



**PROJET
D'ETABLISSEMENT
2015 – 2019**



C E N T R E
HOSPITALIER

La Chartreuse

Le Projet d'établissement 2015-2019 du Centre Hospitalier La Chartreuse vise à fédérer les énergies de ses professionnels pour **mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur parcours de soins, en santé mentale et psychiatrie.**

Il est le fruit d'un important travail collectif, réalisé en 2014, s'appuyant, selon des modalités variées, sur une méthodologie partagée et une réflexion-action participative associant les équipes médicales et soignantes, administratives, médicotechniques et techniques.

Il est la contribution du Centre Hospitalier La Chartreuse au Projet Régional de Santé, prolongeant le Contrat d'Objectifs et de Moyens liant l'établissement à l'Agence Régionale de Santé.

Le Projet d'Etablissement 2015-2019 repose sur un projet médical, clef de voûte de l'ensemble, validé en 2013, dont la dynamique trouve sa source dans des contributions médicales ouvertes sur l'avenir, en réponse aux besoins des personnes souffrantes, à tous les âges de la vie.

Les axes du projet médical et du projet de soins s'efforcent de répondre aux besoins de la personne dans sa globalité. Ils intègrent toutes les étapes du parcours de soins, que ce soit l'urgence, les soins aigus, les soins spécialisés ou ambulatoires, les soins somatiques ou de réhabilitation.

Ils prennent en compte le fait que l'accompagnement des parcours de soins est élargi, pour de nombreuses personnes, au parcours de vie, en particulier pour les prises en charge au long cours ou médico-sociales.

Le Projet d'Etablissement 2015-2019 donne sens à l'action individuelle et collective des professionnels en affirmant fortement les valeurs partagées de réponse aux besoins des personnes vulnérables, au respect des droits et libertés, à la promotion de la bientraitance, et ce, quel que soit le mode de prise en charge, en hospitalisation ou ambulatoire, et même sans consentement aux soins, dans des situations particulières, sous le contrôle du juge.

Le Projet d'Etablissement 2015-2019 comprend aussi des projets par domaines fonctionnels, avec pour chacun d'entre eux 7 axes prioritaires.

Le Projet Qualité et Sécurité des Soins invite toute la communauté hospitalière à progresser dans le management de la qualité et de la gestion des risques, en inscrivant des actions d'amélioration au plus près du terrain et du soin au quotidien, dans le respect en particulier des référentiels de certification et de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

Le Projet Social propose à ses professionnels, leurs représentants et l'encadrement, une démarche exigeante, valorisant le développement durable, le dialogue social et la qualité de vie au travail.

Le Projet de Gestion s'engage dans une démarche d'efficacité économique, en maintenant les grands équilibres budgétaires et financiers.

Le Projet Logistique et le Schéma Directeur du Système d'Information contribuent à rendre plus performantes nos organisations, pour un meilleur service rendu et une modernisation de notre système de santé sur les territoires.

Le Projet d'Etablissement 2015-2019 n'oublie pas enfin que c'est l'humain qui donne sens à notre mission collective et au travail au quotidien, et que nous avons besoin de la confiance des personnes soignées et accompagnées, de leurs familles, et plus largement de la population, et, bien sûr, des financeurs, pour poursuivre à bien notre projet de santé et notre belle mission hospitalière.

Mai 2015

Bruno Madelpuech
Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse

TABLE DES MATIÈRES

1. PROJET MEDICAL	15
I. INTRODUCTION	15
1. Bilan du Projet Médical 2008-2012	15
2. Les fondamentaux réaffirmés.....	16
3. Les forces et faiblesses de l'organisation en place.....	17
II. LES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL	17
1. L'inscription dans la politique régionale	17
2. Les orientations selon les projets médicaux	20
III. LES AXES DU PROJET MEDICAL	22
AXE 1 - INSCRIRE L'ACTIVITE DES SECTEURS DANS LES AXES PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE	22
AXE 2 - SOUTENIR LES ACTIVITES A VOCATION DEPARTEMENTALE ET REGIONALE.....	29
AXE 3 - AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE EN DIMINUANT LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE	32
AXE 4 - RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE	35
AXE 5 - OFFRIR UNE REPONSE ADAPTEE A LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ADULTES.....	37
AXE 6 - ADAPTER LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS AYANT DES BESOINS SPECIFIQUES.....	39
AXE 7 - FAVORISER L'ARTICULATION DU SOMATIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT ...	43
AXE 8 - MIEUX STRUCTURER LA FILIERE MEDICO-SOCIALE DANS LE PARCOURS DU PATIENT	45
AXE 9 - ADAPTER LES PRESTATIONS MEDICO-TECHNIQUES AUX BESOINS DES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS	47
AXE 10 - SOUTENIR LES ACTIONS DE RECHERCHE POUR VALORISER LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES	50
IV. LE PROGRAMME QUALITE ET SECURITE DES SOINS	52
1. Les orientations qualité et sécurité des soins inscrites dans le CPOM	53
2. Les orientations qualité et sécurité des soins issues des groupes de réflexion	53
V. LES MODALITES D'EVALUATION DU PROJET MEDICAL	54
2. PROJET SOCIAL 2015-2019 - DEVELOPPEMENT DURABLE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	55
I. LA DEFINITION DU PROJET SOCIAL	55
1. La définition légale	55
2. L'application au sein de l'établissement.....	55
II. UN NOUVEAU PROJET SOCIAL VALORISANT LE DEVELOPPEMENT DURABLE ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	56
III. BILAN DU PROJET SOCIAL 2008-2013	56
1. Organisation du travail	57
2. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	57
3. Formation	58

4.	Conditions de travail et de vie au travail	58
5.	Participation communication information	59
IV.	LE CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE AU 31 DECEMBRE 2013	59
1.	Des caractéristiques démographiques en évolution	59
2.	L'absentéisme : un indicateur de la performance ?	61
3.	La santé au travail : une préoccupation constante	61
4.	Un audit des risques psychosociaux réalisé	62
5.	Une politique de formation continue orientée GPMC	62
6.	Un dialogue social présent.....	62
7.	Une organisation en pôles qui gagne en maturité	62
8.	Un projet social qui concilie continuité et innovation	62
9.	Des obligations légales et financières à respecter.....	63
V.	METHODES D'ELABORATION DU PROJET SOCIAL 2015-2019	63
1.	Un projet social concerté.....	63
2.	Les valeurs du projet social 2015-2019	63
3.	La responsabilité sociale de l'établissement.....	64
4.	Une déclinaison du projet social en fiches actions	65
VI.	LES SEPT AXES DU PROJET SOCIAL ET LES 12 FICHES ACTIONS	65
AXE 1 :	RENFORCER LA SANTE AU TRAVAIL.....	65
Fiche 1 :	Institutionnaliser le processus de prévention des risques.....	66
1.	Bilan de l'existant	66
2.	Moyens à mettre en œuvre	69
Fiche 2 :	Mettre en œuvre des actions de prévention des risques psychosociaux	71
1.	Bilan de l'existant	72
2.	Moyens à mettre en œuvre	73
Fiche 3 :	Préparer le dispositif qualité de vie au travail.....	73
1.	Bilan de l'existant	74
2.	Moyens à mettre en œuvre	75
AXE 2 :	FINALISER LE MANAGEMENT PAR POLE.....	77
Fiche 4 :	Outiller les pôles	78
1.	Bilan de l'existant	79
2.	Moyens à mettre en œuvre	79
AXE 3 :	AMELIORER LES RELATIONS PROFESSIONNELLES, MANAGERIALES ET SOCIALES.....	80
Fiche 5 :	Renforcer la formation de l'encadrement de proximité	80
1.	Bilan de l'existant	80
2.	Moyens à mettre en œuvre	81
Fiche 6 :	Renforcer le dialogue social	82
1.	Bilan de l'existant	82
2.	Moyens à mettre en œuvre	82
AXE 4 :	DEVELOPPER LA GESTION PERSONNALISEE DES RESSOURCES HUMAINES.....	84
Fiche 7 :	Placer l'humain au cœur de l'organisation	84
1.	Bilan de l'existant	85
2.	Moyens à mettre en œuvre	86
AXE 5 :	FEDERER LE COLLECTIF EN RESPECTANT LA DIVERSITE SOCIALE	87
Fiche 8 :	Mesurer la diversité	87
1.	Bilan de l'existant	88
2.	Moyens à mettre en œuvre	88

Fiche 9 : Conventionner avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP)	90
1. Bilan de l'existant	90
2. Moyens à mettre en œuvre	91
Fiche 10 : Favoriser le tutorat.....	91
1. Bilan de l'existant	91
2. Moyens à mettre en œuvre	91
AXE 6 : ORIENTER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES VERS LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	92
Fiche 11 : Centrer l'action RH sur le patient.....	92
1. Bilan de l'existant	92
2. Moyens à mettre en œuvre	93
AXE 7 : SOUTENIR UNE POLITIQUE DE GRH GLOBALE OPERATIONNELLE ET PREVISIONNELLE	93
Fiche 12 : Adapter la DRH aux enjeux actuels et à venir	93
1. Bilan de l'existant	93
2. Moyens à mettre en œuvre	94
VII. CONCLUSION	97
3. PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS	98
I. INTRODUCTION	98
II. LES ORIENTATIONS	99
AXE 1 – PERENISER UN SYSTEME DE MANAGEMENT BIEN STRUCTURE DANS LEQUEL LES ACTEURS S'IMPLIQUENT ACTIVEMENT	99
1. Une Direction de la Qualité structurée et coordonnée.....	99
2. Un engagement fort de la Direction, et de la communauté médicale.....	100
3. Un pilotage clair et coordonné	100
4. Une implication forte et pérenne des acteurs	104
5. Un accompagnement méthodologique important qu'il faut encore renforcer	104
AXE 2 – PROGRESSER VERS UNE INFORMATISATION DU CIRCUIT DE GESTION DES RISQUES INTEGREE ET INTERACTIVE	105
1. Une gestion des risques structurée qui s'appuie sur une équipe d'experts	105
2. Un circuit de gestion des événements indésirables structuré.....	106
3. Informatiser le circuit de gestion des événements indésirables et des non conformités..	107
4. Intégrer les risques professionnels dans un processus commun de gestion des risques	108
5. Déployer la cartographie des risques au sein des pôles et des unités.....	108
AXE 3 – PROMOUVOIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS – AMELIORER L'ECOUTE ET L'INFORMATION DES USAGERS	110
1. Placer la CRUQPC au centre des débats institutionnels.....	110
2. Renforcer la promotion de la bienveillance	110
3. Privilégier les rencontres avec les usagers dans le traitement des réclamations	111
4. Poursuivre le traitement efficace des demandes de dossiers médicaux	111
5. Promouvoir les droits des patients au sein de l'établissement	111
AXE 4 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D'EVALUATION DES PRATIQUES.....	113
1. Développer les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC).....	113
2. Poursuivre et déployer les audits « Patient traceur »	114
3. Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence	114
4. Créer une équipe ressource pour déployer une politique d'audits internes	115

5. Optimiser l'exploitation, le suivi et la restitution des enquêtes.....	115
6. Créer une base de données partagée d'indicateurs pour optimiser le suivi dans les pôles...	116
AXE 5 – DEVELOPPER UNE CULTURE QUALITE EN OPTIMISANT LA COMMUNICATION ET EN S'APPUYANT SUR LA FORMATION.....	117
1. Déployer une culture de la qualité	117
2. Renforcer le rôle des cadres dans le déploiement de la culture qualité	117
3. Utiliser deux leviers : la formation et la communication.....	118
AXE 6 – ENGAGER PRIORITAIREMENT LES PLANS D' ACTIONS LIES AUX EXIGENCES DE LA CERTIFICATION	121
1. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse.....	121
2. Améliorer la tenue du dossier patient	122
3. Améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur	123
4. Renforcer la maîtrise du risque infectieux.....	124
5. Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie	125
6. Améliorer la qualité de vie au travail	126
7. Ancrer le développement durable dans les pratiques.....	126
AXE 7 – AMELIORER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE	127
1. Les points forts et les points faibles du système documentaire actuel	128
2. Simplifier les circuits d'information documentaire	129
3. Développer l'espace documentaire pour répondre aux demandes des utilisateurs et faciliter la recherche	129
III. CONCLUSION	130
4. PROJET DE SOINS	131
I. INTRODUCTION	131
II. BILAN PROJET 2008-2012	132
1. Le projet de soins 2008 – 2012 s'est décliné autour de 4 axes :.....	132
III. DIAGNOSTIC	134
1. Principales forces.....	134
2. Principales faiblesses.....	134
IV. LES ORIENTATIONS	135
AXE 1 – ORGANISER LES SOINS	135
1. Contexte	135
2. Propositions	135
AXE 2 – ACCOMPAGNER LES PATIENTS DANS LE PARCOURS VERS L'AUTONOMIE	140
1. Contexte	140
2. Propositions	140
AXE 3 – PROMOUVOIR LES SOINS SOMATIQUES.....	143
1. Contexte	143
2. Propositions	143
AXE 4 – DEVELOPPER DES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE	146
1. Contexte	146
2. Propositions	146
AXE 5 – FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE DES ÉVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	149
1. Contexte	149
2. Propositions	149

