soins.

Dans ce contexte, nous souhaitons agir sur deux leviers principaux :

- **La prévention de la désinsertion sociale et/ou l'accompagnement des personnes concernées dans un processus de réinsertion sociale, en lien avec les partenaires.** Les troubles psychiatriques peuvent en effet être source de désinsertion sociale, laquelle accentue les risques d'hospitalisations longues ou de réhospitalisations fréquentes. La question du logement est notamment centrale : que des personnes en situation de précarité sociale se retrouvent sans logement ou dépendantes de leurs proches en matière de logement constitue un facteur essentiel d'hospitalisations longues ou de réhospitalisations à la demande des proches.
- **La diversification des structures et modalités de soins disponibles en dehors de l'hospitalisation à temps complet.** De nouvelles solutions de soins et d'accompagnement en amont et en aval de l'hospitalisation à temps complet apparaissent nécessaires dans le but de réduire les durées moyennes de séjour et de prévenir les hospitalisations évitables comme les réhospitalisations.

Action 1

Organiser le suivi des durées moyennes de séjour

Une commission « prévention des hospitalisations au long cours » est constituée depuis 2021. Celle-ci se compose de la présidente de CME, de la directrice des soins, du médecin-chef du PISR, des médecins-chefs des trois pôles sectoriels de psychiatrie adulte, de la médecin-chef du DIM, de la responsable du pôle Logement et du service du travail social, d'une assistance sociale « réseau » dédiée aux hospitalisations au long cours, ainsi que de la coordinatrice du PCPE de la Fondation ARHM.

Une alerte à trois mois d'hospitalisation est mise en place dans le dossier patient informatisé. Suite au déclenchement de cette alerte, la commission « prévention des hospitalisations au long cours » sollicite un bilan clinique et social complet auprès de l'équipe de soins du patient (remplissage d'un questionnaire dans le dossier patient informatisé couplé à un compte-rendu écrit de la situation). La commission étudie le bilan transmis et déclenche la mise en œuvre de mesures adaptées. Dans le cas

où les mesures précédentes n'ont pas permis de mettre fin à l'hospitalisation, une nouvelle alerte à six mois d'hospitalisation est mise en place dans le dossier patient informatisé. La commission « prévention des hospitalisations au long cours » rencontre alors physiquement l'équipe de soins de la personne dans l'optique de co-construire ensemble un plan d'actions individualisé plus approfondi.

Les premières évaluations de l'impact de la commission « prévention des hospitalisations au long cours » sur la durée moyenne d'hospitalisation s'avèrent peu probants au regard du nombre de patients sortis d'hospitalisation. Il convient donc aujourd'hui de repenser le dispositif, en s'appuyant notamment sur l'expérience de ces derniers mois au cours desquels la sortie de nombreux patients hospitalisés au long cours a été rendue possible dans le cadre de la fermeture d'unités d'hospitalisation à temps complet.

Pilote identifié

Médecin-chef du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place d'un nouveau dispositif de suivi des durées moyennes de séjour / 1^{er} semestre 2023

Points d'étapes en comité stratégique sur les durées moyennes de séjour et la prévention des hospitalisations au long cours (nombre de personnes hospitalisées au long cours, actions mises en place, actions à développer, etc.) / tous les 6 mois

Indicateurs de suivi

- Nombre et part de patients hospitalisés à temps complet plus de 3 mois dans l'année par pôle (évolution par rapport à l'année N-1)
- Nombre et part de patients hospitalisés à temps complet plus de 6 mois dans l'année par pôle (évolution par rapport à l'année N-1)
- Part des journées d'hospitalisation à temps complet concernant des patients hospitalisés au long cours

À noter que la mise en œuvre de l'objectif 2 « développer et diversifier la palette de soins ambulatoires intensifs » doit également présenter des effets sur la prévention de la chronicisation, en permettant de couvrir plus largement les besoins potentiels des personnes soignées.

Action 2

Transformer les modes d'accompagnement dédiés aux personnes actuellement hospitalisées au long cours

Il s'agit de proposer à l'avenir trois modalités de soin et d'accompagnement aux personnes cibles, selon une logique graduée :

- **Le maintien de quelques lits d'hospitalisation à temps complet** pour des patients pour lesquels une alternative n'est pas envisageable sur le plan clinique (troubles du comportements majeurs, résistance aux traitements). Il convient de ne plus identifier ces lits comme unité de réhabilitation psychosociale dédiée, même si les pratiques et outils de la réhabilitation psychosociale sont mises à profit (au même titre qu'elles peuvent l'être pour l'ensemble des personnes soignées au sein de l'établissement).
- **La transformation de lits d'hospitalisation à temps complet en appartements thérapeutiques**, pour des personnes ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet mais tout de même un étayage clinique important. Les appartements thérapeutiques constituent des unités de soin à visée de réinsertion sociale, mises à la disposition de quelques patients pour une durée comprise entre 1 mois et 1 an, renouvelable une fois, et nécessitant une présence importante et continue de soignants.

■ **Le développement de solutions de logement accompagné**, pour des patients nécessitant un étayage clinique moindre. Nous souhaitons ainsi développer le nombre d'appartements associatifs et de résidences-accueil gérées par le pôle Logement de la Fondation ARHM. Les locataires peuvent occuper le logement de manière temporaire ou permanente, en fonction de leurs souhaits et de leur projet individualisé. Ils bénéficient de l'accompagnement quotidien de professionnels éducatifs, et d'un étayage de la part de dispositifs d'accompagnement sociaux ou médico-sociaux (SAAD, SAVS, etc.). Un hôpital de jour dédié aux personnes bénéficiant d'une forme de logement accompagné après une hospitalisation longue est par ailleurs constitué pour les patients du pôle sectoriel G27 par transformation de l'unité d'hospitalisation à temps complet Erasme. Il propose un étayage visant à accompagner au mieux la transition et à prévenir les réhospitalisations. L'équipe mobile - CATTP Yves Tanguy, rattachée au PISR, propose quant à elle des soins de réhabilitation dans le logement et intervient donc également au profit de bénéficiaires de solutions de logement accompagné.

Pilote identifié

Médecin-chef du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Transformation de l'unité d'hospitalisation à temps complet Erasme en hôpital de jour / janvier 2023

Définition des différents profils de patients complexes / hospitalisés au long cours et évaluation du nombre de patients concernés par chaque profil / 2023

Identification des facteurs structurels engendrant des hospitalisations au long cours / ne permettant pas la sortie de patients hospitalisés au long cours / 2023

Définition d'un objectif cible en termes de nombre d'appartements thérapeutiques et de solutions de logement accompagné à développer / 2023

Développement de nouvelles solutions de logement accompagnés / à partir de 2023

Transformation de lits d'hospitalisation à temps complet en appartements thérapeutiques / 2024

Indicateurs de suivi

- Nombre d'appartements thérapeutiques créés par conversion de lits d'hospitalisation à temps plein
- Durée moyenne de séjour au sein des appartements thérapeutiques
- Nombre d'appartements associatifs et de résidences-accueil créés
- Nombre de lits d'hospitalisation à temps complet fermés
- Transformation de l'unité d'hospitalisation à temps complet Erasme en hôpital de jour (Oui / Non)
- Taux d'occupation de l'hôpital de jour Erasme
- File active de l'hôpital de jour Erasme
- File active de l'équipe mobile Yves Tanguy
- Taux de renouvellement annuel de l'équipe
- Nombre d'actes réalisés par l'équipe mobile Yves Tanguy
- Nombre et part des patients hospitalisés à temps complet plus de 272 jours dans l'année (continus ou non)
- Part des journées d'hospitalisation à temps complet produites pour des patients hospitalisés plus de 272 jours dans l'année (continus ou non)

Action 3

Constituer une équipe mobile intersectorielle de liaison avec les établissements médico-sociaux du territoire

La création d'une équipe mobile intersectorielle de liaison avec les établissements médico-sociaux du territoire, rattachée au PISR, s'inscrit dans une dynamique de prévention des hospitalisations longues et réhospitalisations fréquentes.

Il s'agit en effet de soigner dans leur environnement ordinaire des personnes souffrant de troubles psychiatriques associés à un handicap psychique sévère, hébergées au sein de foyers de vie, EAM et MAS, pour lesquelles un suivi adapté en CMP est difficilement possible au regard des spécificités cliniques. L'équipe doit ainsi permettre

d'étayer les professionnels des établissements médico-sociaux afin d'éviter qu'ils ne considèrent l'hospitalisation à temps complet comme seule alternative lorsqu'ils rencontrent des difficultés à gérer les troubles. La constitution d'une telle équipe vise donc à la fois à améliorer la prise en charge des personnes d'ores-et-déjà hébergées en ESMS, en évitant les (ré)hospitalisations inadéquates, mais également à favoriser et faciliter l'orientation de nouvelles personnes vers ces établissements.

Pilote identifié

Chefferie du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Etat des lieux du nombre de patients pouvant être concernés par une intervention de l'équipe mobile, du nombre d'ESMS et de logements dans lesquels ils se trouvent et de leur répartition sur le territoire / 1^{er} semestre 2023

Définition du dimensionnement de l'équipe mobile (nombre d'ETP prévisionnels) / 1^{er} semestre 2023

Prise de contact avec les ESMS partenaires et recrutement des professionnels de l'équipe / 2^e semestre 2023

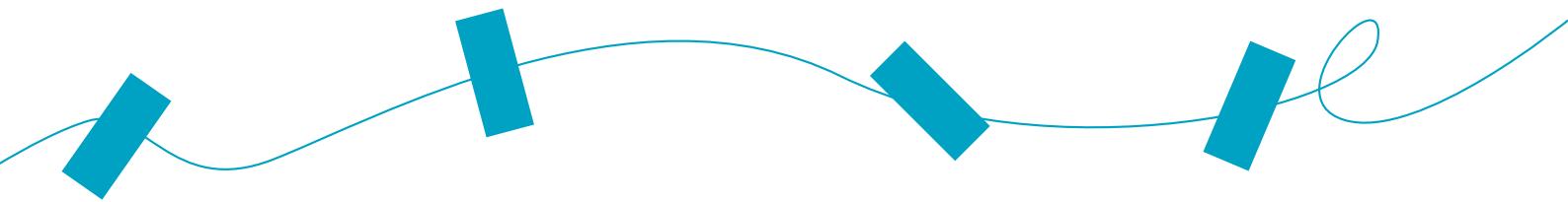
Démarrage des accompagnements / 1^{er} semestre 2024 (démarrage anticipé avec solution intermédiaire sur la MAS de Claveisolles)

Indicateurs de suivi

- Mise en œuvre de l'équipe mobile (Oui / Non)
- Indicateurs de suivi de l'activité de l'équipe définis dans le cadre du projet (file active, nombre d'actes, nombre de conventions signées avec les ESMS partenaires, délai d'intervention suite à la demande initiale, etc.)
- Nombre de patients hospitalisés plus de 90 jours dans l'année (continus ou non) provenant d'un ESMS (en comparaison avec l'année N-1)

OBJECTIF 5

Améliorer la régulation des flux de patients et prévenir les risques de rupture de parcours en psychiatrie adulte



La régulation des flux de patients répond à un besoin global d'amélioration de l'accueil des personnes et de diminution des délais d'attente pour bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Les difficultés à faire face à la hausse de la demande des soins en CMP, couplées à une pression majeure sur les lits d'hospitalisation à temps complet, appellent à entreprendre une action systémique sur l'ensemble du parcours de soins en psychiatrie adulte. Il s'agit en effet d'adapter en premier lieu le parcours de soins ambulatoire afin de faciliter l'accès aux CSA.

Ce travail sur l'ambulatoire doit par ailleurs s'accompagner d'actions visant à améliorer la régulation intra-hospitalière pour une gestion plus efficiente des lits d'hospitalisation. L'ensemble des actions menées doit ainsi favoriser une utilisation adéquate et optimale des lits d'hospitalisation, en limitant leur accès à des personnes nécessitant des soins aigus, sur une durée aussi courte que possible.

Action 1

Redéfinir le parcours de soins en CSA en psychiatrie adulte

L'entretien d'accueil et d'orientation est systématiquement réalisé par un IDE, sur la base d'un guide d'entretien et d'un support d'observation uniques pour l'ensemble de l'établissement. Un retour de ce premier entretien est réalisé par l'IDE en commission hebdomadaire pluridisciplinaire d'étude des nouvelles demandes.

Les personnes pour lesquelles des soins au sein du CSA s'avèrent nécessaires suite à l'étude de leur situation en commission pluridisciplinaire bénéficient d'une évaluation par un médecin psychiatre, visant à poser un diagnostic. Un référent ou binôme de référents du parcours de soin IDE et/ou psychologue est par ailleurs désigné pour chaque personne soignée, qu'elle entre dans le parcours de soins en psychiatrie via le CSA ou qu'elle ait connu une hospitalisation à temps complet préalable.

L'étape du diagnostic est suivie d'entretiens individuels avec le(s) professionnel(s) référent(s) du parcours de soins dans l'optique de co-construire le projet de soins individualisé de la personne, en lien avec les partenaires également impliqués dans le parcours (cf. axe 2 – objectif 3). La phase de co-élaboration du projet de soins individualisé se conclut par une synthèse en équipe pluridisciplinaire, associant la personne soignée et sa personne de confiance le cas échéant.

Le projet de soins individualisé prévoit une séquence de soins sur une durée limitée, avec des objectifs précis, des modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés et une date de réévaluation du projet à l'issue de la séquence de soins (en équipe pluridisciplinaire et en présence de la personne soignée et le cas échéant de sa personne de confiance). Il décrit par ailleurs précisément les outils de soins proposés, les types de professionnels impliqués dans la prise en charge et la fréquence des rendez-vous avec chacun de ces professionnels, mais aussi les partenaires extérieurs à mobiliser pour permettre l'atteinte de certains objectifs (partenaires sociaux, médico-sociaux, etc.).

Le projet de soins individualisé doit autant que possible permettre la mise en œuvre d'un modèle de prise en charge dégressif. Il doit notamment prévoir une implication plus importante du médecin psychiatre en début de prise en charge pour les patients qui le nécessitent (phase d'accroche aux soins), puis plus espacée au fil du temps avec un relais des autres professionnels de l'équipe. Des infirmiers en pratique avancée (IPA) nécessitent notamment d'être intégrés aux CSA afin d'assurer le suivi et l'accompagnement de patients stabilisés sur la base d'un protocole d'organisation avec le médecin psychiatre. Le projet de soins individualisé permet également d'envisager un relais vers le médecin traitant dès lors que le suivi en CSA ne présente plus de plus-value, avec possibilité de réinterpellation rapide du CSA en cas de détérioration de l'état psychique de la personne (afin d'éviter le passage aux urgences et l'hospitalisation à temps complet comme seuls recours possibles) ou de nécessité d'ajustement du traitement psychotrope.

La fin de prise en charge par le CSA, lorsqu'elle est possible, est marquée par une réunion de synthèse en équipe pluridisciplinaire, et la transmission de l'ensemble des informations utiles au médecin traitant ou au professionnel amené à prendre le relais, via la messagerie sécurisée MonSisra. Une file active maximum est définie pour chaque CSA, et une commission annuelle visant à étudier les fins de prise en charge / relais possibles est mise en place au sein de chaque structure.

La mise en œuvre effective de ce parcours de soins nécessite de modéliser les effectifs cibles nécessaires en CSA, ainsi que l'organisation-type des CSA par le biais d'une trame applicable à l'ensemble des structures : horaires de début et de fin des consultations (activité CMP), horaires des groupes thérapeutiques (activité CATT), positionnement dans la semaine des temps de réunion / temps institutionnels (à penser en lien avec les créneaux horaires de consultation les moins sollicités par les patients), missions attendues de la part de chaque type de professionnel dans le cadre des différentes activités proposées, etc. >

Action 1 (suite)

> Les missions incombant aux CMP nécessitent par ailleurs d'être précisées. Outre une activité de consultation, ces derniers sont en mesure de proposer des interventions en mobilité, sur la base du projet de soins individualisé du patient. Ces interventions, visant à maintenir le patient dans les soins en assurant un suivi au domicile et prévenir ainsi les situations de crise pour des patients suivis au sein de la structure (complémentarité avec l'activité des équipes mobiles centrées sur la prise en charge de la crise), sont cadrées institutionnellement en termes de public cible, de professionnels mobilisés, de contenu, etc. Une trame de compte-rendu type est en outre déployée sur l'ensemble de l'établissement afin d'améliorer la traçabilité des interventions.

Le fonctionnement de l'activité CATTTP nécessite enfin d'être revu et harmonisé à l'échelle de l'établissement. Il s'agit en effet de proposer

des activités groupales souples, permettant pour certaines d'entre elles d'intégrer de nouveaux patients à tout moment (en plus des séquences groupales avec des dates de début et de fin fixes). La prise en charge en CATTTP est prévue dans le cadre du projet de soins individualisé du patient, avec des objectifs précis et un suivi de l'atteinte de ces objectifs. La présence systématique d'une équipe pluridisciplinaire est par ailleurs nécessaire au sein de chaque CATTTP (IDE et psychologue a minima), et doit également faciliter l'intégration de l'activité CATTTP aux CSA. Afin de réduire le temps consacré à la retranscription des informations utiles, les temps de préparation et de reprise post-activité groupale sont optimisés grâce à la formalisation d'une grille-type de compte-rendu des activités groupales (items à cocher et possibilité d'insérer des observations).

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Modélisation des effectifs cibles nécessaires en CSA pour mener à bien les missions attendues / 1^{er} semestre 2023

Evaluation des besoins en formation (entretiens de premier accueil infirmier, interventions en mobilité, etc.) et définition d'un plan de formation global sur l'établissement / 1^{er} semestre 2023

Elaboration des trames d'outils supports à l'organisation des soins (guide d'entretien et support d'observation dans le cadre de l'entretien de premier accueil, grille-type de compte-rendu des visites à domicile et des activités groupales, trame d'organisation-type de l'activité des CSA, etc.) / 1^{er} semestre 2023

Elaboration de supports de communication sur le parcours-type de prise en charge en CSA, diffusables sur l'ensemble de l'établissement / 1^{er} semestre 2023

Définition d'un nombre de sorties annuelles nécessaires par CMP : 1^{er} semestre 2023

Mise en place de réunions annuelles de fin de prise en charge au sein de chaque CMP / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- File active de chaque CSA
- Taux de renouvellement annuel de la file active de chaque CSA
- Part de la file active disposant d'un référent IDE et/ou psychologue
- Part de la file active disposant d'un projet de soins individualisé intégré au dossier patient informatisé
- Répartition des actes par type de professionnels
- Degré de satisfaction des patients suivis en ambulatoire concernant le parcours et les soins proposés, qu'ils soient programmés ou non (questionnaire de satisfaction annuel)

Action 2

Mettre en place un groupe d'analyse des flux de patients en intra-hospitalier

Un groupe de travail associant la chefferie du pôle accueil admission, des professionnels de l'équipe RAR (renfort accueil régulation) et le médecin-chef du DIM de l'établissement est mis en place dans le but de caractériser les flux de patients intra-hospitaliers. Sont notamment étudiés :

- Le nombre d'entrées et de sorties hebdomadaires par pôle sectoriel et par unité de soins, mais aussi par jour de la semaine et par tranche horaire ;

- La part d'admissions directes depuis les CMP par rapport à la part d'admissions régulées par le RAR ;
- La part de primo-admissions.

L'analyse des flux de patients réalisée par le groupe de travail lui permet de définir un nombre de sorties quotidiennes et hebdomadaires nécessaires pour assurer une fluidité du fonctionnement des unités de soins intra-hospitalières.

Pilote identifié

Médecin-chef du pôle Accueil Admission

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place du groupe de travail / 1^{er} semestre 2022

Indicateurs de suivi

- Rencontre semestrielle du groupe de travail (Oui / Non)

Action 3

Améliorer la gestion globale des lits d'hospitalisation via le RAR, en lien étroit avec les pôles sectoriels

Il s'agit d'une part de systématiser les sorties de patients hospitalisés à temps complet le matin afin de permettre l'admission de nouveaux patients plus tôt dans l'après-midi, et de transmettre d'autre part une information exhaustive et actualisée de l'état des lits à l'équipe RAR.

Si les pôles sectoriels peuvent admettre des patients en hospitalisation à temps complet sur adressage de leurs CMP, sans passer par le RAR, celui-ci doit malgré tout conserver une vision globale de l'ensemble des lits disponibles au sein de l'établissement en temps réel. Dans cette perspective, les professionnels des pôles

sectoriels veillent à actualiser au quotidien le document partagé d'état des lits. L'équipe RAR, jusqu'à alors exclusivement composée d'IDE, se dote par ailleurs d'une compétence médicale dans l'optique d'approfondir le travail de régulation réalisé. La médicalisation de l'équipe RAR doit en effet permettre de renforcer encore davantage la pertinence des admissions en hospitalisation à temps complet et de favoriser une réorientation des patients vers les structures de soins ambulatoires adaptées lorsque cela est pertinent. Le RAR dispose notamment de liens directs et privilégiés avec les dispositifs de soins ambulatoires intensifs.

Pilote identifié

Chefferie du pôle Accueil Admission

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en œuvre de l'ensemble des composantes de l'action / 2021

Etude de la nécessité de disposer d'une compétence de bed manager / 2^{ème} semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps complet
- Durée moyenne de séjour des unités d'hospitalisation à temps complet
- Délai moyen entre la pose d'une indication d'hospitalisation à temps complet et l'admission du patient en hospitalisation à temps complet

Action 4

Organiser la prise en charge de la post-urgence en hospitalisation à temps complet

Une réflexion nécessite d'être menée à l'échelle du pôle Accueil Admission sur les modalités de déclinaison du cahier des charges relatif aux unités de post-urgences sectorielles (défini dans le cadre d'un groupe de travail départemental sur la filière des urgences psychiatriques).

Il s'agit notamment d'envisager une adaptation de l'UHCD rattachée au pôle accueil admission, afin que son fonctionnement intègre les différents protocoles établis par le groupe de travail départemental et validés par l'Agence régionale de santé.

Pilote identifié

Médecin-chef du pôle Accueil Admission

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition de la cible / 1^{er} semestre 2023

Mise en place de l'unité de post-urgences sectorielle conforme au cahier des charges départemental / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Mise en œuvre d'une unité de post-urgence sectorielle conforme au cahier des charges relatif aux unités de post-urgences sectorielles (Oui / Non)

Action 5

Revoir la politique de sous-sectorisation des unités d'hospitalisation à temps complet au sein d'un même pôle

Une règle générale d'absence de sous-sectorisation des unités au sein d'un même pôle est définie, le patient étant admis dans l'unité du pôle dans laquelle un lit est disponible et effectuant la durée entière de son hospitalisation dans cette unité.

En cas de réhospitalisation, la personne soignée peut ainsi être admise dans une unité différente du pôle, en fonction des lits disponibles. Afin de faciliter sa prise en charge par une nouvelle équipe, un professionnel de l'unité qui connaît déjà la personne peut le cas échéant aller à sa rencontre dans la nouvelle unité en début d'hospitalisation.

Des exceptions à cette règle générale sont possibles pour des personnes ayant connu plusieurs

hospitalisations (en SPDRE notamment), pour lesquels une continuité de prise en charge avec la même équipe est préférable (afin d'éviter en particulier des risques majorés de recours à l'isolement et à la contention). Les patients ciblés peuvent ainsi être référencés à une unité précise, sur la base de leur projet de soin individualisé.

La désectorisation des unités d'un même pôle suppose une offre de soins harmonisée entre les différentes unités de soins intra-hospitalières, ainsi qu'une redéfinition des effectifs cibles des unités. Il s'agit en effet de veiller, à missions équivalentes, à ce que chaque unité d'hospitalisation à temps complet dispose du même nombre de professionnels pour chaque profession.

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Formalisation de l'offre de soins proposée en intra-hospitalier, au sein de chaque unité et de manière transverse (groupes thérapeutiques mutualisés, etc.) / 1^{er} semestre 2024

Redéfinition des effectifs cibles des unités intra-hospitalières / 1^{er} semestre 2024

Désectorisation des unités intra-hospitalières d'un même pôle / 2^e semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Délai entre la sollicitation de l'UPRM et l'admission du patient en hospitalisation à temps complet
- Délai entre la sollicitation par un SAU et l'admission du patient en hospitalisation à temps complet

L'évolution des modalités de prise en charge décrite dans les cinq premiers objectifs de l'axe 1 est notamment permise par la **diminution de capacité des unités intra-hospitalières engagée en 2022**, avec :

- La fermeture de l'unité Louise Labé rattachée au pôle G25 (25 lits d'hospitalisation à temps complet + 2 places d'hôpital de jour).
- La transformation en hôpital de jour de l'unité d'hospitalisation à temps complet Erasme, rattachée au pôle G27 (25 lits d'hospitalisation à temps complet + 2 places d'hôpital de jour).
- La fermeture à venir de l'unité Hermès, rattachée au PISR (20 lits d'hospitalisation à temps complet).

Cette diminution de capacité intra-hospitalière permet en effet d'envisager un transfert de moyens sur l'offre de soins ambulatoire. Le développement de l'offre de soins peut également s'appuyer sur la recherche de financements externes (réponses à appels à projets en particulier).

OBJECTIF 6

Renforcer le travail partenarial et la coopération avec le réseau d'acteurs locaux



Les services de soins de notre établissement se trouvent régulièrement saturés, en difficulté pour répondre à une demande de soins qui ne fait que s'accroître en même temps que le nombre d'habitants ne cesse d'augmenter sur le territoire.

Dans ce contexte, les principes de proximité, de pluridisciplinarité et d'accessibilité des soins peuvent se trouver pris en défaut en raison du manque de ressources disponibles pour couvrir l'intégralité de la demande (ressources humaines notamment).

Cette situation nécessite donc de mobiliser tout l'éventail de soins et d'accompagnement disponibles en dehors de

l'établissement, afin de repositionner la psychiatrie sectorielle comme discipline spécialisée. Il s'agit en effet d'engager un travail collaboratif étroit avec les professionnels de premier recours, les cliniques privées à but lucratif, les psychiatres et psychologues libéraux, mais aussi les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le but de mettre en œuvre une filière de soins graduée en santé mentale. Celle-ci doit permettre d'offrir les parcours de soins les plus pertinents possibles aux personnes concernées, tout en garantissant le meilleur usage des ressources spécialisées de notre établissement.

Action 1

Consolider les liens avec les médecins traitants, et plus largement avec les CPTS du territoire

Les médecins traitants assument une fonction de coordination des soins et d'orientation des patients, et peuvent à ce titre réguler la demande de soins en filtrant l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie (en CMP notamment). Des liens étroits avec les services de psychiatrie, et un soutien de ces derniers en cas de besoin, s'avèrent toutefois indispensables afin qu'ils soient en mesure d'assumer ce rôle.

Dans cette perspective, nous souhaitons déployer un dispositif de soins partagés psychiatrie-médecine générale. Ce dispositif vise en premier lieu la mise en œuvre d'un mode d'organisation permettant, à l'échelle de chaque pôle sectoriel de psychiatrie adulte, de répondre de manière fluide aux demandes d'avis et de conseil des médecins généralistes concernant leurs prises en charge (avis diagnostics, pharmacologiques, sur des conduites à tenir, etc.). L'organisation proposée se veut graduée, avec :

- **Une adresse mail sécurisée dédiée aux médecins généralistes**, couplée à un rappel téléphonique par un professionnel du dispositif dans les 72h dans le but de fournir avis et conseils diagnostics, pharmacologiques, sur des conduites à tenir, etc. (logique de téléexpertise).
- **Une consultation d'évaluation réservée aux patients orientés** par leur médecin généraliste, lorsque l'échange téléphonique n'est pas suffisant pour dispenser un avis ou un conseil éclairé.

- Dans la majorité des cas, le patient ne nécessite pas de prise en charge en psychiatrie et le médecin généraliste reste chargé du suivi. Le psychiatre transmet alors au médecin généraliste un compte-rendu détaillé de la consultation d'évaluation via MonSisra, incluant des informations sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre. Les infirmiers du dispositif assurent un suivi des situations qui le nécessitent, en recontactant les médecins généralistes a posteriori pour faire le point sur la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique proposée. Le médecin généraliste est également en mesure de re-solliciter lui-même à tout moment le dispositif en cas de difficultés.
- Pour les pathologies nécessitant un suivi spécialisé, le patient est orienté vers la filière psychiatrique avec différenciation des adressages (psychiatres libéraux, CMP, équipes mobiles, etc.) Là-encore, le médecin généraliste bénéficie d'un compte-rendu complet de la consultation incluant l'adressage préconisé.

Le dispositif doit par ailleurs permettre un partage de connaissances et de compétences psychiatriques auprès des professionnels de premier recours, en lien étroit avec les CPTS du territoire et les URPS (diffusion d'outils et de recommandations, organisation de webinaires et de réunions de sensibilisation sur des thématiques précises, de réunions d'intervention clinique autour de cas concrets, etc.)

Pilote identifié

Chefferie du pôle G26

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Installation de la messagerie sécurisée MonSisra à l'ensemble des médecins psychiatres, secrétaires et IPA de l'établissement / 2021

Dépôt du projet de dispositif de soins partagés psychiatrie - médecine générale au FIOP 2022 / octobre 2022

Mise en place du projet de dispositif de soins partagés psychiatrie - médecine générale / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Part des médecins psychiatres et secrétaires disposant de la messagerie sécurisée MonSisra
- Mise en œuvre effective du dispositif de soins partagés psychiatrie / médecine générale sur les 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte (Oui / Non)
- Indicateurs de suivi prévus dans le cadre du projet (nombre de médecins généralistes ayant recouru au dispositif, nombre de patients concernés, etc.)

Action 2

Mener une politique volontariste de décloisonnement avec les établissements non sectorisés et les psychiatres libéraux

La psychiatrie sectorielle constitue aujourd’hui un acteur déterminant mais non exclusif du soin psychiatrique, dans un contexte de montée en charge des secteurs privé à but lucratif et libéral ces dernières années.

Une offre de soins variée en clinique psychiatrique privée à but lucratif s'est notamment développée sur le territoire, le plus souvent spécialisée sur certains types de troubles (troubles addictifs, TCA, troubles bipolaires, souffrance au travail, etc.) ou sur certaines tranches d'âge (adolescents et jeunes adultes, etc.)

Nous souhaitons donc travailler autant que possible une complémentarité entre la psychiatrie

sectorielle, l'offre libérale et l'offre du secteur privé à but lucratif afin de positionner l'ensemble de ces acteurs dans une chaîne de soins centrée sur le patient. Il s'agit en effet de développer les collaborations afin de permettre, lorsque cela est possible et pertinent, la réorientation de patients vers tout l'éventail de lieux d'accueil et de soins disponibles sur le territoire (en matière d'hospitalisation à temps complet, d'hospitalisation de jour ou de consultations extra-hospitalières). Le travail collaboratif doit notamment être favorisé par la réforme à venir des autorisations en psychiatrie, qui prévoit un conventionnement obligatoire entre les établissements non sectorisés et les établissements chargés de la psychiatrie de secteur.

Pilote identifié

Direction / chefferie du pôle Accueil Admission

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Réforme des autorisations en psychiatrie / juin 2023

Mise en œuvre de partenariats privilégiés avec des acteurs libéraux ou privés à but lucratif / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

■ Nombre de conventions de partenariats établies :

- Avec des psychiatres libéraux
- Avec des structures psychiatriques privées à but lucratif

Action 3

Poursuivre une dynamique d'ouverture et de soutien au secteur médico-social

Le manque de réponses médico-sociales adaptées à des personnes souffrant d'un handicap psychique peut conduire à des prises en charge en psychiatrie inadéquates, par défaut de structures alternatives.

Afin de favoriser l'orientation des personnes qui le nécessitent vers les structures existantes et la fluidité des parcours, nous souhaitons poursuivre un travail collaboratif étroit avec les établissements et services médico-sociaux du territoire, et en premier lieu ceux gérés par la Fondation ARHM, en nous inscrivant autant que possible dans une filière de soins et d'accompagnement graduée et coordonnée.

La création d'une équipe mobile intersectorielle de soutien aux établissements médico-sociaux, rattachée au PISR, doit notamment contribuer à faciliter l'orientation de personnes vers le champ

médico-social (*cf. objectif 4 - action 3*). Cette nouvelle équipe mobile s'inscrit en complémentarité avec l'équipe mobile ECOCARE, qui propose depuis 2021 un accompagnement précoce et adapté, dans leur environnement ordinaire, aux résidents d'ESMS souffrant de troubles sévères du neurodéveloppement associés à des « comportements-problèmes ». L'équipe ECOCARE vise elle aussi à prévenir pour son public cible l'absence de solution d'accompagnement dans le secteur médico-social ainsi que les ruptures de parcours.

En lien avec le PTSM du Rhône, nous souhaitons par ailleurs soutenir le déploiement territorial de « case manager » pour les personnes en situation complexe, dans le but de coordonner l'ensemble des ressources de soins et d'accompagnement permettant de répondre de manière efficiente aux besoins multiples des personnes cibles.

Pilote identifié

Chefferie du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Création de l'équipe mobile ECOCARE / 2021

Création d'une équipe mobile intersectorielle complémentaire de soutien aux établissements médico-sociaux / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Crédit de l'équipe mobile intersectorielle de soutien aux établissements médico-sociaux (Oui / Non)
- Nombre d'orientations vers un établissement ou service médico-social réalisées par le CH Saint Jean de Dieu



OBJECTIF 7

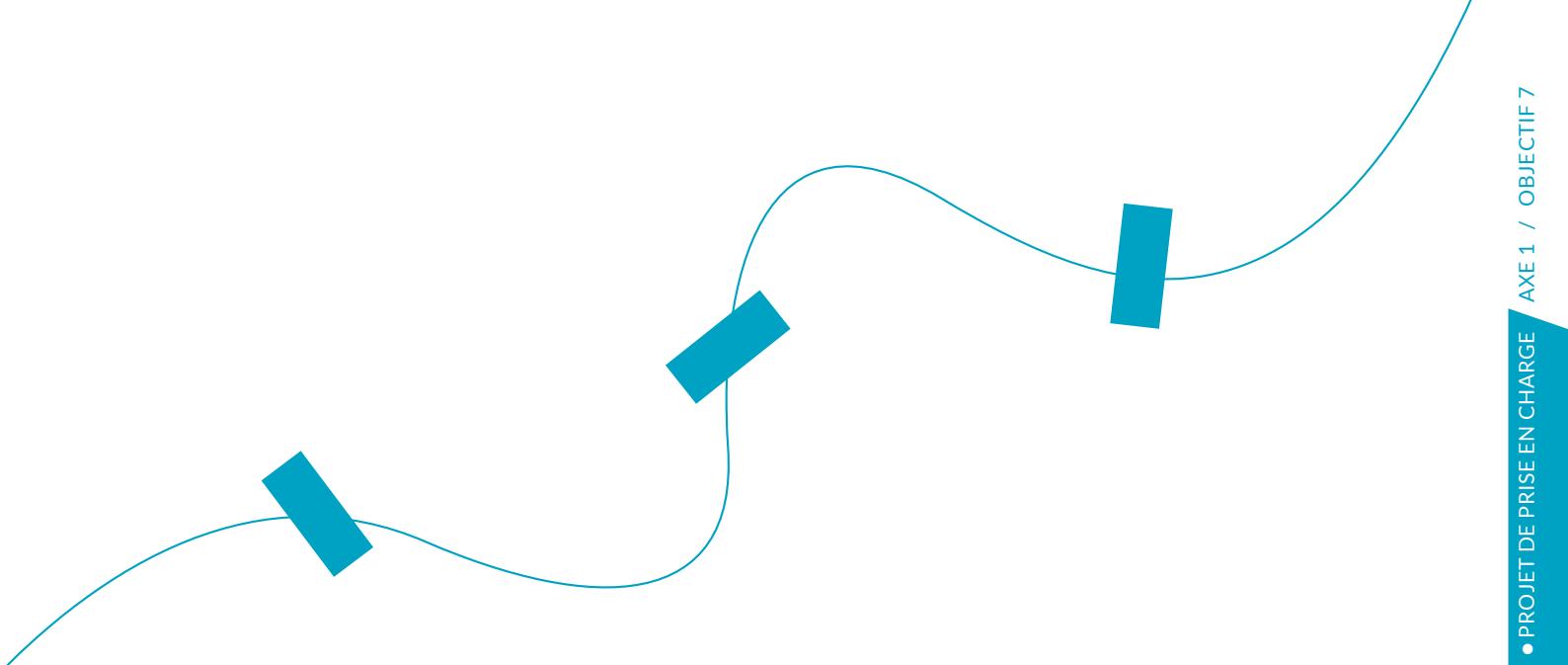
Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes soignées en psychiatrie

La santé physique et la surmortalité des personnes vivant avec une maladie psychique ont longtemps été ignorées du fait de préjugés, de méconnaissance ou de difficultés de repérage.

De nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont pourtant témoigné de l'association entre maladies somatiques et psychiques. Les personnes vivant avec des troubles psychiques présentent en particulier davantage de risques de surpoids et d'obésité, d'hypertension artérielle, de diabète ou encore de troubles lipidiques, augmentant le risque de pathologies cardio-vasculaires. Ces dernières représentent ainsi les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques, loin devant les suicides ou les accidents. On estime plus globalement

que l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur

Les personnes concernées rencontrent pourtant de nombreux freins à l'accès aux soins somatiques, liés tant aux troubles psychiques eux-mêmes, qu'aux perceptions des soignants et à l'organisation du système de soins (formation médicale cloisonnée, coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques, etc.) Nous souhaitons ainsi agir pour améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes soignées au sein de l'établissement, dans une approche holistique de la santé.



Action 1

Poursuivre le travail d'articulation entre le DMP et les unités de soins en intra-hospitalier

Il s'agit de fluidifier encore davantage les relations entre le DMP et les unités de soins intra-hospitalières, en menant notamment une réflexion sur les modalités de saisine du DMP par les unités, et les modalités de partage des informations utiles.

Des temps de coordination doivent être mis en place entre les professionnels des unités et le médecin généraliste du DMP référent de l'unité.

Le DMP doit enfin être systématiquement informé en amont par les unités des sorties de patients programmées.

Pilote identifié

Chefferie du DMP

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place d'un groupe de travail visant à évaluer l'existant et à identifier les axes d'amélioration en matière d'articulation entre le DMP et les unités de soins / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Part des unités de soins intra-hospitalières disposant d'un IDE référent DMP
- Nombre d'EIG liés au suivi somatique des patients

Action 2

Poursuivre le travail d'évaluation et de prise en charge de la douleur en intra-hospitalier

Une évaluation de la douleur est systématiquement réalisée dans les 72h suivant l'admission du patient en hospitalisation à temps complet.

Chaque unité d'hospitalisation à temps complet dispose d'un IDE référent douleur, qui veille à ce que la douleur du patient soit bien prise en compte dans la prise en charge proposée. En cas de situations complexes de douleurs aigues et chroniques, les IDE référents sont en mesure de

solliciter le Centre régional d'évaluation et de traitement de la douleur en santé mentale porté par l'établissement pour avis et conseil. Celui-ci évalue les besoins de prise en charge et propose le cas échéant différents types de soins alliant le corps et l'esprit : soins individuels adaptés, groupes à médiation thérapeutiques et psychoéducation à visée antalgique, psychomotricité, ostéopathie, etc.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte / médecin responsable du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur en santé mentale

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place des différentes composantes de l'action / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Réalisation d'une EPP sur l'évaluation de la douleur dans les 72h en intra-hospitalier
- File active du Centre régional d'évaluation et de traitement de la douleur en santé mentale
- Part de la file active orientée vers le centre douleur par un autre professionnel intra-hospitalier
- Nombre d'actes réalisés par le Centre régional d'évaluation et de traitement de la douleur en santé mentale
- Nombre d'actes réalisés au profit de patients hospitalisés à temps plein

Action 3

Développer le réseau de partenaires à même de proposer des soins somatiques spécialisés aux patients hospitalisés à temps complet

Il s'agit d'identifier des partenaires potentiels en mesure de proposer aux patients hospitalisés à temps complet un accès privilégié à des soins somatiques spécialisés durant le temps de leur hospitalisation (plages horaires de consultation ou d'imagerie dédiées au sein de l'établissement partenaire, vacations de professionnels de l'établissement partenaire sur le site de l'hôpital, etc.)

Une réflexion interne est menée sur les contreparties éventuelles proposées aux partenaires

identifiés (contreparties financières, accès facilité à un avis psychiatrique, réalisation d'AIG de psychiatres de l'hôpital au sein des établissements partenaires, etc.)

L'établissement mène également une réflexion sur les modalités d'accompagnement des patients à leurs rendez-vous somatiques, en évaluant le volume d'accompagnements nécessaires pour déterminer la modalité la plus adaptée (mobilisation de professionnels dédiés, etc.)

Pilote identifié

Chefferie du DMP

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Identification de partenaires potentiels / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Conventionnement avec les partenaires / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de conventions de partenariat établies
- Nombre de patients bénéficiaires de soins somatiques spécialisés au sein de l'établissement au cours de l'hospitalisation
- Nombre d'actes de médecins somaticiens spécialistes réalisés au sein de l'établissement

Action 4

Accompagner les personnes soignées en ambulatoire vers l'accès aux soins somatiques

Un bilan des suivis somatiques dont bénéficie le patient est systématiquement réalisé dans le cadre de l'élaboration de son projet de soins individualisé.

Ce bilan doit notamment permettre d'identifier la présence ou non d'un médecin traitant assurant un suivi effectif du patient. En l'absence de médecin

traitant, un contact peut être pris avec la CPTS du territoire, dont l'une des missions socles consiste à faciliter l'accès à un médecin traitant de la population. Le conciliateur de l'Assurance Maladie peut également être saisi. Chaque réévaluation du projet de soins individualisé offre l'opportunité de mettre à jour les informations initiales.

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Systématisation du bilan des suivis somatiques du patient en CMP / 2^e semestre 2023 (corrélé au déploiement du projet de soins individualisé sur l'établissement)

Indicateurs de suivi

- Part de la file active de CMP bénéficiant d'un bilan de l'état de santé global intégré au projet de soins individualisé
- Part de la file active de CMP ayant déclaré un médecin traitant

OBJECTIF 8

Revoir les parcours et l'organisation des soins en psychiatrie infanto-juvénile

De multiples facteurs nécessitent de repenser les modes d'organisation et les parcours de soins pédopsychiatriques actuels, pour mieux répondre aux besoins des patients / de la population du territoire :

- Evolution des connaissances scientifiques et des pratiques de soins ;
- Évolution des attentes de la population ;
- Diminution de la démographie des professionnels dans les établissements de santé : psychiatres et pédopsychiatres, rééducateurs, infirmiers.

Cette évolution de l'organisation suppose un positionnement préalable de la pédopsychiatrie sectorielle comme discipline spécialisée de seconde et troisième ligne, travaillant en articulation étroite avec les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, maisons des adolescents, etc.)

L'établissement souhaite préserver le caractère généraliste de ses structures de soins de pédopsychiatrie de 2^{ème} ligne (CMP notamment), en identifiant en parallèle trois filières de soins spécialisées de 3^e ligne dédiées à des publics spécifiques : périnatalité, adolescents, et enfants souffrant de troubles envahissants du développement (TED).

L'établissement ambitionne de redéfinir et harmoniser, entre ses deux pôles de pédopsychiatrie, l'intégralité du parcours de soins du patient, de la demande initiale à la fin de prise en charge :

- Dans sa mission de soins pluridisciplinaires coordonnés ;
- Dans une dimension intégrative des référentiels et des pratiques de soins au service du développement et du rétablissement de l'enfant et de l'adolescent.

Action 1

Repenser les modalités de demande de prise en charge

Un socle d'informations nécessite d'être recueilli par le CH Saint Jean de Dieu pour être en mesure d'étudier une nouvelle demande de prise en charge.

Une fiche de recueil d'informations standardisée est ainsi élaborée à l'échelle de l'établissement et transmise à chaque famille en amont de la première consultation. Si le pré-remplissage de cette fiche constitue une plus-value importante dans l'optique de la consultation initiale, son existence ne doit toutefois pas constituer un frein à l'accès aux soins. Dans le cas où la famille se trouve en

incapacité de la remplir, les professionnels en évaluent les causes (barrière de la langue, etc.) et accompagnent le remplissage lors de la première consultation.

En parallèle, une fiche d'information-type à remplir est également transmise aux éventuels professionnels extérieurs impliqués dans la demande. L'établissement élabore ainsi différents modèles de fiches d'information-types afin de soutenir la demande de prise en charge, en fonction de la nature du professionnel (enseignant, professionnel de santé, etc.)

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels
de pédopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration des fiches d'information-types
à remplir (familles, professionnels)
/ 1^{er} semestre 2023

Déploiement des fiches d'information sur
l'ensemble des CMP de pédopsychiatrie
/ 2^{ème} semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Existence de fiches d'information à destination des familles et des professionnels, standardisées sur l'ensemble de l'établissement (Oui / Non)
- Part des CMP ayant déployé les fiches d'information à remplir par les familles et les professionnels
- Part des familles ayant complété la fiche d'information préalablement à la première consultation

Action 2

Harmoniser les modalités d'évaluation des nouvelles demandes

Suite à la demande, l'établissement met rapidement en place une phase d'évaluation en présence de l'enfant et de sa famille, en amont du démarrage éventuel des soins, sur un nombre de consultations déterminé à l'avance.

Les consultations d'évaluation sont ouvertes à différents types de professionnels, au-delà des seuls médecins pédopsychiatres et psychologues (IDE, éducateurs, etc.) Les professionnels à impliquer dans l'évaluation varient ainsi d'une situation et d'une structure à une autre. L'ensemble de ces professionnels suivent toutefois un guide d'évaluation précis, standardisé sur l'ensemble de l'établissement. L'établissement met en outre progressivement fin à la systématisation des consultations en binôme. La réalisation de consultations en

binôme se veut temporaire, dans une perspective de montée en compétences de l'un des deux professionnels exclusivement.

La phase d'évaluation se clôt par une réunion de concertation pluridisciplinaire visant à formaliser le diagnostic et à établir un projet de soins individualisé si une prise en charge par l'établissement s'avère pertinente, ou à réorienter l'enfant vers des modalités de soins ou d'accompagnement externes dans le cas contraire.

La dissociation de la phase d'évaluation et de la phase de soins à proprement parler favorise un diagnostic rapide et un filtrage des demandes, en réorientant aussi tôt que possible les demandes qui ne relèvent pas d'une prise en charge en pédopsychiatrie hospitalière.

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration d'un guide d'évaluation standardisé sur l'ensemble de l'établissement / 1^{er} semestre 2023

Déploiement des consultations d'évaluation en amont du démarrage des soins / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- File active de chaque CMP
- Taux de renouvellement annuel de la file active des CMP
- Part des premiers rendez-vous à visée d'évaluation
- Délai moyen entre la réception de la demande et la première consultation d'évaluation
- Répartition des consultations d'évaluation par catégorie de professionnels
- Part des consultations d'évaluation réalisées en binôme
- Part des CMP utilisant le guide d'évaluation standardisé
- Part des demandes donnant lieu à une prise en charge par l'établissement suite à la phase d'évaluation / part des demandes réorientées

Action 3

Définir des critères de prise en charge suite à l'évaluation initiale

Les enfants pris en charge suite à l'évaluation initiale présentent des troubles identifiés justifiant une prise en charge par un établissement autorisé en psychiatrie. L'établissement se positionne principalement dans une mission de prévention secondaire, visant à limiter autant que possible le développement du trouble, les facteurs favorisants et les facteurs de risque, lorsque ce trouble est avéré dans le cadre du diagnostic initial. Ce critère exclut ainsi les prises en charge pour des questionnements d'ordre exclusivement éducatif.

Les enfants pris en charge nécessitent en outre un suivi pluridisciplinaire, auxquels ils ne peuvent

accéder par ailleurs sur leur territoire. Le seuil de prise en charge par la pédopsychiatrie de l'établissement peut donc différer en fonction de l'offre de soins extérieure disponible sur chaque territoire et de la possibilité d'accès ou non de chaque famille à cette offre. Les enfants nécessitant un suivi unique (orthophonique ou psychomoteur par exemple) relèvent quoiqu'il en soit d'une prise en charge libérale. Un travail partenarial peut être développé avec des professionnels libéraux (psychologues notamment) en mesure de proposer des tarifs adaptables aux moyens de chaque famille.

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Indicateurs de suivi

Part de la file active entrant dans les critères définis

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place effective des critères de prise en charge définis / 2^e semestre 2023

Action 4

Améliorer la lisibilité et l'articulation des différents types de structures de soins

Les différentes structures de soins présentent aujourd'hui un fonctionnement peu harmonisé, entre les deux pôles de pédopsychiatrie, mais également à l'intérieur d'un même pôle.

Il convient ainsi de définir clairement à l'échelle de l'établissement les missions attendues de la part des CMP, CATTP et hôpitaux de jour de pédopsychiatrie, ainsi que les outils de soins proposés dans chacune de ces structures.

Les missions des CATTP et des hôpitaux de jour nécessitent notamment d'être clairement définies (selon la tranche d'âge) et différenciées. Il s'agit en effet de distinguer les critères de prise en charge et les objectifs de soins au sein de ces deux types de structures pour améliorer l'articulation globale du dispositif. Les pratiques de prise en charge groupales au sein des différents CATTP doivent être homogénéisées. Les missions des hôpitaux de jours doivent quant à elles être redéfinies dans le but de les distinguer clairement des missions

attendues de la part d'un établissement ou service médico-social. Cette remise en question de l'accompagnement au très long cours, couplée à la difficulté fréquente à mobiliser des établissements et services médico-sociaux en relais, suppose un accompagnement renforcé des familles (à travers la psychoéducation notamment) afin que celles-ci soient en mesure de coordonner la suite du parcours de leur enfant.

Le rôle de « pivot des soins » du CMP nécessite enfin d'être réaffirmé. Le CMP reste le référent du parcours de soins de l'enfant tout au long de sa prise en charge en pédopsychiatrie, quel que soit le type de structure qui l'accompagne à un instant T (hôpital de jour exclusivement par exemple). A ce titre, le CMP est garant du projet de soins individualisé de l'enfant, et a minima concerté sur les soins proposés au sein des autres structures (CATTP et hôpitaux de jour).

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration de cahiers des charges des CMP, CATTP et hôpitaux de jour de pédopsychiatrie / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Existence d'un cahier des charges des CMP, CATTP et hôpitaux de jour de pédopsychiatrie (Oui / Non)
- Part des structures de soins en adéquation avec le cahier des charges
- Part de la file active avec notification MDMPH en attente d'une orientation vers un établissement médico-social

Action 5

Ajuster la durée des soins proposés et poursuivre le travail de relais

L'afflux important des demandes de soins, couplé à un faible turn-over dans nombre de structures (hôpitaux de jour notamment) entraîne des délais d'attente important pour bénéficier d'une prise en charge et nécessite d'engager un travail autour de la durée des soins proposés.

Il s'agit ainsi de mettre en place des soins limités dans le temps sur l'ensemble des structures de pédopsychiatrie. Pour ce faire, un projet de soins individualisé est co-construit avec la famille pour chaque enfant pris en charge suite à la phase d'évaluation initiale. Celui-ci fixe des objectifs de soins et prévoit une fréquence d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs. La pertinence des soins proposés

est donc fréquemment remise en question. Un suivi des durées moyennes de soins est réalisé par les chefferies des deux pôles de pédopsychiatrie, qui étudient toute situation dépassant une certaine durée de soins (à définir en fonction du type de structures), en lien avec les professionnels impliqués dans l'accompagnement.

Les relais sont par ailleurs anticipés autant que possible, en engageant une réflexion à ce sujet rapidement après l'entrée dans les soins de l'enfant. Le travail partenarial est poursuivi avec les différents acteurs à même de constituer un relais (professionnels libéraux, professionnels du secteur médico-social, etc.)

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Indicateurs de suivi

- Durée moyenne de prise en charge, par type de structure (CMP, CATTP, hôpitaux de jour).

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Systématisation des projets de soin individualisés / 2^e semestre 2023

AXE 2.

PROMOUVOIR LE
RENFORCEMENT DE LA
CAPACITE D'AGIR DES
PERSONNES SOIGNEES
ET DES FAMILLES DANS
LE CADRE DE PRATIQUES
ORIENTEES RETABLISSEMENT

Le rétablissement n'est pas synonyme de guérison clinique mais correspond à un cheminement de la personne, dans la durée, pour reprendre le contrôle de sa vie et retrouver une citoyenneté pleine et entière. Si les professionnels peuvent soigner, c'est donc bien la personne elle-même qui peut « se rétablir », ce qui implique de développer une culture du soin favorisant et soutenant la réappropriation de son pouvoir d'agir.

Nous souhaitons aujourd'hui promouvoir cette approche centrée sur le rétablissement, en encourageant des pratiques permettant à chaque personne soignée de retrouver une estime d'elle-même, un bien-être, et d'atteindre un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à ses attentes.

OBJECTIF 1

Promouvoir les droits des personnes concernées, les démarches éthiques et de bientraitance



Le respect des droits et de la dignité des personnes soignées ainsi que la promotion de la bientraitance sont au cœur de notre projet d'établissement et constituent un socle de valeurs qui traversent l'ensemble des actions identifiées.

Notre volonté de promouvoir les droits des personnes s'inscrit bien sûr dans le respect du cadre législatif et déontologique de la psychiatrie mais dépasse ce simple cadre. Nous souhaitons autant que possible offrir aux personnes soignées et à leurs proches une prise en charge respectueuse de leurs besoins et de leur singularité tout au long du parcours de soins, y compris dans des moments critiques.

La promotion de pratiques bienveillantes et respectueuses des personnes est l'affaire de tous et doit donc faire l'objet de réflexions continues en équipe pluridisciplinaire. Elle suppose par ailleurs un accompagnement important des professionnels afin que puissent être mises en œuvre au quotidien des pratiques professionnelles de qualité. En parallèle, les personnes concernées sont tenues à certains devoirs, tels que le respect de l'autre, professionnel ou patient, mais également le respect du règlement intérieur de l'établissement.

Action 1

Promouvoir un accueil personnalisé de la personne soignée et de ses proches

L'accueil constitue un moment particulièrement sensible du parcours de soins puisqu'il fait suite à un constat de rupture dans la vie de la personne. Il doit permettre à la personne soignée et à ses proches de se sentir en confiance, informés et écoutés, et peut conditionner la suite du parcours et l'adhésion au projet de soins. L'accueil du patient et de son entourage constituent ainsi le premier soin, dont la qualité influence la relation future.

Dans ce contexte, l'établissement porte une attention particulière au processus accueil et à ses différentes étapes. La mission d'accueil constitue l'une des missions prioritaires des infirmiers et secrétaires médicales, qui veillent à disposer d'une disponibilité psychique suffisante pour y consacrer le temps nécessaire.

En intra-hospitalier, un temps dédié à l'accueil est consacré à l'arrivée du patient. Un guide des bonnes pratiques en matière d'accueil est établi afin d'accompagner et d'orienter les professionnels (présentation du professionnel, présentation de l'équipe, visite de l'unité et présentation de son cadre de fonctionnement, remise et explicitation du livret d'accueil, etc.)

Les proches des personnes soignées, en intra comme en extra-hospitalier, se voient par ailleurs systématiquement remettre un guide d'information, pendant du livret d'accueil remis au patient en intra-hospitalier.

Pilote identifié

À définir

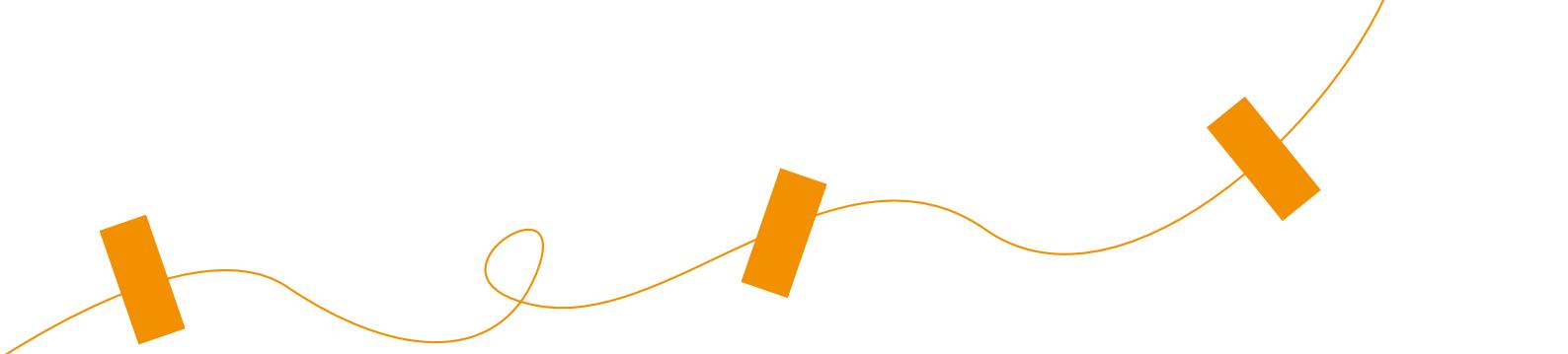
Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration et diffusion du guide de bonnes pratiques en matière d'accueil / 1^{er} semestre 2024

Actualisation du guide d'information des familles / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

► Degré de satisfaction des patients en matière d'accueil (évalué dans le cadre du questionnaire de satisfaction transmis en sortie d'hospitalisation)



Action 2

Offrir des conditions d'hébergement respectueuses de la dignité des personnes

Le programme immobilier de l'hôpital offre l'opportunité de repenser dans les années à venir l'architecture des unités de soins intra-hospitalières et les conditions hôtelières afin de favoriser le respect de la dignité et des droits des personnes soignées (en termes d'hygiène, de sécurité, etc.) Cette rénovation permettra également d'améliorer les conditions de travail des professionnels des unités concernées.

Il s'agit notamment de prévoir la mise en place de salles de bains et de sanitaires individuels dans chaque chambre, mais aussi l'accès à un espace extérieur et la mise en œuvre de normes d'accessibilité (permettant notamment le passage de brancards) dans l'ensemble des unités de soins.

La rénovation-reconstruction des unités de soins intra-hospitalières doit par ailleurs permettre de doter chacune d'entre elles d'espaces d'apaisement visant à mieux prévenir et prendre en charge les situations de tension. Ces espaces offrent en effet aux personnes soignées des solutions pour faire face aux moments de tension interne avec le soutien des professionnels et des occasions d'apprendre à prévenir elles-mêmes la montée de la violence. Ils constituent pour les professionnels un outil concret de réduction des mesures d'isolement et de contention.

Pilote identifié

Directeur délégué au secteur sanitaire

Étapes et calendrier de mise en œuvre

/ Selon calendrier du programme de rénovation-reconstruction des unités de soins intra-hospitalières

Indicateurs de suivi

- Part des chambres disposant de salles de bains et de sanitaires individuels
- Part des unités intra-hospitalières disposant d'espaces d'apaisement
- Part des unités intra-hospitalières disposant de l'accès à un espace extérieur (jardin, terrasse)

Action 3

Poursuivre la formation continue des professionnels de l'établissement afin de soutenir des pratiques individuelles et collectives bientraitantes

La formation continue constitue un axe central permettant aux professionnels de s'impliquer dans une démarche de promotion de la bientraitance. En leur permettant d'acquérir de nouvelles connaissances tant au niveau théorique que pratique, elle enrichit la palette d'outils à disposition des professionnels pour comprendre et adapter le « prendre soin » aux besoins de chaque personne concernée.

Les formations initiales de différents corps professionnels apparaissent aujourd’hui comme insuffisamment pourvues d’enseignements relatifs à la santé mentale. Ce phénomène peut entraîner un manque de connaissances théoriques et pratiques des professionnels nouvellement diplômés pour s’adapter aux spécificités de la psychiatrie. Dans ce contexte, l’établissement poursuit notamment une politique de consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie (formation « Soclecare » à destination de l’ensemble des nouveaux professionnels). Il s’agit de permettre aux soignants de s’approprier les connaissances et pratiques diversifiées du rôle propre infirmier en psychiatrie afin que chacun d’entre eux puissent concourir à une prise en soin individuelle et collective de qualité. Chaque session de formation doit inclure à l’avenir une demi-journée ouverte aux autres professions (médecins, cadres de santé, psychologues, aides-soignants, travailleurs sociaux) au regard des forts enjeux du travail pluridisciplinaire en matière de qualité des soins.

La présentation régulière de cas cliniques en équipe pluridisciplinaire est en outre systématisée. Ces cas cliniques constituent des apprentissages, des rappels ou encore des mises à jour de connaissances pour l’ensemble des membres de l’équipe et aident ainsi chaque professionnel à mieux s’approprier les besoins des personnes soignées en psychiatrie.

Les temps de supervision / analyse de la pratique professionnelle sont également encouragés dans une perspective d’apprentissage et de soutien pour les professionnels. Ces temps doivent en effet permettre à chaque professionnel de

s’engager dans une conscience réflexive en interaction avec les autres soignants et avec les personnes soignées.

De nouvelles formations à destination de l’ensemble des professionnels des unités de soins intra-hospitalières sont enfin déployées dans le but de favoriser la mise en œuvre de pratiques bientraitantes et respectueuses des droits des personnes :

- **Des formations courtes et thématiques sur les droits des patients**, réalisées par des professionnels du service des hospitalisations (SDH) directement au sein des unités de soins.
- **Une formation aux approches préventives des situations de crise, de violence et d’agitation.** L’encadrement médico-soignant des unités de soins est également formé au « debriefing » après une situation de violence afin de permettre une systématisation des interventions institutionnelles post-événement.
- **Une formation-action dans le cadre de la création d’espaces d’apaisement**, permettant aux professionnels de maîtriser de nouvelles techniques d’apaisement et de les transférer auprès du patient afin qu’il puisse les pratiquer lui-même en autonomie et les inclure dans son plan de prévention partagé.
- **Des sessions de simulation en santé** visant à faire monter en compétence les professionnels paramédicaux pour une meilleure gestion des situations de soins à risque, la mise en œuvre de techniques de désescalade de la violence, et le développement d’alternatives à l’isolement et à la contention.

Ces formations sont dispensées en équipe ou à minima à plusieurs professionnels d’une même équipe afin de maximiser leur impact.

Pilote identifié

Directrice des soins infirmiers et de rééducation

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Poursuite et adaptation de la consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d’établissement

Formation des équipes intra-hospitalières (approches préventives des situations de crise, de violence et d’agitation, formation-action dans le cadre de la création d’espaces d’apaisement et simulation en santé) / à partir de 2023

Indicateurs de suivi

- Part de professionnels intra-hospitaliers, par profession, ayant suivi :
 - La formation préventive aux approches des situations de crise, de violence et d’agitation
 - La formation-action dans le cadre de la création d’espaces d’apaisement
- Part d’équipes intra-hospitalières intégralement formées dans le cadre de chacune des deux formations citées

Action 4

Développer et promouvoir les alternatives à l'isolement et à la contention

L'isolement et la contention constituent des pratiques de dernier recours, qui impliquent d'épuiser préalablement l'ensemble des alternatives existantes.

Un état des lieux des alternatives à l'isolement et à la contention mises en place au sein des unités de soins intra-hospitalières est dans un premier temps réalisé dans l'optique de communiquer sur les bonnes pratiques et de les généraliser. Sur la base de cet état des lieux, un protocole présentant les différentes étapes à respecter et outils à

mobiliser avant de recourir à l'isolement ou à la contention est élaboré et diffusé sur l'ensemble de l'établissement. Les professionnels des unités de soins intra-hospitalières bénéficient dans le même temps de formations favorisant la maîtrise de ces différents outils et techniques (cf. action précédente).

En cas de crise, chaque professionnel veille enfin à mobiliser rapidement les stratégies et ressources énoncées par la personne soignée dans son plan de prévention partagé (cf. objectif 3).

Pilote identifié

Cadre supérieur de santé du pôle Accueil Admission (avec l'appui de médecins du pôle G26)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Etat des lieux des alternatives à l'isolement et à la contention mises en place au sein des unités intra-hospitalières / 2^e semestre 2023

Elaboration et diffusion d'un protocole de bonnes pratiques / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Taux de recours à l'isolement pour les patients hospitalisés à temps plein
- Taux de recours à la contention pour les patients hospitalisés à temps plein
- Durée médiane de ces mesures

Action 5

Définir une politique institutionnelle applicable sur l'ensemble de l'établissement en matière de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention

Tout recours à l'isolement ou à la contention pour un patient en soins sans consentement fait l'objet d'une démarche de réflexion en équipe pluridisciplinaire.

Le patient bénéficie d'une explication préalable sur les raisons justifiant la mesure, les modalités de sa mise en œuvre (fréquence de visite des professionnels en cas d'isolement par exemple) et les critères permettant sa levée.

L'établissement se met par ailleurs en conformité avec le cadre législatif relatif aux durées d'isolement et de contention. La mesure d'isolement est motivée et prise pour une durée maximale de 12 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée pour des périodes de 12 heures, dans la limite d'une durée totale de 48 heures. La mesure de contention est quant à elle motivée et prise pour une durée maximale de 6 heures. Si nécessaire, elle peut être renouvelée pour des périodes de 6 heures dans la limite d'une durée totale de 24 heures. Le médecin psychiatre peut, à titre exceptionnel, renouveler les mesures au-delà de ces durées totales mais l'établissement en informe alors immédiatement le juge des libertés et de la détention (JLD). Si le médecin psychiatre est tenu de réaliser une surveillance et des réévaluations régulières, les soignants sont également encouragés à prendre part à l'évaluation du patient isolé ou contenu et à partager leur avis auprès du médecin psychiatre sur la pertinence ou non du

maintien d'une mesure. L'ensemble des mesures sont tracées dans le dossier patient informatisé. Un membre de la famille du patient ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt est systématiquement informé du renouvellement de la mesure, dans le respect de la volonté du patient.

Les soins proposés et restrictions mises en œuvre dans le cadre de l'isolement sont personnalisés.

L'établissement met fin à la politique de sorties progressives d'isolement. Il s'agit ainsi de cesser les allégements progressifs de mesure pour se limiter à des sorties d'isolement définitives avec des mesures levées dès que la crise s'apaise. Afin de faciliter cela, le lit du patient est systématiquement préservé (sanctuarisation des « lits miroirs »). L'appellation de chambre d'isolement est en outre transformée en espace d'isolement afin de souligner le caractère aussi bref que possible des séjours dans ces espaces.

Un temps de reprise est enfin systématiquement organisé après toute mesure d'isolement ou de contention. Celui-ci prend la forme d'un débriefing en équipe pluridisciplinaire, ainsi que d'un entretien individuel avec le patient permettant d'évoquer son ressenti, ce qui aurait pu se produire différemment, et l'élaboration d'un plan de prévention partagé si le patient n'en dispose pas encore ou sa mise à jour si le plan existe et n'a pas été appliqué comme prévu.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

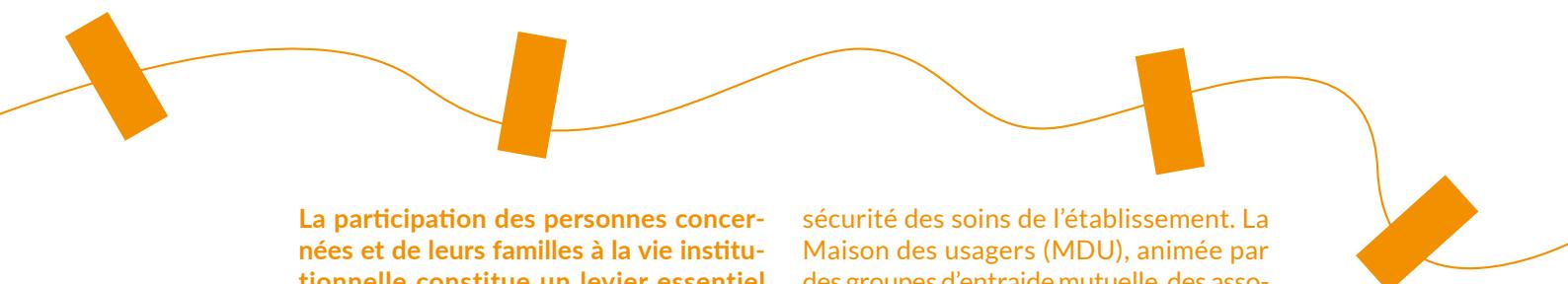
Mise en œuvre de la politique institutionnelle définie en matière d'isolement et de contention / 2023

Indicateurs de suivi

- Taux de mesures d'isolement et de contention réévaluées dans les délais réglementaires
- Taux de mesures / renouvellement de mesures d'isolement et de contention faisant l'objet d'une information à la personne désignée par le patient (membre de la famille ou personne susceptible d'agir dans son intérêt)
- Taux de réalisation de l'entretien de débriefing post-isolement avec le patient
- Nombre d'événements indésirables liés à l'indisponibilité d'un lit miroir

OBJECTIF 2

Favoriser la participation des personnes concernées et des familles à la vie de l'établissement



La participation des personnes concernées et de leurs familles à la vie institutionnelle constitue un levier essentiel d'amélioration de la qualité des soins et d'évolution des pratiques professionnelles. Il s'agit ainsi de reconnaître le savoir expérientiel des personnes concernées, complémentaire à celui des professionnels, en les positionnant comme actrices à part entière des décisions qui les concernent dans le but de renforcer l'adéquation entre ces décisions et leurs besoins.

Différents espaces d'expression et de participation des personnes concernées et des familles existent d'ores-et-déjà au sein de l'établissement. Trois représentants des usagers contribuent notamment, via la commission des usagers (CDU), à l'élaboration de la politique qualité et

sécurité des soins de l'établissement. La Maison des usagers (MDU), animée par des groupes d'entraide mutuelle, des associations d'usagers et de familles et des professionnels, constitue par ailleurs un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information ouvert à toute personne ayant une préoccupation pour elle-même ou pour un proche en matière de santé psychique, d'accès aux soins ou de réinsertion sociale et professionnelle.

Nous souhaitons aujourd'hui aller plus loin en renforçant encore davantage les modalités d'implication des personnes concernées dans la vie institutionnelle, afin de permettre une réelle co-construction des décisions et projets majeurs de l'établissement entre personnes concernées et professionnels.

Action

Constituer et faire vivre un comité des personnes soignées et accompagnées de la Fondation ARHM associant des représentants du CH Saint Jean de Dieu

Un comité des personnes soignées et accompagnées, associant des personnes soignées actuellement ou par le passé au sein de l'hôpital, est constitué à l'échelle de la Fondation ARHM.

Ce comité constitue un espace d'expression et de participation à la vie institutionnelle. Ses membres bénéficient d'une formation préalable afin d'être en mesure de prendre pleinement part à la vie de l'institution et d'être forces de proposition pour

l'amélioration de la prise en charge à l'hôpital. Des membres du comité sont associés aux réflexions concernant l'élaboration et la mise en œuvre de chaque nouveau projet majeur de l'établissement.

Le comité élit par ailleurs un représentant au conseil d'administration de la Fondation afin de porter la voix de l'ensemble des personnes soignées et accompagnées au sein des instances de gouvernance de la Fondation.

Pilote identifié

Direction

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Constitution du comité des personnes soignées et accompagnées de la Fondation ARHM / mars - avril 2021

Formation des membres : mai - juin 2021

Election d'un représentant du comité au CA de la Fondation / juin 2021

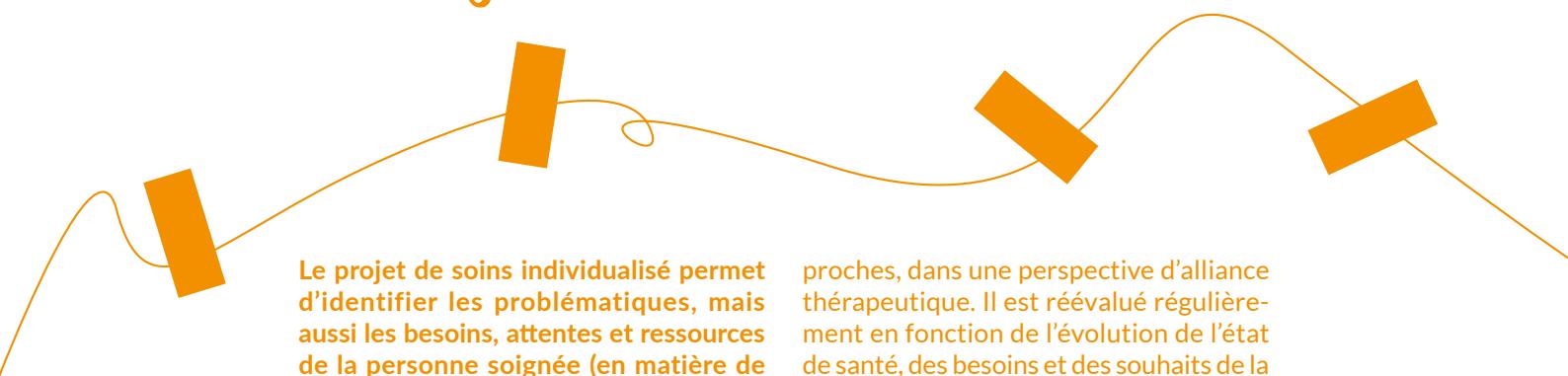
Implication des membres du comité dans les projets majeurs de l'établissement / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Réunion mensuelle du comité des personnes soignées et accompagnées de la Fondation ARHM (Oui / Non)
- Nombre de représentants du CH Saint Jean de Dieu au sein du comité des personnes soignées et accompagnées de la Fondation ARHM
- Part des nouveaux projets stratégiques de l'établissement (inscrits dans le projet d'établissement) associant des personnes concernées dans l'élaboration et la mise en œuvre

OBJECTIF 3

Définir le projet de soins individualisé, co-construit avec la personne et réévalué régulièrement, comme socle de l'organisation des soins



Le projet de soins individualisé permet d'identifier les problématiques, mais aussi les besoins, attentes et ressources de la personne soignée (en matière de santé, de logement, d'emploi, etc.). Il fixe par ailleurs les objectifs de soins, les délais pour les atteindre, et organise la mise en œuvre effective des soins.