AXE 6 – ASSOCIER CULTURE ET SOINS	155
1. Contexte	155
2. Propositions	155
AXE 7 – DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS.....	159
1. Contexte	159
2. Propositions.....	159
V. CONCLUSION	161
5. PROJET DE GESTION	162
I. INTRODUCTION	162
II. LES ORIENTATIONS	163
AXE 1 – MAINTENIR TOUS LES EQUILIBRES BUDGETAIRES	163
1. Garantir l'équilibre budgétaire de court terme (EPRD)	163
2. Contrôler l'équilibre des sections tarifaires des budgets annexes	163
3. Fortifier l'équilibre budgétaire de long terme (Plan Global de Financement Pluriannuel)	164
AXE 2 – DEVELOPPER LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DES PRIX DE REVIENT	165
1. Déterminer les unités d'œuvre et évaluer leur coût unitaire	165
2. Calculer le prix de revient des principales activités	165
3. Corréler la comptabilité analytique avec l'information DIM	166
AXE 3 – CONFORTER LE NIVEAU DES RECETTES.....	167
1. Préserver les financements de l'Assurance Maladie	167
2. Surveiller le montant des produits hospitaliers	168
3. Optimiser les recettes subsidiaires	169
AXE 4 – POURSUIVRE LA DEMARCHE DE FIABILISATION DES COMPTES	170
1. Améliorer l'efficacité des procédures en dépenses et recettes	170
2. Offrir une meilleure lisibilité des comptes aux décideurs.....	170
3. Développer l'expertise comptable et financière	171
AXE 5 – PARTAGER L'INFORMATION BUDGETAIRE	172
1. Continuer l'instauration d'une culture commune de gestion	172
2. Diffuser le module décisionnel CPage	172
3. Partager régulièrement sur les informations budgétaires	173
AXE 6 – RENFORCER LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION INTERNE.....	174
1. Evaluer les dépenses déléguées des contrats de pôle	174
2. Agrandir le champ de la contractualisation	175
3. Encourager la politique d'intéressement.....	175
AXE 7 – AMELIORER LE SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES BUDGETS ANNEXES	177
1. Identifier tous les flux budgétaires budget général/budgets annexes.....	177
2. Evaluer les frais de gestion de chaque budget annexe	178
3. Soumettre une opération sincérité des comptes par budget annexe	179
III. CONCLUSION	179
6. SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SDSI)	180
I. INTRODUCTION	183
II. LES INDICATEURS DE PREREQUIS HOPITAL NUMERIQUE	183
III. LES DOMAINES HOPITAL NUMERIQUE	183

IV. PREVISIONNEL HOPITAL NUMERIQUE	183
V. LES SEPT ORIENTATIONS DU SDSI	184
AXE 1 - MANAGER LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	184
AXE 2 - SECURISER LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	185
1. Mettre en œuvre une sécurité accrue des équipements d'infrastructure	185
2. Renouveler les équipements obsolètes	185
3. Evoluer la technologie de déploiement des postes vers les clients légers	185
4. Sensibiliser à la sécurité du système d'information	185
5. CNIL	186
AXE 3 - DEPLOYER LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE ET ACCEDER AUX DONNEES MEDICALES	186
1. Cristal-Link	186
2. Archives médicales	186
AXE 4 - DEVELOPPER L'INFORMATIQUE DE GESTION (MIGRER VERS CPAGE-I)	187
1. Cpage-i.....	187
2. Chronos.....	187
3. Sphinx	187
4. Gestion des risques	187
AXE 5 - COMMUNIQUER (INTRANET / INTERNET)	188
AXE 6 - SE CONNECTER A DES RESEAUX EXTERIEURS	188
1. Se connecter aux portails applicatifs de nos partenaires	188
2. Le GCS E-Santé Bourgogne.....	188
3. Plateforme ATIH.....	189
4. Echanges de données avec les prestataires extérieurs	189
AXE 7 - INFORMATISER ET MODERNISER LES APPLICATIONS DE LA LOGISTIQUE ET DES SERVICES TECHNIQUES	190
1. La gestion informatisée des demandes d'intervention (GDI).....	190
2. La gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO).....	190
VI. CONCLUSIONS	191
7. PROJET LOGISTIQUE	192
I. INTRODUCTION	192
1. Généralités	192
2. Organisation actuelle	193
3. Structure de projet.....	193
4. Présentation de l'organigramme de projet	194
II. ORIENTATIONS DU PROJET DE SERVICE	196
1. Axes système.....	196
2. Orientations opérationnelles	196
AXE N° 1 : DEVELOPPER LES OUTILS ET COMPETENCES INTERNES INDISPENSABLES A L'EVOLUTION DU SERVICE.....	197
1. Centraliser la gestion des demandes d'intervention et du recueil des incidents	197
2. Déterminer et mettre en place les moyens en personnel correspondant aux compétences et au volume de travail requis	197
3. Réviser les processus clés.....	197
4. Développer la gestion documentaire comme support à l'action et à l'évaluation	198
5. Promouvoir des règles d'administration communes	198
AXE N° 2 : UTILISER LES OUTILS DE LA QUALITE AU SERVICE DE LA RELATION CLIENT FOURNISSEUR.....	199

1. Améliorer la gestion de la relation client fournisseur	199
2. Pratiquer l'évaluation, l'audit, l'amélioration continue de la qualité, concevoir une documentation au service de l'action	200
3. Pérenniser le fonctionnement de la CHLT, Commission Hôtelière Logistique et Technique .	201
AXE N° 3: AFFICHER LES PERFORMANCES REALISEES ET S'ADAPTER	202
1. Développer la comptabilité analytique et le suivi d'indicateurs	202
2. Généraliser la comparaison avec les résultats des organisations comparables et avec les offres fournisseurs.....	202
3. Mettre en place la facturation interne des prestations	202
4. Prendre en compte ses incidences sur les missions confiées à la DSET	202
AXE N° 4 - S'INSPIRER DES CONCEPTS DU DEVELOPPEMENT DURABLE POUR GERER LES FONCTIONS SUPPORT	204
1. Faire face aux contraintes énergétiques futures.....	204
2. Professionnaliser la fonction achats afin de conjuguer performance économique, éco responsabilité et sécurité juridique.....	205
3. Développer la fonction RH suivant les critères du développement durable	205
AXE N° 5 - FAIRE RECONNAITRE LA PLACE ESSENTIELLE DE LA FONCTION MAINTENANCE DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	207
1. Identifier l'encadrement, les compétences et les effectifs nécessaires	207
2. Etudier et mettre en place des circuits de travail adaptés	207
3. Mettre en place un outil de traitement des demandes de maintenance	207
4. Valoriser le coût des interventions et mettre en place la facturation interne	208
AXE N° 6 - MODERNISER L'OUTIL DE GESTION DU PATRIMOINE IMMOBILIER ET LA REALISATION DES TRAVAUX.....	209
1. Mettre en place une gestion de patrimoine informatisée adaptée au contexte de l'établissement.....	209
2. Adapter l'organisation, les effectifs et les compétences pour faire face à ces enjeux.....	209
AXE N° 7 - POURSUIVRE LA RENOVATION DES FONCTIONS LOGISTIQUES	210
1. Fonction restauration	210
2. Fonction linge	210
3. Fonction transport	211
4. Gestion des déchets	211
5. Service de nettoyage	212
6. Fonction magasin.....	212
7. Sécurité intérieure du site	212
III. CONCLUSION	213
GLOSSAIRE	214
ANNEXES	217
Annexe 1 - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (Annexes 1 à 12)	
Annexe 2 - Liste des projets de pôle par orientation du CPOM (2012)	
Annexe 3 - Liste des actions retenues dans le cadre du projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement	
Annexe 4 - Projets repris dans le projet médical 2015-2019 et ayant fait l'objet d'une première estimation financière lors des travaux préparatoires au CPOM en 2012	
Annexe 5 - Fiches projets Qualité Sécurité des Soins	

Annexe 6 - Charte d'engagement dans le Développement Durable	217
Annexe 7 - Programme EPP de 2014 à 2015	217
Annexe 8 - Synthèse des comités de management de la qualité et des risques	217
Annexe 9 - Cartographie des processus de l'établissement	217

1. PROJET MEDICAL

I. INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier La Chartreuse a préparé son nouveau projet médical sur la période 2013-2014. Ce projet médical prend en compte le cadre posé par le PRS et le CPOM signé avec l'ARS en 2013.

Le projet médical a été élaboré par la CME et le Directeur d'Etablissement pour une période de cinq ans et peut être modifié par voie d'avenant.

Il a pour but de définir la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel :

- Les objectifs généraux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins.
- Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes.
- L'organisation des moyens médicaux.

Le projet médical 2014-2019 fait suite au projet médical 2008-2012 qui a été prolongé sur l'année 2013 compte tenu de la négociation du CPOM.

1. Bilan du Projet Médical 2008-2012

Le précédent projet médical a été défini autour de quatre axes majeurs

- Axe 1 : Renforcer l'activité des secteurs et des activités extraterritoriales
- Axe 2 : Renforcer les activités pour les populations ciblées
- Axe 3 : Renforcer la prise en charge somatique
- Axe 4 : Autres objectifs prioritaires : qualité et sécurité des soins, EPP, programmes de santé publique, usagers,...

Ce projet médical a permis, en s'appuyant sur le plan de santé mentale 2005-2008 qui a permis les financements adaptés, la création des structures suivantes :

- La Maison des adolescents (mai 2008)
- Le PRISME (octobre 2010)
- Le Foyer d'Accueil Médicalisé JB.PUSSIN (janvier 2011)
- L'USALP (janvier 2011)
- Le SAMSAH (février 2011)

Le renforcement des équipes médicales pour l'équipe du SMPR ainsi que pour le bloc médical a permis de répondre à certains enjeux du précédent projet.

Un travail important autour de l'unité d'addictologie EOLE et la création d'une Fédération inter hospitalière d'addictologie avec le CHU a permis la reconnaissance, en octobre 2013, d'une court séjour addictologique de recours de niveau 2 pouvant mettre en œuvre des sevrages et des soins résidentiels complexes.

Globalement, des évolutions conséquentes ont eu lieu sur l'ensemble des axes du projet médical définis en 2008 avec un grand nombre de projets aboutis et la réalisation intégrale du programme qualité et sécurité des soins portés par la CME.

La réalisation de ce projet médical a permis de mettre en valeur de nombreuses forces qui doivent être maintenues et développées :

- Le maintien des soins de proximité au sein du pôle avec une articulation entre les prestations du bloc médical et les unités.
- Le maintien des prestations du laboratoire et de la pharmacie sur le plateau technique interne, qui constitue une réelle plus-value pour la prise en charge des patients du point de vue de la continuité des soins et de qualité de la prise en charge. La participation des personnes ressources aux différentes rencontres institutionnelles telles que le CGRV-CLIN, EOH, etc... représentant un atout majeur.
- La place centrale de l'UMAO et des prestations médico techniques.

Quelques projets n'ont toutefois pas pu aboutir et certains seront réaffirmés dans le cadre du nouveau projet médical afin qu'ils soient poursuivis:

- Inscription dans un projet territorial de centre de sismothérapie et du laboratoire sommeil.
- Création d'un centre de jour pour jeunes adultes (psychoses émergentes).
- Création de résidences accueil.
- Création d'une deuxième unité de gérontopsychiatrie.

D'autres projets cités dans le document ont été adaptés au nouveau contexte du Projet Régional de Santé.

2. Les fondamentaux réaffirmés

- Le CH est un établissement public de santé mentale
- Le CH doit produire des soins actifs et diversifiés, en phase avec les bonnes pratiques reconnues par la certification notamment
- Le CH doit innover avec de nouvelles modalités de prise en charge plus adaptées des différents troubles psychiques
- Le CH doit lutter contre la chronicisation car l'hospitalisation complète :
 - N'est pas toujours indispensable,
 - Elle obéit à des indications précises,
 - Ne doit être qu'un temps limité dans la prise en charge du patient.
- Le CH doit conduire des projets en cohérence :
 - Avec les orientations du CPOM et du PRS
 - Selon les disponibilités budgétaires.
- Le CH doit tenir compte de nouveaux enjeux :
 - Les nouvelles techniques et la formation du personnel
 - Le nécessaire renforcement du travail d'équipe.
 - La mise en œuvre de nouvelles activités au sein des secteurs
 - La coordination autour du parcours de soins pour éviter les ruptures de prise en charge.
 - Les notions de proximité et de trajectoire dans le parcours du patient
 - La santé et la sécurité au travail
 - La formation et la recherche.

3. Les forces et faiblesses de l'organisation en place

Le Centre Hospitalier La Chartreuse n'a pas réalisé de diagnostics sur ses forces et faiblesses à l'occasion du présent projet médical. La connaissance de ses éléments d'ancrage de la stratégie médicale s'appuie sur le SROS PRS en psychiatrie, qui a relevé plusieurs points faibles dans le fonctionnement général de la psychiatrie en Bourgogne :

- Disparité des moyens entre les secteurs et les territoires,
- Difficulté de recrutement médical,
- Articulation insuffisante avec les structures médico-sociales et les médecins généralistes.