Son élaboration est coordonnée par le référent du parcours de soin de la personne mais réclame une collaboration pluri-professionnelle et pluri-partenariale. Il s'agit en effet de mobiliser l'ensemble de l'équipe vers un même but, dans une dynamique réflexive commune. L'élaboration du projet de soin individualisé permet ainsi de donner du sens et de la cohérence aux soins proposés, en intra comme en extra-hospitalier. En donnant du sens aux pratiques, le projet constitue une source de motivation pour les professionnels et renforce le désir d'accompagner autrement la personne soignée.

Le projet de soin individualisé est systématiquement co-construit avec la personne concernée, et le cas échéant ses

proches, dans une perspective d'alliance thérapeutique. Il est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution de l'état de santé, des besoins et des souhaits de la personne.

Le plan de prévention partagé de la personne est en outre annexé à son projet de soin individualisé. Ce document permet à la personne d'identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise, et d'indiquer les stratégies et ressources à mobiliser rapidement en cas de crise, ainsi que les soins et traitements à privilégier ou à éviter. L'élaboration du plan de prévention partagé implique elle aussi un partenariat soignant-soigné, ainsi que, autant que possible, l'accompagnement d'un pair-aidant dans la démarche. Le plan de prévention partagé permet d'augmenter l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes concernées, de développer leur capacité à gérer leur santé, et *in fine* de prévenir les décompensations et d'éviter des hospitalisations en soins sans consentement.

Action

Systématiser l'élaboration d'un projet de soin individualisé, intégrant le cas échéant un plan de prévention partagé, pour chaque personne soignée

Le projet de soin individualisé est élaboré dans un délai maximum de 3 mois après l'admission, en présence et avec la participation active de la personne soignée, sur la base d'une trame unique pour l'ensemble de l'établissement.

Il peut mobiliser l'ensemble des modalités de soin disponibles au sein de l'établissement (consultations individuelles, prises en charge groupales, outils de la réhabilitation psychosociale, etc.).

Il est le plus souvent élaboré en CMP, bien qu'il puisse également être travaillé en intra-hospitalier dans le cas d'une entrée dans le parcours de soin en psychiatrie via une hospitalisation à temps complet de plus de quelques jours.

En CMP, le projet de soin individualisé est travaillé avec la personne dans le cadre de consultations avec le professionnel soignant référent du parcours de soin, qui est garant de son élaboration. Cette consultation peut le cas échéant être complétée d'échanges en équipe pluridisciplinaire, ainsi que d'échanges avec les partenaires extérieurs impliqués dans l'accompagnement. Pour les personnes ayant connu à minima une hospitalisation à temps complet, l'élaboration du projet de soin individualisé repose sur une articulation étroite entre le CMP de référence de la personne et l'équipe intra-hospitalière. Des réunions de synthèse en visio-conférence peuvent être organisées

par l'ensemble de ces professionnels afin d'assurer la cohérence et la continuité du parcours de soin.

L'élaboration du projet de soins individualisé donne lieu à une réflexion systématique sur la nécessité ou non d'élaborer un plan de prévention partagé. Le plan de prévention partagé du patient est annexé au projet de soin individualisé lorsque les deux documents sont travaillés. Le plan de prévention partagé repose lui aussi sur une trame unique pour l'ensemble de l'établissement, qui s'accompagne d'un guide utilisateur pour faciliter son appropriation.

Le projet de soin individualisé et le plan de prévention partagé sont réévalués régulièrement :

- **A minima une fois par an** pour les personnes exclusivement suivies en ambulatoire.
- **A minima tous les 6 mois** pour les personnes ayant connu au moins une hospitalisation.

Des évaluations régulières de l'adhésion aux soins, des besoins, attentes et de l'évolution des troubles de la personne doivent permettre de réévaluer plus régulièrement le projet de soin individualisé en cas de besoin.

Le projet de soins individualisé et le plan prévention partagé sont systématiquement intégrés dans le dossier patient informatisé Cariatides.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte (pilotage d'une réflexion transversale par un cadre de santé du PISR et du pôle G25)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

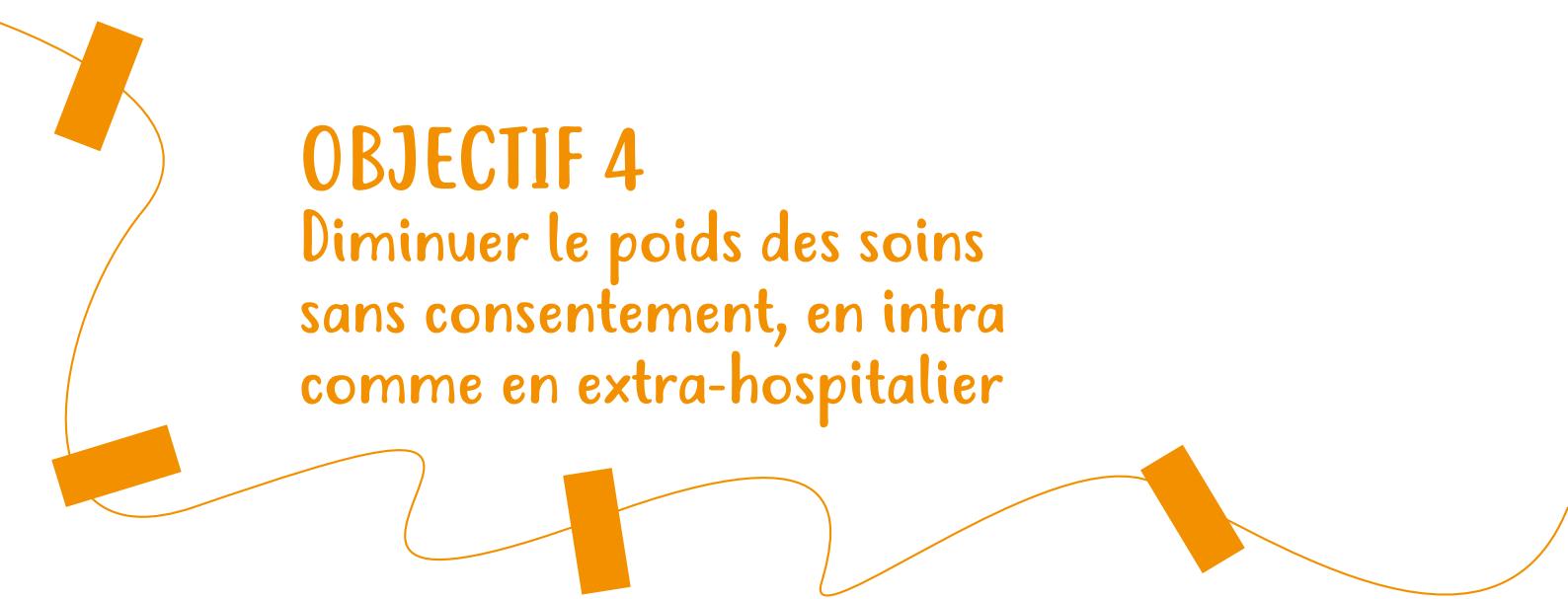
Elaboration de la trame unique de projet de soin individualisé sur la base des outils proposés par la HAS et des modèles d'ores-et-déjà travaillés au sein du PISR et du pôle G25 / 1^{er} semestre 2023

Définition des modalités d'intégration du projet de soin individualisé, incluant le plan de prévention partagé, au dossier patient informatisé (règles de nommage permettant un accès rapide et facile des professionnels aux deux documents, etc.) / 1^{er} semestre 2023

Diffusion de la trame unique de projet de soin individualisé, de plan de prévention partagé et du guide d'accompagnement à l'élaboration des plans de crise conjoints au sein de l'ensemble des unités intra-hospitalières et structures extra-hospitalières, et formation des professionnels à l'utilisation de ces outils / 2^e semestre 2023

Indicateurs de suivi

- Part de la file active disposant d'un projet de soins individualisé intégré au dossier patient informatisé (globale et par structure)
- Part de la file active totale disposant d'un plan de prévention partagé, intégré au projet de soin individualisé (globale et par structure)



OBJECTIF 4

Diminuer le poids des soins sans consentement, en intra comme en extra-hospitalier

Les soins sans consentement pèsent depuis de nombreuses années un poids important au sein de l'établissement. Celui-ci a encore augmenté de manière notable ces cinq dernières années, en hospitalisation à temps complet comme en ambulatoire.

A titre d'exemple, plus de 55 % de la file active hospitalisée à temps plein fait aujourd'hui l'objet d'une mesure de soins sans consentement. La part des journées d'hospitalisation à temps complet et des actes ambulatoires en soins sans consentement, tout comme la part de la file active concernée, se révèlent ainsi l'une comme

l'autre très largement supérieures à la moyenne des établissements sectorisés régionaux et nationaux.

Il convient donc de travailler sur les différents types de mesures de soins sans consentement, en veillant d'une part à lever dès que cela est cliniquement pertinent les mesures initiées en amont de l'admission (par les services d'urgences, le représentant de l'Etat, etc.), et d'autre à part à limiter autant possible la mise en œuvre de nouvelles mesures après l'admission au sein de l'établissement.

Action 1

Diminuer la DMHM des patients faisant l'objet d'une mesure de SPDRE

Dans un contexte de surreprésentation des mesures de SPDRE chez les patients hospitalisés au long cours, de nouveaux échanges nécessitent d'être engagés avec l'Agence régionale de santé (ARS) et la Préfecture du Rhône au sujet de ces mesures.

Il s'agit notamment d'identifier les éléments à même de favoriser la levée des mesures de SPDRE par le représentant de l'Etat (informations spécifiques à transmettre en dehors du certificat du médecin psychiatre, etc.). En cas de refus du représentant de l'Etat de lever une mesure malgré le certificat médical transmis, l'établissement est en capacité de saisir le juge des libertés et de la détention (JLD).

Pilote identifié

Direction / présidence de CME

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Maintien d'un lien régulier avec l'ARS et la Préfecture du Rhône / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- DMHM des patients faisant l'objet d'une mesure de SPDRE

Action 2

Diminuer le nombre de mesures de SPPI et de SPDT initiées par l'établissement en hospitalisation à temps complet et faciliter la levée de ces mesures

Des réunions d'intervention clinique sont organisées entre médecins psychiatres de l'établissement.

Il s'agit, à partir de l'étude concrète de dossiers de patients, de permettre des échanges cliniques et une définition collective des situations dans lesquels la mise en place / le maintien d'une mesure de soins sans consentement s'impose ou peut au contraire être évitée. Ces réunions offrent ainsi l'opportunité d'un partage d'expériences entre praticiens (en bénéficiant notamment de l'expérience des praticiens les plus expérimentés) afin d'aboutir à des pratiques plus harmonisées au sein de la communauté médicale de l'établissement.

Pilote identifié

à définir

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Etat des lieux des patients en SPPI et SPDT au sein de l'établissement / 2^e semestre 2023

Mise en place de réunions d'intervention clinique / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Nombre de réunions d'intervention clinique
- Part de la file active hospitalisée à temps plein faisant l'objet d'une mesure de SPPI
- Part de la file active hospitalisée à temps plein faisant l'objet d'une mesure de SPDT
- Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein produites pour des patients faisant l'objet d'une mesure de SPPI et de SPDT

Action 3

Mettre fin autant que possible aux programmes de soins psychiatriques en SPPI

Les mesures de soins sans consentement sont systématiquement réévaluées en sortie d'hospitalisation, en prenant en compte l'ensemble des paramètres : profil clinique du patient, parcours de soins antérieur, étayage familial, etc.

La sortie d'hospitalisation donne lieu à une levée des mesures de SPPI, qui constituent dans tous les cas des mesures de soins sans consentement exceptionnelles. A cette occasion, la levée de toute mesure de soins sans consentement est

autant que possible privilégiée. Elle peut notamment être facilitée par l'élaboration d'un plan de prévention partagé avec le patient (cf. objectif 3). Des modalités de contractualisation symbolique entre le patient et son équipe de soins ambulatoire peuvent également être mises en œuvre. Dans le cas où un programme de soins psychiatriques sans consentement s'avère indispensable, le SPPI est converti en SPDT.

Pilote identifié

À définir

Étapes et calendrier de mise en œuvre

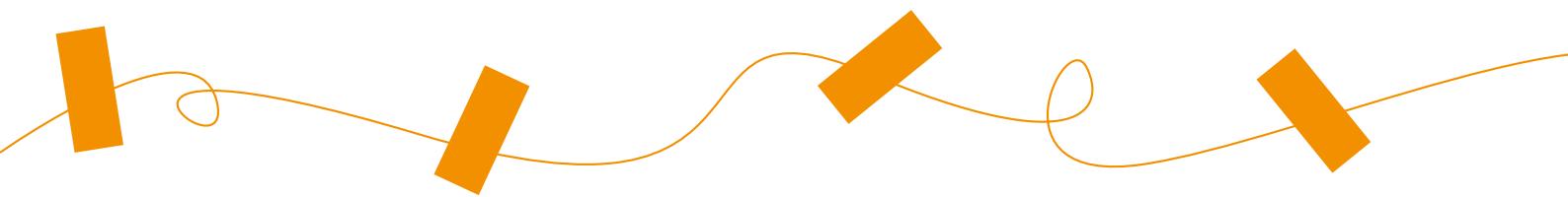
Réévaluation systématique des mesures de soins sans consentement en sortie d'hospitalisation et levée des SPPI / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Part de la file active ambulatoire faisant l'objet d'un programme de soins psychiatriques
- Part des programmes de soins initiés en SPPI

OBJECTIF 5

Diffuser largement les principes et les pratiques de la réhabilitation psychosociale à l'échelle de l'établissement



La réhabilitation psychosociale offre un ensemble d'outils thérapeutiques susceptibles de favoriser le rétablissement des personnes concernées à travers une meilleure appropriation et un renforcement de leurs propres capacités.

Les outils et pratiques qu'elle recoupe sont variés : psychoéducation, thérapies comportementales et cognitives, soutien à l'insertion sociale et professionnelle, thérapies corporelles, etc. De nombreuses preuves scientifiques témoignent aujourd'hui de l'efficacité de ces outils et de leurs bienfaits sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes souffrant d'un trouble psychique.

Dans ce contexte, nous souhaitons que les pratiques de réhabilitation psychosociale ne ciblent plus uniquement certains patients hospitalisés à temps plein mais puissent au contraire bénéficier au plus grand nombre de personnes, en intra comme en extra-hospitalier. Dans cette perspective, il s'agit aujourd'hui d'accompagner les professionnels sur l'ensemble de l'établissement à s'approprier certaines de ces pratiques de soins.

Action 1

Constituer un plateau ambulatoire de réhabilitation psychosociale, point d'appui au déploiement de la réhabilitation psychosociale sur l'ensemble de l'établissement

Un plateau ambulatoire de réhabilitation psychosociale est constitué par regroupement hors des murs de l'hôpital du CESAR, de l'hôpital de jour Prévert et de l'équipe mobile Tanguy, en lien avec le CATTP Maison des Célestins (structures de soins du PISR).

Ce plateau dispose d'une double mission. Il vise tout d'abord à fournir un appui à la diffusion de la réhabilitation psychosociale au sein des pôles sectoriels, selon deux modalités :

- **Une mobilité des professionnels du plateau vers les dispositifs de soins sectoriels** (notamment ambulatoires) pour des temps de sensibilisation et formation à différents outils et pratiques, des temps de supervision, ainsi que pour la réalisation conjointe de certains soins : accompagnement des professionnels des pôles sectoriels dans l'appropriation des plans de crise conjoints, co-animation de programmes de psychoéducation et d'entretiens motivationnels, etc.

- **L'organisation de temps d'immersion de soignants des pôles sectoriels** (et notamment des nouveaux professionnels) au sein des équipes du plateau de réhabilitation.

Des créneaux horaires hebdomadaires dédiés à des pratiques de réhabilitation psychosociale sont identifiés au sein de chaque dispositif de soin ambulatoire sectoriel (CSA et hôpitaux de jour).

Outre sa mission d'appui à la diffusion de la réhabilitation psychosociale, le plateau technique de réhabilitation propose également un accompagnement direct de patients via des outils et pratiques complémentaires non déployés au sein des pôles sectoriels : TCC, pleine conscience, approches systémiques, accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire, etc.

Pilote identifié

Chefferie du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mission exploratoire visant à recenser les besoins et attentes des CSA et HDJ en matière de réhabilitation psychosociale (demi-journées de rencontre avec les équipes du PISR) / 2^{ème} semestre 2022 – 1^{er} semestre 2023

Identification de créneaux horaires dédiés à des pratiques de réhabilitation psychosociale au sein de chaque structure ambulatoire / 2^e semestre 2023

Déménagement du CESAR, de l'HDJ Prévert et de l'équipe mobile Tanguy hors des murs de l'hôpital / à définir

Indicateurs de suivi

- Part des CSA de l'établissement disposant d'un référent réhabilitation psychosociale
- Nombre d'interventions en CSA et HDJ réalisées par les professionnels du plateau technique de réhabilitation
- Part des CSA et HDJ de l'établissement ayant bénéficié d'interventions de professionnels du plateau technique ambulatoire de réhabilitation
- Nombre de professionnels ayant bénéficié d'un temps d'immersion au sein du plateau technique de réhabilitation
- Part des nouveaux professionnels recrutés ayant bénéficié d'un temps d'immersion au sein du plateau technique de réhabilitation

Action 2

Dispenser une formation socle aux pratiques orientées rétablissement à l'ensemble des professionnels de l'établissement

L'ensemble des médecins, infirmiers, psychologues, (ré)éducateurs, aides-soignants et travailleurs sociaux en poste au sein l'établissement suivent une formation socle aux pratiques orientées rétablissement.

Afin de maximiser son impact, la formation est systématiquement dispensée en équipe, ou à minima à plusieurs professionnels d'une même équipe. Cette formation, dont le cahier des charges est co-construit avec les professionnels du plateau

ambulatoire de réhabilitation psychosociale, sensibilise notamment à différentes pratiques et outils concrets : projet de soin individualisé, plan de prévention partagé, etc.

La formation est également intégrée à la consolidation des savoirs en psychiatrie dispensée à tous les nouveaux infirmiers intégrant l'établissement, mais aussi au parcours d'accueil des autres professionnels nouveaux arrivants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, etc.).

Pilote identifié

Présidente de CME / directrice des soins infirmiers et de rééducation

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Intégration de la formation à la consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie / 2022

Intégration de la formation au parcours d'accueil des nouveaux arrivants (modules métiers) / 2024

Formation de l'ensemble des professionnels en poste / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement (déploiement progressif en lien avec la DRH)

Indicateurs de suivi

- Part des professionnels de l'établissement ayant suivi la formation socle, par profession
- Part d'équipes intégralement formées

OBJECTIF 6

Accompagner la personne concernée dans l'expression et la mise en œuvre de son projet de vie



Afin d'accompagner chaque personne soignée dans son processus de rétablissement, nous souhaitons dépasser la simple prise en charge d'une pathologie pour accompagner plus globalement la personne dans la formulation et la mise en œuvre de son projet de vie (au sens des besoins et attentes qu'elle exprime, seule ou avec l'appui de ses proches).

Il s'agit ainsi de faire en sorte que le projet de vie de la personne devienne moteur du soin, en œuvrant pour que la pathologie constitue le moins possible un frein à l'emploi, au logement autonome ou encore à une vie sociale ordinaire.

En mobilisant une approche pluridisciplinaire, nous souhaitons donc être en mesure de proposer une palette globale de réponses aux besoins des personnes soignées, dans un objectif de développement de leur autonomie. Ces besoins et les réponses apportées peuvent être évolutifs, le projet de vie de la personne n'étant jamais figé.

Action 1

Evaluer systématiquement les besoins et attentes de la personne en matière de logement et d'emploi dans le cadre de l'élaboration du projet de soin individualisé

Le projet de soin individualisé intègre une évaluation de la situation et des besoins de la personne en matière de logement et d'insertion scolaire ou professionnelle.

Cette évaluation permet d'orienter chaque personne qui le nécessite vers les ressources internes (plateau ambulatoire de réhabilitation

psychosociale, pôle Logement) et/ou les partenaires externes à même de l'accompagner. Il s'agit ainsi de mobiliser différents acteurs autour d'une dynamique commune aussi tôt que possible dans le parcours de soins de la personne afin de lui permettre d'améliorer sa qualité de vie et de contribuer à la réussite des objectifs de soins.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte (pilotage d'une réflexion transversale sur le projet de soin individualisé par un cadre de santé du PISR et du pôle G25)

Indicateurs de suivi

Part de la file active totale disposant d'un projet de soins individualisé intégrant une évaluation des besoins relatifs à l'emploi et au logement

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration de la trame unique de projet de soin individualisé intégrant un recueil de la situation et des besoins de la personne en matière d'emploi et de logement / 1^{er} semestre 2023

Diffusion du document au sein de l'ensemble des unités intra-hospitalières et structures extra-hospitalières / 2^e semestre 2023

Action 2

Poursuivre l'accompagnement vers le logement des personnes soignées, via le pôle Logement de la Fondation ARHM

L'accès à un logement décent et adapté constitue un important facteur de rétablissement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Dans ce contexte, Le pôle Logement de la Fondation ARHM accompagne les personnes soignées qui le nécessitent dans leur parcours d'insertion par le logement, en proposant une variété de services et dispositifs allant de l'hébergement au logement autonome : appartements d'essai, appartements à visée thérapeutique, résidences sociales, résidences-accueil, habitats partagés, hébergement en sous-location, logements autonomes, etc.

Le pôle Logement poursuit aujourd'hui le développement et la diversification de son offre de logement-accompagnement afin de couvrir le plus grand nombre de demandes et de répondre de manière la plus adaptée possible aux besoins et attentes spécifiques de chaque personne. Un important travail de collaboration est notamment mené avec les bailleurs du territoire Rhône-Métropole afin de permettre au pôle de développer son parc de logements.

Les besoins de logement de chaque personne sont définis dans le cadre du projet de soins individualisé, qui prend en compte les souhaits et capacités

de la personne. Le profil de logement le plus adapté fait ainsi l'objet d'une décision médicale partagée avec la personne, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et le cas échéant les partenaires impliqués dans l'accompagnement. Ce profil complet est transmis au pôle Logement qui informe l'équipe dans des délais rapides des possibilités de logement correspondantes. Le pôle Logement tient par ailleurs une permanence hebdomadaire permettant aux personnes concernées et aux professionnels qui le souhaitent de s'informer sur les différentes modalités de logement-accompagnement existantes et leurs spécificités.

L'accès au logement des personnes soignées est *in fine* structuré via la mise en place d'une commission d'admission unique pour l'ensemble des dispositifs de logement proposés. Cette commission doit ainsi permettre d'optimiser le choix final de logement pour chaque personne au regard de l'éventail de possibilités, dans le cadre d'une décision partagée par l'ensemble de ses membres. Le choix du logement le plus adapté constitue un processus dynamique, pouvant être réévalué en fonction de l'évolution des attentes et des capacités de la personne.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte / responsable du pôle Logement de la Fondation ARHM

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Mise en place de la commission d'admission unique / 1^{er} semestre 2023

Poursuite du développement et de la diversification de l'offre du pôle Logement : tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de demandes adressées au pôle Logement pour des personnes soignées au sein de l'établissement
- Part des demandes aboutissant à l'accès à un logement

Action 3

Développer une offre d'accompagnement vers l'emploi complémentaire à l'existant au sein du plateau technique ambulatoire de réhabilitation psychosociale

Environ 60 % des personnes accompagnées par le CESAR présentent aujourd'hui une demande d'accompagnement en lien avec l'emploi. Les différents dispositifs spécialisés implantés sur le territoire (« job coaching » notamment) ne sont en mesure de répondre à l'intégralité de ces demandes, pour diverses raisons : critères d'admission trop restrictifs, délais d'attente importants, etc.

Dans le même temps, la réhabilitation psychosociale a bien pour objectif d'accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques vers le retour à une vie sociale satisfaisante, notamment via le retour à l'emploi. Ainsi, de nombreux centres de réhabilitation psychosociale de proximité développent des accompagnements spécialisés sur le sujet.

Il s'agit donc de proposer via le plateau ambulatoire de réhabilitation psychosociale des modalités d'accompagnement vers l'emploi complémentaires à l'offre existante sur le territoire, en direction d'usagers ne pouvant bénéficier de ce type d'accompagnement hors de l'établissement. Pour ce faire, le plateau développe :

► Des ateliers thérapeutiques autour de l'emploi, en collaboration avec l'ESAT Ateliers Denis Cordonnier de la Fondation ARHM. Ces ateliers visent à recueillir les attentes de la personne, à évaluer sa motivation et ses capacités à retisser du lien social et à accepter les contraintes liées à la vie en entreprise, mais aussi le cas échéant à l'accompagner dans la construction de son projet.

► Un réseau de partenaires externes (entreprises, chantiers d'insertion, etc.) à même d'offrir des mises en situation professionnelles en adéquation avec les souhaits des personnes. Le réentraînement au travail proposé dans le cadre de temps d'immersion ou encore de stages doit avant tout permettre aux bénéficiaires de reprendre confiance, de se sentir utiles mais également le cas échéant de construire ou d'approfondir leur projet professionnel.

En parallèle, le plateau ambulatoire de réhabilitation veille à entretenir des liens étroits avec les partenaires spécialisés du territoire (Clubhouse, Messidor, LADAPT) afin d'orienter vers ces acteurs l'ensemble des personnes éligibles à un accompagnement de leur part.

Pilote identifié

Chefferie du PISR

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Construction des ateliers thérapeutiques, définition de leur format et de leur contenu / 2^e semestre 2022

Démarrage des accompagnements dans le cadre de ces ateliers / 1^{er} semestre 2023

Développement du réseau de partenaires à même d'offrir des mises en situation professionnelles / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

► Nombre de personnes bénéficiaires d'un accompagnement vers l'emploi via le plateau technique ambulatoire de réhabilitation psychosociale

OBJECTIF 7

Développer la psychoéducation à destination des personnes concernées



La psychoéducation et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) accompagnent la personne concernée dans la compréhension de ses troubles psychiques, la mobilisation de ses ressources et l'acquisition d'outils et de compétences utiles pour gérer ses troubles au quotidien.

Les programmes participent ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de la personne, en favorisant la reprise de pouvoir sur sa santé et sa vie. Il s'agit de donner la possibilité aux personnes de ne plus seulement être victimes de la maladie

mais d'être actives et partenaires des professionnels dans le processus de soin. Sur le plan des liens sociaux, les programmes, notamment en groupe, permettent par ailleurs à chaque personne de sortir de la solitude et de développer un soutien émotionnel par les pairs.

Nous souhaitons donc favoriser un accès pour toutes les personnes soignées à des programmes de psychoéducation et/ou d'ETP, complémentaires aux autres formes de soin engagées et permettant d'améliorer leur efficacité.

Action

Développer et diversifier les programmes de psychoéducation et d'éducation thérapeutique du patient, en ambulatoire notamment

Un cadrage institutionnel de la psychoéducation et de ses modalités de cotation est dans un premier temps réalisé (définition du nombre minimum d'actes pour qu'un programme soit considéré comme tel, etc.).

Des programmes de psychoéducation à caractère général ou plus spécifique, respectant le cadre institutionnel défini, sont déployés au sein de l'ensemble des pôles sectoriels de psychiatrie adulte (en extra-hospitalier notamment). Afin de faciliter un déploiement large, le plateau

ambulatoire de réhabilitation psychosociale diffuse aux pôles sectoriels, et notamment aux CSA, des outils et programmes de psychoéducation clés en main. Dans un premier temps, une co-animation de ces programmes par un professionnel du plateau de réhabilitation et un professionnel du pôle sectoriel est proposée, avant que les professionnels des pôles sectoriels ne s'en saisissent seuls. Des pair-aidants sont également impliqués dans la co-animation des différents programmes de psychoéducation mis en place.

Pilote identifié

Directrice des soins infirmiers et de rééducation (avec l'appui d'une cadre de santé du pôle G26)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Cadrage institutionnel des programmes de psychoéducation (nombre d'actes minimum requis, etc.), selon les indications du PTSM / 2^e semestre 2023

Recensement des programmes de psychoéducation d'ores-et-déjà existants sur l'établissement / 2^e semestre 2023 (dans le cadre d'une semaine à thème)

Communication institutionnelle large sur les modalités de cotation de la psychoéducation / 1^{er} semestre 2024

Implémentation et diffusion de nouveaux programmes de psychoéducation / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de programmes de psychoéducation mis en place sur l'établissement, en intra et en extra-hospitalier
- Nombre de programmés d'éducation thérapeutique du patient labellisés
- Part des CSA (CMP / CATTP) et HDJ de l'établissement proposant à minima un programme de psychoéducation.
- Nombre de patients en intra et en extra-hospitalier / part de la file active intra et extra-hospitalière inscrite dans un programme de psychoéducation

OBJECTIF 8

Poursuivre et renforcer les modalités de soutien aux familles et aux proches



Le soutien aux familles et aux proches aidants constitue aujourd’hui un fort enjeu, en psychiatrie adulte comme en pédopsychiatrie.

En psychiatrie adulte, les proches aidants jouent un rôle majeur dans le soutien des personnes souffrant de troubles psychiques et l’accompagnement dans leur processus de rétablissement. Le soutien procuré par la famille à son proche malade tout au long de son parcours de soins se révèle en effet essentiel au plan du pronostic d’évolution de la maladie. Les actions centrées sur les proches présentent donc un bénéfice indirect sur l’état de santé des patients. Des interventions proactives à destination des proches présentent en outre un bénéfice direct sur la santé des proches eux-mêmes, alors

même que le fait de prendre soin d’une personne atteinte de troubles psychiques peut engendrer un impact très élevé sur la santé physique et psychique des aidants.

En pédopsychiatrie, la guidance parentale apparaît comme une composante essentielle de l’accompagnement. Il s’agit d’améliorer la compréhension par les parents des troubles de leur enfant, et de les aider à développer des stratégies efficaces et cohérentes pour mieux appréhender ces troubles. La guidance parentale doit ainsi contribuer à lutter d’une part contre l’épuisement des parents et d’autre part contre l’altération des relations au sein de la famille pouvant aboutir à des réponses inadaptées aux besoins de l’enfant.

Action 1

Déployer le programme de psychoéducation « BREF » à destination des familles sur l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte de l'établissement

Le programme BREF, co-développé par le CH Le Vinatier et l'UNAFAM 69, propose aux proches de personnes souffrant de troubles psychiatriques une approche respectant l'esprit de la psychoéducation sous la forme d'un programme court en trois séances animées par deux professionnels, et d'un suivi post-programme à trois mois. Le programme vise ainsi à permettre une première connexion à un parcours d'aide aux aidants, dès l'entrée dans les soins du proche.

Il s'agit aujourd'hui de poursuivre le déploiement de ce programme sur l'ensemble de l'établissement, en revoyant les modalités de sa mise en œuvre afin de permettre un déploiement en proximité auprès du plus grand nombre de familles. Le mode de fonctionnement actuel, consistant à solliciter de manière transverse les douze professionnels formés afin de savoir si certains d'entre eux sont disponibles pour réaliser le programme lorsqu'une famille est orientée vers celui-ci, pose certaines difficultés : disponibilité incertaine des

professionnels, obligation pour les familles de se rendre sur le site d'hospitalisation temps plein de l'établissement pour bénéficier du programme, etc. Il convient donc de former de nouveaux professionnels au sein de l'ensemble des pôles sectoriels de psychiatrie adulte afin d'être en mesure de proposer le programme sur les différents CSA, au plus près des familles et le plus tôt possible dans leur parcours.

Le programme BREF doit par ailleurs offrir l'opportunité d'informer l'ensemble des familles participantes sur les autres dispositifs de soutien existants, au sein-même de l'établissement ou en dehors de celui-ci : existence de programmes de psychoéducation plus conséquents (programmes LEO, Profamille), d'associations à même de les écouter, les soutenir et les former (associations de familles, Métropole aidante, etc.) Avec leur accord, les coordonnées des familles participantes au programme BREF sont notamment transmises à l'UNAFAM 69 qui peut ensuite les recontacter.

Pilote identifié

Directrice des soins infirmiers et de rééducation (avec l'appui d'une cadre de santé du pôle G26)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Formation de nouveaux professionnels sur l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte
/ tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Déploiement du programme BREF en proximité / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de professionnels formés au programme BREF, par pôle
- Part des professionnels formés ayant dispensé le programme BREF au cours de l'année
- Nombre d'aidants bénéficiaires du programme BREF, par pôle
- Degré de satisfaction des familles bénéficiaires du programme (évalué lors du suivi post-programme à trois mois)

Action 2

Favoriser des liens étroits entre l'établissement et les associations de familles de personnes vivant avec des troubles psychiques

L'établissement veille à renforcer l'interconnaissance entre ses équipes de soins et les associations de familles de personnes vivant avec des troubles psychiques. Il s'agit en effet de favoriser la bonne connaissance par les professionnels des associations existantes et des ressources qu'elles proposent, afin d'encourager dans un second temps une orientation large des familles vers ces associations.

Dans cette perspective, une intervention de l'UNAFAM 69 au sein de l'ensemble des unités et services de l'établissement est notamment organisée tous les deux ans. Une sensibilisation à l'aide aux aidants, incluant une présentation des ressources disponibles sur le territoire, est par ailleurs intégrée dans le programme de la consolidation des savoirs en psychiatrie dispensée à tous les nouveaux infirmiers intégrant l'établissement.

Pilote identifié

À définir

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Interventions des associations de familles au sein de l'ensemble des unités et services de l'établissement / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Des associations de familles (UNAFAM 69, France Alzheimer Rhône) animent en outre des permanences d'accueil, d'écoute et de soutien au sein de la Maison des usagers (MDU) de l'établissement. Un courrier systématiquement envoyé aux familles de personnes hospitalisées informe sur ces modalités de soutien disponibles.

Les associations de familles sont enfin associées aux réflexions autour de certains projets stratégiques de l'établissement : mise en place d'un dispositif de prise en charge des premiers épisodes psychotiques, etc.

Indicateurs de suivi

Part des unités et services de l'établissement ayant bénéficié d'une intervention d'une association de famille dans les deux années précédentes

Action 3

Développer et structurer les programmes d'entraînement aux habiletés parentales en psychiatrie infanto-juvénile

Des dispositifs spécifiques de soutien à la parentalité sont d'ores-et-déjà déployés au sein de l'établissement (0,1 ETP de psychologue affecté à cette mission sur le pôle sectoriel i11, consultation Tempo proposant une guidance parentale à des parents d'enfants souffrant de TSA, etc.) En parallèle, le soutien à la parentalité se trouve au cœur de l'accompagnement proposé par les CMP de pédopsychiatrie : possibilité d'entretiens familiaux, de groupes parents, de consultations individuelles spécifiques en l'absence de l'enfant, etc.

Il s'agit aujourd'hui de penser des dispositifs de soutien à la parentalité davantage structurés afin de les rendre plus visibles et lisibles. Des programmes d'entraînement aux habiletés

parentales sont ainsi mis en place sur des créneaux hebdomadaires fixes au sein des différents CMP de pédopsychiatrie. Ces programmes, pouvant être co-construits avec certains partenaires du territoire (PMI notamment), sont par ailleurs pensés en dehors des horaires ouvrables classiques (9h-17h) afin de donner la possibilité à davantage de parents d'en bénéficier.

A terme, une réflexion est menée sur la possibilité d'ouvrir ces programmes à des personnes soignées en psychiatrie adulte rencontrant des difficultés dans l'exercice de leur parentalité, et non plus seulement aux parents d'enfants soignés en pédopsychiatrie.