Parmi les points forts on peut relever :

- La pluridisciplinarité et les compétences des équipes,
- Les nombreuses initiatives prises par l'établissement pour créer des parcours de soins différenciés (addictologie, dépression, géro-psycho-geriatrie, déficient profond, patient au long cours...),
- La capacité de l'établissement d'assurer le renouvellement des personnels médicaux.

Le projet médical devrait améliorer la coordination entre les structures notamment par une meilleure connaissance des rôles et des missions de chacune d'entre elles.

Parallèlement, des études pourraient être approfondies pour améliorer la connaissance du territoire et des besoins de la population.

II. LES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL

1. L'inscription dans la politique régionale

1.1. L'inscription dans la politique régionale

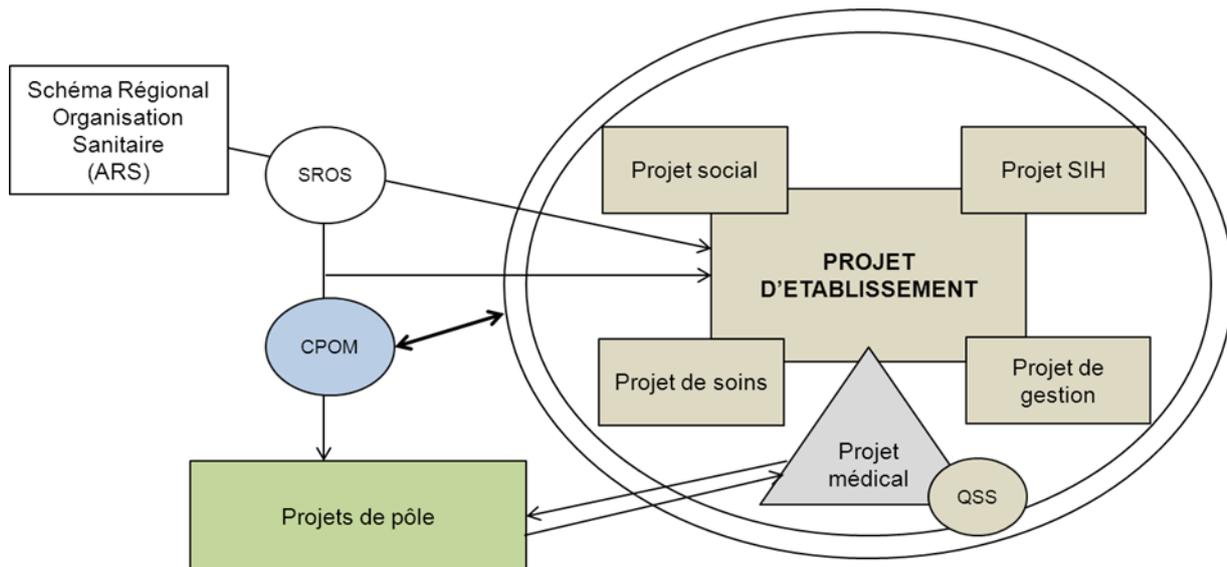
Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM.

Il comprend notamment :

- les objectifs médicaux en cohérence avec le SROS et le contenu de l'offre de soins ;
- les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le cas échéant, les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- l'organisation des moyens médicaux ;
- une annexe spécifique précise l'articulation entre les pôles pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- un volet relatif à l'activité palliative.

En externe, il est un outil de dialogue et de négociation avec les tutelles (PRS, CPOM, ...) qui permet de valoriser les projets médicaux de l'établissement (demandes de financements,...). Il représente l'expression des ambitions et des valeurs de l'établissement.

En interne, le projet médical est la pierre angulaire du projet d'établissement.



La démarche d'élaboration du projet médical s'est donc construite sur la base de la réflexion engagée dans le cadre de l'élaboration du CPOM en 2012 et de la définition des projets de pôles.

Cinq projets à orientation sanitaire ont été identifiés comme prioritaires et font l'objet d'un financement de la part de l'ARS (redéploiement passage à la T2A d'EOLE). Ces projets sont repris dans le cadre du projet médical 2014-2019 et seront conduits prioritairement :

- Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les jeunes adultes : Améliorer la prise en charge des 18-25 ans (CMP pour les psychoses émergentes troubles de la personnalité).
- Conforter le dispositif d'accueil à l'UMAO, renforcer l'écoute téléphonique (numéro unique) et organiser l'articulation avec le SRAU.
- Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques pour augmenter la file active en géro-psycho-geriatrie et créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.
- Soutenir le projet d'équipe de liaison mère-bébé, notamment avec le CHU : création d'une équipe mobile périnatalité.
- Consolider la filière ados avec le CHU, le CH de Semur en Auxois et les partenaires médico-sociaux par l'ouverture d'un CMP orienté vers les troubles nutritionnels et les jeunes suicidants.

D'autres projets seront envisagés en tenant compte de deux orientations majeures, tirées du bilan du précédent projet médical :

- Développer des structures prenant en charge des populations spécifiques.
- Plus globalement définir un projet architectural adapté pour l'ensemble des projets à venir.

1.2. Les missions de service public territorial de santé

L'élaboration du projet médical 2014-2019 coïncide avec la mise en œuvre, au niveau national, d'une politique de santé, s'appuyant sur un nouveau cadre législatif. Ce cadre législatif s'appuie sur la stratégie nationale de santé et fixe des objectifs de travail sur un territoire de référence pour un service public à la population.

Le projet médical du Centre Hospitalier devra s'adapter à l'évolution des missions du service public de santé fixé par ce cadre de mise en œuvre de la stratégie de politique de santé.

1.3. Le partenariat avec le CHU, au moyen de l'accord cadre

Depuis de nombreuses années, le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon conduisent ensemble des actions de coopération dans différents domaines. Cette coopération a notamment trouvé un aboutissement par la conclusion d'une convention de coopération en décembre 2008.

Un pré accord-cadre a été établi dans l'objectif de réactualiser les éléments contenus dans cette convention de coopération, mais également de reprendre l'ensemble des axes de coopération qui se sont progressivement développés en dehors du cadre de cette convention.

Il s'agit ainsi d'avoir un outil juridique adapté permettant le suivi cohérent de l'ensemble des partenariats construits entre les deux établissements sur les points suivants :

Prise en charge médicale	Prise en charge des patients en hospitalisation psychiatrique
	Transmission des informations relatives aux patients entre le CHU et le CH La Chartreuse
	Prise en charge des patients en hospitalisation prolongée ou séquentielle (UCC)
	Prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte
	Psychiatrie infanto-juvénile et ado-psychiatrie
	Prise en charge en urgence l'hospitalisation en psychiatrie suite à une orientation SRAU et/ou SAMU <ul style="list-style-type: none">- Les urgences psychiatriques- Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)
	Addictologie
	Sismothérapie
	Equipe mobile de soins palliatifs
	Prise en charge des patients détenus
	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH)
Activités médico-techniques	Activités pharmaceutiques
	Stérilisation
	Analyses de laboratoires
Formation et recherche	Formation des internes
	Formation continue des psychologues et des personnels paramédicaux
	Formation des professionnels, correspondants habituels des secteurs de psychiatrie
	Fonctionnement de l'IFSI
	Recherche

La méthode retenue pour assurer la mise à jour de cette convention consistera à étudier chaque coopération, point par point, au moyen de groupes de travail dédiés CHU/CH Chartreuse.

Il serait souhaitable que ces groupes soient pilotés par le Centre Hospitalier La Chartreuse dans le cadre d'une mission ARS.

En fonction des orientations de la politique de santé pour les coopérations hospitalières, l'accord cadre pourra évoluer, le cas échéant, vers un groupement hospitalier de territoire.

2. Les orientations selon les projets médicaux

1.1. Les orientations selon les besoins

Le SROS psychiatrie fixe un certain nombre d'orientations générales pour l'adaptation de l'offre de soins sur le territoire de référence du Centre Hospitalier la Chartreuse. Les projets médicaux s'inscrivent dans les orientations du SROS. Ils visent à conforter les différentes filières de prise en charge en conformité avec le Projet Régional de Santé.

1.2. Les orientations selon les projets médicaux du CPOM

Deux axes de réflexion conjoints sont proposés dans le cadre de ce projet :

- Une analyse des pistes d'amélioration par filière de prise en charge : enfants, ados, jeunes adultes, pathologies émergentes, addictologie, gériatrie-psychiatrie...
- Une analyse des pistes d'amélioration des conditions de prise en charge par structure : CMP, hospitalisation et structures d'aval.

Les principales orientations retenues tiennent compte de cette réflexion et aboutissent à 10 propositions qui guideront la mise en œuvre des projets à 5 ans, dans le cadre de la réalisation du CPOM :

- Orientation n° 1 : Apporter une réponse à la problématique de la permanence des soins, en cohérence avec le schéma cible du SROS
- Orientation n° 2 : Utiliser la télémédecine pour répondre aux besoins de santé locaux
- Orientation n° 3 : Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prise en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation
- Orientation n° 4 : Positionner le CH la Chartreuse dans une dynamique régionale pour la formation et le recrutement de professionnels et au travers de centres de ressources (CRIAUS, SMPR, CSAPA), et d'activités dont la couverture régionale voire inter-régionale est à coordonner avec d'autres établissements (sismothérapie, sommeil, recherche,...)
- Orientation n° 5 : En pédopsychiatrie, formaliser avec les 2 autres établissements des protocoles et des modalités de prise en charge des enfants et adolescents permettant de répondre aux situations de crises et au suivi des patients en lien avec les structures sociales et médico-sociales
- Orientation n° 6 : Conforter les missions départementales de soutien et sécuriser et compléter les prises en charges
- Orientation n° 7 : Mettre en œuvre, participer et adhérer à la CHT de Côte d'Or
- Orientation n° 8 : Développer les coopérations territoriales pour améliorer la prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques
- Orientation n° 9 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Orientation n° 10 : Travailler à l'accréditation des activités biologiques
- Orientation n° 11 : Missions de service public confiées à l'établissement

1.3. Les orientations issues des travaux des groupes de réflexion autour du projet médical et des projets de pôle

Le projet médical a été élaboré selon une méthode validée par les instances de décembre 2013, qui repose sur la constitution de 4 groupes de travail thématiques autour des grands axes du projet médical :

- Groupe 1 : Comment répondre aux demandes de prise en charge en ambulatoire?
- Groupe 2 : Quelle organisation en intra hospitalier?
- Groupe 3 : Comment mieux répondre aux besoins des prises en charge au long cours ?
- Groupe 4 : Quelles sont les ressources indispensables à une bonne prise en charge ?

Trois réunions de travail pour chaque groupe ont eu lieu de février à mai 2014, avec la participation d'une cinquantaine de professionnels volontaires et de toutes catégories professionnelles (médecins, psychologues, cadres de santé, Directeurs, représentants du personnel, etc.)

Chaque groupe a été animé par un binôme médical, avec la présence d'un Directeur et d'un Cadre Supérieur de Santé. Une documentation importante a été fournie aux groupes en amont des réunions : projet médical 2008-2012, projets CPOM, projets de pôle, rapports d'activité, autres études et rapports divers, etc...

La réflexion des groupes s'est construite en trois temps :

- Analyse des forces et faiblesses (outil du métaplan)
- Réponses aux questionnements fournis par le Directeur et le Président de CME et élaboration de questionnements complémentaires.
- Proposition d'évolution des structures existantes.

A l'issue de ces réunions, des synthèses ont été élaborées par la Direction des Affaires Générales, sur la base de la réflexion engagées dans le cadre des contrats de pôles (75 projets) et à l'occasion de la préparation du CPOM en 2012 (29 projets déclinés en 46 fiches projet).

Un directoire élargi et une CME ont été dédiés à la présentation des travaux de ces groupes et aux arbitrages nécessaires en amont de la phase de rédaction du projet médical.

Les propositions de ces groupes ont été reprises autour de 10 axes, définis par le Directeur et le Président de CME au cours de l'automne 2014 :

- Axe 1 - Inscrire l'activité des secteurs dans les axes psychiatrie et santé mentale du Projet Régional de Santé
- Axe 2 - Soutenir les activités à vocation départementale et régionale
- Axe 3 - Améliorer les parcours de soins et de vie en diminuant les ruptures de prise en charge
- Axe 4 - Renforcer la prise en charge des adolescents et développer la psychiatrie périnatale
- Axe 5 - Offrir une réponse adaptée à la prise en charge des jeunes adultes
- Axe 6 - Adapter la prise en charge des populations ayant des besoins spécifiques
- Axe 7 - Favoriser l'articulation du somatique dans la prise en charge globale du patient
- Axe 8 - Mieux structurer la filière médico-sociale dans le parcours du patient
- Axe 9 - Adapter les prestations médico-techniques aux besoins des prises en charge des patients
- Axe 10 - Soutenir les actions de recherche pour valoriser les compétences

Chacun de ces axes est décliné en une série d'objectifs faisant référence aux différents projets de l'établissement retenus dans le projet médical. Il peut s'agir :

- de projets inscrits dans le CPOM 2012-2017
- de projets rattachés à certains pôles (inscrits dans les contrats de pôle 2012-2015)

de nouveaux projets à développer qui pourront être repris dans le cadre de la prochaine génération des contrats de pôle (2016).

III. LES AXES DU PROJET MEDICAL

AXE 1 - INSCRIRE L'ACTIVITE DES SECTEURS DANS LES AXES PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE

1.1. Psychiatrie adulte en extra hospitalier

○ CONTEXTE

La prise en charge en extra hospitalier représente la part la plus importante de la file active de l'établissement et comporte principalement deux types de demandes :

- des consultations « des secteurs » à proprement parler (prévention et suivi d'hospitalisation).
- des consultations spécialisées qui concernent des demandes individuelles de prise en charge (médecins, psychologues, psychothérapeutes).

Les modes de recours aux consultations peuvent prendre plusieurs formes selon les situations :

- accès direct aux consultations spécialisées, notamment en cas d'urgence,
- entretien infirmier (délégation de tâche).

L'enjeu actuel réside dans la capacité de l'établissement à proposer des prises en charges spécifiques, répondant aux besoins de la population.

Il s'agira pour cela d'adapter les méthodes de travail vers des techniques nouvelles telles que la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique ou de nouvelles techniques psychothérapeutiques.

Parallèlement, nous constatons que les rôles respectifs des CMP-CATTP-HDJ et leur articulation sont insuffisamment définis. L'ensemble de ces structures sont nécessaires et complémentaires pour répondre aux besoins sur le territoire dans le cadre d'un travail de proximité. Il sera donc nécessaire de redéfinir rôles respectifs CMP-CATTP et HDJ et leur articulation.

Concernant les CMP, leurs missions quant aux prises en charge psychosociales et liens avec les partenaires devront être précisées.

De même, les liaisons avec les psychiatres libéraux doivent s'organiser et se compléter pour permettre une prise en charge plus cohérente au bénéfice du patient.

Pour aller plus loin dans cette démarche, il semble toutefois nécessaire d'analyser plus précisément les besoins de la population. Des études complémentaires seront nécessaires pour permettre l'adéquation de la prise en charge aux besoins.

L'hôpital de jour répond à des besoins nouveaux, et propose des soins personnalisés.

Les partenariats et les articulations autour de la prise en charge de certains Hôpitaux de Jour seront recherchés.

L'activité des psychologues et des infirmiers en extra hospitalier devront se développer.

En synthèse, les secteurs s'orienteront donc vers trois objectifs complémentaires :

- Organiser le premier recours.
- Tendre vers le CMP (rénové).
- Asseoir le rôle du Conseil local de santé mentale et les liens avec la citoyenneté.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs		Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1	Maintenir un travail de proximité			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir et optimiser l'offre de soins extra hospitalière (CMP-CATTP-HDJ) : <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir la réponse de « 1^{ère} ligne » de l'IDE - Organiser le premier recours par la coordination et la communication entre les différents acteurs. - Développer les temps de synthèses/lien entre l'IDE du CMP et le patient hospitalisé pour préparer la sortie. 			X
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer les partenariats avec les autres acteurs : familles, représentants des usagers, liens intra/extra, services sociaux,... 	N° 8 / bis / ter		
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Travailler en collaboration avec les médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Développer le lien intra-extra (préparation à la sortie) et la communication avec les médecins généralistes. - Mettre en place un dispositif de télé-médecine avec les médecins généralistes (maisons de santé). 	N°2	N°72 (B)	
O.2	Améliorer la prévention			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer l'intérêt d'une IDE coordinatrice pour réaliser l'activité de prévention et le lien avec les CMP. 			X
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir un projet de traitements et d'interventions précoces concernant les troubles de la personnalité 			X
O.3	Réduire les délais d'attente			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adapter l'organisation des structures pour réduire les délais d'attente : <ul style="list-style-type: none"> - Développer des temps de psychologues pour répondre à de nouvelles demandes. - Mettre en place les entretiens infirmiers préalables lorsqu'un accès direct à la consultation médicale n'est pas possible. 			X
O.4	Spécialiser certaines consultations spécifiques au sein des CMP			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer des consultations spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Consultations addictions, en lien avec l'offre existante - Consultations victimologie - Consultations addictologie par le CSAPA en milieu pénitentiaire - Consultations suivi post pénales 	N°3 bis	N°11 (A) N° 58bis (A)	X
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elargir l'offre de soins par des thérapies comportementales et cognitives ou thérapie familiales <ul style="list-style-type: none"> - Sous réserve d'une étude des moyens et la définition du rôle du CMP sans la prise en charge psycho-sociale. 			X
O.5	Optimiser les organisations			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redéfinir le rôle du CMP : <ul style="list-style-type: none"> - Mieux définir les indications, - Affirmer la présence intensive dans le milieu (SIM) des équipes de CMP pour prévenir les situations aiguës, - Affirmer le rôle équipe mobile pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ le suivi intensif dans le milieu, ○ les situations d'urgence nécessitant des interventions à domicile. 			X

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser une analyse des besoins de la population sur le territoire afin d'adapter l'implantation des structures extra hospitalières : <ul style="list-style-type: none"> - Implantation des CMP. - Répartition des moyens en personnel paramédical et médical. ✓ Définir la place du CLSM 			X
O.6	Rationaliser les coûts des locaux pour les structures extra hospitalières			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envisager la question de manière globale (patrimoine et les activités) relatives au parc immobilier : effectuer une projection selon les perspectives en termes d'activité <ul style="list-style-type: none"> - Etablir des scénarios d'évolution des structures (1 groupe de travail dédié + un consultant) ➤ Etudier la mutualisation des locaux possible avec d'autres structures : Hôpital d'Auxonne, Seurre, cabinets de groupe, structures communales <ul style="list-style-type: none"> - Etre moteur dans ce projet auprès de l'ARS ➤ Clarifier la facturation des actes dans les structures extra hospitalières (en lien avec le projet de gestion) 			X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins

- Reconduire l'évaluation des délais d'attente en extra hospitalier

1.2. Psychiatrie adulte en intra hospitalier

○ CONTEXTE

• **La prise en charge en hospitalisation**

La prise en charge des personnes en hospitalisation repose sur plusieurs niveaux d'articulation des parcours de soins :

- La gestion des situations de crise en lien avec le service des urgences du CHU de Dijon.
- L'admission directe par l'UMAO pour tous les patients connus, orientés par leur famille ou leurs médecins généraliste, en l'absence de pathologie somatique nécessitant un plateau technique.
- Les admissions directes dans certaines structures (activités programmées, addictologie, sismothérapie...)

L'UMAO est une force de l'établissement, cette unité est indispensable tant du point de vue de l'accueil des patients que de l'organisation des soins. Sa place sera confortée dans l'organisation à venir.

• **L'évolution de la prise en charge**

Plusieurs constats ont été posés à l'occasion des travaux du projet médical :

- 80% des moyens sont attribués à l'intra qui représente 20% de la file active.

La pertinence de cet équilibre historique doit être interrogée dans chacun des secteurs :

- Il est constaté un nombre relativement important d'hospitalisation longue (étude EPP hospitalisation de plus de 90 jours). Une réflexion doit être menée sur les risques de chronicisation liée aux hospitalisations au long cours.
- La prise en charge somatique et sociale a été développée dans l'établissement. L'impact de cette prise en charge sur les durées d'hospitalisation doit être précisé.
- Certain patient son hospitalisé dans des structures inadaptées à leurs parcours.
- L'établissement souhaite développer des unités de transition ou de préparation à la sortie (Centre Intersectoriel d'Activités à Médiations Multiples - CIAMM) de même que le développement de structures médico-sociale.

• **L'organisation des unités ouvertes et fermées**

Nous constatons que 2/3 des patients en unités fermées sont des patients ayant une pathologie chronique. Ce chiffre est important également dans les unités ouvertes.

A ce constat s'ajoute la problématique de la prise en charge spécifique des personnes âgées, des détenus ainsi que des hospitalisations sous contraintes.

L'organisation actuelle des unités (médicales) n'est plus adaptée à la prise en charge de certains patients, les personnes atteintes de maladies chroniques en particulier. L'organisation des unités devra donc s'adapter à l'histoire clinique des maladies mentales avec une prise en charge articulée autour de la phase aiguë et de la phase de réadaptation.

Une répartition plus homogène de la population dans les unités fermées (en fonction des pathologies ?) est souhaitable.

L'utilisation des chambres sécurisées et d'isolement pour détenus devra être évaluée.

Les pistes suivantes pourront être approfondies :

- Spécialiser les unités ouvertes et repenser l'organisation des unités fermées (aller vers des unités flexibles ouvertes/fermées).
- Aménager une unité du pôle B en unité ouverte/fermée, selon les besoins immédiats des patients, pouvant tendre vers une unité de semaine permettant la fermeture de week-end.

Il serait aussi souhaitable de revoir la répartition des unités fermées et unités ouvertes.

- **L'hospitalisation partielle**

L'hospitalisation partielle peut concerner les hospitalisations de jour, de nuit ou séquencées (séjours de rupture). Dans le cas de permissions de week-end fréquentes, il pourrait être envisagé de développer une unité d'hospitalisation de semaine. Cela répondrait aux besoins des patients en unité ouvertes au long cours en permission tous les week-ends ou à la préparation à la sortie de certains patients. Toutefois cette possibilité ne semble réalisable que dans le cas d'une population homogène.

- **Les besoins pour les suites d'hospitalisation**

Nous constatons une insuffisance de liens coordonnés, du point de vue de la prise en charge, entre les structures d'hébergement de la Fédération; notamment entre l'USALP, PUSSIN et LUCIE en CARROIS. Une meilleure coordination permettrait le passage d'un patient d'une de ces structures à une autre et la libération de ce fait d'une place pour un patient hospitalisé en psychiatrie générale. L'absence de places disponibles au FAM, à LUCIE en CARROIS, au SAMSAH et à MATISSE amène certains services à rechercher des places à l'extérieur de la Fédération.

Une meilleure coordination entre les services de psychiatrie générale et les unités de la Fédération s'avère souhaitable pour une meilleure utilisation des structures de la Fédération par les pôles de psychiatrie générale au bénéfice des patients.

La question de l'ouverture sur l'extérieur sera aussi travaillée.

Au vue de ces constats concernant la prise en charge en intra hospitalier, l'établissement s'engagera à répondre aux objectifs suivants :

- Renforcer les missions de l'UMAO en coordination avec le SRAU et les autres services d'urgence (CH de Beaune, UPATOU de Chenôve).
- Adapter l'organisation des unités ouvertes et fermées aux besoins des patients hospitalisés :
 - Adapter les unités ouvertes et différencier les prises en charge,
 - Repenser les unités fermées.
- Adapter les structures de réinsertion, réadaptation, réhabilitation :
 - En aval, rechercher des solutions graduées d'hébergement,
 - Organiser les solutions de sortie, de manière coordonnée, selon la gravité.
- En intra, adapter les prises en charge.
- De manière générale sur l'offre de soins :
 - Compléter l'offre de soins par des transformations d'activités en interne ou des partenariats,
 - Développer les collaborations en externe et en interne/secteurs adultes.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Conforter la place de l'UMAO au sein de l'organisation			
➤ Mettre en place le projet lié à la mise en place d'une écoute téléphonique à l'UMAO et le faire connaître.	N°1		
➤ Reprendre les rencontres et réunions d'échange pour améliorer les relations en amont avec le SRAU de Dijon et celui de Beaune <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des stages terrain pour améliorer la compréhension mutuelle du fonctionnement des structures. - Communiquer sur le fonctionnement de l'UMAO et le plateau technique associé. 	N°1		
➤ En aval échanger avec les services d'hospitalisation pour fluidifier la prise en charge des patients <ul style="list-style-type: none"> - S'adapter aux variations des flux d'entrée à l'UMAO : revoir la visibilité de la disponibilité des lits en temps réel pour gérer les flux d'entrée et les lits d'appoints. - Travailler avec les unités en intra pour organiser une prise en charge plus rapide. - Adapter les moyens pour faire face à l'irrégularité des flux de patients. 			X
O.2 - Organiser les filières de prise en charge			
➤ Organiser la prise en charge de la gériatrie-psychiatrie : créer une équipe mobile de gériatrie-psychiatrie	N°5	N°38 (B)	
➤ Différencier la prise en charge pour les patients ayant des pathologies chroniques non stabilisées.			X
O.3 - Développer des structures et des soins adaptés à l'évolution des besoins			
➤ Organiser la prise en charge des situations de crise			X
➤ Réfléchir à l'opportunité de développer des dispositifs de transition et de préparation à la sortie <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un « contrat » pour garder le lien avec le patient durant sa prise en charge au long cours 			X
➤ Mieux programmer les sorties			X
➤ Réfléchir à l'organisation interne des unités fermées : <ul style="list-style-type: none"> - redéploiement des spécificités - rénovation et adaptation des locaux 	N°57	N°6 (A/B/F)	X
➤ Remettre à disposition des patients hospitalisés en unité de psychiatrie générale un ensemble d'activités à Médiations Multiples (CIAMM)			X
➤ Développer les partenariats et formaliser des conventions pour assurer la prise en charge des suites d'hospitalisations.			X
➤ Augmenter le nombre de places en appartement protégé		N° 36 (FIPG)	
➤ Développer l'accompagnement des familles			X
O.4 - Réaliser une étude des besoins de la population			
➤ Réaliser une étude démographique des besoins de la population (clinique) et des secteurs, rapport urbain/rural, découpage sectoriel, lien avec les subsistances... Les travaux du CLSM porteront avis sur ces questions, ils seront accompagnés.			X
➤ Poursuivre la recherche de solutions pour augmenter le nombre de places dans les structures existantes en s'appuyant sur des études approfondies et valorisées.			X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins

- Renforcer la sécurité liée à la consommation de produits illicites dans l'établissement
- Développer les revues de pertinence des soins
- Mener, au sein de services de psychiatrie générale, une étude sur l'intérêt et la pertinence de la création d'un dispositif de transition.

o CONTEXTE

L'établissement met au service des usagers plusieurs unités dont l'attractivité s'étend au-delà des zones de population desservies par les secteurs du CH La Chartreuse et au-delà du territoire de santé Côte d'Or.