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Structuration de programmes d'entraînement aux habiletés parentales / 1^{er} semestre 2024

Déploiement des programmes sur les CMP de pédopsychiatrie / 2^e semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Part des CMP de pédopsychiatrie disposant d'un programme structuré d'entraînement aux habiletés parentales
- Nombre de bénéficiaires des programmes d'entraînement aux habiletés parentales déployés sur l'établissement

OBJECTIF 9

Développer les pratiques d'accompagnement et de soutien par des pair-aidants

La pair-aidance vise le partage d'une expérience avec le patient, qui favorise le rétablissement. A partir de son expérience de la maladie transformée en savoir expérientiel, le pair-aidant aide ses pairs à surmonter les obstacles liés à la maladie et à identifier ce qui les aide à se rétablir.

La pair-aidance constitue ainsi un vecteur d'espoir important puisqu'elle défend l'idée que chaque personne concernée peut reprendre du pouvoir sur sa vie en puisant dans ses propres ressources.

Le pair-aidant encourage également le développement d'une culture d'équipe dans laquelle le point de vue et les préférences de chaque personne concernée sont reconnus, respectés et compris.

Nous souhaitons aujourd'hui développer la pair-aidance professionnelle au sein de l'établissement, les pair-aidants possédant, de par leur vécu, des compétences complémentaires à celles du reste de l'équipe et pouvant ainsi participer à l'amélioration de la qualité du dispositif de soins

Action

Intégrer des pair-aidants au sein de l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte de l'établissement

L'intégration de pair-aidants au sein des pôles de psychiatrie adulte de l'établissement repose sur trois axes prioritaires :

- **La co-animation de programmes de psychoéducation / ETP.**
- **L'accompagnement à l'élaboration de plans de crise conjoints.**
- **Le recueil de l'expérience patient.**

En parallèle, d'autres champs peuvent être investis par les pair-aidants en fonction des spécificités de chaque pôle (accompagnement vers les GEM par exemple).

Les équipes qui s'apprêtent à intégrer un pair-aidant sont impliquées dans son recrutement (y compris dans le cas d'un recours à l'association de pair-aidance ESPAIRS), et bénéficient systématiquement d'un accompagnement préalable. Chaque pair-aidant en poste au sein de l'établissement dispose en outre d'une fiche de poste établissant clairement les missions confiées et les attentes.

L'établissement veille enfin à permettre une traçabilité de l'activité des pair-aidants, en accordant des droits d'accès restreints au dossier patient à chacun d'entre eux.

Pilote identifié

Chefferies des pôles de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Organisation de temps de rencontre entre un binôme professionnel / pair-aidant du PISR et les équipes intéressées par la pair-aidance pour un retour d'expériences / 2^e semestre 2023

Identification de structures de soins sectorielles au sein desquelles intégrer un pair-aidant et des missions confiées au pair-aidant au sein de ces structures / 1^{er} semestre 2024

Conception d'un accompagnement à l'intégration de pair-aidants au sein de ces équipes / 1^{er} semestre 2024

Accompagnement des équipes ciblées / en amont de chaque recrutement

Indicateurs de suivi

- Nombre d'ETP de pair-aidants en poste au sein de l'établissement et au sein de chaque pôle de psychiatrie adulte
- Evaluation qualitative des bénéfices de la pair-aidance au sein des unités / structures de soins pourvues de pair-aidants

OBJECTIF 10

Développer et diversifier les activités socio-thérapeutiques, culturelles et médiations proposées dans une logique de maintien des capacités de vie, d'autonomie et d'inclusion sociale des personnes concernées



La mise en place d'activités et de médiations variées (médiations corporelles et sportives, culturelles, animales, etc.) poursuit des objectifs diversifiés et complémentaires, et doit permettre d'offrir une prise en soin globale.

Certaines activités structurées de groupe s'inscrivent dans un but thérapeutique, là où d'autres activités visent avant tout à favoriser l'inclusion sociale des personnes soignées et (re)mettre en place des habitudes de vie. Il s'agit dans ce cadre

de contribuer à dynamiser les séjours hospitaliers (quelle que soit leur durée), l'inactivité favorisant notamment une hausse de la consommation de toxiques et une augmentation des situations de violence.

Un éventail d'activités et de médiations sont ainsi organisées au sein même de l'établissement (en intra ou en extra-hospitalier), mais également dans le cadre de sorties extérieures, dans une perspective d'ouverture sur la Cité.

Action 1

Faire vivre dans les murs de l'hôpital un espace citoyen de type agora

Il s'agit de faire de la cafétéria et de l'espace attenant (« salle multi ») un lieu citoyen, accessible à tous tout au long de la journée (personnes concernées, familles, professionnels). Des activités et événements variés sont par ailleurs régulièrement programmés au sein de ce lieu, par le biais de professionnels de l'établissement ou de partenaires extérieurs.

Afin qu'il constitue un réel espace de rassemblement et de partage, un travail autour de la visibilité et de l'attractivité du lieu est mené auprès de l'ensemble des patients et professionnels de l'établissement. Une réflexion est ainsi engagée sur le nom du lieu, son architecture intérieure et extérieure, ses modalités de gestion ainsi que sur la communication qui l'entoure (communication sur la raison d'être de cet espace, les activités et événements proposés, etc.)

Pilote identifié

Cadre supérieur de santé du DMP

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition du cahier des charges du projet (organisation cible du lieu, activités et événements à proposer, etc.) / à définir

Définition de la stratégie de communication autour du lieu et diffusion des supports de communication / à définir

Organisation d'activités et d'événements variés / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre d'activités et de médiations différentes proposées au sein de l'agora
- Connaissance et satisfaction des patients et des professionnels vis-à-vis de l'agora (questionnaire annuel transmis aux patients et aux professionnels sur les activités socio-thérapeutiques, culturelles et médiations proposées)

Action 2

Renforcer l'attractivité des activités et médiations proposées aux patients de l'intra-hospitalier

L'action vise à créer les conditions d'une mobilisation des patients de l'intra-hospitalier autour des différentes activités et médiations proposées. Il s'agit en premier lieu de développer l'éventail d'activités et médiations disponibles (activités sportives, culturelles, manuelles, relaxation et gestion du stress, médiations animales, etc.), en prenant en compte les souhaits et attentes des personnes soignées. Certaines activités peuvent être réservées aux patients d'une unité, d'autres sont ouvertes de manière transversale à l'ensemble des patients de l'intra-hospitalier.

Une réflexion visant à revoir la communication autour de ces activités et médiations est par ailleurs menée, en travaillant d'une part un support unique centralisant l'ensemble des informations utiles sur les différentes activités et médiations, et en multipliant d'autre part les modalités de diffusion de ce support : diffusion numérique et

papier dans les unités de soins, annexe au livret d'accueil, disponibilité permanente des informations dans un lieu référence (agora), etc. Les soignants de l'établissement constituent également un relais de communication essentiel. En disposant d'une bonne connaissance et compréhension de l'offre existante, ils sont en mesure de faire le lien entre les souhaits et besoins de leurs patients, et les activités disponibles au même moment sur l'établissement. Les référents des différentes activités et médiations se rendent ainsi régulièrement à la rencontre des équipes de soins afin de (re)présenter ces activités.

La programmation hebdomadaire des activités est enfin revue, en investissant des créneaux aujourd'hui peu exploités et à même de mobiliser un nombre important de patients (créneau horaire 16h30-18h notamment).

Pilote identifié

Cadre supérieur de santé du DMP

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Interrogation des personnes soignées sur leurs souhaits et attentes en matière d'activités et de médiations / 2022

Elaboration et diffusion d'un support de communication unique sur les différentes activités et médiations proposées / 2023 (support à actualiser régulièrement par la suite)

Diversification de l'éventail d'activités et médiations, en lien avec les souhaits exprimés par les patients / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre d'activités et de médiations différentes proposées au sein de l'établissement
- Taux de participation des patients à ces activités
- Connaissance et satisfaction des patients vis-à-vis des activités et médiations proposées (cf. action 1 : questionnaire annuel transmis aux patients sur les activités socio-thérapeutiques, culturelles et médiations proposées)

Action 3

Poursuivre et développer le travail partenarial dans les activités et médiations proposées, en intra comme en extra-hospitalier

L'action a pour but de provoquer une première rencontre entre des partenaires et des personnes soignées par l'intermédiaire de l'hôpital, afin de favoriser dans un second temps une poursuite dans la cité des activités initiées pour les personnes qui le souhaitent.

Il s'agit de donner aux personnes soignées un aperçu des nombreuses activités possibles, afin de les encourager à poursuivre les activités qui les intéressent dans leur vie quotidienne, dans une perspective d'inclusion sociale. Dans cette optique, l'établissement favorise d'une part l'intervention de partenaires dans ses murs (en intra-hospitalier ou au sein des différentes structures ambulatoires), et accompagne d'autre part des patients hors de ses murs pour des activités et événements en lien avec des partenaires (camps thérapeutiques, etc.)

Dans un premier temps, les attentes des personnes concernées en matière d'activités et de médiations à développer sont recensées (cf. action 2). Sur cette base, un état des lieux des partenariats d'ores-et-déjà existants est réalisé afin de renforcer leur visibilité et d'identifier les manques éventuels au regard des attentes des personnes. Afin de combler ces manques en développant de nouveaux partenariats, une cartographie des acteurs implantés sur le territoire de l'établissement est établie (associations, centres socio-culturels, MJC, etc.) Les acteurs pertinents sont contactés afin d'évaluer les possibilités de collaboration et de définir les modalités de celle-ci le cas échéant. Un référent est désigné parmi les professionnels de l'établissement, travailleurs sociaux notamment, pour chaque partenariat établi (interlocuteur ressource chargé de faire vivre le partenariat).

Pilote identifié

Cadre supérieur de santé du DMP

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Interrogation des personnes soignées sur leurs souhaits et attentes en matière d'activités et de médiations / 2022

Etat des lieux des partenariats existants / à définir (document à actualiser régulièrement par la suite)

Cartographie des acteurs implantés sur le territoire de l'établissement / à définir

Développement de nouveaux partenariats / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de partenaires extérieurs mobilisés en intra et en extra-hospitalier
- Connaissance et satisfaction des patients vis-à-vis des activités et médiations proposées via des intervenants extérieurs (cf. action 1 : *questionnaire annuel transmis aux patients sur les activités socio-thérapeutiques, culturelles et médiations proposées*)

Action 4

Mettre en place un équipement sportif en libre accès au sein de l'établissement

Il s'agit de mettre en place un terrain multi-sports (« city stade ») dans l'enceinte de l'établissement. L'installation de cet équipement donne lieu d'une part à l'organisation de séances de sport encadrées, permettant aux patients de bénéficier d'une initiation à différents sports et d'une sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique.

Un libre-accès des patients au terrain en dehors de ces séances est d'autre part possible afin de favoriser l'accès à une activité physique régulière pour l'ensemble des patients qui le souhaitent et un renforcement du lien social.

Pilote identifié

Cadre supérieur de santé du DMP

Indicateurs de suivi

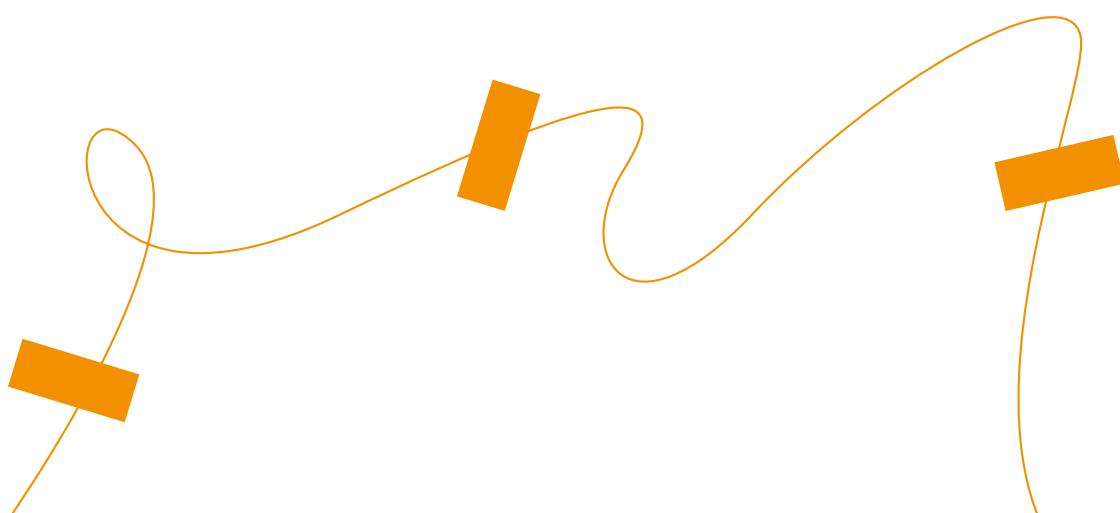
► Installation effective du terrain multi-sports (Oui / Non)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition du cahier des charges et identification de la zone d'implantation du terrain multi-sports / à définir

Choix du prestataire / à définir

Installation du terrain et communication sur les modalités d'utilisation (horaires d'accès, sports possibles, mesures de sécurité, etc.) / à définir



AXE 3.

FAVORISER LE REPERAGE DES TROUBLES ET L'ACCÈS A DES SOINS ADAPTES ET COORDONNES POUR CERTAINES POPULATIONS SPECIFIQUES

Notre établissement a vocation à accueillir et soigner l'ensemble de la population résidant sur le territoire qu'il couvre, grâce à des structures de soins majoritairement sectorisées et généralistes. Une attention particulière nécessite toutefois d'être portée aux besoins spécifiques de certains publics : familles durant la période périnatale, adolescents et jeunes adultes, enfants et adultes souffrant de TSA/TED/TND, personnes âgées, personnes souffrant d'addictions associées à des comorbidités psychiatriques, personnes en situation de précarité. Nous déployons ainsi des filières et dispositifs de soins internes entièrement dédiés à ces publics afin de faciliter leur accès aux soins, et d'améliorer la qualité des soins et des parcours en répondant à leurs besoins particuliers.

OBJECTIF 1

Périnatalité



Action

Structurer une ligne de soins ambulatoires en psychiatrie périnatale à l'échelle des deux pôles de pédopsychiatrie

Une ligne de soins ambulatoires dédiée à la psychiatrie périnatale est constituée à l'échelle de l'établissement. Celle-ci est en mesure de proposer des consultations spécialisées (consultations médicales et psychologiques, entretiens infirmiers, soins en psychomotricité, entretiens avec un travailleur social), des groupes thérapeutiques et des interventions en mobilité.

Elle doit à la fois permettre de renforcer l'offre de soins déjà existante, mais aussi de mieux la structurer afin de favoriser sa lisibilité et son accessibilité, pour les patients eux-mêmes comme pour les partenaires. Il s'agit en effet de mailler tout le territoire couvert par l'établissement, et de veiller à la cohérence de l'ensemble de l'offre grâce à un travail conjoint et coordonné des deux pôles sectoriels de pédopsychiatrie de l'établissement. La ligne de soins aspire à :

► **Renforcer le travail en réseau avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité** dans une véritable logique de filière, afin d'améliorer le repérage

des familles vulnérables et d'offrir un parcours de soins précoce, fluide, continu, coordonné et gradué selon les besoins.

- **Faciliter l'accès aux soins des familles** en promouvant notamment une dynamique « d'aller-vers ».
- **Etoffer l'offre de soins spécialisés et personnalisés à destination des parents** ou devenant parents, et de l'enfant, à naître, puis nouveau-né et jeune enfant, dans une logique à la fois préventive et thérapeutique (curative) et dans un continuum allant du pré au post-partum.
- **Améliorer l'intégration dans le soin du second parent**, voire de l'entourage familial. Une expérimentation d'équipe de soins mixte pédopsychiatrie / psychiatrie adulte, prévue sur le territoire de Vénissieux (collaboration entre les pôles i12 et G27) doit notamment faciliter l'atteinte de cet objectif.

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Indicateurs de suivi

- Mise en place d'une ligne de soins ambulatoire en psychiatrie périnatale couvrant les deux pôles sectoriels de pédopsychiatrie (Oui / Non)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Dépôt du projet à l'appel à projets « attribution des mesures nouvelles en psychiatrie périnatale, de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2022 » / septembre 2022

Déploiement progressif de la ligne de soins via ses différentes antennes / 2^e semestre 2023

OBJECTIF 2

Adolescents et jeunes adultes



Action 1

Créer un dispositif de soins intensifs ambulatoires pour adolescents

Le dispositif de soins intensifs ambulatoires vise à proposer une prise en charge ambulatoire réactive et intensive à des adolescents de 12 à 18 ans en situation de crise, résidant sur l'ensemble du territoire couvert par l'établissement, afin d'éviter les passages aux urgences et le recours à l'hospitalisation à temps complet. Pour ce faire, le dispositif inclut :

- **Une équipe mobile** disposant d'une mission d'évaluation des situations avec orientation et intervention thérapeutique dans l'environnement ordinaire de l'adolescent.

- **Un hôpital de jour de crise de 4 places** (accueil 3 jours par semaine pour une prise en charge intensive de 4 semaines renouvelable une fois).

Ces deux modalités de prise en charge sont mobilisables au besoin en fonction de chaque situation individuelle, et connectées à l'ensemble des autres outils de soin des deux pôles sectoriels de pédopsychiatrie du CH Saint Jean de Dieu.

Pilote identifié

Chefferie du pôle sectoriel i12

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Dépôt du projet au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie 2021 / septembre 2021

Mise en place du dispositif / octobre 2022

Indicateurs de suivi

- Mise en œuvre du dispositif de soins intensifs ambulatoires pour adolescents (Oui / Non)

Action 2

Fluidifier les transitions entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte

La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte constitue une étape charnière dans le parcours de soins des adolescents souffrant de troubles psychiques.

L'organisation du soin adulte se révèle en effet très différente de celle du soin destiné aux enfants, et l'accompagnement entre les deux systèmes fait souvent défaut. Une attention particulière nécessite donc d'être portée à cette période de grande vulnérabilité, en anticipant autant que possible la transition pour permettre un passage de relais progressif de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte.

L'âge limite de prise en charge est fixé à 18 ans pour l'ensemble des structures de soins de pédopsychiatrie (CMP, CATT et hôpitaux de jour). Une réunion de synthèse, en présentiel ou

en visioconférence, est organisée entre l'équipe de pédopsychiatrie et l'équipe de psychiatrie adulte en amont de tout passage de relais (dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation à temps complet). Des consultations conjointes et des groupes thérapeutiques co-animés par des professionnels de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte peuvent par ailleurs être proposés avant relais intégral par la psychiatrie adulte.

Les relais nécessitent d'être particulièrement anticipés et préparés concernant les adolescents pour lesquels des ruptures sont fréquemment constatées dans les parcours de soins : jeunes porteurs de TSA avec déficience intellectuelle, jeunes accueillis dans des établissements de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), etc.

Pilote identifié

Chefferies des 2 pôles sectoriels de pédopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Organisation de réunions de synthèse conjointes pédopsychiatrie / psychiatrie adulte en amont du relais / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Mise en place de prises en charge conjointes (consultations, groupes thérapeutiques) en amont du relais / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations conjointes pédopsychiatrie / psychiatrie adulte
- Nombre de groupes thérapeutiques mixtes pédopsychiatrie / psychiatrie adulte
- Part des relais ayant donné lieu à une réunion de synthèse entre l'équipe de pédopsychiatrie et celle de psychiatrie adulte

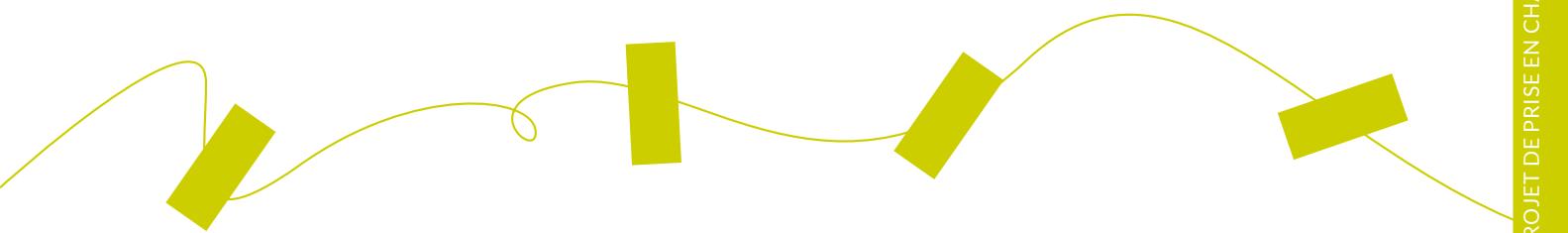
Action 3

Créer un dispositif spécifique de prise en charge des premiers épisodes psychotiques (PEP) pour les 16-30 ans

Cf. Axe 1. Objectif 1. Action 2

OBJECTIF 3

Autisme et troubles du neurodéveloppement



Action 1

Créer un réseau d'expertise interne « autisme et TND »

Nous souhaitons développer un réseau d'expertise interne associant l'ensemble des professionnels de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de l'établissement spécialisés dans la prise en charge des TSA / TED / TND.

A terme, ce réseau pourrait être pensé à l'échelle de la Fondation ARHM, en mobilisant les professionnels de tous les établissements et services experts de la Fondation (PCO, SAMSAH La Traboule, habitat inclusif, MAS Le Bosphore, FAM du Parc de l'Europe). Le réseau a vocation à :

- Réaliser un état des lieux de l'offre d'évaluation et de prise en charge des TED / TSA / TND disponible au sein de l'établissement, et plus largement à l'échelle du territoire, et communiquer largement sur cette offre auprès des autres professionnels de l'établissement.
- Favoriser un partage de pratiques entre ses membres, et une diffusion des savoirs en interne comme en externe (auprès des professionnels des pôles sectoriels mais aussi des différents partenaires).

- Organiser un événement annuel de sensibilisation au repérage et à la prise en charge des TSA / TED / TND.

Le travail mené par le réseau doit notamment permettre de soutenir la prise en charge proposée par les CMP de secteur, en pédopsychiatrie comme en psychiatrie adulte. Les enfants souffrant de TED / TSA représentent en effet une part importante de la patientèle des CMP de pédopsychiatrie. Les CMP de psychiatrie adulte sont quant à eux tenus de prendre en charge les personnes présentant un TND / TSA avec comorbidité psychiatrique sans déficience intellectuelle associée, mais rencontrent des difficultés à accompagner au mieux ce public. Dans ce contexte, le réseau vise donc à favoriser le partage direct d'outils de soins, mais également la bonne connaissance des ressources internes et externes mobilisables au besoin (Centre de ressource autisme Rhône Alpes, etc.) Il doit également permettre de mener une réflexion autour des problématiques actuellement rencontrées par les dispositifs spécialisés et des pistes pour y remédier (saturation des dispositifs, etc.)

Pilote identifié

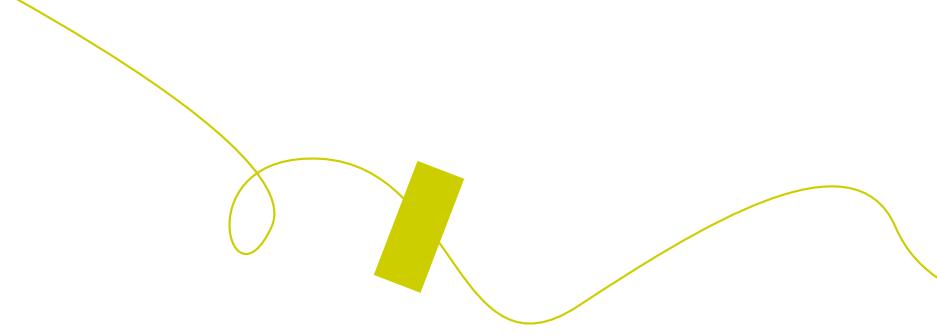
à définir

Indicateurs de suivi

- Mise en place du réseau d'expertise interne (Oui / Non)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Création du réseau d'expertise interne / 2^e semestre 2023



Action 2

Créer une consultation spécialisée intersectorielle pour les patients adultes souffrant de TSA / TND avec déficience intellectuelle associée

S'il incombe aujourd'hui aux CMP de psychiatrie adulte d'accueillir les personnes souffrant de TSA / TND avec comorbidité psychiatrique et déficience intellectuelle associée, ce mode de fonctionnement s'avère dans les faits peu satisfaisant du fait de la difficulté des structures à répondre aux besoins spécifiques de ce public, qui se retrouve fréquemment en rupture de soins.

Il s'agit donc de développer une consultation spécialisée dédiée aux personnes souffrant de TSA / TND avec déficience intellectuelle au sein du dispositif TSND rattaché au PISR. La mise en place de cette consultation doit permettre un suivi par des professionnels experts du public ciblé, et limiter ainsi les difficultés d'accès aux soins qu'il rencontre actuellement.

La consultation spécialisée s'inscrit en complément de l'équipe mobile ECOCARE, qui intervient auprès du même public, mais n'a pas vocation à assurer un suivi dans la durée. L'équipe ECOCARE est en effet mobilisée pour un accompagnement ponctuel dans le lieu de vie du bénéficiaire, en réponse à la survenue d'un « comportement-problème ». Elle réalise des évaluations diagnostiques et fonctionnelles des causes du comportement-problème, et co-construit avec l'entourage familial et/ou professionnel un plan d'actions adapté avant de se retirer.

Pilote identifié

Médecin-chef du PISR

Indicateurs de suivi

- Mise en place de la consultation spécialisée (Oui / Non)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Création de la consultation spécialisée / 1^{er} semestre 2024

Action 3

Etendre l'accompagnement proposé aux familles venant d'apprendre le diagnostic de trouble envahissant du développement (TED, TSA) de leur enfant

L'unité Tempo, rattachée au dispositif TED de l'établissement, offre aux parents d'enfants porteurs de TED ou de TSA un accompagnement ajusté aux caractéristiques de leur enfant, incluant notamment des interventions à domicile et des groupes de psychoéducation.

L'unité Tempo a aujourd'hui vocation à diversifier encore davantage ses modalités d'accompagnement en proposant le programme PACT (Pre-school Autism Communication Therapy). Ce programme de soutien aux habiletés parentales vise à aider les parents à communiquer avec leur enfant porteur de TSA. Il se fonde à la fois sur les

connaissances du thérapeute et sur les interactions naturelles entre les parents et l'enfant, et utilise notamment des vidéos des parents et de l'enfant, commentées par le thérapeute.

L'unité Tempo ambitionne par ailleurs développer encore davantage son offre de psychoéducation à destination des parents, en accompagnant notamment la mise en place de groupes de psychoéducation dans les CMP de pédopsychiatrie afin que le maximum de familles touchées par les TED / TSA puissent en bénéficier.

Pilote identifié

Médecin responsable du TED

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Déploiement du programme PACT / à définir

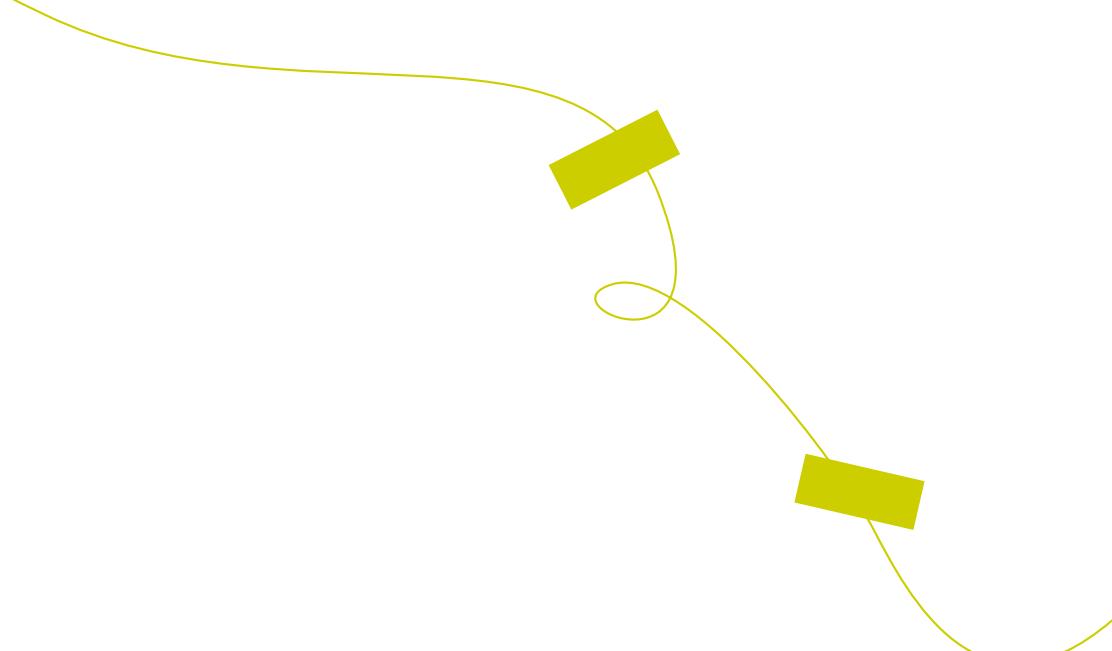
Recensement des besoins et attentes des CMP de pédopsychiatrie en matière de psychoéducation des familles touchées par les TED / TSA / à définir

Mise en œuvre de groupes de psychoéducation au sein de CMP de pédopsychiatrie / à définir



Indicateurs de suivi

- Nombre de familles bénéficiaires du programme PACT
- Nombre de groupes de psychoéducation à destination de parents d'enfants porteurs de TED / TSA mis en place dans les CMP de pédopsychiatrie / part des CMP de pédopsychiatrie disposant de groupes de psychoéducation à destination des parents



Action 4

Créer une consultation intersectorielle de suivi des enfants diagnostiqués en situation complexe

Le dispositif TED de l'établissement comprend aujourd'hui des unités d'évaluation et de diagnostic (Consult'TSA et Tempo) mais n'intègre pas de consultation spécialisée permettant le suivi d'enfants diagnostiqués, en appui aux secteurs de pédopsychiatrie.

Il s'agit donc de développer une consultation intersectorielle, en mesure d'assurer sur adressage des secteurs la coordination des soins des enfants en situation les plus complexes porteurs de TED, TSA

ou TDAH, et de proposer des bilans de l'évolution de ces enfants. Cette consultation est également en mesure d'offrir des soins spécialisés, de remédiation cognitive notamment, sur adressage du futur centre expert Autisme Aperger enfant porté par l'HFME.

A terme, une structure ambulatoire unique pourrait regrouper la consultation spécialisée, l'hôpital de jour « Les Mercredis de la Tarentelle » ainsi que des groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

Pilote identifié

Médecin responsable du TED

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Création de la consultation spécialisée / à définir

Indicateurs de suivi

- Mise en place de la consultation spécialisée (Oui / Non)

OBJECTIF 4

Personnes âgées

Action

Réorganiser l'offre de soins gérontopsychiatriques de l'établissement grâce à un rattachement de l'ensemble de cette offre au pôle de gérontopsychiatrie

L'offre de soins gérontopsychiatriques est aujourd'hui répartie entre les pôles sectoriels et le pôle de gérontopsychiatrie de l'établissement. Les pôles sectoriels gèrent ainsi les premières lignes de soins (réception et évaluation des demandes, offre de consultations et prises en charge groupales ambulatoires), là où le pôle de gérontopsychiatrie dispose de deux unités d'hospitalisation à temps complet, une équipe mobile centrée sur la prise en charge de la crise et une consultation mémoire.

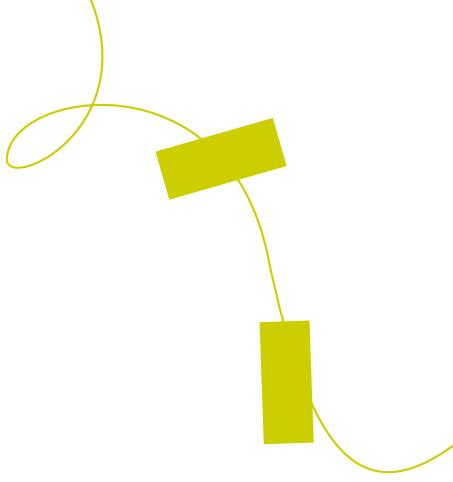
Ce mode de fonctionnement s'avère toutefois insatisfaisant à plusieurs égards. Nous observons en effet une fragilité des premières lignes de soins, reposant sur un nombre de professionnels très restreint et mêlées à l'activité de psychiatrie générale, une difficulté de celles-ci à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées (en termes de durée des consultations, d'accueil de l'entourage, etc.), mais aussi un manque de lisibilité de l'offre globale du fait de critères d'admission différents entre les pôles sectoriels et le pôle de gérontopsychiatrie (âge minimum, pathologies ciblées).

Nous souhaitons donc rattacher l'ensemble de l'offre de soins gérontopsychiatriques au pôle de gérontopsychiatrie, en appliquant à tout le dispositif les critères d'admission actuels du pôle de gérontopsychiatrie : prise en charge de personnes

de 70 ans et plus, présentant des troubles psychiatriques émergents avec l'avancée en âge. Ce dernier critère exclut les troubles psychiatriques vieillissants, qui ne relèvent pas d'une prise en charge spécifique en gérontopsychiatrie.

Le rattachement de l'ensemble de l'offre au pôle de gérontopsychiatrie doit présenter des bénéfices multiples :

- **Une plus grande fluidité du parcours de soins de l'ambulatoire à l'hospitalisation à temps complet.**
- **Une meilleure lisibilité de l'offre de soins pour les patients, leurs familles et les partenaires.**
- **Une fortification de l'offre ambulatoire et une adaptation plus importante de celle-ci aux besoins spécifiques des patients âgés (aménagement des locaux, temporalité des consultations, etc.).**
- **Un renforcement de l'attractivité au recrutement du pôle de gérontopsychiatrie (opportunité de disposer de moyens humains suffisamment conséquents pour permettre un réel travail pluridisciplinaire).**
- **La possibilité de développer de nouvelles modalités de soins permettant notamment d'anticiper le vieillissement de la population et la hausse de la demande de soins. >**



Action (suite)

> Le rattachement des premières lignes de soins au pôle de gérontopsychiatrie doit *in fine* se matérialiser par la création d'un centre ambulatoire de gérontopsychiatrie unique, intégrant :

■ **Un important volet mobilité.** Si l'implantation du centre ambulatoire est envisagée sur le site central de l'établissement afin de permettre à tout le dispositif de soins d'être regroupé au même endroit, une forte mobilité des professionnels est à prévoir pour maintenir un lien de proximité sur les territoires (mobilité vers le domicile individuel, les maisons de santé, équipe de liaison en direction des EHPAD, etc.).

- **Une activité de consultations** (volet CMP) : consultations en présentiel et téléconsultations.
- **Des prises en charge groupales** (volet CATTP), avec une temporalité des groupes adaptée aux personnes âgées.

A terme, une permanence téléphonique dédiée aux partenaires pourrait également être adossée au dispositif de soins.

Pilote identifié

Chefferie du pôle de gérontopsychiatrie

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Rédaction du projet du centre ambulatoire de gérontopsychiatrie et accompagnement des équipes / 2023

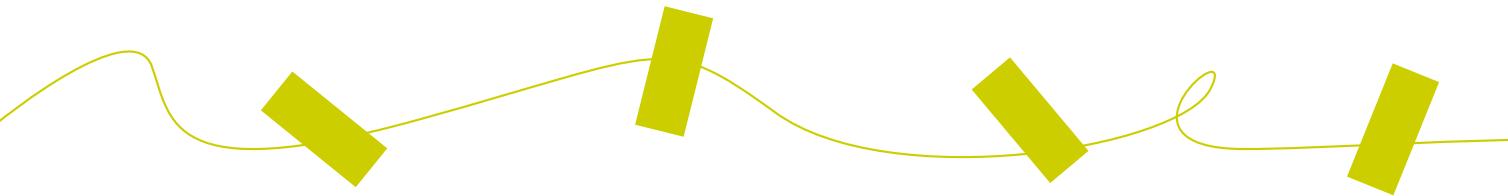
Ouverture du centre ambulatoire de gérontopsychiatrie avec rattachement des premières lignes au pôle de gérontopsychiatrie et intégration progressive de l'intégralité du panel de soins envisagé (consultations, prises en charge groupales, mobilité) / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Crédation d'un centre ambulatoire de gérontopsychiatrie unique, rattaché au pôle de gérontopsychiatrie (Oui / Non)

OBJECTIF 5

Addictions et comorbidités psychiatriques



Action 1

Définir une politique institutionnelle claire et applicable sur l'ensemble de l'établissement en matière de conduites addictives

Nous souhaitons poursuivre la réflexion engagée sur la prévention continue des trafics et de la consommation de drogues au sein de l'établissement, afin de protéger chaque personne hospitalisée à temps complet d'une exposition à la consommation.