Les activités particulièrement concernées par ces enjeux sont les suivantes :

- **La prise en charge en addictologie grâce à l'unité EOLE**

Le Centre Hospitalier la Chartreuse a créé une filière de prise en charge de personnes souhaitant suivre une cure de sevrage alcoolique. Cette unité appelée EOLE a évolué en 2013 vers une structure poly-addiction bénéficiant d'une autorisation financée par la T2A. L'évolution du cadre d'autorisation de cette structure et de ses modalités de fonctionnement s'est inscrite dans une démarche commune avec le CHU pour développer des structures en addictologie conformes aux obligations de l'ARS Bourgogne (ensemble des structures de niveau 3).

- **La prise en charge des troubles psychiques sévères au sein du SAMSAH**

Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères peuvent développer des handicaps qui les empêchent de vivre dans de bonnes conditions dans la cité. Ces handicaps d'origine psychique peuvent être reconnus par la commission de l'autonomie (MDPH) qui peut prévoir la nécessité d'un suivi adapté par un service d'accompagnement médico-social (SAMSAH).

Le Centre Hospitalier la Chartreuse a ouvert en 2010 un SAMSAH comme cela était prévu dans son projet d'établissement 2008-2012 grâce au crédit attribué par l'ARS dans le cadre du plan de santé mentale 2005-2008 et avec le soutien du conseil général de Côte d'Or.

Ce SAMSAH correspond à ce jour à 22 places qui doivent augmenter progressivement pour atteindre 48 places et couvrir les besoins sur le Grand Dijon pour ensuite, au-delà de 48 places engager un déploiement départemental.

Le principal enjeu est d'offrir un suivi adapté aux personnes en situation de handicap psychique lourd. Le SAMSAH « le Trait d'Union » devra s'inscrire dans la plateforme de prestations départementales d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

- **La prise en charge des auteurs de violences sexuelles autour du CRIAVS**

La montée en charge du CRIAVS répond à l'objectif n°6 du PRS, qui conforte la dynamique régionale en encourageant le partage des professionnels, des compétences et des moyens. Cet objectif est écrit dans un objectif spécifique qui confirme le rôle régional des centres de ressources spécialisés et du CRIAVS.

Le CRIAVS est un des outils de travail en réseau que l'ARS a confié au CH la Chartreuse dans le cadre d'une mission locale d'animation régionale sanitaire et sociale dans le champ de la santé mentale.

L'enjeu est d'assurer une meilleure réponse territoriale en lien avec les besoins des correspondants et développer le partenariat justice-psychiatrie.

- **La prise en charge des psychothérapies : espace psychothérapique**

La promotion du centre des psychothérapies en lien avec la Faculté de psychologie de l'université de Dijon permettra de développer des thématiques de recherche sur les modes de prise en charge psychothérapique et l'inscription de ces psychothérapies dans le parcours clinique des patients.

- **La prise en charge en milieu carcéral : liens entre le SMPR et l'UHSA**

La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques est assurée par le SMPR au sein de la maison d'arrêt sous la forme d'un hôpital de jour.

L'établissement est amené à accueillir des patients dans l'attente d'un transfert à l'UHSA. Le cadre juridique de cette prise en charge correspond à des soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE selon l'article D398 du code de procédure pénal).

A ce jour, le Centre Hospitalier la Chartreuse travaille en lien avec l'UHSA lyonnaise du Centre Hospitalier du Vinatier.

L'établissement dispose dans chaque unité fermée des différents secteurs d'une chambre sécurisée pour l'accueil de ces détenus (5).

Le nombre de détenus accueillis dans le cadre de SDRE a diminué en 2013 et sera sans doute en augmentation en 2014.

L'hospitalisation des détenus devrait être en diminution constante au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif des UHSA.

Les hospitalisations seront à terme réalisées directement en UHSA à partir du SMPR.

- **La prise en charge des activités liées aux explorations fonctionnelles : la sismothérapie et le laboratoire sommeil**

Afin de développer les activités de recours d'adaptation et de prévention assurées par l'unité de sismothérapie, l'établissement a inscrit dans son CPOM la volonté de créer une plateforme technique régionale avec le CHU, dans le cadre d'un projet de centre territorial de sismothérapie. Ce projet pourrait être envisagé au moyen de l'accord cadre.

Pour améliorer l'organisation de la prise en charge des troubles du sommeil sur la Côte d'Or et développer les consultations, l'établissement envisage de créer un Sleep Center pour répondre aux besoins de la région.

- **La prise en charge du handicap psychique et la création d'un CREHPSY**

La création d'un Centre de Ressource Régional Handicap Psychique est issue d'un projet porté par l'ARS, le CH La Chartreuse et l'UNAFAM, dans le cadre des parcours de soins.

Les principaux objectifs de ce projet sont :

- Mieux accueillir, informer et soutenir les personnes souffrantes, les familles ainsi que les travailleurs sociaux et les professionnels du secteur social.
- Améliorer la formation des professionnels.
- Créer un lien carrefour qui puisse préparer les travaux de suivi du PRS sur le parcours de la personne en situation de handicap psychique.

Il est attendu de ce projet qu'il permette d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique grâce à un dispositif de prise en charge et de coordination des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social plus performant.

Ce projet prévoit la mise en place des formations et la constitution d'antennes territoriales dès 2015 avec une montée en charge jusqu'en 2016.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Conforter EOLE dans ses missions			
➤ Faire vivre la Fédération inter hospitalière d'addictologie	N°3		
➤ Elaborer un projet architectural pour potentialiser les surfaces de soins disponibles.			X
O.2 - Répondre à la vocation départementale du SAMSAH			
➤ Procéder à l'extension de 26 places sur l'agglomération dijonnaise	N°33		
➤ Création d'une antenne de 12 places sur Semur			
O.3 - Assurer le développement territorial du CRIAVS			
➤ Positionner la Chartreuse dans une dynamique régionale	N°13		
O.4 – Développer l'espace psychothérapique			
➤ Répondre au besoin en termes de : - Thérapies familiales - Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) - Neuropsychologues		N°12 (B) Cf. axe 1	
O.5 – Développer les explorations fonctionnelles			
➤ Sismothérapie et laboratoire sommeil - Définir les coopérations avec le CHU et sur la région pour le laboratoire sommeil et la sismothérapie. - Développer la télémédecine pour certaines situations (ex : narcolepsie).	N°15 N°16 N°2		
➤ Consultation mémoire	N°20		
O.6 - Conforter le SMPR en lien avec l'UHSA et améliorer la prise en charge en milieu carcéral			
➤ Conforter le rôle du SMPR dans ses missions	N° 58		
➤ Engager un travail partenarial et pluridisciplinaire autour de la personne détenue avec les unités hospitalières spécialement aménagées			
O.7 - Soutenir le projet de création d'un CREHPSY dans le cadre de l'amélioration du parcours handicap psychique			
➤ Accompagner la création d'un CREHPSY : - Identifier des référents départementaux - Maintenir des effectifs suffisants - Travailler en lien avec le centre de documentation et le réseau AscodocPsy. - Travailler en partenariat avec la justice dans chaque département.	N° 33bis		

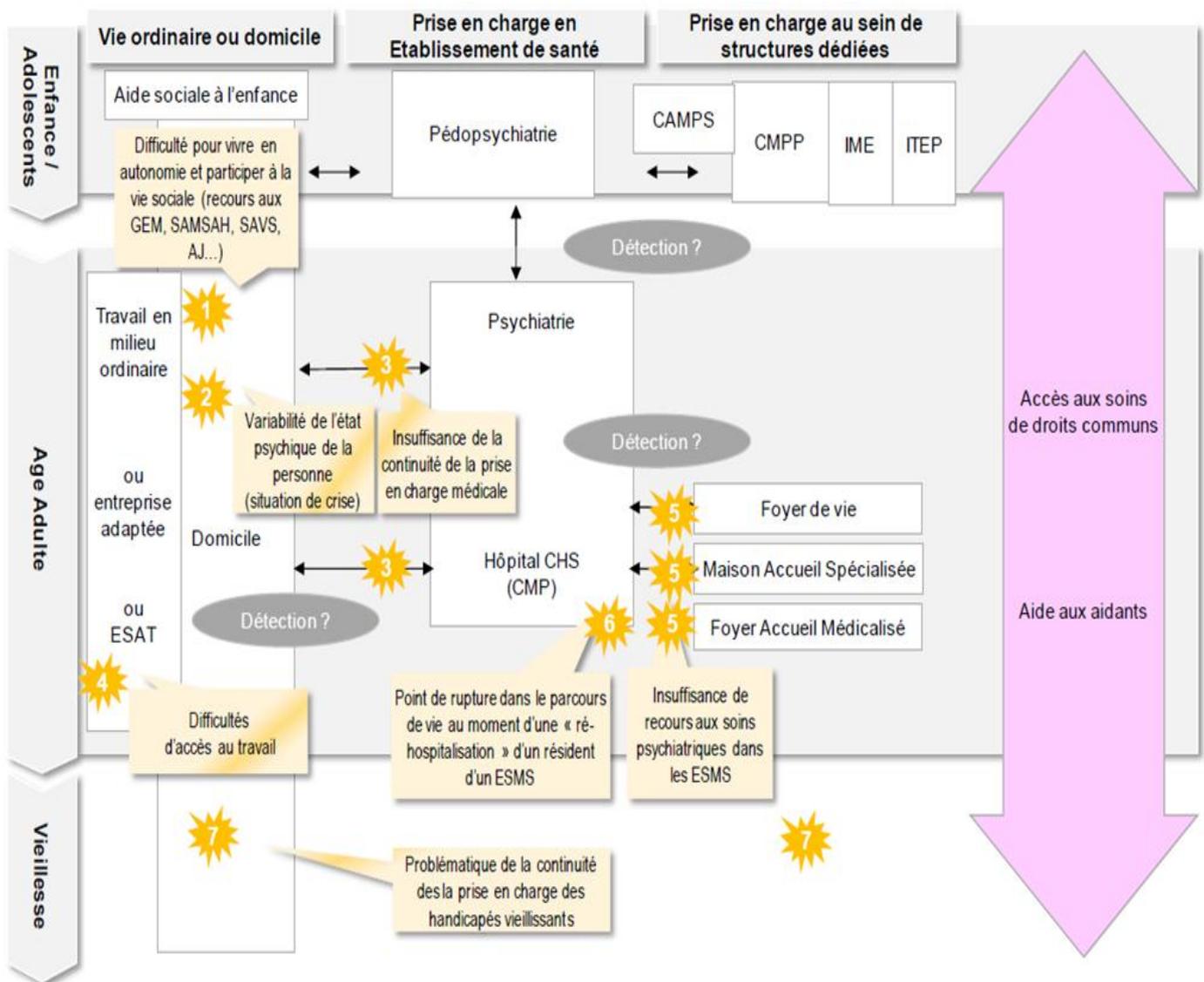
○ CONTEXTE

Le Projet Régional de Santé de la région Bourgogne a mis l'accent sur la nécessité d'apporter des améliorations, notamment au niveau de la coordination des acteurs, dans 7 parcours de santé et de vie de personnes identifiés en fonction de problématiques communes.

Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique a été identifié, dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration du Projet Régional de Santé, comme devant faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de la difficulté de la problématique, de l'importance de la population concernée et des nombreux points de rupture, tant au niveau social que dans la prise en charge médicale, auxquels se trouvent confrontées les personnes souffrant de handicaps sévères.

Une douzaine de points de rupture ont été identifiés dans 7 thématiques différentes, telles que le maintien en milieu ordinaire, le logement, les soins somatiques, l'insertion professionnelle, l'aide aux aidants, les liens entre les ESMS et la psychiatrie hospitalière, les personnes handicapées vieillissantes ...

Le schéma, ci-dessous, représente de manière simplifiée les éléments principaux de la problématique.