Cette réflexion, pilotée par un groupe de travail associant professionnels des unités de soins et direction, doit notamment permettre de définir un positionnement institutionnel face à la consommation et à la vente de substances illicites dans le parc de l'établissement et au sein des unités de soins (critères de recours aux forces de l'ordre, poursuite ou non de l'hospitalisation de patients impliqués en soins libres, etc.). Une réflexion approfondie nécessite d'être menée concernant des patients dealers en soins sans consentement et/ou hospitalisés au long cours. Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) réunissant l'équipe soignante du patient, des professionnels de l'ELSA ainsi que des professionnels du service

des hospitalisations doivent notamment être mises en place afin de traiter chaque situation au cas par cas. Une analyse à distance de chaque événement indésirable impliquant la consommation ou la vente de substances illicites mérite par ailleurs d'être réalisée afin d'identifier les actions correctives à mettre en œuvre le cas échéant.

La prévention de la consommation de toxiques au sein de l'établissement passe en outre par le déploiement de modalités de soins complémentaires aux thérapies médicamenteuses pour les patients souffrant d'addictions (programmes de psychoéducation, actions informelles de prévention et de réduction des risques et des dommages dans des espaces tels que le parc, la maison des usagers, etc.). Le développement des activités socio-thérapeutiques et médiations proposées (cf. axe 2 - objectif 10) doit également permettre de lutter contre le désœuvrement pouvant favoriser la consommation de toxiques.

Pilote identifié

Direction

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Définition d'un positionnement institutionnel face à la consommation et à la vente de toxiques au sein de l'établissement / 1^{er} semestre 2023

Mise en place de RCP pour les patients dealers en soins sans consentement et/ou hospitalisés au long cours / 2^e semestre 2023

Mise en place d'analyses des événements indésirables impliquant la consommation ou la vente de substances illicites / 2^e semestre 2023

Déploiement d'actions de prévention et de programmes de psychoéducation pour les patients souffrant de conduites addictives en

intra-hospitalier / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Existence d'une politique institutionnelle claire en matière de consommation et de vente de substances illicites au sein de l'établissement (Oui / Non)
- Nombre de RCP réalisées autour des patients ciblés
- Part des événements indésirables impliquant la consommation ou la vente de substances illicites ayant donné lieu à une analyse à distance
- Nombre de programmes de psychoéducation intégrant un volet addictologie déployés en intra-hospitalier
- File active de ces programmes

Action 2

Améliorer l'articulation entre l'ELSA et les unités de soins intra-hospitalières

Il convient de fluidifier l'articulation entre l'ELSA et les pôles sectoriels de l'établissement afin d'améliorer la prise en charge addictologique proposée aux patients hospitalisés à temps plein qui le nécessitent.

Dans cette perspective, un référent addictologie plus particulièrement chargé du lien avec l'ELSA est notamment désigné au sein de chaque unité d'hospitalisation à temps complet. Des temps de rencontre sont également organisés entre l'ELSA et les différentes unités, selon des modalités adaptées au fonctionnement de chacune : participation de l'ELSA à des réunions cliniques de l'unité,

interventions sur des temps de relève des équipes, organisation de réunions de synthèse dédiées, etc. Outre ces rencontres, l'ELSA met en place des temps de sensibilisation des professionnels des unités intra-hospitalières à l'addictologie (réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues, entretiens motivationnels, habilitation des IDE à l'évaluation et à la prescription de substituts nicotiniques, etc.). En cas de besoin, les professionnels des unités ont enfin la possibilité de solliciter une co-consultation avec un professionnel de l'ELSA en inscrivant la demande dans la fiche Cariatides du patient.

Pilote identifié

Médecin responsable de l'ELSA

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Désignation d'un référent addictologie au sein de chaque unité d'hospitalisation à temps complet / 2023

Organisation d'une rencontre annuelle entre l'ELSA et chaque unité de soins / 2024

Mise en place d'une première session de sensibilisation des professionnels des unités à l'addictologie / 2024

Indicateurs de suivi

- Part des unités d'hospitalisation à temps complet disposant d'un référent addictologie
- Part des unités d'hospitalisation à temps complet ayant bénéficié à minima d'une rencontre avec l'ELSA au cours de l'année
- Nombre de sessions de sensibilisation à l'addictologie organisées à destination des professionnels des unités d'hospitalisation à temps complet / nombre de professionnels sensibilisés et répartition par professions
- Nombre de co-consultations professionnel de l'unité / professionnel de l'ELSA réalisées
- Nombre de patients ayant bénéficié de ces co-consultations

Action 3

Poursuivre le travail de prévention et de prise en charge des conduites addictives en extra-hospitalier, en lien avec les partenaires

Des modalités de repérage et d'évaluation systématique des conduites addictives sont mises en place en CMP lors de l'entretien d'accueil et d'orientation (psychiatrie adulte et adolescents). L'ensemble des professionnels peuvent s'appuyer sur une trame de questionnaire unique, élaborée à échelle de l'établissement.

Des programmes de psychoéducation sont par la suite proposés aux patients repérés, en lien avec l'ELSA et/ou des partenaires du territoire (CSAPA, CAARUD, CJC, etc.) Il peut s'agir de programmes spécifiquement dédiés à l'addictologie, mais également de programmes plus généraux intégrant un volet addictologie.

Un référent addictologie est également désigné au sein de chaque CMP, sur le modèle de l'intra-hospitalier. Agissant comme relais de l'ELSA, il coordonne les actions de psychoéducation en addictologie menées au sein du CMP et assure le lien avec les acteurs spécialisés du territoire.

L'ensemble des CMP mettent enfin à disposition de la documentation dédiée en salle d'attente (sur les possibilités de soutien existantes, la réduction des risques, etc.)

Pilote identifié

Chefferies des 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Elaboration de la trame de questionnaire pour le repérage des conduites addictives en CMP / 1^{er} semestre 2023 (en lien avec la systématisation de l'entretien d'accueil et d'orientation infirmier sur la base d'un guide unique)

Désignation d'un référent addictologie au sein de chaque CMP / 2024

Déploiement de programmes de psychoéducation dédiés à l'addictologie / intégrant de l'addictologie / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Indicateurs de suivi

- Part des nouveaux patients de CMP ayant bénéficié d'un repérage des conduites addictives (sur la base du questionnaire diffusé)
- Nombre de programmes de psychoéducation intégrant un volet addictologie déployés en CMP / part des CMP disposant de programmes de psychoéducation intégrant un volet addictologie
- Part des CMP disposant d'un référent addictologie

OBJECTIF 6

Personnes en situation de précarité



Outre les publics cités précédemment, une attention particulière nécessite d'être portée aux personnes en situation de précarité, surreprésentées sur certaines parties du territoire couvert par l'établissement (Vénissieux, Saint-Fons, Givors, Saint-Priest, etc.)

Si l'ensemble des actions présentées dans les deux premiers axes du projet d'établissement s'appliquent à elles comme à toute personne résidant sur le territoire couvert, certaines de ces actions revêtent une importance particulière pour les populations les plus précaires : développement de la mobilité et de « l'aller-vers » via les équipes mobiles et les CMP, mise en place de créneaux de soins non programmés en CMP, développement de solutions de logement-accompagnement en alternative à l'hospitalisation à temps complet, ou encore accompagnement vers l'accès à un médecin traitant. D'autres actions d'ores-et-déjà mises en œuvre au sein de l'établissement favorisent l'accès

aux soins des personnes en situation de précarité et doivent ainsi être poursuivies : systématisation des rappels de rendez-vous en extra-hospitalier afin de limiter les risques de rendez-vous non honorés et de patients « perdus de vue », accès à l'interprétariat pour les patients non francophones, etc.

Les personnes sans domicile fixe constituent un public particulièrement fragile. A ce titre, des mesures spécifiques les concernant sont mises en œuvre. Le renforcement récent de l'EMPP Interface SDF présenté dans l'axe 1 du projet vise notamment à couvrir encore plus largement leurs besoins de soins (cf. *axe 1 – objectif 3 – action 2*). La mise en place de nouvelles règles d'accès aux soins sectoriels des personnes sans domicile individuel entre les trois hôpitaux psychiatriques du Rhône a également vocation à proposer une organisation des soins en plus grande adéquation avec leurs besoins.



AXE 4.

DEVELOPPER ET VALORISER LES METIERS ET LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES

A l'instar de nombreux établissements de santé, nous sommes aujourd'hui confrontés à une importante problématique de gestion des ressources humaines, médicales et soignantes notamment. Dans ce contexte de tension majeure sur les effectifs, nous souhaitons travailler les conditions permettant d'assurer malgré tout au mieux notre mission de service public. Il s'agit donc à la fois de valoriser et de soutenir les professionnels en poste au sein de l'établissement, d'adapter l'organisation et les pratiques professionnelles, mais également de favoriser le recrutement de nouveaux professionnels et l'intégration de nouveaux métiers.

Ces différents éléments apparaissent comme conditions sine qua non pour atteindre les ambitions fixées dans les axes précédents du projet d'établissement.

OBJECTIF 1

Définir et mettre en œuvre une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels

Cf. Projet de management-gestion – Projet de la direction des ressources humaines (DRH)

Action 1

Construire la marque employeur « Saint Jean de Dieu »

Il s'agit de donner à voir le CH Saint Jean de Dieu comme un employeur majeur du territoire, en construisant une marque employeur attractive, lisible, incarnée par les collaborateurs et porteuse des valeurs de l'établissement et des femmes et des hommes qui le constituent.

Action 2

Renforcer la présence de l'établissement sur le marché de l'emploi en structurant les sources « multicanal »

- Renforcer notre présence sur les réseaux sociaux et le site internet de la Fondation.
- Organiser des campagnes de sourcing.
- Soutenir notre présence lors d'événements métiers / écoles sur l'ensemble du territoire.
- Proposer des contrats d'allocation d'étude aux étudiants infirmiers de 2^{ème} et 3^{ème} année.
- Tisser des liens privilégiés avec les anciens stagiaires et internes.

Action 3

S'ouvrir à de nouveaux profils favorisant la complémentarité des approches professionnelles

Action 4

Faciliter les conditions d'arrivée des nouveaux embauchés

- Proposer une offre temporaire de logement, un accompagnement financier au permis de conduire, ainsi qu'un accès prioritaire à la crèche pour réduire les délais de prise de poste.
- Poursuivre le déploiement des dispositifs d'intégration.
- Créer un livret d'accueil à la découverte de l'hôpital, des métiers, des valeurs, du parcours et des informations RH utiles à la compréhension du nouvel environnement du salarié.

Action 5

Créer des communautés « promotion / groupe » issues des journées d'intégration

Celles-ci ont vocation à renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance, notamment grâce à l'organisation d'événements en lien avec le service communication (retours d'expérience, événements sportifs ou conviviaux, présentations des métiers, etc.).

Action 6

Proposer des conditions à l'embauche et de fidélisation plus attractives pour faire face aux enjeux de manque d'attractivité des métiers du secteur sanitaire

- Reconnaître l'engagement des salariés en mettant à plat l'ensemble des mesures financières liées aux contraintes d'exercice afin de rééquilibrer à sa juste mesure la rétribution proposée (gardes, permanences médicales, remplacements temporaires).
- Reconnaître la responsabilité en intégrant la responsabilité managériale dans le système de rémunération des médecins responsables.
- Etudier les conditions de faisabilité d'un dispositif financier de fidélisation des professionnels.

Action 7

Négocier les orientations d'une convergence des rémunérations médicales et soignantes au secteur public

Action 8

Structurer une méthode de transposition du système de classification dans le cadre des discussions nationales relatives au projet de convention collective unique étendue (CCUE)

Action 9

Valoriser le développement des compétences des nouveaux embauchés et favoriser les parcours professionnels au sein de l'établissement

Action 10

Diminuer la capacité des unités de soins intra-hospitalières afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels

Action 11

Développer la recherche et l'innovation afin de renforcer l'attractivité de l'établissement

Indicateurs de suivi

- Délai moyen de vacance de poste par métier, en comparaison avec l'année N-1
- Diversité des profils d'embauche
- Durée moyenne d'emploi au sein de l'établissement, en comparaison avec l'année N-1
- Part des démissions intervenant moins d'un an après l'embauche, en comparaison avec l'année N-1
- Nombre de nouvelles mesures prises en lien avec la qualité de vie et les conditions de travail des salariés

OBJECTIF 2

Préciser le rôle et l'articulation des différentes compétences professionnelles dans le dispositif global de soins

Action 1

Redéfinir les missions allouées à chaque profession au sein de l'équipe de soins

Nous souhaitons revoir les fiches de poste types afin d'établir clairement pour chaque profession (médecin, IDE, psychologue, travailleur social, secrétaire, etc.) les activités et les compétences « cœur de métier ».

Il s'agit ainsi de permettre à l'ensemble des professionnels de se recentrer sur leur rôle propre, dans un contexte de tension importante sur les effectifs : libération de temps médical en limitant le poids des tâches non médicales réalisées par les médecins, diminution du temps consacré par les

soignants à des tâches de gestion administrative, etc. Il convient dans un premier temps de réaliser un état des lieux exhaustif des activités menées par chaque profession, pour se demander ensuite s'il est pertinent et nécessaire que chacune de ces missions soit assumée par le professionnel auquel elle incombe aujourd'hui. Cette réflexion autour du positionnement de chacun doit également permettre d'aborder plus globalement les modalités de travail en équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement.

Pilote identifié

Présidente de CME / directrice des soins infirmiers et de rééducation

Indicateurs de suivi

■ Révision des fiches de poste types (Oui / Non)

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Etat des lieux des missions actuelles des différentes professions / 1^{er} semestre 2023

Définition de la cible et révision des fiches de poste types / 2^e semestre 2023

Action 2

Diversifier les compétences disponibles au sein de l'établissement

Nous souhaitons veiller à la pluralité des pratiques et des outils de soins disponibles au sein de l'établissement, afin de répondre aux attentes du plus grand nombre de patients et de familles. Il s'agit notamment de :

- **Développer le champ de compétences et d'expertise de professionnels** déjà en poste qui le souhaitent. Les formations d'équipe sont à privilégier autant que possible afin de renforcer leur impact.
- **Intégrer des IDE ayant vocation à assumer une fonction de consultant au sein de chaque CMP**

de pédopsychiatrie (cf. Axe 1. Objectif 8). Une formation spécifique des IDE est à prévoir afin qu'ils soient en capacité d'assumer cette mission (modules de formation spécifiques à mettre en place dans le cadre du programme de consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie). L'évolution du positionnement des IDE doit notamment permettre une complémentarité plus claire entre ces professionnels et les éducateurs en poste au sein des structures de soins de pédopsychiatrie.

Pilote identifié

Chefferies de pôles

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Intégration d'un module complémentaire de formation spécifique à la pédopsychiatrie dans le cadre du programme de consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie / 2^e semestre 2023

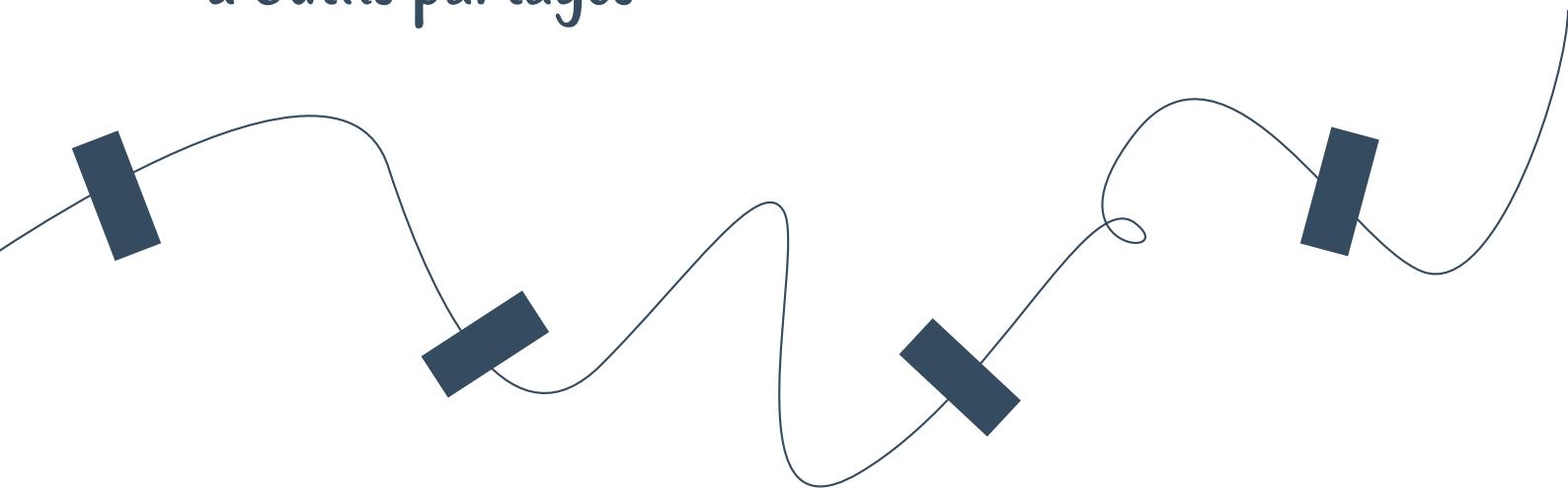
Mise en place de formations d'équipe / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement, dans le cadre des plans de formation annuels

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations d'équipe mises en place et nature de ces formations
- Nombre d'IDE exerçant une fonction de consultant en pédopsychiatrie
- Part des CMP de pédopsychiatrie disposant d'IDE consultants

OBJECTIF 3

Favoriser le travail en équipe
pluri-professionnelle autour
d'outils partagés



Action 1

Fluidifier les prises en charge grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC)

Les technologies de l'information et de la communication constituent aujourd'hui des outils et ressources indispensables au service d'une prise en charge plus efficiente des patients. Il convient ainsi de les développer encore davantage au sein de l'établissement, en généralisant notamment :

- **L'installation de matériel de visio-conférence** dans les différentes unités de soins intra-hospitalières et structures de soins extra-hospitalières, dans une double perspective d'organisation de réunions à distance (réunions de pôles, RCP, etc.) et de pratique de la télémédecine.
- **Le recours à la messagerie sécurisée de santé MonSisra** pour communiquer avec les partenaires extérieurs (médecins traitants notamment).

- **L'usage d'ordinateurs portables ou de tablettes** dans les unités de soins intra-hospitalières, dans le but de faciliter la tenue en temps réel du dossier patient informatisé (DPI).
- **L'attribution de smartphones** à l'ensemble des équipes mobiles de l'établissement afin de permettre un accès au DPI au domicile du patient.

Une expérimentation menée dans deux unités de soins intra-hospitalières vise par ailleurs l'installation d'écrans d'affichage dynamique permettant la diffusion en continu d'informations récurrentes ou ponctuelles utiles aux patients et aux professionnels (menus, activités culturelles et sportives programmées, planning de la MDU, messages de santé publique, etc.) L'évaluation de l'expérimentation devra permettre de juger de la pertinence à étendre à plus grande échelle le déploiement des écrans d'affichage dynamique.

Pilote identifié

Chefferies de pôles / directeur du système d'information

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Installation et formation des médecins et secrétaires de l'établissement à la messagerie sécurisée de santé MonSisra / 2022

Equipement en smartphones des équipes mobiles / 2^e semestre 2022 - 1^{er} semestre 2023

Installation de matériel de visio-conférence dans l'ensemble des unités et structures de soins / 2023-2024

Equipement des unités de soins intra-hospitalières en ordinateurs portables et/ou tablettes / 2023-2024

Installation d'écrans d'affichage dynamique au sein de deux unités de soins / 1^{er} semestre 2023

Evaluation de l'expérimentation / 1^{er} semestre 2024

Indicateurs de suivi

- Part des unités intra-hospitalières et structures de soins extra-hospitalières équipées en matériel de visioconférence
- Part des médecins et secrétaires de l'établissement disposant de la messagerie sécurisée de santé MonSisra
- Part des unités de soins intra-hospitalières disposant d'ordinateurs portables ou de tablettes
- Part des équipes mobiles disposant d'un smartphone
- Installation d'écrans d'affichage dynamique au sein de deux unités (Oui / Non)
- Enquête qualitative auprès des usagers sur l'intérêt, la connaissance et les effets des informations diffusées via l'affichage dynamique

Action 2

Poursuivre les efforts engagés en matière de gestion du dossier patient informatisé

Le projet d'établissement 2015-2020 du CH Saint Jean de Dieu affichait la volonté d'inscrire le dossier patient informatisé (DPI) comme dossier de référence, utilisé par l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge et alimenté de façon adaptée dans le respect des règles éthiques et des contraintes légales. Si le DPI constitue bien aujourd'hui le dossier de référence, les efforts méritent d'être poursuivis pour une appropriation et un usage optimal de l'outil par les professionnels.

Il s'agit en premier lieu de poursuivre et développer les actions de formation sur le logiciel Cariatides (logiciel du DPI). Une formation initiale et continue au logiciel est dispensée en e-learning. Le e-learning présente l'avantage d'une souplesse importante et doit ainsi favoriser la formation du plus grand nombre de professionnels. Il permet en effet aux professionnels de suivre la formation selon leurs disponibilités, en plusieurs fois le cas échéant. Il offre également la possibilité aux nouveaux arrivants de bénéficier de la formation dès leur arrivée, sans attendre la prochaine session. La formation en e-learning débute par une évaluation initiale, permettant aux professionnels (dans le cadre de « recyclages » notamment) d'identifier leurs lacunes éventuelles et de suivre exclusivement les modules de formation pertinents. La création d'une nouvelle formation destinée à l'ensemble des professionnels sera à prévoir à l'occasion d'un changement de logiciel nécessaire dans les années à venir (en lien avec l'absorption de l'éditeur du logiciel Cariatides par un autre éditeur).

Un lien étroit est assuré par le médecin DIM avec l'éditeur du logiciel Cariatides afin d'améliorer son ergonomie et de répondre au mieux aux exigences professionnelles.

Le binôme cadre de santé – secrétaire est responsable de la bonne tenue du DPI. Il bénéficie à ce titre de recyclages de formation périodiques et se voit transmettre toutes les informations utiles sur le DPI, qu'il relaie ensuite auprès des autres professionnels de l'équipe. Le cadre de santé est garant des informations relatives aux soins

inscrites dans le DPI et réalise donc des contrôles réguliers de dossiers. Une vigilance particulière nécessite d'être portée à la saisie de l'activité dans le DPI, en lien notamment avec la réforme du financement de la psychiatrie. Dans cette perspective, de courtes sessions de sensibilisation sont régulièrement proposées aux professionnels sur des thématiques précises. Les secrétaires assurent quant à elles le suivi du DPI dans son volet administratif (gestion des pièces administratives, mise à jour des coordonnées, contact d'une personne de confiance, etc.) Une réflexion nécessite d'être engagée sur les processus d'entrée et de sortie administrative du patient pour faciliter la gestion du volet administratif du DPI.

L'établissement fait face à un enjeu de dématérialisation complète du DPI, impliquant que le processus de numérisation offre des garanties suffisantes pour pouvoir se passer d'un dossier papier minimum. Il convient ainsi de décrire le processus actuel du dossier patient, de sa création jusqu'à son archivage, afin de définir un processus cible de dématérialisation en ayant réalisé auparavant une analyse des risques (cf. *Projet de management-gestion – Service des archives*).

La mise en œuvre de la politique de contrôle de l'accès au dossier patient et de communication de celui-ci doit être poursuivie, en conformité avec la législation. Un rappel régulier des éléments à communiquer au patient qui le souhaite nécessite d'être réalisé auprès des professionnels. Une procédure mérite également être établie concernant les éléments à communiquer aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement qui en font la demande.

En parallèle de l'ensemble de ces actions relatives au DPI, il est nécessaire de continuer à former et sensibiliser régulièrement l'ensemble des professionnels de l'établissement à l'identito-vigilance (respect du référentiel national d'identito-vigilance). Il convient par ailleurs d'accompagner la mise en place de l'identité nationale de santé (INS), obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2021.

Action 2 (suite)

Pilote identifié

Médecin-chef du DIM

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Création et déploiement d'une formation en e-learning au logiciel Cariatides / 1^{er} semestre 2023

Réalisation de contrôles réguliers de la tenue des DPI (sur le plan de la prise en charge et sur le plan administratif) / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Audit du processus actuel du dossier patient / à définir

Définition d'un processus cible de dématérialisation complète du dossier patient / à définir

Mise en place progressive de la dématérialisation complète / à définir

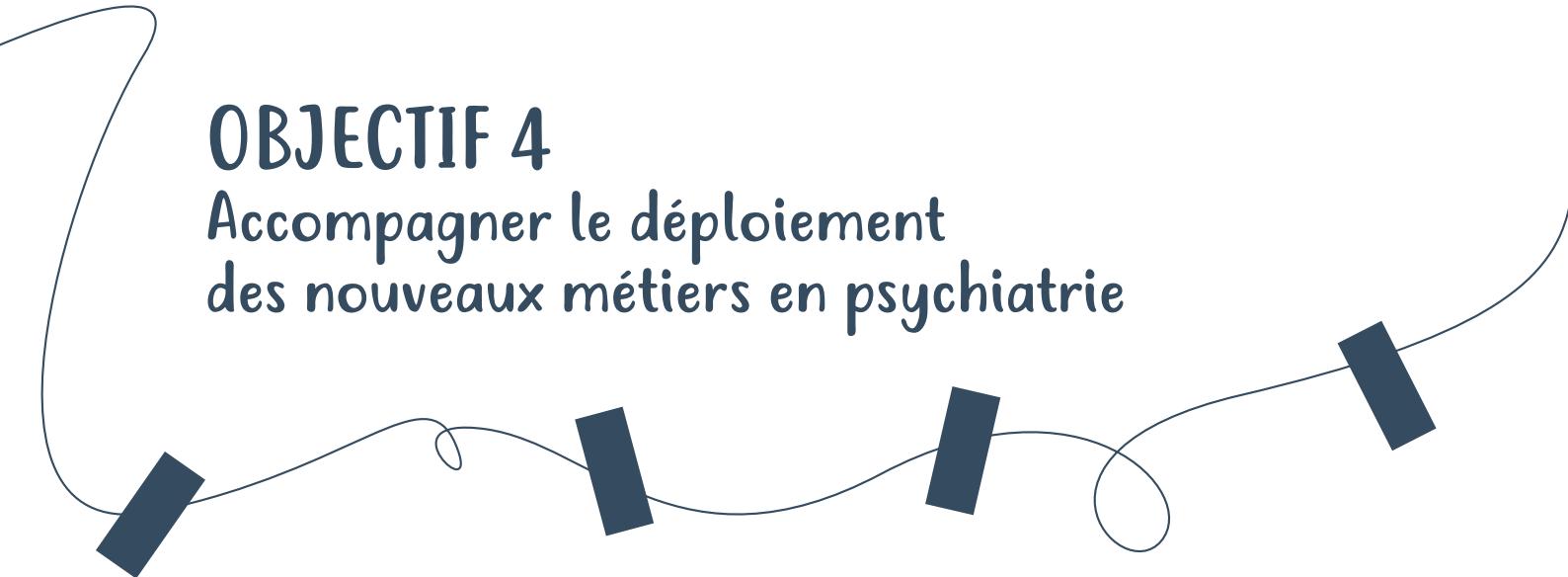
Elaboration d'une procédure de communication du dossier patient aux professionnels de santé extérieurs qui en font la demande / 2^e semestre 2023

Formation des professionnels de l'établissement à l'identito-vigilance / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Déploiement de l'identité nationale de santé (INS) / 2^e semestre 2023 en intra-hospitalier – 2024 en extra-hospitalier

Indicateurs de suivi

- Nombre de professionnels formés en e-learning au logiciel Cariatides, par pôles / répartition entre formation initiale (nouveaux arrivants) et formation continue (recyclage)
- Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) psychiatrie et santé mentale
- Quick audits dossier patient informatisé
- Réalisation d'un audit du processus actuel du dossier patient (Oui / Non) / définition d'un processus cible de dématérialisation complète (Oui / Non) / mise en place de la dématérialisation complète (Oui / Non)
- Elaboration d'une procédure de communication du dossier patient aux professionnels de santé extérieurs qui en font la demande (Oui / Non)
- Nombre de professionnels formés à l'identito-vigilance, par pôles / répartition entre formation initiale (nouveaux arrivants) et formation continue (recyclage)
- Indicateurs de conformité au référentiel national d'identito-vigilance (mise en place de l'identifiant national de santé, etc.)



OBJECTIF 4

Accompagner le déploiement des nouveaux métiers en psychiatrie

Action

Renforcer la pluridisciplinarité des équipes en intégrant à celles-ci de nouvelles professions

Dans un contexte d'évolution des besoins en santé, de raréfaction des ressources humaines et de développement de la place de l'expérience patient, nous assistons à une évolution des contours de certains métiers, mais également à l'émergence de nouvelles professions : infirmiers en pratique avancée (IPA), pair-aidants, case managers, etc.

Nous souhaitons aujourd'hui promouvoir et accompagner l'intégration de ces nouveaux métiers au sein de l'établissement. Ces nouvelles compétences doivent ainsi permettre d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients.

Les IPA constituent tout d'abord une ressource précieuse. Ces professionnels disposent en effet de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Ils sont en mesure de suivre des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. L'intégration d'IPA au sein de l'établissement présente des bénéfices multiples : de nouvelles perspectives de carrières

pour les infirmiers, du temps médical retrouvé et de nouvelles possibilités de coopérations pour les médecins, mais aussi un meilleur accès aux soins et une prise en charge diversifiée pour les patients.

Nous souhaitons également encourager l'intégration de pair-aidants professionnels au sein des équipes, en recourant notamment à la plate-forme de pair-aidance départementale ESPAIRS. Le pair-aidant utilise son vécu des troubles psychiques et du parcours de soins comme outil dans sa pratique professionnelle. Il s'appuie sur son expérience de vie pour soutenir et responsabiliser, redonner espoir, et participe à réduire la stigmatisation associée aux troubles psychiques. Il travaille en collaboration et en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe. La pair-aidance a vocation à être développée autour de trois domaines prioritaires :

- **L'élaboration et la dispensation de programmes de psychoéducation ;**
 - **Le soutien à l'élaboration des plans de crise conjoints ;**
 - **La formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement.**
-

Action (suite)

A terme, nous souhaitons que l'ensemble des CMP et unités de soins intra-hospitalières rattachées aux pôles sectoriels de psychiatrie adulte, au PISR et au pôle Accueil Admission disposent d'un temps de pair-aidant.

Nous soutenons enfin la mise en place de case managers pour des personnes en situation complexe, en lien avec les partenaires du territoire. A la fois professionnel ressource pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours et référent individuel de la personne, le case manager intervient dans une approche globale (accompagnement du projet de vie dans toutes ses dimensions). Il définit précisément et conjointement avec la

personne et son entourage les objectifs du suivi, puis planifie, aide à la mise en œuvre et coordonne l'ensemble des interventions nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Le case manager possède donc une vision d'ensemble de l'accompagnement sanitaire, médico-social ou encore social proposé afin d'assurer une coordination efficiente des différents acteurs.

L'intégration de nouvelles professions au sein de l'établissement nécessite une préparation en amont avec chaque équipe concernée afin de favoriser une intégration optimale du nouveau professionnel.

Pilote identifié

Directrice des soins infirmiers et de rééducation / chefferies de pôles

Étapes et calendrier de mise en œuvre

Intégration d'IPA au sein de l'ensemble des pôles de l'établissement / tout au long des cinq années de mise en œuvre du projet d'établissement

Définition d'un plan de déploiement progressif de la pair-aidance sur l'établissement (échéancier sur chaque pôle) / 1^{er} semestre 2024

Expérimentation de case management sur le territoire de Givors dans le cadre du PTSM 69 / à définir en lien avec les partenaires

Indicateurs de suivi

- Nombre d'ETP d'IPA au sein de l'établissement et répartition par pôles / part des unités et structures de soins disposant d'un IPA
- Nombre d'ETP de pair-aidants au sein de l'établissement et répartition par pôles / part des unités et structures de soins disposant d'un temps de pair-aidant
- Nombre d'ETP de case manager sur le territoire couvert par l'établissement

PARTIE 2

PROJET DE MANAGEMENT-GESTION

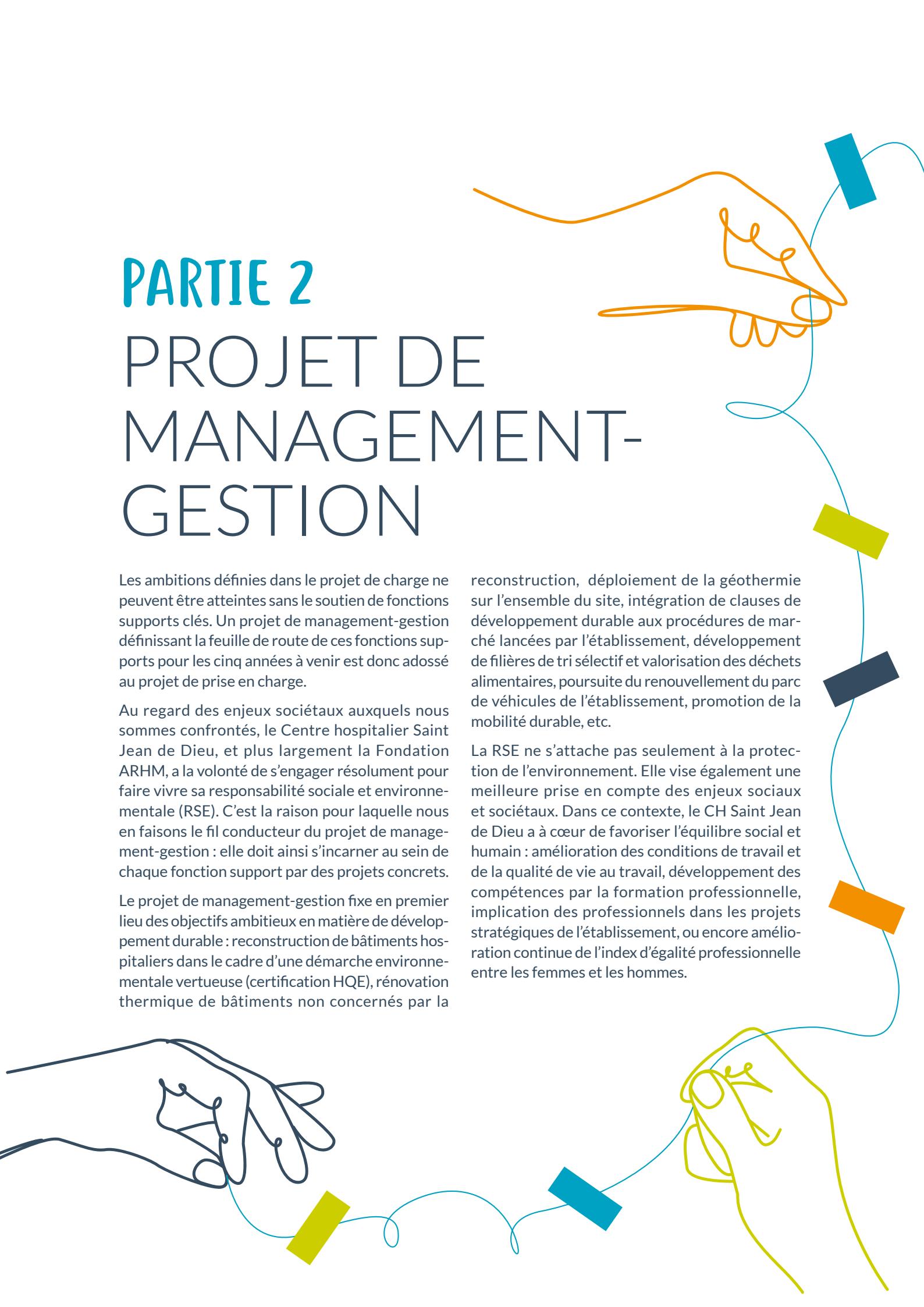
Les ambitions définies dans le projet de charge ne peuvent être atteintes sans le soutien de fonctions supports clés. Un projet de management-gestion définissant la feuille de route de ces fonctions supports pour les cinq années à venir est donc adossé au projet de prise en charge.

Au regard des enjeux sociaux auxquels nous sommes confrontés, le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu, et plus largement la Fondation ARHM, a la volonté de s'engager résolument pour faire vivre sa responsabilité sociale et environnementale (RSE). C'est la raison pour laquelle nous en faisons le fil conducteur du projet de management-gestion : elle doit ainsi s'incarner au sein de chaque fonction support par des projets concrets.

Le projet de management-gestion fixe en premier lieu des objectifs ambitieux en matière de développement durable : reconstruction de bâtiments hospitaliers dans le cadre d'une démarche environnementale vertueuse (certification HQE), rénovation thermique de bâtiments non concernés par la

reconstruction, déploiement de la géothermie sur l'ensemble du site, intégration de clauses de développement durable aux procédures de marché lancées par l'établissement, développement de filières de tri sélectif et valorisation des déchets alimentaires, poursuite du renouvellement du parc de véhicules de l'établissement, promotion de la mobilité durable, etc.

La RSE ne s'attache pas seulement à la protection de l'environnement. Elle vise également une meilleure prise en compte des enjeux sociaux et sociétaux. Dans ce contexte, le CH Saint Jean de Dieu a à cœur de favoriser l'équilibre social et humain : amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail, développement des compétences par la formation professionnelle, implication des professionnels dans les projets stratégiques de l'établissement, ou encore amélioration continue de l'index d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.



1. RESSOURCES HUMAINES

Préambule Projet social

Le projet social du CH Saint Jean de Dieu définit les orientations de la politique Ressources humaines de l'établissement. Il se décline autour de 5 axes, concourant directement au développement des femmes et des hommes dans l'exercice de leur fonction et à l'évolution des organisations.

- L'attractivité et la fidélisation
- L'accompagnement du management pour permettre de partager un référentiel commun de pratiques, développer la culture managériale et faciliter l'accompagnement des changements
- Une politique Ressources humaines afin de valoriser les femmes et les hommes et de disposer des compétences nécessaires à l'exercice des missions de l'établissement
- La performance de l'organisation et la qualité de vie et des conditions de travail
- Le développement du dialogue du social

L'ensemble de ces axes s'inscrit pleinement dans le projet d'établissement. Le projet social se traduit par des plans d'action, inscrits dans un calendrier prévisionnel global permettant le pilotage de l'ensemble. Il s'attache à renforcer la place des managers et de les accompagner dans leur mission de proximité RH.

Donner un visage à la direction des ressources humaines est l'un des moyens pour clarifier les rôles et les missions de la DRH et permettre à chacun d'identifier l'interlocuteur adapté.

Bilan du précédent Projet social

Les axes de développement du projet social précédent s'articulaient autour de l'implication du personnel, des process RH en lien avec le projet d'établissement et l'ensemble des projets médicaux, la formation et l'innovation RH, l'intégration de toutes nos parties prenantes, la qualité et la sécurité.

Les actions réalisées ont été nombreuses malgré le contexte sanitaire qui a nécessité d'adapter voire de réorienter certaines d'entre elles.

Pour « *Renforcer la cohésion de groupe et le sentiment d'appartenance à l'institution pour favoriser l'implication du personnel* » :

- Crédit d'un dispositif d'intégration en 4 temps destinés à l'ensemble des nouveaux collaborateurs avec la mise en place d'un séminaire intégration Fondation, d'une journée d'accueil propre à l'hôpital Saint de Dieu, de modules métiers spécifiques comme le module « droit des patients et soins sans consentement » et d'un dispositif spécifique d'accompagnement à la prise de poste
- Evolution du dispositif de formation « Consolidation des savoirs » à destination des infirmiers, associé à un tutorat de 9 mois pour accompagner les nouveaux salariés
- Organisation d'un entretien d'accueil RH proposé à chaque nouveau médecin
- Evolution de la prime de fidélisation médicale
- Proposition systématique d'un entretien de démission au personnel démissionnaire

Pour mettre en œuvre « les processus RH en lien avec le projet d'établissement et l'ensemble des projets médicaux »

- Proximité managériale DRH au travers des rendez-vous périodiques avec les pôles sectoriels - intersectoriels, les cadres supérieurs ou les cadres de santé
- Création du service Recrutement - Mobilité
- Evolution du support de l'entretien individuel au terme d'un groupe de travail Managers
- Création du parcours RH du manager visant à développer un socle commun managérial : « le Baba de l'administration du personnel », « Procédures disciplinaires »...
- Mise en place du process de nomination médecin responsable
- Processus d'agrément pour la création de postes de docteurs junior
- Participation au groupe de travail initié par la CME sur l'attractivité médicale

Pour « la formation et l'innovation sociale : Développer des outils efficents pour accompagner au quotidien l'encadrement et l'ensemble du personnel »

- Déploiement du SIRH RHPI
- Sécurisation de nombreux process RH : dématérialisation des candidatures, signature électronique des contrats de travail, déclaration AT réalisée sur la plateforme Net.entreprise
- Déploiement du logiciel Octime et accompagnement de l'encadrement : demandes d'absence - compteurs de congés - planning équipe - portail salarié
- Création du parcours de formation Filière soin
- Promotion des nouveaux dispositifs de formation introduits par la loi du 5 septembre 2018 : compte personnel de formation, projet de transition professionnelle
- Déploiement du développement professionnel continu - DPC en relation avec l'IRJB
- Déploiement de la démarche TMS pro par la mise en place de référents TMS

Pour « Intégration de toutes les parties prenantes »

- Organisation des élections professionnelles et création du 1^{er} comité social économique commun au CH Saint Jean de Dieu, à l'IRJB et au pôle Logement.
- Analyse des entretiens professionnels (souhaits / besoins individuels de formation)
- Consultation systématique de l'IRJB pour la majorité des projets de formation autour du soin. Evolution du cahier des charges Formation

Pour « Qualité et sécurité » : Veiller à la qualité de vie au travail et à la prévention des risques professionnels pour assurer la satisfaction des professionnels et des patients »

- Mise en place d'un entretien RH de départ à la retraite au personnel concerné
- Signature et réalisation de 4 contrats locaux d'amélioration des conditions de travail CLACT avec l'ARS (formation / équipements)
- Plan d'actions de prévention figurant dans le DUERP, programme de formation HSCT
- Réalisation d'une enquête « Retour d'expérience sur le télétravail » mise en place lors du 1^{er} confinement
- Accord portant sur l'Indemnité kilométrique vélo, le don de jour de repos au salarié ayant un parent ou enfant gravement malade
- Démarrage du dispositif de recueil des accidents du travail et d'interventions ponctuelles selon les circonstances et les impacts sur les professionnels
- Création du pôle Prévention précédée par le déploiement du programme TMS Pro
- Un dispositif global de prévention des RPS se met en place tout début 2021 permettant d'agir sur les 3 niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire)

Actions non réalisées :

- Abandon du projet de création d'une conciergerie
- La GPEC : report de la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En termes d'organisation, le pôle Prévention de la direction des ressources humaines complète les quatre domaines de référence exerçant depuis plusieurs années leur mission au sein de la DRH que sont :

- Recrutement, mobilité, intérim
 - Affaires sociales
 - Administration du personnel, gestion des temps et SIRH
 - Formation
-

Axe 1

Attractivité et fidélisation 2022-2026

L'établissement Saint Jean de Dieu cherche à renforcer sa présence sur le marché de l'emploi en s'appuyant sur les sources de candidatures « multicanal » (réseaux sociaux, salons professionnels, événements métiers/écoles) et en déployant des modes de recrutement diversifiés au moyen notamment des contrats d'allocation d'étude pour les étudiants infirmiers. Il vise également à faciliter les conditions d'arrivée des nouveaux employés (logement temporaire, accompagnement financier du permis de conduire, accès à la crèche) et à proposer des conditions d'embauche et de fidélisation plus attractives pour les métiers du secteur sanitaire.

 **Objectif** : construire une image employeur, l'incarner et favoriser l'attractivité et l'équité de traitement

Dans un contexte de grande tension des effectifs du secteur sanitaire et social, situation à la fois conjoncturelle et structurelle, identifier l'établissement Saint Jean de Dieu comme un employeur majeur du territoire.

- 1 • Construire la marque « Saint Jean de Dieu » attractive lisible, incarnée par les collaborateurs et porteuse des valeurs de l'établissement et des femmes et des hommes qui le constituent
- 2 • Renforcer notre présence sur le marché de l'emploi en structurant les sources « multicanal » :
 - a. Renforcer notre présence sur les réseaux sociaux et le site internet de la Fondation
 - b. Organiser des campagnes de sourcing et être présent sur les salons professionnels choisis
 - c. Soutenir notre présence lors d'événements métiers / écoles pour mailler le territoire
 - d. Proposer des contrats d'allocation d'étude aux étudiants infirmiers de 2^{ème} et 3^{ème} année
 - e. Tisser des liens privilégiés avec les anciens stagiaires et internes
- 3 • S'ouvrir à de nouveaux profils favorisant la confrontation des approches professionnelles

- 4 • Faciliter les conditions d'arrivée des nouveaux embauchés en :
 - Proposant une offre temporaire de logement, un accompagnement financier au permis de conduire, un accès prioritaire à la crèche pour réduire les délais de prise de poste
 - Poursuivant le déploiement des dispositifs d'intégration
- 5 • Créer des communautés « promotion / groupe » issues des journées d'intégration
- 6 • Proposer des conditions à l'embauche et de fidélisation plus attractives pour faire face aux enjeux de manque d'attractivité des métiers du secteur sanitaire
 - Reconnaître l'engagement en mettant à plat l'ensemble des mesures financières des contraintes d'exercice pour rééquilibrer à sa juste mesure leur rétribution (gardes, permanence médicale, remplacement temporaire, etc.)
 - Reconnaître la responsabilité en intégrant la responsabilité managériale dans le système de rémunération des médecins responsables
 - Etudier les conditions de faisabilité d'un dispositif financier de fidélisation
- 7 • Poursuivre la convergence des rémunérations médicales et soignantes au secteur public
- 8 • Structurer une méthode de transposition du système de classification dans le cadre des discussions nationales relatives au projet de convention collective unique étendue (CCUE)

 **Indicateurs** : réduction des délais de vacances par métier, diversité des profils d'embauche, taux de fidélisation des salariés nouvellement embauchés (< 1 an ancienneté), nombre de nouvelles mesures prises dans l'offre QVCT. Nombre de demandes de formations acceptées/refusées, nombre d'embauches d'anciens stagiaires ou internes.

Pour mesurer la marque employeur : nombre d'abonnés LinkedIn, nombre moyen de candidature par offre, nombre de candidatures spontanées, nombre de vues des offres, nombre de participants aux journées d'intégration.

Axe 2

Accompagnement du management pour permettre de partager un référentiel commun de pratiques, développer la culture managériale de l'établissement et accompagner les changements

L'objectif est de développer une culture managériale en acculturant l'encadrement aux valeurs de l'établissement, en accompagnant les managers dans les missions managériales et aux enjeux RH. Cela couvre des ateliers de formation, des temps d'échanges, et la création d'un séminaire managérial et d'un guide manager. L'accompagnement des équipes dans les changements s'énonce comme une condition nécessaire à la réussite de la mise en œuvre du projet d'établissement.

Objectif : développer une culture managériale au sein de l'établissement

- 1 • Acculturer l'encadrement aux valeurs-clés portées par l'établissement, réunies dans la Charte managériale : le respect mutuel, l'échange, la loyauté et la responsabilité, le sens du travail et de l'engagement (nécessité de faire vivre la Charte managériale avec les professionnels)
- 2 • Organiser un séminaire managérial périodique afin de partager la mission et la vision de l'établissement
- 3 • Accompagner les managers dans leurs missions managériales et aux enjeux RH afin de développer une culture managériale commune et renforcer la dimension pluridisciplinaire des équipes par :
 - a. L'enrichissement de l'offre de formation autour d'ateliers portant sur des thématiques opérationnelles telles que le recrutement, le management d'équipe, les règles individuelles et collectives, la conduite de l'entretien professionnel et d'évaluation, la gestion des temps, la conduite de réunion, la gestion au quotidien des collaborateurs représentant du personnel, la sensibilisation aux RPS, l'intégration du Handicap dans le management de son équipe...

b. La mobilisation des outils à disposition (supervision) et la création de temps d'échanges pour aider à prendre du recul, lieux de construction de la position managériale, dédiés aux managers de l'établissement dont la mise en place d'un séminaire managérial pour renforcer le sentiment d'appartenance et les échanges de pratiques

c. L'édition d'un guide manager formalisant le socle commun et partagé des process et des règles

4 • Accompagner au changement : plus que jamais l'humain au cœur de la transformation de l'hôpital pour répondre aux enjeux d'évolution des prises en charge et de l'enrichissement de l'offre de soin :

a. Intégrer la dimension de l'accompagnement des équipes à chaque étape de mise en œuvre du projet d'établissement et pour chacun des axes afin de renouveler l'esprit d'équipe

b. Dessiner une trajectoire de mise en place des changements permettant aux salariés concernés de se projeter

5 • Proposer des actions de formation de type méthodologie et outils de conduite de projet pour accompagner les changements inhérents à la mise en œuvre du projet d'établissement : mise en place de groupes de travail et animation de démarche participative ; modalités, outils de pilotage, de suivi et d'actualisation du projet d'établissement dans une perspective d'amélioration continue de la qualité ; partage et retour d'expérience

 **Indicateurs :** baromètre social et enquête de satisfaction, actions de formation, sollicitations de la ligne d'écoute, nombre de droits d'alerte, entretien de démission : nombre de départ pour cause Conditions de travail / Management, nombre de réunions de service, nombre d'organisation d'évènement de service /an

Axe 3

Structurer une politique Ressources humaines afin de valoriser les femmes et les hommes et disposer des compétences nécessaires pour l'exercice des missions de l'établissement

Le fer de lance du CH de Saint Jean de Dieu en matière de développement RH est d'accompagner les trajectoires individuelles et collectives en matière d'emploi et de formation, renforcer une identité commune et prendre en compte les évolutions. Pour se faire, se doter d'outils d'analyse pour orienter les investissements en matière RH pour s'assurer d'avoir des ressources qualifiées et motivées en adéquation avec les besoins de l'organisation.

⌚ Objectif :

- Se doter d'outils d'analyse (effectif, turn-over, absentéisme) et d'aide à la décision pour orienter les investissements de l'établissement en matière de recrutement et de formation
- Soutenir le développement individuel et collectif pour s'assurer de ressources qualifiées et motivées en adéquation avec les besoins de l'organisation

1 • Accompagner les trajectoires individuelles et collectives en matière d'emploi et de formation, renforçant une identité commune

- Créer un comité de la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP) impliquant toute la ligne hiérarchique et la diversité des métiers
- Disposer d'une définition claire de chaque emploi pour que chaque collaborateur se situe au sein de son organisation et organiser des passerelles métiers pour que chacun soit acteur de son parcours professionnel
- Construire la classification de l'établissement, lisible et objective, en déclinaison des travaux de convergence conventionnelle (hiérarchisation des emplois)

2 • Prendre en compte les évolutions en :

- Anticipant les mutations du secteur sanitaire à venir (logique de parcours patient, réhabilitation, décloisonnement des pratiques, expérience du patient)
- Analysant les évolutions démographiques internes pour éclairer les décisions
- Mettant en place une pyramide des âges et en s'assurant de son suivi pour anticiper les évolutions démographiques (départs, absentéisme)

en lien avec la GEPP et pour une meilleure répartition du potentiel humain

- Prenant en compte l'évolution des métiers, leur équilibre et l'intégration de nouvelles compétences au sein des organisations : IPA, pair-aidant, case managers, bed manager, ...)
- Mettant en œuvre les outils de pilotage RH pour créer les conditions de garantir les évolutions indispensables en matière d'emplois, favoriser l'adaptation et les apprentissages des salariés
- Participant à la cellule d'appui au pilotage de l'activité

3 • Développement des compétences

- Favoriser la mobilité entre les structures au sein de l'établissement (projet de charte mobilité)
- Communiquer sur les passerelles métier et les leviers d'évolution pouvant également s'envierger par des mobilités externes temporaires
- Dynamiser et développer les parcours professionnels en mobilisant les différents dispositifs de formation à disposition et dans une perspective de développement de l'attractivité des métiers du secteur
- Développer la plateforme LMS (learning management system) pour un accès plus large au contenu
- Se doter d'une solution de gestion des entretiens professionnels pour garantir l'accès de chacun à l'entretien professionnel et permettre la prise en compte des projets individuels tout en garantissant la performance
- Organiser les transferts de compétences en développant le dispositif « retraite actif », la retraite progressive et le cumul emploi-retraite



Indicateurs : nombre de mobilités horizontales et verticales, nombre d'actions selon les dispositifs de formation mobilisés, nombre de passerelles formalisées et parcours identifiés, déployés. Nombre d'entretiens professionnels réalisés

Axe 4

La performance de l'organisation et la qualité de vie au travail

La performance de l'organisation et la qualité de vie au travail sont au cœur des préoccupations du CH de Saint de Dieu et ce, d'autant plus que les effectifs incomplets fragilisent les organisations.

Le renforcement des mesures pour structurer la prévention en matière de santé et de conditions de travail s'impose, telles que la mise en place du nouveau service de prévention en santé au travail et des modalités de collaboration, les analyses portées sur les troubles musculo-squelettiques, la recherche des événements et/ou circonstances des accidents du travail et des maladies professionnelles pour adapter les actions de prévention, les actions de prévention autour des risques psychosociaux. Un travail doit s'engager pour agir sur l'absentéisme et en proposer des actions d'accompagnement appropriées.

Objectif :

- Concilier la performance de l'organisation et la qualité de vie au travail
- Penser de nouvelles formes de travail : consolidation du télétravail, adaptation des horaires aux flux d'accès à l'établissement
- Créer les conditions de dynamique collaborative, collaboration transverse
- Prévenir et gérer les risques psychosociaux en sécurisant les processus de transformation et en dessinant une trajectoire de mise en place des changements permettant au salarié concerné de se projeter
- Répondre aux attentes exprimées par les salariés via les enquêtes qualité de vie
- Poursuivre les actions en faveur de la réduction des troubles musculo-squelettiques, notamment via le dispositif TMS-Pro
- Faire vivre les DUERP au plus près des situations de travail en impliquant les professionnels de terrain et en se dotant d'un logiciel permettant une base de données exhaustive des sinistres
- Renforcer les actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail en relation notamment avec la CSSCT et pouvant introduire l'expérimentation de nouvelles organisations de travail
- Communiquer sur une procédure de prise en charge des salariés victimes d'accident du travail en distinguant les accidents graves. Former l'ensemble des personnes intervenantes au recueil des faits et à l'importance de leur rôle (relation hiérarchique et prévention)
- Intégrer l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les DUERP
- Equiper l'établissement d'un logiciel permettant une base de données exhaustive des sinistres. Identifier quelles typologies d'AT sont à analyser en priorité par l'arbre des causes en associant les membres de la CSSCT (méthodes)
- Réaliser des enquêtes régulières qualité de vie et conditions de travail
- Donner une place à la santé physique de chacun en créant un espace en libre accès à des équipements sportifs, challenges sportifs et collectifs
- Proposer des interventions autour de la prévention : alimentation, sommeil, activité physique... et mettre en place un programme de gestion du stress / RPS (podcast...)

Structurer la prévention en matière de santé et de conditions de travail

- Structurer la démarche qualité de vie et conditions de travail (QVCT) en sécurisant les processus de transformation et en cohérence avec la certification qualité
- Mettre en place le service de prévention en santé au travail interprofessionnels et les liens de coordination indispensable au suivi des salariés
- Déployer la ligne d'écoute
- Négocier un accord relatif à la qualité de vie au travail, aux conditions de travail et à l'égalité professionnelle
- Sensibiliser l'encadrement au travers d'action de formation pour prévenir les risques psychosociaux

Réduire l'absentéisme

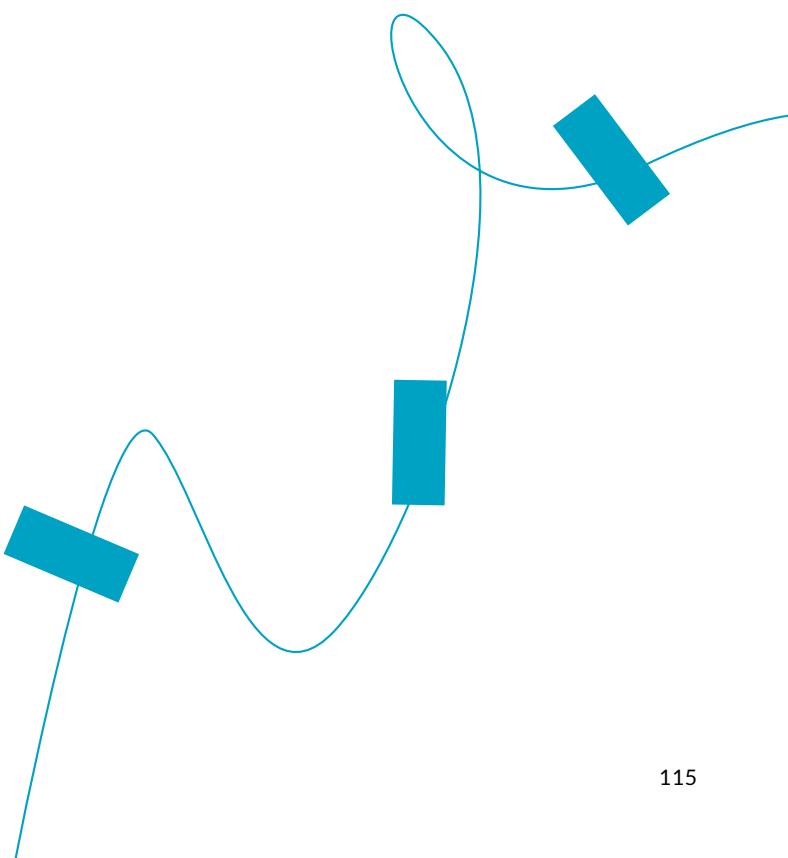
- Analyser l'absentéisme de l'établissement pour en déterminer les facteurs et proposer des actions ciblées. Rapprocher la situation de l'hôpital aux tendances de la branche
- Analyser les absences malades de courte durée et répétitives pour un même salarié pour déterminer des actions d'accompagnement appropriées
- Proposer, cibler et communiquer sur les actions de prévention avec des seuils à +30j, +60j et +90j d'absence : entretien de liaison pour maintenir un lien avec le salarié pendant son arrêt de travail et de l'informer des actions de prévention et des mesures d'aménagement envisageables (poste, temps de travail) ; visite de pré-reprise
- Systématiser l'entretien de retour de longue absence pour toutes les absences > 1 mois

Favoriser le maintien dans l'emploi

- Favoriser les adaptations de poste en cas de préconisation du médecin du travail en lien avec le service de prévention en santé au travail, l'encadrement et le salarié
- Accompagner le dispositif de reprise à temps partiel thérapeutique
- Définir la place du handicap dans l'organisation en favorisant le maintien dans l'emploi
- Accompagner les salariés en situation de handicap
- Réaliser des campagnes de sensibilisation autour du handicap au travail



Indicateurs : baisse de l'absentéisme, réduire le nombre AT, nombre de reclassements, nombre d'aménagements de poste, nombre d'entretiens de liaison, nombre de temps partiel thérapeutiques, nombre d'entretiens de retour de longue absence, nombre d'accords collectifs, enquête de satisfaction des salariés et baromètre de climat social, «Boîte à idées » en faisant participer des salariés volontaires pour concilier Bien-être au travail et performance, nombre d'actions de prévention organisées, organisation annuelle de la semaine QVT



Axe 5

Le développement du dialogue et du dialogue social

Donner du sens en favorisant le dialogue avec l'ensemble des salariés et le dialogue social en impliquant les représentants du personnel dans les groupes de travail de projets d'évolution d'organisation, en renforçant la communication sur les avancées du dialogue social et en ajustant les moyens alloués aux organisations syndicales sont les principes de gouvernance du CH Saint Jean de Dieu.

 **Objectif :** favoriser le dialogue et le dialogue social

- 1 • Mettre en place le cadre du droit d'expression
- 2 • Impliquer les représentants du personnel en privilégiant à chaque fois que cela est possible la voie de la négociation
- 3 • Proposer à chaque fois que cela est possible aux représentants du personnel de participer aux groupes de travail mis en place autour de projets d'évolution d'organisation

- 4 • Développer une communication autour des avancées du dialogue social
- 5 • Rendre accessible les accords d'entreprise en renforçant leur pédagogie auprès des salariés
- 6 • Ajuster les moyens alloués aux organisations syndicales pour tenir compte de l'actualité sociale

 **Indicateurs :** accords collectifs signés au cours de la période du projet d'établissement, nombre de réunions de droit d'expression, nombre de représentants du personnel formés suite à actions initiées par la Fondation

2. AFFAIRES FINANCIÈRES



Synthèse actions prioritaires 2015-2020 :

L'état d'avancement des actions prioritaires du projet d'établissement pour la direction administrative et financière au 31 décembre 2020 est le suivant :

Actions du projet d'établissement 2015-2020	Etat au 31/12/2020
Mise en œuvre du module de gestion budgétaire dans SAP	Réalisé
Participer à l'enquête sur la psychiatrie menée par l'ATIH	Réalisé
Accompagner la réalisation des PPI	En cours
Poursuivre le travail de sécurisation et de formalisation des processus comptables et financiers	En cours

Concernant la réalisation des PPI (plans pluriannuels d'Investissements) par structure de la Fondation, le traitement manuel des écritures inter-établissements générait des difficultés pour une production rapide et aisée des documents.

Depuis juillet 2020, ces écritures ont été automatisées dans nos deux systèmes informatiques : SAP pour la partie comptabilité et RHPI pour la partie paie. A partir de l'exercice 2021, les documents financiers pourront être actualisés tous les trimestres. Il restera la partie exploitation des données à mettre en œuvre. Cet objectif est à conserver pour le PE 2022-2027.

Concernant le processus de sécurisation et de formalisation des processus comptables et financiers, il n'a pas pu être achevé suite à différents mouvements de personnel. Cette action est à reprendre dans le projet d'établissement 2022-2027.

Perspectives 2022-2027 :

Sur le plan national, la réforme du financement des établissements et services de psychiatrie est finalisée mais reportée à 2023.

Ce changement de modalité de financement vise notamment à réduire les durées d'hospitalisation et à encourager les alternatives à ce type de prise en charge. Si l'établissement n'anticipe pas cette réforme, cela risque d'induire mécaniquement, si nous n'y sommes pas attentifs, le basculement budgétaire d'une situation excédentaire ou à l'équilibre vers un déficit structurel difficilement résorbable.

Sur le plan interne, l'hôpital va engager des investissements importants dans le cadre d'un programme immobilier 2022-2027 incluant notamment des constructions/rénovations des unités de soins sur le site intra-hospitalier. Dans cette double contrainte d'une réforme de son financement et d'engagement d'un programme immobilier conséquent, l'accent doit être mis sur une gestion rigoureuse afin de préserver l'équilibre financier de l'hôpital.

Axe 1

Préserver l'équilibre financier du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu tout en accompagnement financièrement les différents projets

La situation financière du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu est saine depuis plusieurs années. L'objectif est de préserver cet équilibre financier tout en dégageant les moyens nécessaires à la mise en œuvre des projets de l'hôpital.

Objectif 1

Ajuster le programme pluriannuel d'investissement (PPI) de l'hôpital incluant notamment le programme de rénovation-construction en intra-muros, obtenir sa validation par l'ARS et le mettre en œuvre

Objectif 2

Respecter le plan global de financement pluriannuel (PGFP) intégrant le PPI et les différents projets de l'hôpital

Le plan global de financement pluri-annuel définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement. Il retrace l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles pour une durée minimale de 5 ans glissants, tant en exploitation qu'en investissement et présente l'évolution prévisionnelle de la capacité d'autofinancement (CAF), du fond de roulement, du besoin en fond de roulement et de la trésorerie. Le plan détermine notamment les dépenses prévisionnelles

résultant de la réalisation de l'ensemble des opérations mentionnées au programme pluriannuel d'investissement (PPI), des autres projets sans impact sur le PPI ainsi que leurs modalités de financement. Le PGFP est révisé chaque année pour prendre en compte les nouveaux projets, ajuster les dépenses liées à ceux en cours, et intégrer les évolutions de prix liées à l'inflation ainsi que les variations de taux d'intérêt en lien avec les emprunts envisagés. Il permet de vérifier la soutenabilité des décisions prises par l'établissement par le biais de projections pluriannuelles.

Objectif 3

Assurer un suivi budgétaire au niveau des dépenses de la masse salariale

L'objectif est de disposer d'un outil de gestion commun à la direction des affaires financières et à la direction des ressources humaines issu de l'exploitation des données de notre système d'information des ressources humaines (SIRH), qui permet de suivre l'évolution de la masse salariale par service au regard de l'année précédente et du budget de l'année. Des réunions régulières d'analyse régulière de ces données seront mises en place entre les deux directions.

Axe 2

Fournir aux gestionnaires de l'établissement les moyens de piloter leur activité de manière efficiente

Le pilotage médico-économique ou pilotage de la performance est un impératif qui répond à un objectif prioritaire du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu : optimiser l'efficience médico-économique et organisationnelle afin de faire face à la réforme du financement.

Objectif 1

Mettre en place une cellule d'appui au pilotage

Afin d'optimiser l'ensemble des ressources dans un contexte de financements publics contraints, une cellule d'appui au pilotage sera mise en place.

Les objectifs stratégiques poursuivis sont :

- Accompagner la mise en œuvre des orientations stratégiques (projet institutionnel, projet d'établissement, projet de pôle, projet de service, négociation des CPOM...)
- Apporter des données d'analyse permettant d'avoir une vision la plus complète possible en croisant différents paramètres
- Améliorer la performance
- Améliorer la qualité de service

Les objectifs opérationnels sont :

- Procéder à des analyses croisées (RH / budget / finances / activité / qualité) en prenant en compte les dimensions à la fois rétrospective (analyse des écarts) et prospective (tendance d'évolution des variables suivies)
- Proposer des outils de pilotage (tableaux de bord, indicateurs...)
- Procéder à des études comparatives avec d'autres structures de taille et d'activité comparables

La cellule d'appui rencontrera mensuellement les différents chefs de pôle et leurs cadres supérieurs de santé. Elle fera le point sur différents indicateurs, analysera les écarts et proposera des actions correctrices et/ou plans d'actions. A l'issue des rencontres mensuelles, un compte rendu est fait avec la direction générale et partagé avec les directions supports en Codir Siège.

Objectif 2

Mettre en place d'un outil d'élaboration et de suivi budgétaire performant

Il s'agit ici de mettre en œuvre une solution informatique qui permettra de :

- Disposer d'un simulateur de masse salariale
- Remplir automatiquement les cadres réglementaires (EPRD, compte financier)
- Réaliser des tableaux de bord de suivi budgétaire

Cet outil générera à la fois un gain de temps dans la préparation des documents, et facilitera le processus de production des données comptables et financières.

Objectif 3

Intégrer un processus de dématérialisation des documents administratifs (factures, bulletins de paie...)

L'objectif est d'éviter de mobiliser les équipes sur des tâches sans valeur ajoutée, de réduire l'utilisation du papier et les coûts de traitement et d'envoi, et de transmettre les documents plus rapidement.

Axe 3

Sécurisation des processus comptables et financiers - contrôle interne - transparence financière

⌚ Objectif 1

Auditer et formaliser les procédures décrivant les processus relatifs à la sécurisation des biens de l'établissement et concourant à l'élaboration de l'information comptable et financière

Il s'agit de rassembler et développer les procédures de contrôle interne incontournables dans un établissement tel que le nôtre. Avec la dématérialisation progressive des flux et des documents, cet objectif prend une acuité toute particulière. L'écriture de ces procédures permettra d'identifier les risques et les contrôles nécessaires liés à ces processus, et d'identifier les sources possibles d'optimisation et de les mettre en œuvre (ex : dématérialisation des factures).

Cet objectif s'inscrit également dans le cadre de la certification (Critère 4B – E2).

⌚ Objectif 2

Clarifier les responsabilités et les délégations des différents professionnels intervenant au sein de processus comptables et financiers et en suivre la bonne application!

Il convient de mieux identifier le champ de responsabilité de chaque acteur au moyen de fiche de poste, d'organigramme et de délégations de pouvoirs.

Axe 4

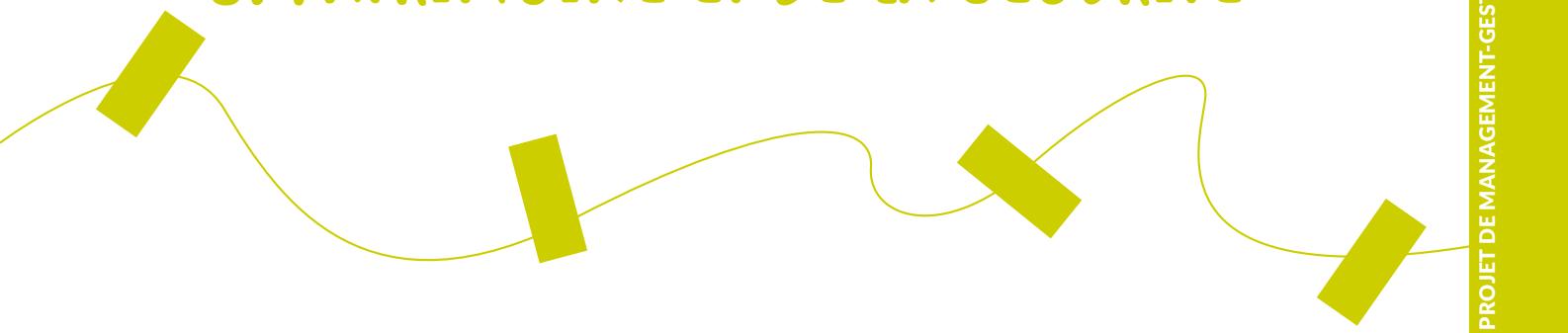
Accompagnement des changements législatifs et réglementaires

⌚ Objectif 1

Accompagner l'établissement dans le processus de réforme du financement des établissements psychiatriques

Les modalités de financement de la psychiatrie sont arrêtées et seront déployées en 2023. La date de mise en œuvre a été repoussée mais le dispositif prévu reste d'actualité. La nouvelle dotation activité vise à encourager les alternatives à l'hospitalisation. L'établissement va devoir s'adapter à ces nouvelles règles de financement afin de ne pas perdre des recettes et de préserver son équilibre financier.

3. PATRIMOINE ET DE LA SÉCURITÉ



Depuis 1980 et la prise en gestion du site par l'ARHM, le Centre hospitalier de Saint Jean de Dieu a vécu plusieurs plans immobiliers de modernisation et rénovation, accompagnés d'externalisations de nouvelles structures de soin hors les murs.

Suite à ces nombreux travaux d'humanisation, il n'en reste pas moins qu'à ce jour, un tiers des chambres est démunie de cabinet de toilette et plus de la moitié n'est pas équipé de douche individuelle.

En outre, le diagnostic patrimonial a mis en avant la nécessité de rénover ou de reconstruire 8 unités de soins. C'est dans cette optique que le plan directeur du programme immobilier a été établi et validé par l'ARS : il donne lieu au projet ARTHEMIS dans sa projection opérationnelle.

ARTHEMIS constitue le principal axe du volet Patrimoine et Sécurité, intégrant de nombreux attendus concernant les aspects réglementaires avec des échéances impérieuses, mais aussi le développement durable qui impacte dorénavant nos pratiques dans les domaines de la construction, de l'aménagement, de la maintenance et de l'exploitation et dont les enjeux principaux consistent en la réduction des consommations énergétiques et en la diminution des émissions des gaz à effet de serre.

Les démarches et actions mises en œuvre pour ARTHEMIS seront analogues et déclinées sur les sites extra-muros, pour lesquels il y aura une vigilance toute particulière concernant les sujets liés au développement durable, à la sécurité et à la continuité d'exploitation.

Axe 1

Patrimoine

Déclinaison du programme immobilier ARTHEMIS : rénovation-reconstruction de l'hôpital de 2022 à 2026

Les 2 phases identifiées du projet ARTHEMIS pendant la période 2022 à 2026 sont les suivantes :

- **Phase 1** : Libération d'espaces (2022 -2023)
- **Phase 2** : Construction de 2 unités de soins / Sports en lieu et place des bâtiments « clé de Sol » et Ateliers (2022 – 2026)

Action

Déclinaison de la Phase 1 / Libération d'espaces

Il s'agit de déplacer des dispositifs et de libérer l'espace permettant de construire de 2 unités de soins / Sports en lieu et place des bâtiments « Clé de Sol » et Ateliers.

Etape 1 : Regroupement des ateliers dans les ateliers Menuiserie

- Conception, plans, DPGF réalisés en interne,
- Consultation des entreprises de l'accord cadre en lien avec la DHA,
- Débarrassage des anciens locaux, tri et évacuations des vieux équipements,
- Suivi de la réalisation des travaux,
- Emménagement,
- Débarrassage complet des ateliers voués à la démolition.

Etape 2 : Désamiantage des locaux « ex Bosphore »

- Consultation d'un maître d'œuvre spécialisé en lien avec la DHA,
- Suivi des études et des procédures administratives,
- Consultation des entreprises en procédure adaptée en lien avec la DHA,
- Suivi de la réalisation des travaux.