A partir des points de rupture ciblés dans le PRS renforcés par deux enquêtes menées en 2013 auprès des structures, associations et professionnels et auprès des personnes concernées, 12 actions ont été proposées et réparties en 3 groupes :

- **Actions régionales structurantes :**
 - Créer un Centre de Ressources Régional sur la Maladie et le Handicap Psychique (CRePSY).
 - Promouvoir la mise en place de conseils locaux de santé mentale (CLSM).
 - Développer les formations et sensibilisation sur la maladie et le handicap psychique.
 - Soutien aux familles et aidants et à leurs associations.
- **Actions régionales ciblées :**
 - Prise en charge des urgences psychiatriques.
 - Développer les liens entre la psychiatrie hospitalière, la médecine de ville et les structures médico-sociales.
- **Vivier d'actions territoriales :** panel d'actions à proposer selon les problématiques des territoires et les initiatives locales, pour faciliter l'accès à des prises en charge adaptées en structure ou dans les lieux de vie des personnes, et leur accompagnement dans la vie sociale.

Le Centre Hospitalier participera à leur mise en œuvre en fonction de la nature de ces actions. Il pourra jouer un rôle pilote (CREPSY, CLSM...) et apporter une contribution au fonctionnement général des dispositifs et réseaux sur les structures de la Côte d'Or et de la région.

Le partenariat avec les médecins généralistes sera aussi favorisé.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Favoriser la continuité de la prise en charge médicale			
➤ Distinguer psychiatrie et santé mentale (santé mentale : notion plus préventive) sur ce point et revoir l'articulation entre elles			X
➤ Mettre en place une organisation avec le CHU et les autres CH psychiatriques pour la gestion des postes médicaux et des internes	N° 80		
O.2 - S'adapter à la variabilité de l'état psychique de la personne (situation de crise)			
➤ Promouvoir des interventions dans les situations de crise			X
➤ Créer une équipe mobile à l'UMAO (cf. axe 1)	N°1		
O.3 - Augmenter le recours aux soins psychiatriques dans les Etablissements Sociaux ou Médico Sociaux (ESMS)			
➤ Etablir des conventions			X
O.4 - Favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale			
➤ Développer la culture à l'hôpital	N°24		
➤ Organiser le recours aux GEM, SAMSAH, SAVS			X
➤ Conduire des actions avec le CATTB Bachelard			X
O.5 - Diminuer les points de rupture dans le parcours de vie au moment d'une « ré-hospitalisation » d'un résident d'un ESMS			
➤ Agir sur les facteurs contributifs des points de rupture : <ul style="list-style-type: none"> - Permanence de l'action des SAVS ou des éducateurs référents lors des hospitalisations - Réponses de prise en charge différenciées selon l'état mental (nuit/ jour, etc...) - Soutien des projets de la FIPG - Organiser une filière médico-sociale à l'intérieur de la Fédération ou d'un pôle médico-social autonome - Formalisation de conventions 			X
O.6 - Assurer la continuité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes			
➤ En lien avec le projet de service des Vergers			X
O.7 - Réduire les difficultés d'accès au travail			
➤ Liens avec les ESAT (GOELAND) et structures de travail adapté			X
➤ Liens avec la MDPH			
➤ Soutien en milieu ordinaire			

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins

- Evaluer la qualité des parcours de soins (méthode du patient traceur)

○ **CONTEXTE**

Le secteur est une force pour la mise en place du travail de réseau nécessaire à la prise en charge en pédopsychiatrie. La pluridisciplinarité des équipes est un atout qui doit être préservé.

La pédopsychiatrie est confrontée à une demande en forte croissance pour laquelle l'organisation actuelle ne permet pas une prise en charge optimale des usagers. L'ambition de l'établissement consiste à renforcer les organisations pour diminuer les temps d'attente des patients, dans des délais raisonnables.

• **La prise en charge des adolescents**

L'articulation des filières de soins du jeune peut s'améliorer. Il existe aujourd'hui des structures intersectorielles au CH La Chartreuse (CMP Upsilon, HDJ Le Prisme) et au C.H.U. de Dijon (service d'hospitalisation des adolescents) qui doivent mieux s'articuler entre elles.

Nous constatons que le passage d'un jeune entre ces différentes structures, en fonction de ses besoins et malgré un souci de continuité, est encore marqué par des ruptures. En particulier, il n'existe pas de filière de soins spécifiques pour les jeunes suicidants et pour les jeunes anorexiques. Pour les jeunes suicidants, il est préconisé de mettre en place une prise en charge dans les meilleurs délais après leur passage aux urgences.

Une telle consultation a été mise en place à UPSILON en 2012 pour structurer cette filière mais celle-ci ne parvient pas à répondre à la demande au regard des moyens dédiés à cette activité. Il s'agira de développer cette prise en charge, à partir du CMP UPSILON.

• **La prise en charge en périnatalité**

La mise en place en 2012 d'une consultation père/mère/bébé au sein du pôle de pédopsychiatrie est un véritable atout du point de vue de l'offre de soins. Le médecin en charge de cette consultation assure des vacations à la maternité du CHU de Dijon. Toutefois cette organisation ne répond que partiellement aux besoins des consultations de périnatalité.

Afin d'être pérennisée, cette consultation devra être renforcée en termes de présence médicale, soignante et éducative. La pluridisciplinarité de l'équipe autour de cette consultation devra être conservée pour assurer la complémentarité des soins. Cette consultation pourra également être identifiée sur le site du CH La Chartreuse, par l'aménagement spécifique de locaux dédiés à cette prise en charge.

Afin de favoriser la psychiatrie de liaison, une équipe mobile pourrait être créée à partir de cette consultation, en lien avec la pédiatrie de Dijon et de Beaune.

• **Lien pédopsychiatrie et psychiatrie adulte**

Un travail de prévention coordonné avec la psychiatrie adulte doit être recherché. Le développement des liens autour des patients par des synthèses communes et un travail de partenariat entre les différents acteurs de la prise en charge permettra de répondre en partie à cet objectif.

○ DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Renforcer la filière adolescents vers une prise en charge spécifique des jeunes suicidants et anorexiques			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer les moyens de l'unité Upsilon lui permettant de développer un accueil spécifique pour les jeunes suicidants et pour les adolescents avec des troubles du comportement alimentaire (TCA) <ul style="list-style-type: none"> - En lien avec l'HDJ pour adolescents Le PRISME - En lien avec la pédiatrie de Dijon et de Beaune - En lien avec l'Adosphère 	N° 25		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer les moyens de l'unité Arlequin lui permettant de développer l'unité du soir « Ado soir » <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer un partenariat avec les collèges et lycées afin de développer la prévention en santé mentale chez les jeunes de 12 à 18 ans - Développer les liens avec l'Adosphère 	N° 69		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Répondre à la problématique des 16-18 ans (repérage, accueil et soins) à Beaune, à Genlis et en plaine de Saône. <ul style="list-style-type: none"> - Proposer des synthèses communes autour des situations pour les adolescents entre 16 et 18 ans, accueillis en psychiatrie adulte. 			X
O.2 - Développer la psychiatrie périnatale			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer les consultations « père - mère – enfant au sein du CH La Chartreuse 	N° 27		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aménager des locaux adaptés pour la consultation père – mère – enfant existante sur le CH. 		N°66 (C)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer une équipe mobile en périnatalité avec des postes médicaux et paramédicaux (psychologue, musicothérapeute, infirmier(e)...) <ul style="list-style-type: none"> - Coordonner le relais des CMP de pédopsychiatrie autour de cette prise en charge. - Articuler le dispositif avec les maternités et les crèches. - Développer les réseaux partenariaux (PMI, CAMSP...) pour identifier les personnes à risque et proposer des prises en charge. 	N° 27		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place des groupes de réflexions et/ou de recherche avec les équipes de maternité et PMI. 			X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins

- EPP : Poursuivre le plan d'action pour améliorer la communication sur le pôle ISCO
- Engager un projet de recherche en périnatalité, en lien avec la Faculté de Dijon

○ CONTEXTE

Les recherches cliniques depuis une dizaine d'années suggèrent qu'un diagnostic précoce de la maladie schizophrénique et la mise en route d'un traitement antipsychotique rapide favoriseraient une évolution plus favorable du trouble.

Le repérage des premières manifestations de la maladie, (c'est à dire dès le début de l'épisode psychotique, voir dès l'apparition des prodromes) constitue un véritable enjeu afin d'en infléchir le pronostic. En effet le mauvais pronostic à long terme dépend principalement de la longueur de phase de durée de psychose non traitée.

Il existe actuellement à travers le monde le développement de programmes spécifiques de prise en charge des premiers épisodes psychotiques (plus de 200 programmes ont ainsi vu le jour au cours des 20 dernières années). L'ensemble de ces programmes met l'accent sur l'importance d'une attitude pro active et plus positive concernant la maladie.

Ce trouble survient fréquemment dans une période spécifique de la vie : fin de l'adolescence ou début de l'âge adulte. Il s'agit d'une phase critique de développement, de fragilité narcissique et les changements psychologiques et sociaux qui y sont liés doivent être pris en compte pour une prise en charge optimale.

La durée de psychose non traitée est en moyenne actuellement de 1 à 2 ans du fait du déni, du manque d'information, du manque d'accès aux soins, voire de la stigmatisation.

Il s'agit pourtant du facteur majeur qui détermine l'évolution de la maladie, celle-ci étant d'autant moins favorable que la durée de psychose non traitée est longue. En effet, une durée de psychose non traitée prolongée est associée à une évolution moins bonne en termes de sévérité des symptômes, de chronicisation, d'isolement social ou de mauvaise compliance au traitement.

Par ailleurs, les troubles cognitifs que l'on observe dans la phase avancée de la maladie se développent avant tout dans la phase initiale du trouble et ne cessent de se détériorer par la suite.

Il existe ainsi une période critique de 3 à 5 ans après le début du trouble au cours de laquelle un traitement soutenu, associant traitements médicamenteux et mesures de réhabilitation, pourrait permettre d'infléchir l'évolution de la maladie. La prise en charge précoce de jeunes patients présentant un trouble psychotique constitue donc un véritable enjeu.

La prise en charge précoce de ces jeunes psychotiques rassemble un ensemble de mesures à la fois de prévention et de réhabilitation psychosociale qui ont pour objectif principal d'améliorer le pronostic fonctionnel de la maladie et de limiter le caractère traumatisant des premières expériences psychotiques. Il s'agit d'une démarche pro-active qui va favoriser une alliance thérapeutique avec le patient comprenant :

- Des interventions psycho-éducatives concernant le patient et sa famille (reconnaissance des troubles, prévention des rechutes, adhésion au traitement, abus de substances)
- Un entraînement aux habilités sociales (activités de la vie quotidienne, relationnelle, emploi, étude)
- La remédiation cognitive afin d'agir au plus vite sur les déficits cognitifs responsables en grande partie de désinsertions socio-professionnelles ;
- Des mesures de prise en charge ambulatoire d'intervention dans le milieu : équipe mobile, case management, suivi intensif dans le milieu afin de favoriser l'empowerment ;

L'intégration des familles et des proches dans la prise en charge est primordiale.

Un des objectifs de cette prise en charge est d'obtenir le rétablissement en mettant l'accent sur les ressources du patient.

L'établissement dans son organisation actuelle est confronté à plusieurs obstacles :

- Promiscuité dans les unités d'admission
- Une population mouvante avec des aspirations et des intérêts particuliers
- Cloisonnement intra-extrahospitalier
- Arrêt des prises en charge dans l'année, mauvaise observance des traitements
- Délais de prise en charge

Afin de pallier ce constat, un centre spécialisé dans la prise en charge des patients présentant une pathologie psychotique débutante sera créée et accueillera, des jeunes de 18 à 30 ans ; garçons et filles (mixte).

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Développer un centre spécialisé dans l'accueil et la prise en charge ambulatoire des psychoses débutantes (secteur 5)			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envisager la mutualisation des espaces des CMP Carnot et Dijon centre, les intervenants étant dédiés aux différentes activités. ➤ Proposer une évaluation complète et globale pluri disciplinaire de chaque patient (entretien psychiatrique, neuropsychologique, évaluation de l'autonomie.....) ➤ Mettre en place des programmes de réhabilitations psycho sociale comprenant notamment remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales, programme de psycho éducation, soutien à l'emploi ➤ Assurer le suivi intensif dans le milieu (case manager) ➤ Développer le soutien aux familles (groupes, intervention réseau pro famille) ➤ Développer un véritable réseau de soin avec le secteur médico-social et l'appui de la MDPH ➤ Mettre en place des actions de sensibilisation destiné au public 	N°4		
O.2 - Coordonner les soins au sein des unités intra hospitalières (secteur 5 et secteur 2)			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervention d'une équipe spécialisée au sein des unités pour assurer un relais et une évaluation ➤ Spécialiser le soin au sein des unités du pôle 	N°4		
O.3 - Organiser un partenariat avec la maison communautaire CATTM Matisse			
O.4 - Développer un axe de recherche en partenariat avec d'autres établissements régionaux			

○ **CONTEXTE¹**

La prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation de l'organisation des établissements de santé. Le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations qui concernent :

- les patients porteurs de maladies chroniques ;
- les personnes atteintes d'un handicap ;
- les personnes détenues ;
- les personnes démunies ;
- les personnes âgées ;
- les enfants et adolescents (cf. axe 4).