Etapes 3 et 4 : Déplacement TSND Hébergement et TSND Hôpital de jour

- Conception, plans, DPGF réalisés en interne,
- Consultation des entreprises en procédure adaptée en lien avec la DHA,
- Suivi de la réalisation des travaux,
- Emménagement.

Etape 5 : Curage et désamiantage des bâtiments Clé de Sol et Ateliers

- Consultation d'un maître d'œuvre spécialisé en lien avec la DHA,
- Suivi des études et des procédures administratives,
- Consultation des entreprises en procédure adaptée en lien avec la DHA,
- Suivi de la réalisation des travaux.

Pilote identifié

Chargé d'études et de projets / Ingénieur études et projets

✓ Action

Rédaction du cahier des charges fonctionnel et technique de la phase 2 du programme immobilier ARTHEMIS.

L'objet est de répondre aux constats établis par le diagnostic patrimonial, mais aussi de décliner les ambitions du présent projet d'établissement et plus encore de penser le centre hospitalier pour les décennies à venir.

C'est également l'occasion de questionner les fonctionnements des services, unités, pôles, impactés lors des différentes phases du programme immobilier. Il va s'agir de systématiser une démarche de diagnostic fonctionnel et de constats pour envisager des améliorations. Les pistes de progrès identifiées pourront alors être intégrées au cahier des charges fonctionnel et technique du programme immobilier.

La méthodologie de projet est déclinée en 3 étapes :

A. Etape 1 - Le schéma directeur

B. Etape 2 - Le diagnostic de fonctionnement

C. Etape 3 - Le cahier des charges fonctionnel et technique

Etape 1 - Le schéma directeur

Le schéma directeur est un document d'orientations stratégiques qui synthétise l'organisation future du patrimoine immobilier et définit le cadre et les garde-fous, pour les 3 axes suivants :

- **Aspects architecturaux**

Il va s'agir d'assurer une cohérence des différentes constructions et rénovations en lien avec les potentialités du site du CH Saint Jean de Dieu (diagnostic patrimonial réalisé en 2015 par le Cabinet ARCHIPAT) et dans le respect d'un plan directeur du site et des orientations d'aménagements et d'orientations intégrées au PLUH.

- **Aspects fonctionnels**

Ce cadre met en avant les grandes lignes de l'organisation fonctionnelle future du CH Saint Jean de Dieu. Il garantit la cohérence d'ensemble de la conception des lieux à chacune des phases du programme immobilier, adaptés à une « psychiatrie moderne », dans le but d'améliorer les conditions de travail des soignants et les prises en charge des patients et en déclinaison du projet d'établissement. Il sera recherché des compétences architecturales spécialisées en psychiatrie. Les professionnels contribueront à la définition de cette nouvelle organisation fonctionnelle.

- **Aspects techniques, logistiques et financiers**

Il s'agit de la synthèse des objectifs techniques, logistiques et performantiels des futurs locaux : en terme de prestations architecturales intérieures, techniques, logistiques, de développement durable, d'exploitation et maintenance, etc. Ce thème rappellera également les contraintes budgétaires définies en lien avec l'ARS.

Etape 2 - Le diagnostic de fonctionnement

Pour tous les services et directions impactés par le programme immobilier, il s'agit de faire un audit de fonctionnement. Les objectifs sont :

- Etablir un état des lieux du fonctionnement :
 - Mettre en avant les liaisons fonctionnelles efficientes ou dysfonctionnantes au sein du service, entre des sous-entités ou entre des locaux, les (non) proximités, la pertinence des localisations, etc.
 - Appréciation du dimensionnement des locaux : en quantité, en qualité, en déficit ou excédent.
- Conclure sur les pistes d'améliorations, d'optimisations.

Etape 3 - Le cahier des charges fonctionnel et technique

Dans la continuité immédiate de l'étape 2, les objectifs de ce cahier des charges fonctionnel et technique sont de décliner les éléments développés préalablement afin de construire un cahier des charges pour le/les futur(s) architecte(s) et maîtres d'œuvre des différents projets. Il s'agira notamment de :

- Mettre en avant l'analyse des besoins des secteurs sanitaires : définition des entités fonctionnelles, quantification des surfaces de locaux nécessaires, mise en avant des liaisons fonctionnelles entre services et entre locaux, etc.
- Consolider les schémas théoriques de fonctionnements d'une unité de soins, et des services et directions en lien avec les unités de soins (Directions ressources).
- Définir les objectifs techniques et performantiels des futurs locaux : en termes de prestations architecturales, techniques, de développement durable, d'exploitation et maintenance, etc.

⑥ Action

Consultation des concepteurs / réalisateurs du projet ARTHEMIS

- Cette action est réalisée en étroite collaboration avec le service Marchés de la DHA depuis le lancement d'un avis d'appel public à la concurrence en passant par l'analyse des offres jusqu'à la mise au point et la notification du marché.

⑥ Action

Conception du projet ARTHEMIS

Il va s'agir de :

- Suivre l'équipe de conception dans la mise au point des documents graphiques ou descriptifs,
- Faire constituer et déposer un dossier de permis de construire,
- S'assurer que les documents produits, les équipements ou matériaux proposés continuent à répondre aux exigences du marché,
- S'assurer que les ajustements éventuellement proposés n'appauvrisse pas le projet au niveau de l'investissement ou à celui de son exploitation maintenance future,
- Suivre l'implantation des équipements et l'élaboration des fiches d'interface local par local,
- Identifier, valider les écarts éventuels par rapport à la phase de mise au point du marché, qui sera à incrémenter.

⑥ Action

Réalisation des travaux du projet ARTHEMIS

Il va s'agir du :

- Suivi de la bonne réalisation des études d'exécution et des visas,
- Suivi de la bonne exécution des travaux, en phase avec le marché et les études de conception : aux plans fonctionnel, technique, économique, planning et administratif.

⑥ Action

Livraison, emménagement et suivi de l'année de parfait achèvement du projet ARTHEMIS

Il va s'agir de :

- S'assurer de la bonne réalisation des opérations préalables à la réception (contrôles, essais...) pratiquées sous la forme d'un autocontrôle,
- Prononcer la réception et suivre la levée des réserves,
- Suivre l'année de parfait achèvement et la levée des réserves.

⑥ Pilote identifié

Directeur du patrimoine et de la sécurité / Ingénieur études et projets.

Poursuite de la rationalisation des implantations ambulatoires.

✓ Action

Apporter les solutions immobilières pour pérenniser l'implantation de nos structures extra-muros en préservant l'équilibre avec la couverture de notre territoire et en cohérence avec l'organisation des différents pôles.

Il s'agit en premier lieu d'être opportuniste et réactif au marché de l'immobilier afin d'identifier des implantations potentielles, de pouvoir les visiter pour valider le prospect avant de les proposer aux équipes soignantes.

Il s'en suivra la mise au point du bail en cas de location ou de l'acte authentique en cas d'achat.

En fonction de l'état des locaux, des travaux de rénovation, d'adaptation ou d'embellissement seront à faire en préalable à l'emménagement. Ces travaux seront soit suivis en maîtrise d'œuvre interne à la DPS, soit par externalisation à un maître d'œuvre tiers.

La liste des dispositifs identifiés sont les suivants :

- **Secteur G25** : Création d'un CSA sur un nouveau site à Oullins regroupant les activités du CESAP et du CMP actuellement en place sur Oullins, et en y ajoutant le nouveau dispositif « RECREA » en création
- **Secteur G26** : Relocalisation des dispositifs CMP/CATTP les bords du Gier à Givors, en vue de l'optimisation de fonctionnement actuellement sur 2 niveaux et compte tenu des problèmes d'insécurité récurrents

- **Secteur G26 et I11** : Libération du pavillon Jean Dechaume (I11) et du pavillon 4N (G26) en vue de la reconfiguration foncière de la zone par les HCL et transfert sur 1 voire 2 sites à déterminer
- **Secteur G27** : Déplacement du CSA actuellement sur le bâtiment en location « Le Métropole » à Vénissieux dans le bâtiment Dupic à Vénissieux où le CH est propriétaire depuis janvier 2022. Intégration avec le CSA du nouveau dispositif PEP
- **Secteur G27** : Création d'un hôpital de jour en continuité de la fermeture de l'unité Erasme
- **Secteur Géronto - psychiatrie** : Création d'un CSA, regroupant des activités de CMP et de CATTP
- **Secteur I11** : Mutualisation des dispositifs de Saint Symphorien sur Coise et de Saint Laurent de Chamousset
- **Secteur I11 et I12** : Déploiement du dispositif ados en crise, en phase d'essai sur le site du CTB à Vénissieux. Ce dispositif pourra être rapatrié intra-muros si l'implantation en extra à Vénissieux n'est pas concluante
- **I12** : Création d'un CSA
- **TED** : Regroupement des dispositifs intra et extra sur un même site, en anticipation et évolution de la phase 5 du programme immobilier ARTHEMIS

Axe 2

Accessibilité et sécurité

Finalisation de l'agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) à horizon 2024.

✓ Action

Décliner les travaux de mise à niveau obligatoires.

Ces travaux seront soit suivis en maîtrise d'œuvre interne à la DPS, soit par externalisation à un maître d'œuvre tiers.

Il s'agira pour chaque site de réaliser une déclaration préalable et de suivre sa validation par le service instructeur.

Finalisation de la déclinaison des actions du plan de sécurisation des établissements de santé (PSE).

Ces travaux seront soit suivis en maîtrise d'œuvre interne à la DPS, soit par externalisation à un maître d'œuvre tiers.

Il s'agira pour chaque site de réaliser une déclaration préalable et de suivre sa validation par le service instructeur.

Le plan de Sécurisation de l'établissement a été formalisé en 2017.

Il met en avant les dispositions mises en œuvre par l'hôpital pour les thématiques suivantes :

- Mesures de prévention
- Mesures de protection
- Dispositifs de détection intrusion

Les actions à poursuivre sont :

A court terme :

- la mise en place d'un badge unique d'authentification des professionnels permettant de limiter l'accès à des personnes non autorisées,
- la mise en œuvre d'un système de contrôle d'accès avec lecteurs de badges
- le contrôle des plaques d'immatriculation des véhicules pour l'entrée sur le site et le remplacement des barrières véhicules obsolètes à l'entrée du site, avec un repositionnement
- la mise en place d'un portillon piéton d'accès sur le site
- le renforcement et l'installation d'un contrôle d'accès des portes d'accès aux unités de soins et de certains locaux sensibles de l'unité
- le renforcement de la vidéo-surveillance

A moyen terme :

- Sécurisation du parking visiteurs
- Création d'un accès chantier / logistique rue de Surville

Axe 3

Développement durable

Mise en œuvre d'une démarche de développement durable pour la construction du nouveau bâtiment de 2 unités dans le cadre du projet ARTHÉMIS

Le programme immobilier va s'inscrire dans le cadre d'une démarche environnementale vertueuse.

Les actions à poursuivre sont :

- Anticiper l'évolution de la réglementation environnementale, notamment pour les objectifs liés à l'énergie et au bas carbone,
- S'inscrire dans une conduite de projet mettant en avant des objectifs environnementaux performants ambitieux et quantifiables.

La conception et la réalisation du programme immobilier sera certifié HQE Bâtiment durable (Certivea), niveau très performant.

L'action sera conduite avec l'assistance d'un AMO HQE, dont la mission démarrera au stade de l'élaboration du programme et se poursuivra tout le long du projet.

L'AMO HQE aura pour mission d'intégrer la démarche HQE dans le programme et d'assurer l'évaluation HQE de toutes les étapes de conception. Il assurera une évaluation des performances du bâtiment pendant deux ans après sa mise en service.

Evolution du système de production de chaleur et de froid sur le site intra-muros.

Actuellement le Centre Saint Jean de Dieu est alimenté en chauffage et eau chaude sanitaire par une chaufferie principale fonctionnant au gaz et alimentant les 14 sous-stations, anciennement « chaufferies » (la sous-station Chapelle étant hors service).

La chaleur est distribuée via un réseau de chaleur enterré en acier propre à l'hôpital et alimente des échangeurs dans chaque sous-station.

Le site dispose également de 6 chaudières fioul maintenues en fonctionnement dans certaines sous-stations.

Elles sont utilisées en appont du gaz de manière très ponctuelle et représentent moins de 5% des consommations d'énergie (gaz + fioul) du site.

L'objectif est de substituer la production d'énergie par la mise en place d'une production géothermique sur nappe d'environ 2000 kW chaud et froid avec 180 m³/h de débit nappe.

La production de chaleur géothermique alimentera en base le réseau de chaleur existant du site alimenté actuellement par une chaufferie gaz qui sera conservée en appont. Des travaux d'optimisations des sous-stations seront réalisés afin d'abaisser les régimes de température de fonctionnement du réseau de chaleur.

La production de froid géothermique alimentera un réseau de froid à créer sur le site. Actuellement, le site est peu rafraîchi mais dans le cadre des restructurations des unités de soins, le froid sera déployé. Un réseau d'eau glacé d'environ 700 ml avec 7 sous-stations sera mis en œuvre.

La poursuite de ce projet est conditionnée à la validation du dossier et du montant de la subvention octroyée par l'ADEME (réponse attendue pour octobre 2022).

Il s'en suivra la désignation d'un AMO permettant la définition et l'écriture du cahier des charges de marché global de performance (MGP).

La consultation, l'analyse des offres, la mise au point du MGP sera réalisée en lien avec la DHA et l'AMO.

Il s'en suivra dès la notification du marché, la préparation des dossiers administratifs d'autorisation de pompage et rejet dans la nappe, les autorisations d'urbanisme, puis les études et les travaux.

A l'issue de la réception, un suivi sera réalisé quant à l'atteinte des objectifs.

Rénovation thermique des bâtiments non concernés par le programme immobilier en déclinaison des actions du Bilan d'émission de gaz à effet de serre (BEGES) 2019-2024 et en application du décret Tertiaire.

Depuis 2021, l'Etat demande aux propriétaires, gestionnaires ou locataires de bâtiments supérieurs à 1 000 m² d'améliorer la performance énergétique de leurs bâtiments via le décret éco-énergie tertiaire. Ce décret, qui s'applique à la Fondation ARHM en tant qu'exploitant et propriétaire de plusieurs sites, consiste à référencer les consommations d'énergies (électricité, gaz, fioul...) de chaque site et de s'engager pour chacun d'eux à réduire ses consommations selon 3 échéances :

- -40 % avant 2023
- -50% avant 2040
- -60% avant 2050

Les actions à poursuivre sont :

Dans un premier temps il s'agit de référencer l'ensemble des sites extramuros concernés par ce décret.

Pour tous ces sites, il est nécessaire de collecter l'ensemble des factures d'énergie des 10 dernières années afin de déterminer une « année de référence », soit l'année où les consommations ont été le plus importantes.

Enfin, les consommations de l'année de référence et des 2 dernières années vont être répertoriées sur une plateforme internet dédiée.

Dans le contexte de crise énergétique actuel, le prix de l'énergie va considérablement augmenter ces prochaines années et il est envisagé une multiplication du prix du kWh par 3, voire 5 en 2023 par rapport à 2021.

Afin de répondre à ces enjeux, il est impératif de travailler sur 3 axes :

- **Efficacité** : les équipes de maintenance et entretien de la DPS travaillent au quotidien pour optimiser la régulation et le fonctionnement des systèmes de chauffage, d'eau chaude sanitaire, de ventilation et d'éclairage.

Des travaux d'entretien maintenance sont également prévus pour améliorer le calorifugeage de nos installations, le remplacement des éclairages existants par des pavés LED, la mise en œuvre de système de comptage permettant de détecter les anomalies...

- **Investissement** : afin de répondre aux objectifs du décret tertiaire et baisser les consommations d'énergie des principaux sites de la Fondation, plusieurs campagnes de travaux devront être programmées ces prochaines années. Pour ce faire, des audits énergétiques seront réalisés afin de connaître l'état des bâtiments et savoir comment optimiser leur isolation.

Des réflexions plus globales seront menées sur la stratégie à conduire au cas par cas : démolition des bâtiments « passoires thermiques », reconstruction de bâtiments neufs plus vertueux...

Des études seront également menées sur l'utilisation d'énergies renouvelables.

- **Sobriété** : Il s'agit de l'affaire de tous ! En effet, chacun doit agir au quotidien pour réduire ses besoins dans le cadre de son activité professionnelle. Un plan de communication des actions simples va être diffusé au sein de la Fondation ARHM : écogestes du quotidien, ambassadeurs sobriété, boîte à idée....

Axe 4

Management de la qualité et gestion des risques

Rénovation et extension de la cuisine centrale

Les éléments de contexte sont les suivants :

- La cuisine centrale de l'hôpital a 30 ans
- 28 professionnels y travaillent,
- Il est fabriqué 2000 repas par jour pour 54 points de livraisons en intra et extra-hospitalier, au service de la petite enfance, aux personnes âgées, aux personnes hospitalisées à plein temps ou en soins de jour et au service du personnel de la fondation

Le projet répond à 4 enjeux :

- Mise aux normes des locaux
- Agrandissement des zones de stockage et de préparations, de l'ordre de 200 m²
- Optimisation des conditions de travail avec de nouveaux espaces
- Intégration de projets : tri sélectif des déchets

Les actions à poursuivre en lien avec la DHA sont :

- Consulter et désigner le maître d'œuvre
- Faire valider le projet à la ville de Lyon
- Concevoir un projet qui garantisse une continuité de service
- Déposer un permis de construire
- Consulter en entreprise générale
- Faire les travaux avec co-activité

Mise en place de standards immobiliers et techniques (issus du projet de rénovation immobilière).

Les typologies de travaux programmés dans le PPI sont les suivants :

- Rénovation du SSI
- Installation des lignes de vie en toitures et sécurisation des accès terrasses
- Rénovations ponctuelles d'étanchéités et de couvertures tuiles, de façades
- Installations techniques :
 - Passage en 400 V triphasé dans l'aile Nord de l'hôpital et suppression du poste transfo St Louis
 - Relamping intérieur : passage en pavés led
 - Relamping extérieur : compléments et remplacement des ampoules
 - Rénovation de 4 ascenseurs
 - Rénovation de la distribution EF
 - Rénovation des distributions EC/EG / ponctuellement des ventilo-convection
- Reconfiguration de services de l'administration suivant évolutions fonctionnelles
- Rénovation et rafraîchissement des unités intra et extra suivant expressions annuelles des besoins des différents dispositifs

Mise en place d'une gestion de maintenance assistée par ordinateur, accompagnée d'une codification des locaux.

Les besoins et objectifs liés à la mise en place du logiciel de GMAO (Mainti4) sont les suivants :

- Avoir une liste exhaustive du patrimoine à maintenir
- Traçabilité des interventions
- Saisie des interventions par les techniciens
- Faciliter l'historique des équipements
- Déployer le plan de maintenance, préventif, réglementaires...
- Gestion des demandes et leur suivi
- Archiver les données techniques liées à un patrimoine

Les actions à poursuivre en lien avec la DSI sont :

- La nouvelle répartition des rôles de l'équipe projet : DPS, DSI, Editeur
- Expliquer la création des utilisateurs depuis la migration sur les serveurs ARHM
- Le déploiement chez des utilisateurs tests
- Les équipements et la formation des intervenants terrain (inclus la conduite du changement)
- Le déploiement des étiquettes sur le patrimoine
- La finalisation du patrimoine
- Définitions des processus internes (ex : modification des locaux implique mise à jour du patrimoine)
- La formation des utilisateurs finaux à création d'une demande

4. ACHATS ET HOTELLERIE

PERSPECTIVES 2022-2027

Axe 1

Adaptation des prestations de service dans chacun des domaines de la DHA

- Création d'un guide de fonctionnement simplifié de la DHA à destination des unités de soins afin de recenser l'ensemble des process
 - Action menée par le directeur des achats et de l'hôtellerie en lien avec l'ensemble des services de la DHA - Finalisation du guide au 1^{er} trimestre 2022
- Mise en place de réunions transversales avec les unités de soins afin de pouvoir adapter les organisations en matière de restauration en fonction des besoins identifiés. Pilote : responsable du service restauration. Contributeurs : diététiciennes. Indicateurs de suivi : CLAN. Action continue
- Projet de mise en place d'une nouvelle offre de services au restaurant du personnel, à destination des salariés de l'établissement (vente à emporter). Pilote : responsable du service restauration / directeur des achats et de l'hôtellerie. Indicateurs de suivi : nombre de repas emportés. Projet 2022-2024

Axe 2

Accompagnement et soutien des projets

- Accompagnement & conseil des directions ressources dans le montage réglementaire des projets. Pilotage : responsable du service gestion économique et marchés. Action continue
- Accompagnement à la prise en compte des besoins logistiques dans la conception & l'organisation des espaces et des fonctionnements dans le cadre des opérations de travaux. Pilotage : responsable des services logistiques. Contributeurs : responsable du service restauration / responsable des services hôteliers. Action continue
- Conseil & achats d'investissements. Pilotage : directeur des achats et de l'hôtellerie. Contributeurs : responsable du service gestion économique et marchés / responsable des services logistiques. Action continue

Axe 3

Communication, outils et méthodes

- Favoriser la mise en place d'une communication transversale en renforçant le travail collaboratif en amont. Pilotage commun DHA. Action continue
- Projet de montée de version de l'ERP SAP. Pilotage DHA/DSI. Audit en cours de réalisation. Action 2022-2026
- Projet de déploiement d'un outil de dématérialisation des factures. Pilotage DHA/DAF. Action 2023-2024
- Projet de montée de version de l'outil du service restauration, Datameal (gestion des effectifs de patients et de la production). Pilotage : responsable du service restauration. Contributeurs : DSI. Indicateurs : mise en production nouvelle version. Action 2021-2022

Axe 4

Adaptation des organisations logistiques

- Poursuite de la mise en place des magasins de la DHA sur le bâtiment logistique. Pilotage : responsable des services logistiques. Action 2021-2022
- Organisation de l'optimisation des stocks (SAP). Pilotage : responsable des services logistiques. Action 2021-2024
- Projet d'extension et réhabilitation des espaces de la cuisine centrale afin de répondre aux exigences réglementaires. Pilotage : directeur des achats et de l'hôtellerie. Contributeurs : responsable et équipes du service restauration / ingénieur études et projets (DPS) / service Marchés. Action 2021-2025

Axe 5

Optimisation et consolidation des organisations

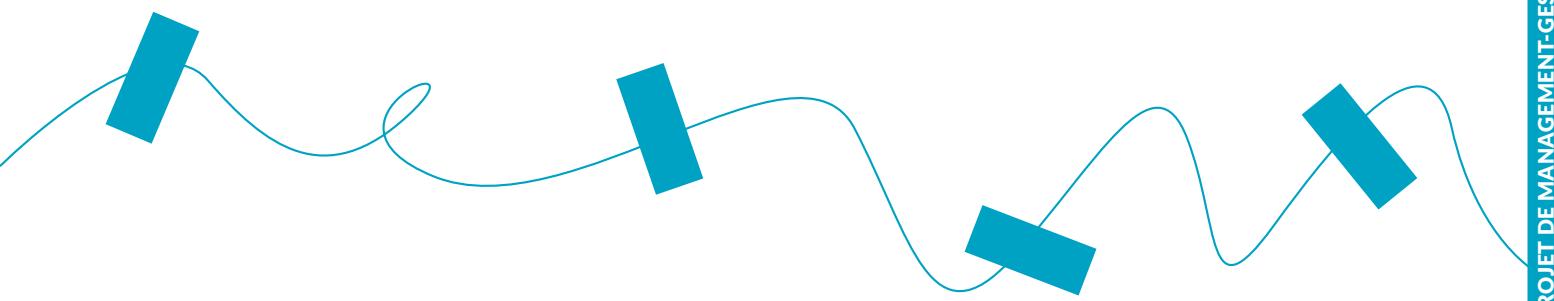
- Adaptation de l'organisation du service marchés afin d'être en capacité de suivre le lancement du programme immobilier. Pilotage : responsable du service gestion économique et marchés. Action 2022 + action continue
- Renforcement du suivi budgétaire des projets. Pilotage : responsable du service gestion économique et marchés en lien avec les directions ressources. Action 2022 + Action continue
- Fonction Achat. Pilotage : responsable du service gestion économique et marchés. Action continue
 - Poursuite de la structuration du service gestion économique
 - Adaptation des organisations à la mise en place d'un outil de dématérialisation des factures
- Poursuite de l'extension de l'externalisation ASH au sein des unités de soins de psychiatrie adulte. Pilotage : directeur des achats et de l'hôtellerie. Action 2023-2025

Axe 6

Responsabilité sociétale & développement durable

- Intégration systématique, dans la mesure où cela est compatible à l'objet de la consultation, de clauses de développement durable à l'ensemble des procédures de marchés lancées par l'établissement. Pilotage : responsable du service gestion économique et marchés. Action continue
- Projet de mise en place d'un tri sélectif sur les sites extra-hospitaliers de l'établissement. Pilotage : responsable des services hôteliers. Action initiée en 2021 + déploiement sur l'ensemble des sites entre 2022 et 2026
- Projet de mise en place d'un tri sélectif et d'un process de valorisation des déchets alimentaires au sein du service restauration. Pilotage : responsable du service restauration. Action cuisine centrale et restaurant du personnel 2022
- Poursuite du renouvellement du parc de véhicules de l'établissement. Pilotage : directeur des achats et de l'hôtellerie. Action 2023-2025

5. SYSTÈME D'INFORMATION



Contexte

Le système d'information hospitalier (SIH) a vu son importance s'accroître au cours des années précédentes, pour devenir une composante essentielle de la politique d'amélioration de la qualité des soins. Etroitement lié au fonctionnement de l'établissement, le SIH doit en permanence être aligné avec les axes stratégiques du projet d'établissement, et s'adapter au contexte sanitaire, aux directives gouvernementales, ainsi qu'à la stratégie régionale de l'offre de soins.

Ainsi, guidé d'une part par les feuilles de route globales - comme la stratégie e-santé du Ministère de la santé ou les programmes Hôpital Numérique et Hop'En -, et d'autre part par les nouveaux besoins des métiers, le SIH du CH Saint Jean de Dieu poursuit sa mutation.

Le SIH doit également prendre en considération les nouveaux usages de l'outil informatique tout en ajustant sans cesse son niveau de sécurité pour limiter les risques d'intrusion ou de fuite de données face à la recrudescence des cyber-menaces.

Enfin, parce que la convergence des attentes du sanitaire et du médico-social fait partie intégrante des enjeux de la Fondation ARHM, le SIH a un périmètre global par nature, et ses évolutions bénéficient à tous.

Axe 1

Mettre en place une gouvernance du système d'information

L'essence même du système d'information est d'être au service des utilisateurs, d'être un facilitateur de processus métier permettant d'optimiser la qualité des soins, au bénéfice du patient. L'organisation interne de la DSI a été adaptée en ce sens, des outils ont été mis en place pour faciliter la mise en œuvre de projets.

Il convient de bâtir une organisation décisionnelle permettant, au regard du portefeuille de projets SI, de définir les calendriers de réalisation prenant en considération les contraintes réglementaires, financières, organisationnelles et environnementales.

Axe 2

Accompagner et soutenir les projets métiers

La DSI a pour mission d'apporter des outils d'amélioration des processus métier, avec plusieurs objectifs selon la nature du projet :

- Soit augmenter le temps productif aux acteurs du processus,
- Soit sécuriser le processus, notamment en lui apportant de la traçabilité,
- Soit permettre le partage des données du processus, et donc d'en améliorer sa maîtrise par tous ses acteurs.

La mise en œuvre d'un outil informatique s'accompagne d'une démarche projet, démarrant d'une expression de besoins formalisée et d'une définition complète des rôles et des acteurs impliqués dans le projet, sans oublier la gestion des risques inhérente à tout projet quel qu'il soit. La DSI, dans son rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage, a pour mission d'aider le porteur du projet dans cette démarche.

Ainsi, la mise en œuvre effective des projets métier identifiés à ce jour dépendra de la capacité des porteurs de projet à mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation du projet, et à la capacité projet de la DSI pour les accompagner. Sans exclure la possibilité de faire appel à de la prestation externe.

Parmi les projets métier identifiés au portefeuille, on peut citer (liste non exhaustive) :

- La mutation complète du dossier patient informatisé,
- Les évolutions du SI financier (comptabilité / analyse financière),
- Les évolutions des outils du SIRH (ressources humaines),
- La mise en place d'un système de management des données métier visant à guider les décisions de gestion (« Business Intelligence ») au niveau Fondation,
- La mise en place d'une gestion de l'information, au sens large, ceci incluant la communication et la documentation,
- Le développement de la communication des professionnels hospitaliers avec la médecine de ville, grâce aux piliers du programme e-santé du gouvernement : la messagerie sécurisée et le DMP,
- La refonte de l'intranet de la Fondation,
- La gestion informatisée des transports sanitaires de l'hôpital,
- La dématérialisation des factures fournisseurs.

Axe 3

Offrir de nouveaux services

Les besoins des utilisateurs ont évolué. La DSI doit s'adapter en conséquence. La crise sanitaire de 2020 a notamment été un accélérateur des besoins de mobilité, de communication et de travail collaboratif reposant sur les outils informatiques.

La DSI a pris en considération ces nouveaux besoins, et va développer les possibilités de travail et de formation à distance :

- Augmentation des performances réseau des sites extra-hospitaliers (cf Axe « Consolider l'infrastructure »),
- Mise à disposition de matériel adapté,
- Développement de solutions techniques pour le travail en mobilité.

La DSI va poursuivre les actions déjà démarrées depuis quelques années : remplacement des PC et écrans du parc (environ 1.500 au total en 2021), fourniture de PC portables et de smartphones, déploiement de bornes wifi sécurisées... Puis chaque année, des phases de remplacement des machines seront effectuées.

Pour le corps médical, ces évolutions vont permettre l'essor de la téléconsultation, projet qui devra être mené de façon globale avec les professionnels, et dans les conditions de sécurité idoines.

Pour l'ensemble des utilisateurs, elles vont permettre de développer de nouvelles offres de service :

- La formation en distanciel, les classes virtuelles et l'e-learning, pour maintenir le niveau de connaissances métier au plus grand nombre,
- Le télétravail, pour les métiers compatibles,
- La visio-conférence,
- Le « Cloud » privé et sécurisé, avec possibilité d'ouverture vers l'extérieur.

Le service de reconnaissance vocale pour les médecins, projet démarré en 2018 et validé en 2020, va être progressivement déployé au sein de l'établissement, dans un objectif d'optimisation de temps médical, et d'augmentation de pertinence de saisie de données dans le dossier patient.

Le service de téléphonie va offrir de nouvelles perspectives fonctionnelles. Celles-ci pourront être mise en œuvre dans les secrétariats, en collaboration avec les secrétaires et assistants de chefferie.

Enfin, des services numériques aux patients pourront être développés, dans le cadre de projets médicaux ou d'accompagnement, en collaboration étroite avec des référents soignants.

Axe 4

Fluidifier la relation avec les utilisateurs

Développer une offre de services est une chose, permettre aux utilisateurs de l'exploiter de façon optimale en est une autre. Ainsi, le service d'assistance aux utilisateurs de la DSI se retrouve au cœur de l'évolution des systèmes. Il convient donc de définir une trajectoire d'évolution de l'assistance, et la mettre en œuvre.

L'objectif est de rendre les échanges avec les utilisateurs plus efficaces. Néanmoins, il est indispensable que chacun puisse être autonome devant les outils informatiques. L'assistance ne peut pas se substituer aux utilisateurs, face aux défis qui s'annoncent dans le domaine digital.

La DSI s'attachera donc à mettre en œuvre des outils, des processus, une organisation, pour améliorer « l'expérience utilisateurs » (la facilité d'utilisation de l'informatique) et la « relation clients » (la capacité à répondre aux demandes), en s'inscrivant dans une démarche qualité.

Axe 5

Consolider l'infrastructure

Les composants d'infrastructure (réseau local, équipements télécom, plateforme serveur) représentent les fondations sur lesquelles repose tout le système. Les performances et la sécurité des systèmes, des logiciels, et des postes de travail dépendent totalement de la qualité de l'infrastructure. Les réseaux informatiques, notamment, sont aujourd'hui un composant critique, il convient de les renforcer tant en termes de performance que de disponibilité.

Tout en gardant comme principe que l'infrastructure doit être transparente pour l'utilisateur final, et au service de celui-ci.

Ainsi, des évolutions majeures sont prévues sur la période :

- Depuis janvier 2021, tous les sites interconnectés sont en cours de basculement vers un nouvel opérateur télécom, offrant la fiabilité et la performance de la fibre optique, ainsi que la disponibilité grâce à une ligne de secours. L'objectif est de limiter au maximum les coupures de connexion des sites extra-hospitaliers tout en offrant la possibilité de développer de nouveaux services nécessitant un débit réseau plus élevé.
- De 2021 à 2023, tous les sites extra-hospitaliers et médico-sociaux basculeront progressivement vers une solution de téléphonie IP – convergence de la téléphonie et de l'informatique, offrant de nouveaux services, et une plus grande souplesse de gestion.
- En 2023, la plateforme serveur / sauvegarde ainsi que le cœur de réseau informatique de Saint Jean de Dieu seront changés. Ce projet, visant à améliorer les performances et la sécurité, fera l'objet d'un marché.
- En 2023, les composants techniques de sécurité Internet vont être changés.

Chaque année, des améliorations techniques seront implémentées pour faire face aux évolutions technologiques, aux risques cyber, et aux contraintes opérationnelles.

Axe 6

Réduire les vulnérabilités

Devant la recrudescence de la cybercriminalité, et pour se prémunir des menaces, il est indispensable de renforcer la sécurité du système d'information, tout en faisant en sorte qu'elle ne soit pas une contrainte pour les utilisateurs.

Le plan sécurité issu de la gestion des risques SI et de la politique de sécurité du SI est mis régulièrement à jour, et les mesures qui en découlent seront mises régulièrement en place.

Ces mesures répondront à 4 grands principes :

- Prévenir les menaces, en renforçant l'étanchéité du système,
- Détecter les menaces, en améliorant les systèmes d'analyse,
- Agir et corriger les attaques, avec des outils spécialisés sachant isoler les systèmes infectés,
- Assurer la résilience, en mettant en place des plans de continuité d'activité sur les processus aujourd'hui informatisés (en clair, comment poursuivre l'activité sans informatique).

Les données gérées dans le système d'information doivent n'être accessibles qu'aux personnes ayant le droit d'y accéder, et seulement à celles-là. Pour cela, seront implantées des mesures indispensables comme la connexion des systèmes d'authentification des applications à l'annuaire central, la définition d'une stratégie de mot de passe, mais également la limitation progressive de l'utilisation des comptes génériques.

Ces mesures s'accompagneront de la mise en place de sessions de sensibilisation des utilisateurs : la sécurité informatique demeure l'affaire de tous, et pas seulement de la DSI.

Axe 7

Maintenir le système en conditions opérationnelles

Il s'agit ici « d'exploitation » des systèmes. Cette partie, invisible aux yeux des utilisateurs, est une composante essentielle de la qualité de l'offre technique de la DSI. Elle repose principalement sur la capacité humaine à interpréter et gérer les alertes et dysfonctionnements sur tous les composants du SI : sur le réseau, les serveurs, la messagerie, la téléphonie, le système de sauvegarde, etc., et à maintenir ceux-ci à jour, tant d'un point de vue matériel que logiciel.

L'exploitation doit être optimisée par des outils, mais également par des processus de gestion, dont l'objectif final est de faire en sorte que « tout fonctionne ».

6. QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Contexte / Introduction

Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu est engagé depuis les années 2000 dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 vient renforcer les exigences à atteindre en matière de qualité et de sécurité des soins qui incombe à tous les établissements de santé.

Cette loi confie à la conférence médicale d'établissement un rôle moteur dans la gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins.

La circulaire d'application du 18/11/2011 vient préciser l'organisation :

« La définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins relève de la décision du représentant légal, en concertation avec la conférence médicale d'établissement. Cette politique est un acte majeur en termes de management. La conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. »

La politique qualité s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue, structurée à partir des résultats de la certification, de la gestion des événements indésirables et graves, des contributions de la commission des usagers, des bilans des actions conduites dans le cadre des plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) précédents.

La politique qualité du CH Saint Jean de Dieu est une composante du projet managérial de l'établissement. Elle est cohérente avec les différents projets, notamment le projet de prise en charge du patient.

Une politique qualité structurée en 4 axes :

- Promouvoir une culture qualité et sécurité des soins fondée sur une gouvernance et un management consolidés.
- Intégrer la démarche qualité et sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients.
- Maîtriser les risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques.
- Positionner l'usager comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins.

Axe 1

Promouvoir une culture qualité et sécurité des soins fondée sur une gouvernance et un management consolidés

L'établissement élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La direction et la CME co-pilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. Les représentants des usagers sont associés à cette élaboration.