● **Les patients porteurs de maladies chroniques somatiques ou psychiques¹**

On estime qu'environ 45 % de la population française souffre d'une maladie chronique. La prise en charge des personnes atteintes de ces affections nécessite :

- la mise en place d'une coordination entre les acteurs de santé, en particulier dans le cadre des réseaux de soins et par la mise en place d'un dialogue avec le médecin traitant. Le rôle des aidants dans la mise en place d'une prise en charge coordonnée doit aussi être pris en compte;
- l'organisation d'un accès aux dispositifs d'éducation thérapeutique ;
- l'organisation d'un accès à toutes les autres ressources permettant de soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage et de les informer : liens avec des associations de patients, des espaces d'information, etc...

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques fera l'objet d'une articulation avec le bloc médical.

● **les personnes atteintes d'un handicap**

Les personnes souffrant d'un handicap physique, mental, psychique ou sensoriel représentent environ 10% de la population française, soit 6 millions d'individus.

Environ 2,3 millions de personnes vivant à leur domicile perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, et plus de 5 millions de personnes bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne.

La notion de handicap est évolutive et sa définition difficile à établir car elle prend en compte beaucoup de facteurs. Cette définition est également liée au contexte social, culturel et économique dans lequel elle s'inscrit. Six grandes catégories de handicap peuvent être distinguées :

- Le handicap moteur
- Le handicap visuel
- Le handicap auditif
- Le handicap psychique
- La déficience intellectuelle
- Les maladies invalidantes

En 2002, la Fédération hospitalière de France (FHF) et le Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés ont signé la charte Hôpital et Handicap afin de « rendre davantage effectif le droit fondamental aux soins pour les personnes handicapées ».

Ce document vise plusieurs objectifs que l'établissement s'efforcera de suivre au cours des prochaines années.

¹ Extrait du Manuel de certification des établissements de santé V2010 / HAS – Janvier 2014 – pp.60-61

- **Les personnes détenues¹**

Certaines spécificités de la prise en charge des patients détenus doivent être prises en compte :

- La poly consommation de substances addictives augmente le risque iatrogénique et suicidaire. Conformément au Plan d'actions stratégiques 2010-2014 concernant les politiques de santé pour les personnes placées sous-main de justice, la mesure 12.2 prévoit une prise en charge adaptée dans chaque établissement ;
- le risque suicidaire étant particulièrement élevé, les professionnels doivent être en situation de pouvoir repérer les patients à risque et de leur accorder une attention spécifique ;
- la prise en charge du patient détenu nécessite une prise en charge globale et un travail de coopération active avec le personnel pénitentiaire ;
- dans le cas d'hospitalisation, en hôpital de proximité ou en services spécialisés (UHSI, UHSA), tout élément du dossier médical doit être transmis à l'équipe médicale de l'UCSA rattachée à l'établissement pénitentiaire du détenu ;
- toutes les mesures relatives au respect de la liberté du patient s'appliquent de plein droit au patient détenu dans la limite des contraintes liées à la sécurité.

Le travail de partenariat entre le SMPR et l'UCSA permet un accès aux soins adapté et sans délai d'attente, notamment grâce aux modalités de repérage dès l'entrée en détention et à la délivrance des traitements de substitution : ce dispositif répond à l'exigence de prise en charge globale de la personne dépendante.

Le SMPR s'assurera de la mise en œuvre des recommandations interministérielles sur les prises en charge spécifiques en milieu carcéral, afin d'améliorer les soins dispensés aux personnes détenues ayant un problème d'addiction.

L'établissement s'engage à respecter le dispositif prévu dans l'objectif d'un renouvellement de l'autorisation du CSAPA.

- **les personnes démunies**

L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ELIPSES a obtenu son financement fin 2008 et débuté son activité clinique en octobre 2009.

L'accès aux droits n'est pas une mission de l'EMPP et le recrutement d'une assistante sociale sur un temps incomplet ne permet pas de pallier les insuffisances.

D'autre part, il n'y a pas de temps dédié de service social à l'UMAO du CH et malgré la qualité de l'accueil de ces publics par les différents partenaires, l'expérience clinique montre des difficultés qui pourraient être prises en compte par l'intervention d'un travailleur social :

- Nécessité d'un accompagnement particulier pour la mise en œuvre et le maintien des droits sociaux et l'accès aux soins de droit commun.
- Constitution et maintien du suivi et de l'accompagnement social spécialisé pour la constitution des dossiers MDPH et entrée dans un établissement adapté.
- Insuffisances dans la coordination entre partenaires intra et extra hospitaliers dans le suivi social et l'inscription durable dans les soins.
- Orientation vers de services d'hébergement d'urgence de certaines personnes accueillies à l'UMAO ou dans d'autres unités.
- Difficulté dans l'organisation effective des hébergements stables à partir du SIAO et parfois même retour à la rue.

L'établissement s'engagera dans plusieurs actions :

- Améliorer l'accès aux soins par une démarche de régularisation des droits sociaux
- Accompagner ou orienter les patients qui ne bénéficient pas d'un suivi social et/ou d'une mise à l'abri, en direction des partenaires et interlocuteurs administratifs, médicaux, sociaux et associatifs.
- Constituer des dossiers MDPH pour l'orientation dans les structures spécialisées adaptées aux personnes sans chez soi.

- Renforcer et accompagner la réflexion et l'action des services médicosociaux partenaires dans l'approche spécifique des personnes atteintes de troubles psychiatriques pour faciliter le maintien et l'accès au logement, frein majeur à l'accès aux soins.
- Soutenir l'action clinique de l'EMPP ELIPSES par la mise en œuvre d'un accompagnement pluridisciplinaire coordonné et efficace.

- **Les personnes âgées¹**

Certaines spécificités de la prise en charge des patients âgés doivent être prises en compte :

- la polypathologie et la polymédication qui augmentent le risque iatrogénique et augmentent le nombre d'intervenants auprès du patient ;
- la dénutrition qui augmente avec l'âge : elle est particulièrement fréquente en établissement de santé ;
- la dépression du sujet âgé, dont le repérage n'est pas toujours aisé : elle augmente
- le recours aux soins et à l'hospitalisation, le risque de complications somatiques, de dépendance et d'institutionnalisation ;
- les troubles cognitifs, qui conduisent à impliquer fortement les aidants familiaux ou professionnels.

La prise en charge du patient âgé polypathologique, et donc le plus souvent du patient âgé de plus de 80 ans, doit privilégier une prise en charge globale avec l'ensemble des acteurs de soins.

Une réflexion doit être mise en œuvre au sein de l'établissement afin d'établir un parcours de soins coordonné et d'offrir une filière de soins cohérente qui apporte une prise en charge adaptée à la personne et à son environnement, permettant d'éviter des hospitalisations non appropriées.

L'actuelle fédération de géro-psycho-geriatrie du Centre Hospitalier de la Chartreuse travaille depuis de nombreuses années avec les structures et associations qui accompagnent les personnes de plus de 65 ans. Aujourd'hui nous constatons que l'organisation de cette fédération ne répond pas complètement aux besoins de la population âgée et des professionnels d'EHPAD. Une structure manque à ce dispositif en termes d'accompagnement des professionnels prenant en charge les patients âgés qui présentent des troubles psycho-comportementaux. Nous envisageons donc la création d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 – Répondre aux besoins des porteurs de maladies chroniques			
➤ Identifier une activité de dépistage et de prise en charge des patients diabétiques en intra et en extra	N°54		
O.2 – Répondre aux besoins des personnes atteintes d'un handicap			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mieux répondre aux besoins de soins, favoriser le développement et l'accès aux nouvelles thérapeutiques ou dispositifs permettant de prévenir ou de compenser le handicap ; ➤ Assurer un accueil spécifique de qualité ; ➤ Assurer les droits à l'accessibilité des locaux, à l'information et à la prévention ; ➤ Renforcer la continuité de la prise en charge entre tous les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médicosocial. 			X
O.3 – Améliorer l'accompagnement des personnes détenues			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conforter le SMPR en lien avec l'UCSA et améliorer la prise en charge en milieu carcéral. <ul style="list-style-type: none"> - Liens avec le CRIAVS 	N°58		
➤ Développer des actions d'éducation thérapeutique	N°54ter		
➤ Assurer le suivi grâce aux CMP			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier un CMP post carcéral (cf. axe 1) <ul style="list-style-type: none"> - si moyens 		N° 58 bis (A)	
O.4 - Personnes démunies			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lutter contre l'exclusion sociale et permettre l'accès aux soins pour les personnes : <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les situations de précarité par la création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatriques (liens entre PASS et ELIPSES, CHRS) 	N°55		
➤ Améliorer le partenariat avec le CMP (projet de 2 IDE supplémentaires sur Dijon 1/2tps ELIPSES 1/2tps CMP dijonnais)		N° 71 (FIPG)	
O.5 – Améliorer la prise en charge des personnes âgées			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Par la mise en place d'un réseau, dans le cadre d'un projet futur d'un pôle avec le long séjour (plateforme médico-sociale cf. axe 8) ➤ Par la création d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie (Cf. axe 1) 		N°38 (B)	X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins

- Protocoliser la prise en charge des populations spécifiques

○ CONTEXTE

Du point de vue de la réglementation les soins somatiques doivent être évalués, réalisés et tracés tout au long de la prise en charge avec une importance particulière dans le cadre du parcours du patient. Notre principal point fort est l'existence ancienne et reconnue dans l'établissement d'un service de soins somatiques autonome. Toute l'équipe médicale et paramédicale est formée à la spécificité des soins physiques en santé mentale.

L'organisation du service permet :

- La réalisation systématique d'un examen à l'entrée du patient.
- Un suivi somatique des patients durant le parcours de soin intra-hospitalier.
- Des consultations spécialisées au sein du bloc médical (ORL, pneumologie, ophtalmologie, cardiologie, neurologie, dermatologie, médecine interne, gynécologie, tabacologie).
- Une prise en charge bucco-dentaire grâce à la création d'une unité fonctionnelle d'odontologie.
- La pratique de radiographies standards interprétées par un médecin radiologue évitant des déplacements complexes.
- Une prise en charge kinésithérapique assurée sur tout l'établissement par 2 kinésithérapeutes, reconnus comme maîtres de stage par l'IFMK de l'UFR de Dijon.
- Une prise en charge diététique par 2 diététiciennes qui sont intégrées dans les équipes soignantes, et qui mènent des actions d'éducation thérapeutiques et des consultations externes.
- Le transport des patients (2 ambulanciers, 1 brancardier), ainsi que la gestion centralisée des rendez-vous tant pour les consultations, examens et activités internes ou externes.
- Le renforcement de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) par la participation d'un médecin du bloc.

Autre point positif, nous accueillons des Internes en Médecine Générale qui peuvent ainsi se former à la clinique et aux différentes modalités de la prise en charge psychiatrique, très utile à leur exercice futur.

Une de nos principales difficultés est d'organiser la continuité de la prise en charge des patients en lien avec les psychiatres en intra-hospitalier et à l'extérieur avec les médecins traitants (comptes-rendus d'hospitalisation, transmission des résultats ...). L'informatisation complète du dossier médical permettrait de faciliter cette communication entre les différents professionnels.

L'augmentation du nombre d'interne en médecine générale permet une prise en charge somatique plus régulière et plus approfondie dans les services. En revanche, les médecins seniors sont de plus en plus fréquemment amenés à participer à de nombreuses activités transversales et instances (CLUD, CLAN, Qualité, COMEDIMS, Ethique, Hygiène hospitalière, éducation thérapeutique, etc.), sans temps médical dédié suffisant.

D'autres difficultés méritent d'être relevées :

- Pour la kinésithérapie, le manque de surface de la salle de rééducation et la vétusté de certains équipements nuisent à la qualité des soins dispensés aux patients. L'implantation des locaux à distance des unités de soins nécessite des transports nombreux qui surchargent l'activité du service ambulancier.
- De façon globale, le nombre de transport des patients augmente régulièrement. L'équipe actuelle n'arrive plus à satisfaire l'ensemble des demandes, obligeant à recourir à des transports privés, et/ou à annuler des séances de kinésithérapie. Autre point faible : les transports de nuit.
- L'hétérogénéité et les difficultés de maintenance du matériel de la radiologie.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Renforcer les soins somatiques dans la prise en charge globale des patients			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la coordination entre les psychiatres et les internes de psychiatrie avec la médecine somatique : <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les somaticiens dans les projets de sortie et assurer le relais somatique avec les médecins traitants 	N° 22		X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informatiser le dossier du patient pourrait permettre un meilleur partage des informations utiles à une prise en charge globale. 	X		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer certaines prises en charges spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Par un projet de télédermatologie : s'intégrer dans la mise en place de la télédermatologie organisée par l'ARS en Bourgogne. - Pour la prise en charge bucco-dentaire, assurer le suivi du patient en intra tout en maintenant son autonomie en développant une offre intermédiaire de consultation. - Pour la tabacologie : création d'une unité fonctionnelle spécifique, valorisant l'activité. 	N°2 N° 56	En cours (E) N° 17 (E)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redynamiser la lutte contre les infections (prévention et prise en charge) grâce au dynamisme de la nouvelle EOHH. 	X		
O.2 - Optimiser l'organisation autour de cette prise en charge			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diététique : <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'intégration des diététiciennes dans toutes les décisions prises liées à l'alimentation (institutionnelles) - mise à disposition de locaux pour les ateliers d'ETP, développer les ateliers de cuisine thérapeutique. 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transport patient : la qualité de la prise en charge des transports pourrait être améliorée par une réflexion sur les effectifs (recrutement d'un ambulancier supplémentaire), mais aussi sur le matériel et les équipements disponibles. 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kinésithérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser l'implantation des salles de kinésithérapie - Augmenter les surfaces dédiées 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer la fonction « intendante » : <ul style="list-style-type: none"> - Recenser les activités des intendantes et envisager une réattribution des missions et rôles liés à cette fonction. - Mettre en lien cette action avec les besoins identifiés sur les approvisionnements et circuits de navettes. 			X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins
➤ Développer les actions d'éducation thérapeutique
➤ Améliorer les résultats des Indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)
➤ Améliorer la maîtrise du risque infectieux

○ CONTEXTE

L'établissement a identifié dans son organisation interne une fédération inter-polaire de psychiatrie générale qui regroupe différentes unités inter sectorielles impliquées dans la réinsertion des patients suivis au long cours.