Objectif 1

Renforcer et déployer une gouvernance de la démarche qualité et sécurité des soins

La direction, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRM), sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement.

La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain.

Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions.

Indicateurs

Participation de la gouvernance au COPIL QGDR (taux de participation)

Nombre de réunions (COM strat / CME / CS-SIR-CSS) dans lesquelles un point qualité est réalisé sur le nombre de réunions annuelles

Objectif 2

Optimiser les outils de pilotage et les moyens (PAQSS, tableau de bord, suivi d'indicateurs)

L'évolution de la qualité-gestion des risques amène les établissements de santé à passer d'une culture de moyens à une culture de résultats. Cette transition s'appuie sur le suivi d'indicateurs. Ceux-ci ayant vu leur nombre croître depuis quelques années, leur suivi doit être rigoureux et leur pertinence réévaluée régulièrement.

Pour améliorer ce suivi et l'analyse, l'objectif est d'optimiser le suivi des indicateurs en les centralisant dans un tableau de bord unique, tout en assurant une interface avec le PAQSS.

Le plan d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) est l'outil de référence du pilotage institutionnel de la qualité et gestion des risques.

Les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) : outils de mesure de l'efficacité de certaines organisations et pratiques professionnelles, les modalités et le calendrier de recueil de ces indicateurs sont à ce jour fixés par la Haute Autorité de Santé. L'établissement répond à cette obligation. L'objectif sera la mise en œuvre et le suivi du plan d'actions par les pôles.

Indicateurs

Existence d'un PAQSS (Oui / Non), d'un tableau de bord d'indicateurs (Oui / Non), contrats de pôles (Oui / Non)

🎯 Objectif 3

Engagement dans la démarche de certification

La visite de certification constitue l'une des étapes de la démarche qualité dans les établissements de santé.

Cependant, la démarche de certification ne s'arrêtant pas à la visite des experts et à la réception du rapport, il est nécessaire de maintenir une dynamique.

Pour cela, il faut suivre les résultats de la visite de certification et les plans d'action qui en découlent.

Par ailleurs, la procédure de certification est en constante évolution depuis les années 2000. La dernière itération, prévoit de passer d'une culture de moyens à une culture du résultat, en prenant mieux en compte les résultats de la prise en charge (renforcement du travail en équipe, patients traceurs, parcours traceurs, indicateurs).

Cette nouvelle démarche se veut plus proche du terrain et du cœur de métier.

Il convient pour les professionnels de s'approprier les démarches d'évaluation de la HAS.

📊 Indicateurs

Réalisation d'une autoévaluation annuelle (Oui / Non)

Nombre de patients traceurs, parcours traceurs par pôle

Nombre de professionnels formés par le service qualité sur les patients traceurs, parcours traceurs et observations

Atteinte des objectifs fixés

Axe 2

Intégrer la démarche qualité et sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients.

⌚ Objectif 1

Accompagner le management et les équipes pour une mise en œuvre efficace

Pour renforcer la mobilisation des professionnels autour de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques, il est indispensable avant toute chose de leur permettre d'améliorer leurs connaissances des enjeux, des contextes, de leurs évolutions, des orientations stratégiques et enfin l'organisation sur laquelle ils peuvent s'appuyer.

Pour cela, des formations externes ont eu lieu auprès du top management pour les sensibiliser et les former à la nouvelle procédure de certification.

Les professionnels s'appuient sur l'expertise du service qualité-gestion des risques pour l'appropriation des méthodes, la construction et le suivi des projets. Le service qualité intervient auprès des pilotes et/ou directement dans les groupes de travail. Il organise des formations internes et produit des outils d'aide aux professionnels. Il communique régulièrement auprès des équipes sur les projets, les résultats et diverses thématiques.

Les objectifs sont alors :

- De développer les interventions / formations pour les encadrants et les professionnels des services afin de leur présenter enjeux, orientations et organisations ;
- De rendre pérenne cette connaissance auprès des nouveaux arrivants ;
- De développer des temps forts qualité-gestion des risques, notamment en poursuivant la participation à des manifestations nationales (ex : semaine sécurité des patients, hygiène des mains...).

📊 Indicateurs

Nombre d'interventions dans les pôles

Nombre de rencontres avec les chefferies

Nombre d'interventions dans les instances

⌚ Objectif 2

Prendre en compte et suivre des indicateurs et des plans d'actions par pôle

Comme pour tout système de management, il est impératif d'être en mesure de s'assurer que les objectifs fixés sont atteints et que les actions mises en œuvre pour atteindre ces objectifs sont pertinentes. L'évaluation systémique s'appuie alors sur un tableau de bord regroupant une sélection d'indicateurs représentatifs.

Actuellement, des indicateurs de pilotage de la démarche qualité-gestion des risques sont identifiés mais leur pertinence et leur centralisation restent à améliorer. C'est pourquoi, pour mieux évaluer le système de management de la qualité-gestion des risques, les objectifs sont de :

- Réévaluer la pertinence des indicateurs internes sélectionnés, voire d'en identifier de nouveaux (ex. : taux de retour des questionnaires de satisfaction par pôle) ;
- Centraliser ces indicateurs dans un tableau de bord de gestion ;
- Suivre le tableau de bord et le plan d'actions par pôle.

📊 Indicateur

Présence d'un tableau de bord d'indicateurs par pôle, actions menées par les pôles suite à ces indicateurs

Axe 3

Maîtriser les risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques

⌚ Objectif 1

Promouvoir une culture du signalement et de traitement des événements indésirables associés aux soins (analyses approfondies, CREX...)

Appropriation par les pôles à travers la mise en place de comités de retour d'expérience (CREX)

- Chaque pôle fixe la fréquence de son CREX
- Appui du service qualité

📊 Indicateurs

Nombre de CREX réalisés par pôle

Nombre de traceurs ciblés EIG réalisés

⌚ Objectif 2

Gestion des situations de crise

Le plan blanc est un plan d'urgence adapté aux établissements et qui relève de la responsabilité du directeur.

Il permet la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.

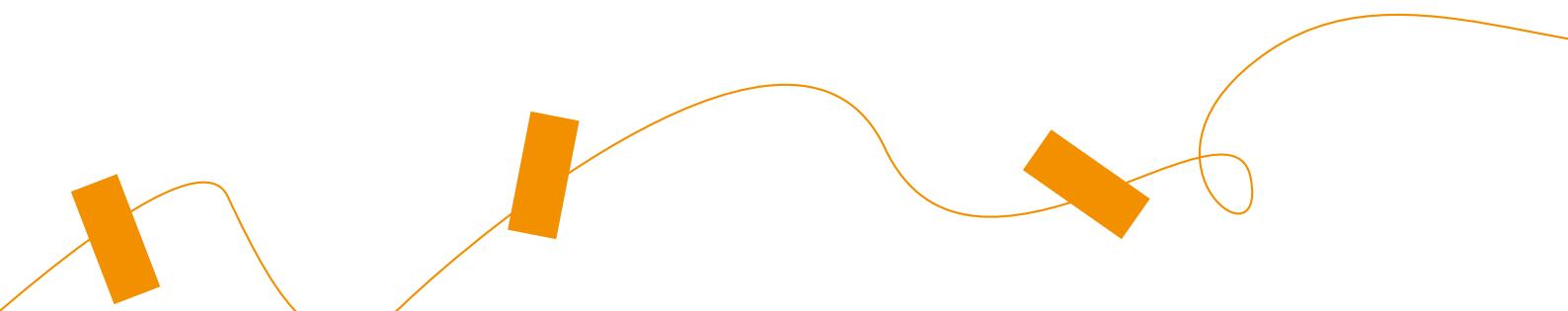
La gestion des situations de crise implique la mise à jour régulière du plan blanc. Il a pour objectif de faciliter le travail dans un contexte de crise.

Ce document est l'aboutissement d'un travail impliquant les différents acteurs pouvant être concernés dans la mise en place de ce plan.

📊 Indicateur

Nombre d'exercices de simulation de crise

Mise à jour du plan blanc (ORSAN)



Axe 4

Positionner l'usager comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins (développer l'expérience patient)

Le recueil et l'expression du point de vue du patient participent à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et contribuent à rendre le patient acteur de ses soins.

Objectif 1

Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement

L'hôpital Saint Jean de Dieu s'emploie depuis plusieurs années à favoriser l'implication des usagers et de leurs représentants dans la stratégie de l'établissement et ses déclinaisons opérationnelles dans le but de répondre toujours mieux à leurs besoins et attentes.

L'objectif est de poursuivre cette implication et de l'étendre à d'autres thématiques.

Indicateurs

Participation d'un représentant des usagers au COPIL QDGR

Participation de la responsable QGDR à la CDU

Mise en place des PREMS/ PROMS

Objectif 2

Faciliter l'expression de l'usager, améliorer le dispositif de recueil de la satisfaction

Le recueil de la satisfaction des usagers est un élément important à prendre en considération dans la démarche qualité. La mesure de la satisfaction des patients dans leur prise en charge, aide les organisations et les professionnels de santé à s'améliorer sur les dimensions d'expérience (communication, réactivité, prise en charge de la douleur...) et à engager les équipes dans des démarches qui améliorent l'expérience patient.

Indicateurs

Taux de retour des questionnaires de satisfaction

Mise en place d'un questionnaire sur l'extra et à destination des enfants

Nombre d'enquêtes ciblées

7. ARCHIVES



Contexte

Le service archives a développé son activité depuis plus d'une dizaine d'années en se concentrant principalement sur la mise en application de la politique d'archivage du dossier patient papier.

Aujourd'hui, il est essentiel que la politique d'archivage intègre non seulement l'ensemble des documents d'activité mais prenne également en considération l'évolution des pratiques métier et l'enjeu de la dématérialisation dans la production et la conservation de ces derniers.

Axe 1

Structurer une politique d'archivage unique dossiers patients et documents d'activité administratifs

■ Politique d'archivage dossier patient

Elimination des dossiers patients

Afin d'appliquer complètement la politique d'archivage des dossiers patients définie par le CH Saint Jean de Dieu, il conviendra de mettre en œuvre et de systématiser l'élimination des dossiers patients papier et informatiques en respectant les délais de conservation des dossiers patients définis par l'établissement, à savoir ceux du Code de la Santé Publique (article 1112-7 CSP). Pour cela, il sera nécessaire également de respecter la procédure d'élimination d'archives publiques pour les dossiers patients, en raison du statut d'ESPIC du Centre hospitalier Saint Jean de Dieu.

■ Evaluation du circuit d'archivage du dossier patient

La mise en place d'indicateurs et une évaluation régulière du circuit d'archivage est un objectif du service archives. Cela permettra de faire évoluer le circuit d'archivage et de le rendre plus efficient. Plusieurs thématiques ont déjà été identifiées :

- Les dossiers non versés lors de la procédure de versement
- La réactivation des dossiers par structure
- Le circuit de demande de dossiers au service archives :
 - Le passage par la chefferie pour l'extra-hospitalier
 - L'accès à Cariatides
 - La transmission des dossiers archivés d'autres structures vers une autre lorsqu'elles prennent nouvellement le patient en charge

Liens avec d'autres axes du PE

Prise en charge : Dossier patient

■ Politique d'archivage des documents d'activité

La politique d'archivage doit également intégrer tous les autres documents d'activité de la Fondation. Pour cela, le service archives devra accompagner l'ensemble des services dans la définition de règles de gestion des documents d'activité, ainsi que structurer une offre de service adaptée (en terme de stockage, classement, indexation, procédures de gestion du cycle de vie des documents...).

Pour cela une des actions prioritaires identifiée est l'acquisition d'un logiciel métier.

L'objectif final étant de mettre en œuvre un circuit d'archivage efficient.

Axe 2

Accompagner la dématérialisation des processus métier

La politique d'archivage devra intégrer de plus en plus la dimension dématérialisée des documents produits car c'est un enjeu essentiel pour la Fondation mais cela devient également un jeu règlementaire et normatif pour beaucoup de directions support et de services administratifs.

Peuvent être cités entre autres :

- Le dossier patient informatisé
- L'informatisation du dossier du salarié
- La dématérialisation des factures fournisseurs
- Registre de la loi

Le service archives devra être intégré à ces projets afin d'accompagner les services en termes de méthodologie projet afin de penser à intégrer la question de la conservation des données et de la valeur des documents produits.

Les archives départementales du Rhône ont par ailleurs préconisé en 2021 la mise en œuvre d'un audit sur le processus de production du dossier patient. Il sera opportun d'étendre cette démarche d'audit à un ou plusieurs processus métiers en fonction des priorités définies par la Fondation.

Liens avec d'autres axes du PE

Prise en charge : Dossier patient

DSI

Perspectives

Le développement d'une politique d'archivage globale (dossiers patients/documents d'activité administratifs) contribuera au projet institutionnel sur la mise en place d'une gestion de l'information et le service archives devra être un service ressource dans cette réflexion.

Glossaire

ADEME : agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

AIG : activité d'intérêt général

AMO : assistance à maîtrise d'ouvrage

ARHM : action recherche handicap et santé mentale

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ASH : agent de service hospitalier

AT : accident du travail

ATIS : action thérapeutique contre l'isolement et le suicide

BEGES : bilan d'émission de gaz à effet de serre

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAF : capacité d'auto-financement

CAPC : centre d'accueil psychothérapeutique de crise

CATTP : centre d'action thérapeutique à temps partiel

CCUE : convention collective unique étendue

CDU : commission des usagers

CESAR : centre d'évaluation et de soins ambulatoires de réhabilitation

CH : centre hospitalier

CJC : consultation jeunes consommateurs

CLACT : contrat local d'amélioration des conditions de travail

CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition

CME : commission médicale d'établissement

CMP : centre médico-psychologique

COPIL : comité de pilotage

CPOM : contrat plurianuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CREX : comité de retour d'expériences

CSA : centre de soins ambulatoire

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSIRM : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CSSCT : commission santé, sécurité et conditions de travail

DAF : direction des affaires financières

DHA : direction de l'hôtellerie et des achats

DIM : département d'information médicale

DMHM : durée moyenne d'hospitalisation

DMP : département de médecine polyvalente

DPC : développement professionnel continu

DPGF : décomposition du prix global et forfaitaire

DPI : dossier patient informatisé

DPS : direction du patrimoine et de la sécurité

DRH : direction des ressources humaines

DSI : direction du système d'information

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

ECOCARE : équipe mobile mixte sanitaire / médico-sociale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG : événement indésirable grave

ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP : équipe mobile psychiatrie-précarité

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses

ESMS : établissements et services médico-sociaux

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : éducation thérapeutique du patient / équivalent temps plein

FAM : foyer d'accueil médicalisé	PROMS : patient-reported outcomes measures
FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie	PSE : plan de sécurisation des établissements de santé
GEPP : gestion des emplois et des parcours professionnels	PTSM : projet territorial de santé mentale
GPEC : gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences	QGDR : qualité gestion des risques
HAS : haute autorité de santé	QVCT : qualité de vie et conditions de travail
HCL : hospices civils de Lyon	RAR : équipe renfort accueil régulation
HDJ : hôpital de jour	RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
HFME : hôpital femme mère enfant	ReCrEA : résolution de la crise en ambulatoire
HPST : loi hôpital, patients, santé, territoires	RH : ressources humaines
HQE : haute qualité environnementale	RPS : risques psycho-sociaux
HSCT : hygiène, santé et sécurité au travail	RSE : responsabilité sociale et environnementale
IDE : infirmier diplômé d'état	SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile
INS : identité nationale de santé	SAU : service d'accueil des urgences
IPA : infirmier de pratique avancée	SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
IQSS : indicateurs de qualité et de sécurité des soins	SDH : service des hospitalisations
IRIS : institut régional d'interventions systémiques	SI : système d'information
IRJB : institut régional Jean Bergeret	SIH : système d'information hospitalier
JLD : juge des libertés et de la détention	SIRH : système d'information de gestion des ressources humaines
MAS : maison d'accueil spécialisée	SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
MDU : maison des usagers	SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers
MGP : marché global de performance	SPPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent
MJC : maison des jeunes et de la culture	TCA : trouble du comportement alimentaire
PAA : pôle accueil admission	TCC : thérapie comportementale et cognitive
PACT : pre-school autism communication therapy	TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
PAQSS : plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	TED : trouble envahissant du développement
PCO : plateforme de coordination et d'orientation	TMS : trouble musculo-squelettique
PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées	TND : trouble neurodéveloppemental
PE : projet d'établissement	TSA : trouble du spectre autistique
PEP : premiers épisodes psychotiques	TSND : trouble sévère du neurodéveloppement
PGFP : plan global de financement pluriannuel	UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
PISR : pôle intersectoriel de soin et de réhabilitation	UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
PLU-H : plan local d'urbanisme tenant lieu de programme local de l'habitat	UPRM : urgence psychiatrique Rhône Métropole
PMI : protection maternelle et infantile	UPUL : unité de psychiatrie d'urgence et de liaison
PPI : plan pluriannuel d'investissement	URPS : union régionale des professionnels de santé
PREMS : patient-reported experience measures	



PLAN
D'ACTIONS
2023-2024

1^{er} semestre 2023

AXE 1 : PARCOURS DE SOINS

Extra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réorganisation de l'accueil des nouvelles demandes en CSA : <ul style="list-style-type: none"> ● Etat des lieux de l'organisation actuelle de l'accueil des nouvelles demandes à l'échelle de chaque pôle ● Organisation d'un temps d'échange sur les bonnes pratiques entre les 3 pôles ■ Redéfinition des effectifs cibles des CSA et définition d'un plan global de formation des professionnels pour mener à bien les missions attendues ■ Elaboration des trames d'outils supports à l'organisation des soins : guide d'entretien et support d'observation dans le cadre de l'entretien d'accueil et d'orientation infirmier, grille-type de compte-rendu des visites à domicile et des activités groupales, etc. ■ Définition d'un nombre de sortie annuelles nécessaires par CSA ■ Communication auprès des professionnels sur le parcours cible de prise en charge en CSA défini dans le PE (élaboration et diffusion de supports de communication) 	<i>Parcours de soins en CSA</i>
	<i>Réactivité et intensivité des soins</i>	
	<i>FIOP / Fonds pédopsy</i>	
	<i>Pédopsychiatrie</i>	
Intra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etat des lieux des patients hospitalisés au long cours : profils, facteurs structurels d'hospitalisation au long cours, nombre et type de solutions de logement accompagné à développer ■ Mise en place d'un nouveau dispositif de suivi des durées moyennes de séjour - prévention des hospitalisations au long cours ■ Préparation de la mise en œuvre opérationnelle de l'équipe mobile de liaison avec les ESMS : état des lieux du nombre de patients concernés et du nombre d'ESMS du territoire dans lesquels ils se trouvent, cartographie des ESMS, définition du dimensionnement nécessaire de l'équipe 	<i>Hospitalisations au long cours</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définition de l'organisation cible en matière d'unité de post-urgence sectorielle (en lien avec le cahier des charges départemental) 	<i>Post-urgences</i>

AXE 2 : PRATIQUES ORIENTÉES RETABLISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en œuvre de la politique institutionnelle définie dans le PE en matière d'isolement et de contention 	<i>Isolement / contention</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recensement des besoins et attentes des CSA et HDJ en matière de réhabilitation psychosociale (demi-journées de rencontre avec les équipes du PISR) ■ Mise en place d'une offre d'accompagnement vers l'emploi complémentaire à l'existant au sein du PISR 	<i>Réhabilitation psychosociale</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration d'une trame unique de projet de soins individualisé sur la base des outils proposés par la HAS et des modèles d'ores-et-déjà travaillés au sein du PISR et du pôle G25 ■ Diffusion de la trame de plan de prévention partagé et du guide utilisateur élaborés à l'échelle de l'établissement à l'ensemble des unités intra-hospitalières et structures extra-hospitalières ■ Définition des modalités d'intégration du projet de soins individualisé, incluant le plan de prévention partagé, au dossier patient informatisé (règles de nommage, etc.) 	<i>Projet de soins individualisé / plan de prévention partagé</i>
AXE 3 : POPULATIONS SPECIFIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définition du projet et de l'organisation cible du centre ambulatoire de gérontopsychiatrie 	<i>Personnes âgées</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définition d'une politique institutionnelle face à la consommation et à la vente de toxiques au sein de l'établissement ■ Nomination d'un référent addictologie au sein de chaque unité de soins intra-hospitalière ■ Elaboration d'une trame de questionnaire pour le repérage des conduites addictives en CMP, à intégrer à l'entretien d'accueil et d'orientation infirmier 	<i>Addictions</i>
AXE 4 : MÉTIERS ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etat des lieux des missions actuelles des différentes professions représentées au sein de l'établissement 	<i>Rôle et missions des professionnels</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crédit et déploiement d'une formation en e-learning au logiciel Cariatides 	<i>DPI</i>

2^{ème} semestre 2023

AXE 1 : PARCOURS DE SOINS	<p>Extra-hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Systématisation de l'entretien d'accueil et d'orientation infirmier (sur la base du guide d'entretien unique) et de la commission pluridisciplinaire d'étude des nouvelles demandes en CSA ■ Mise en place de réunions annuelles de fin de prise en charge au sein de chaque CSA 	<p>Parcours de soins en CSA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de créneaux de soins non programmés en CSA, selon l'organisation cible définie au 1^{er} semestre ■ Mise en place du dispositif ReCrEA sur le pôle G25 	<p>Réactivité et intensivité des soins</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de la filière PEP sur le pôle G27 ■ Mise en place du dispositif de coopération psychiatrie - médecine générale sur les 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte 	<p>FIOP / Fonds pédopsy</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déploiement des fiches d'information à remplir pour toute nouvelle demande de prise en charge ■ Mise en place des consultations d'évaluation en amont du démarrage des soins et application des critères de prise en charge définis ■ Systématisation des projets de soins individualisés sur la base de la trame unique élaborée au 1^{er} semestre ■ Elaboration de cahiers des charges des CMP, CATTP et HDJ de pédopsychiatrie 	<p>Pédopsychiatrie</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparation de la mise en œuvre opérationnelle de l'équipe mobile de liaison avec les ESMS : prise de contact avec les ESMS du territoire et recrutement des professionnels de l'équipe ■ Evaluation de l'équipe mobile ECOCARE dans l'optique de sa pérennisation 	<p>Hospitalisations au long cours</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de l'unité de post-urgence sectorielle conforme au cahier des charges départemental, sur la base de l'organisation cible définie au 1^{er} semestre 	<p>Post-urgences</p>

AXE 2 : PRATIQUES ORIENTÉES RETABLISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etat des lieux des alternatives à l'isolement et à la contention mises en place au sein des unités intra-hospitalières 	<i>Isolation / contention</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etat des lieux des patients en SPPI et SPDT au sein de l'établissement 	<i>Soins sans consentement</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification de créneaux horaires dédiés à des pratiques de réhabilitation psychosociale au sein de chaque structure ambulatoire de l'établissement (CSA et HDJ) 	<i>Réhabilitation psychosociale</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffusion de la trame de projet de soin individualisé à l'ensemble des unités intra-hospitalières et structures extra-hospitalières, et accompagnement des professionnels à l'utilisation systématique de cet outil 	<i>Projet de soins individualisé</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définition d'un plan de formation progressif de l'ensemble des professionnels déjà en poste aux pratiques orientées rétablissement 	<i>Formation</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cadrage institutionnel de la psychoéducation : contenu des programmes, nombre d'actes minimum requis, etc. ■ Recensement des programmes de psychoéducation d'ores-et-déjà existant sur l'établissement, correspondant au cadrage défini ■ Mise en place d'un plan de déploiement à plus grande échelle du programme BREF (psychoéducation des aidants) 	<i>Psychoéducation</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisation de temps de rencontre entre un binôme professionnel / pair-aidant du PISR et les équipes intéressées par la pair-aidance pour un retour d'expériences 	<i>Pair-aidance</i>

AXE 3 : POPULATIONS SPÉCIFIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crédit d'un réseau d'expertise interne autisme et TND 	<i>Autisme et TND</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagnement des équipes vers le rattachement des premières lignes de gérontopsychiatrie au Pôle de gérontopsychiatrie et la création du centre ambulatoire de gérontopsychiatrie 	<i>Personnes âgées</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de RCP pour les patients dealers en soins sans consentement et/ou hospitalisés au long cours ■ Mise en place d'analyses des événements indésirables impliquant la consommation ou la vente de substances illicites 	<i>Addictions</i>

AXE 4 : MÉTIERS ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Révision des fiches de poste types pour chaque profession 	<i>Rôle et missions des professionnels</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration d'un module complémentaire de formation spécifique à la pédopsychiatrie dans le cadre du programme de consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie 	<i>Formation</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration d'une procédure de communication du dossier patient aux professionnels de santé extérieurs qui en font la demande 	<i>DPI</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déploiement de l'Identité Nationale de Santé en intra-hospitalier 	

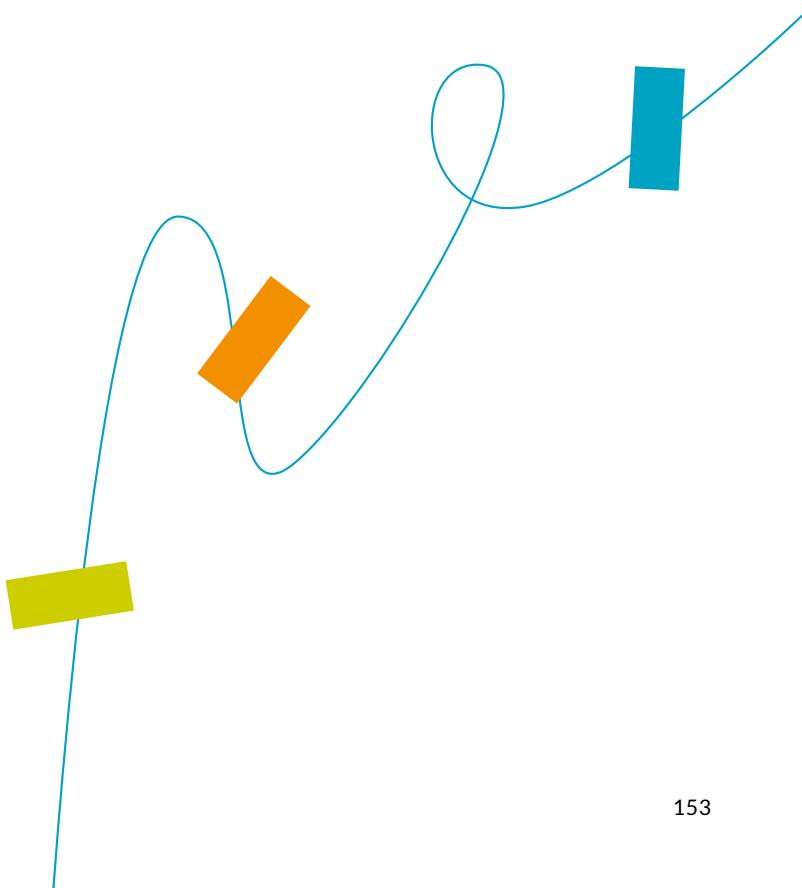
2024

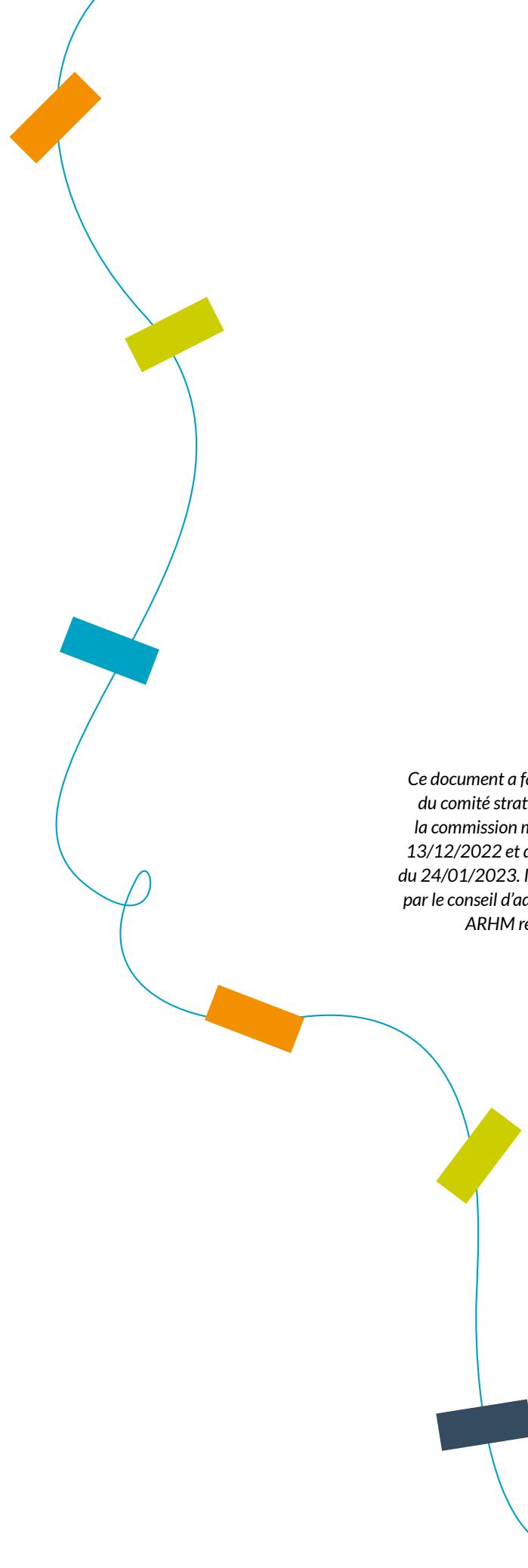
AXE 1 : PARCOURS DE SOINS	Extra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place d'une réflexion autour des possibilités d'extension des horaires d'ouverture des plus gros CMP 	Réactivité et intensivité des soins
	Intra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation du dispositif de soins intensifs pour adolescents dans l'optique de sa pérennisation 	FIOP / Fonds pédopsy
	Intra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formalisation de l'offre de soins proposée en intra-hospitalier, au sein de chaque unité et de manière transverse (groupes thérapeutiques mutualisés, etc.), et redéfinition des effectifs cibles des unités intra-hospitalières ■ Désectorisation des unités intra-hospitalières au sein d'un même pôle ■ Etat des lieux des modalités d'articulation entre le DMP et les unités de soins intra-hospitalières et identification d'axes d'amélioration 	Parcours de soins intra-hospitalier
	Intra-hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de l'équipe mobile de liaison avec les ESMS du territoire ■ Transformation de lits d'hospitalisation à temps complet en appartements thérapeutiques 	Hospitalisations au long cours

AXE 2 : PRATIQUES ORIENTÉES RETABLISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration et diffusion aux professionnels d'un guide de bonnes pratiques en matière d'accueil des personnes soignées et actualisation du guide dédié aux familles 	Accueil
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration et diffusion aux professionnels d'un guide de bonnes pratiques en matière de mise en œuvre des mesures d'isolement / contention 	Isolément / contention
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de réunions d'intervision clinique concernant les soins sans consentement ■ Réévaluation systématique des mesures de soins sans consentement en sortie d'hospitalisation et levée des SPPI 	Soins sans consentement
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration de la formation socle aux pratiques orientées rétablissement au parcours d'accueil des nouveaux arrivants pour l'ensemble des métiers 	Formation
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Communication institutionnelle large sur le cadrage de la psychoéducation défini en 2023 et les modalités de cotation des programmes ■ Structuration de programmes d'entraînement aux habiletés parentales et déploiement sur les CMP de pédopsychiatrie 	Psycho-éducation
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification de structures de soins sectorielles au sein desquelles intégrer un pair-aidant et des missions confiées au pair-aidant au sein de ces structures ■ Conception d'un accompagnement à l'intégration de pair-aidants au sein des équipes de soins en amont de chaque recrutement 	Pair-aidance

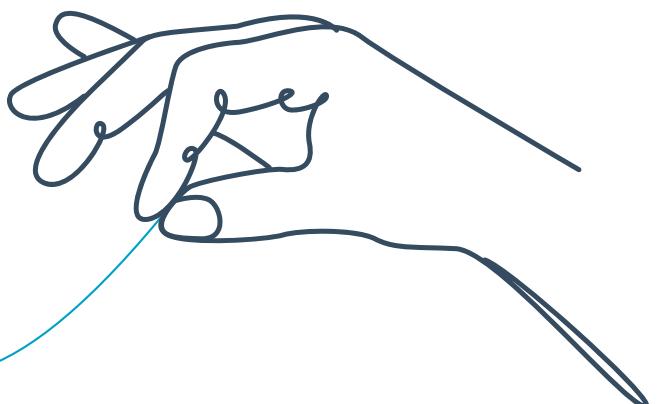
AXE 3 : POPULATIONS SPECIFIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crédit d'une consultation spécialisée intersectorielle pour les patients adultes souffrant de TSA / TND avec déficience intellectuelle associée 	Autisme et TND
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place du centre ambulatoire de gérontopsychiatrie, avec rattachement des premières lignes au pôle de gérontopsychiatrie et intégration progressive de l'intégralité du panel de soins envisagé (consultations, prises en charge groupales, interventions en mobilité) 	Personnes âgées
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organisation d'une rencontre annuelle entre l'ELSA et chaque unité de soins ■ Mise en place d'une première session de sensibilisation des professionnels des unités intra-hospitalières à l'addictologie ■ Désignation d'un référent addictologie au sein de chaque CMP 	Addictions

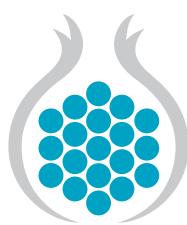
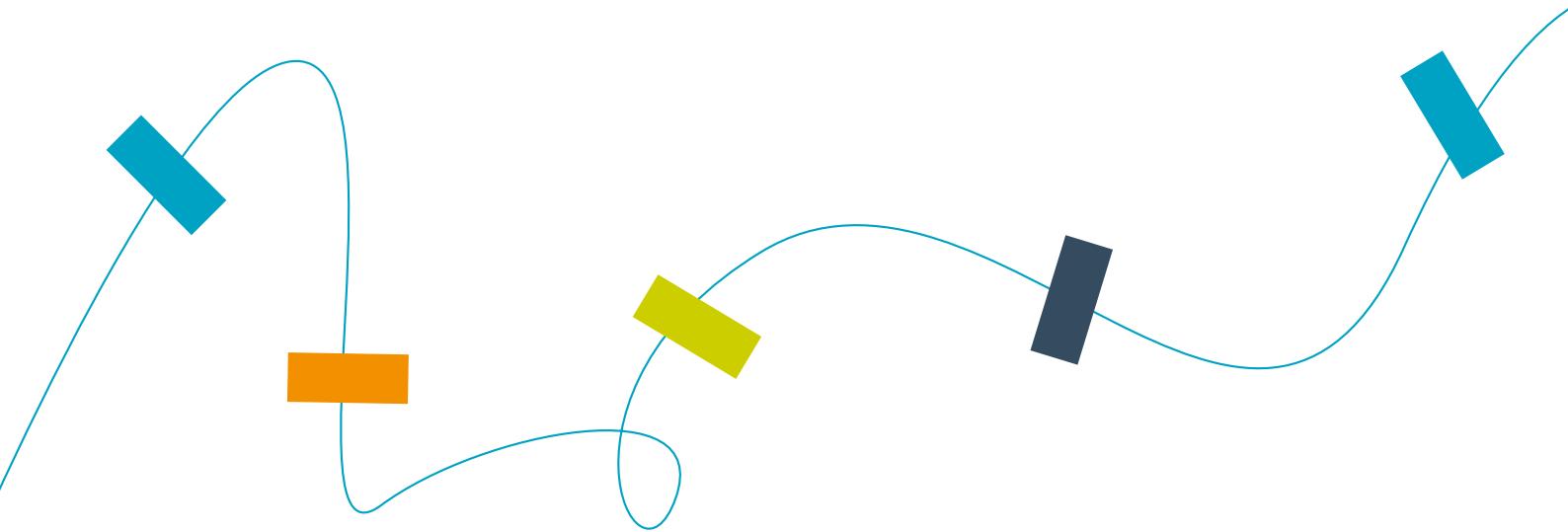
AXE 4 : MÉTIERS ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Déploiement de l'Identité Nationale de Santé en extra-hospitalier 	DPI





*Ce document a fait l'objet d'un avis favorable
du comité stratégique du 06/12/2022, de
la commission médicale d'établissement du
13/12/2022 et de la commission des usagers
du 24/01/2023. Il a été approuvé à l'unanimité
par le conseil d'administration de la Fondation
ARHM réuni le 26/01/2023.*





Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

290 Route de Vienne - BP 8252
69355 Lyon Cedex 08
04 37 90 10 10

www.sjd.arhm.fr

arhm
FONDATION
Santé mentale et handicap
Qualité de vie et autonomie