• **Unités et structures intra-hospitalières :**

- USALP
- OASIS
- ARC-en-CIEL
- Atelier Art-thérapie
- FAM J-B PUSSIN

• **Unités extra-hospitalières :**

- CATTP-Maison communautaire Maison Matisse
- CATTP-Maison communautaire Lucie-en-Carrois
- CATTP Bachelard
- Accueil familial SESAME
- Appartements Protégés
- SAMSAH le Trait d'Union
- Atelier thérapeutique ARDOR
- ELIPSES

La problématique du positionnement de la Fédération a soulevé plusieurs questions et perspectives qui doivent être abordée sur le plan institutionnel en ce qui concerne :

- la distinction plus précise de ce qui relève respectivement du champ sanitaire et du champ médico-social dans les activités de soins au long cours et de réhabilitation de la Fédération ;
- l'identification d'une plateforme interne à la Fédération ou d'un pôle autonome regroupant les structures médico-sociales ;
- l'évolution éventuelle de la fédération en Pôle autonome ou le rattachement des différentes unités aux pôles de psychiatrie générale;
- l'identification d'une plateforme regroupant les structures médico-sociales.

L'organisation hospitalière recherchée devra être cohérente entre les « parcours courts » avec la psychiatrie générale (pôles A/B) et les parcours « longs » avec la Fédération.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Clarifier le rôle, les missions et le positionnement des structures de la Fédération au sein du CH			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaffirmer la position de la Fédération pour préserver ce qui a été créé dans l'intérêt des patients. <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une concertation avec les autres pôles. - Définir une politique de réinsertion 		X	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer une plateforme regroupant les structures médicosociales 			X
O.2 - Développer la capacité des structures médico-sociales de la Fédération			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Augmenter le nombre de places du SAMSAH 	N° 33		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé 	N° 34		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des formules type familles gouvernantes et résidence accueil 	N° 35		
O.3 - Coordonner les structures pour proposer des solutions graduées de prises en charges adaptées			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place des sorties progressives et par étapes, autour de structures dédiées. 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer le lien entre les structures et la réflexion autour du projet d'autonomisation du patient et par la mise en place d'un « contrat ». 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuer à diminuer les hospitalisations de plus de 90j par la recherche d'autres modalités de soins 	N° 37	X (CIAMM FIPG)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser la préparation à la réinsertion professionnelle (atelier Ardor – pré ESAT) 		X	
O.4 - Renforcer les partenariats avec le médico-social			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer le partenariat avec le médico-social pour organiser la prévention <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser des conventions de partenariat avec les structures. 			X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconduire la revue de pertinence des hospitalisations >90 jours
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer la pertinence de l'ouverture d'une unité de transition et de préparation à la sortie
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conduire les évaluations internes des structures médico-sociales dans le cadre des recommandations de l'ANESM et mettre en œuvre les plans d'amélioration associés

○ CONTEXTE

• **La pharmacie**

L'activité de la pharmacie au-delà de l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux stériles se recentre sur le parcours du patient et sur la sécurisation du circuit du médicament.

L'objectif des 5 B (administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient) résume cet engagement.

L'amélioration de la qualité du circuit dépend des moyens humains et matériels, ainsi que de la géographie de l'établissement.

Les principaux points forts de l'organisation actuelle :

- équipe motivée, regroupement des principaux acteurs au sein du même pôle.
- informatisation complète du circuit du médicament, initiée en 1989.

Les faiblesses constatées :

- l'effectif ne permet pas de généraliser les activités manuelles de dispensation.
- la disposition pavillonnaire de l'établissement ne favorise pas les liaisons et livraisons physiques de produits pharmaceutiques.

Les réalisations :

- dispensation à délivrance individuelle hebdomadaire pour le 1/3 des lits : 75 lits de long séjour et d'EHPAD, et 40 lits en psychiatrie pour la fédération des arriérés profonds et l'hôpital de jour Carnot. Pour l'unité Eole, le traitement global de chaque patient est préparé pour le séjour entier. Cette Activité fait l'objet d'une EPP en continu portant sur le contrôle de la préparation.
- reconditionnement des fractions de comprimés pour ces unités et surconditionnement des blisters non unitaires (98% des lignes de prescriptions sont en conditionnement unitaire lors de l'administration, enquête au long séjour).
- animation du CREX sur le circuit du médicament sur un rythme mensuel, avec une participation régulière et motivée multi-métiers.
- Information, sur prescription médicale, aux patients dans les unités ouvertes sous forme de groupes de paroles.
- actions de coopération.

La permanence des soins pharmaceutiques est organisée en commun sur le CHU et le CHS au niveau des internes.

L'établissement est membre du GCS stérilisation.

Le praticien du service participe aux séances d'enseignement dirigé en 5^{ème} année hospitalo-universitaire et à l'enseignement du DES de pharmacie hospitalière.

Le projet d'automatisation de la pharmacie initié en 2014 sera poursuivi. Une alternative pourrait être le déploiement d'armoires « plein -vide ». Le coût de l'investissement et la difficulté d'assurer les transferts d'armoires pour l'ensemble des unités à l'intérieur des 25 ha de l'établissement font préférer le passage par l'automatisation.

- **Les activités de biologie**

La présence du laboratoire dans l'établissement est une force du plateau technique : conditions pré-analytiques respectées, contacts renforcés et facilités par la proximité avec les équipes soignantes.

Les activités du laboratoire doivent être accréditées par le COFRAC (comité français d'accréditation) section Santé Humaine, selon un calendrier défini :

- Avant le 30 avril 2015, dépôt du dossier pour l'accréditation de 50% de l'activité du laboratoire, chaque famille d'examen devant être représentée.
- Avant le 1er novembre 2016 : visite d'accréditation.
- Pour le 30 avril 2017, dépôt d'un deuxième dossier concernant 70 % de l'activité.
- Pour le 30 avril 2019, dépôt d'un troisième dossier concernant 100% de l'activité.

Le laboratoire a envoyé au COFRAC le dossier de vérification d'entrée dans la démarche d'accréditation en mai 2013 concernant la numération sanguine. Ce dossier a été accepté en aout 2013.

Le suivi de la démarche qualité au laboratoire comprend les étapes suivantes :

- Mise en place en 2013 de la métrologie au laboratoire.
- Un système de location de pipettes « conformes » a été mis en place.
- Un suivi annuel des sondes de températures et des pipettes est assuré par des sociétés agréées répondant aux exigences de la norme d'accréditation.
- Mise en place d'indicateurs et leur suivi en revue de direction : ils concernent le nombre de dysfonctionnements par processus, les résultats des contrôles externes de qualité, les délais de rendu des examens urgents (troponine, D Dimères) ou des dossiers demandés en urgence.
- Rédaction du système documentaire selon les processus répondant à la norme ISO 15189 d'accréditation des laboratoires.

Tout le personnel est motivé pour réaliser ce dossier et participe pleinement à la rédaction des modes opératoires et procédures. Il faut donc soutenir les activités du laboratoire pour l'obtention de l'accréditation qui passera par plusieurs étapes :

- Fin de 2014 : envoi de dossier de demande d'accréditation partielle.
- Octobre 2015 : envoi de la suite du dossier.
- Renouvellement des automates : il sera nécessaire de réfléchir au changement de certains automates fin 2014, afin de présenter en 2015, un dossier d'accréditation sur des automates relativement récents, sinon les tests obligatoires pour tout appareil en fonctionnement devront être réalisés à nouveau.
- Bactériologie : l'activité de bactériologie est peu importante au laboratoire. Il faut réfléchir au devenir de cette spécialité. Les types de prélèvements peu fréquents seront progressivement envoyés au laboratoire de bactériologie du CHU.

L'ARS a organisé en novembre 2014 une réunion concernant les coopérations en biologie hospitalière en Bourgogne. Le recentrage des laboratoires hospitaliers sur des laboratoires référents par territoire de santé a été acté. Pour Dijon la coopération du laboratoire du CH La Chartreuse doit être réalisée avec le laboratoire du CHU.

En janvier 2015 l'ARS a décidé que le laboratoire du CH La Chartreuse devra être fermé à la date du 31 décembre 2015, l'activité biologique étant réalisée au CHU.

Il ne sera donc pas déposé de demande d'accréditation du LBM.

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 – Sécuriser le circuit du médicament			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Finaliser le projet d'automatisation de la pharmacie. <ul style="list-style-type: none"> - Déployer les moyens nécessaires à la mise en place d'un circuit de livraison des médicaments (navettes). - Assurer en parallèle une présence pharmaceutique régulière au niveau des unités tant des pharmaciens que des préparateurs, pour sécuriser d'autres points du circuit : tenue des armoires, conseil aux équipes. 		N° 62 (E)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la qualité de l'information sur les traitements sur l'ensemble du parcours patient : conciliation pharmaceutique à l'entrée du patient, analyse des traitements inappropriés et des ordonnances de sorties, utilisation du DP (dossier pharmaceutique). 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre l'effort sur l'éducation thérapeutique (2 pharmaciens formés) en lien avec le groupe multidisciplinaire créé dans l'établissement. 			X
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la coopération avec la PUI du CHU dans le domaine de l'approvisionnement des dispositifs médicaux stériles dans un souci de rationalisation et d'économie. 	N°10 (accord cadre)		
O.2 - Informatiser les archives médicales			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer l'informatisation pour permettre la transmission des informations utiles aux patients et à une prise en charge globale. 		N° 64 (E)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer les indicateurs de pilotage en temps réel. 	<i>Cf. projet de gestion</i>		
O.3 - Soutenir les activités du laboratoire pour l'obtention de l'accréditation			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutenir les activités du laboratoire pour l'obtention de l'accréditation COFRAC. <ul style="list-style-type: none"> - Renouveler les automates et contractualiser leur maintenance avant l'envoi du dossier d'accréditation en avril 2015 ➤ Transférer l'activité de bactériologie vers le CHU 	N° 48	-	X

○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins
➤ Développer les actions d'éducation thérapeutique
➤ Améliorer la tenue du dossier patient
➤ Sécuriser le circuit du médicament
➤ Conduire la démarche qualité du laboratoire

AXE 10 - SOUTENIR LES ACTIONS DE RECHERCHE POUR VALORISER LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES

○ CONTEXTE

Le CH la Chartreuse développe progressivement une politique de recherche dans des champs très variés correspondant aux filières de prise en charge des patients et au champ de compétence de ses professionnels.

A ce jour l'établissement s'est engagé dans 13 projets de recherche listés ci-dessous.

Pôles	Objet	Organismes partenaires	Référents
A	CRIAVS		Dr CAPITAIN Dr BARRA
A	Elaboration d'un programme d'Education Thérapeutique	ARS	B.TERILLON
B	CCOMS	Institut Universitaire de Montréal Institut Mac Gill	Dr MILLERET
B	Médicament		Dr DIDI ROY
B	Espace psychothérapeutique		M. REYNAUD Pr.CHAHRAOUI
C	Effet de la musicothérapie sur les relations précoces parents-enfants dans le cadre de dépression maternelle et sur les productions narratives de l'enfant	Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale de l'Université de Bourgogne de Dijon	Dr LECLERC Pr.CHAHRAOUI
E	PHRC: Évaluation d'un programme de prévention bucco-dentaire sur la santé orale des patients schizophrènes	CHU de Dijon Collaboration DRCI	Dr DENIS
E	Etude épidémiologique sur l'état bucco-dentaire des patients schizophrènes	DRCI CHU de Limoges Lyon Le Vinatier Villevrard Estampes CHU Dijon CHU Besançon	Dr DENIS
E	Etude sur la résonance TMS	CHU de Dijon	Dr DENIS
E	Etude sur le syndrome de Marfan	DRCI CHU de Besançon, unité maxillo-faciale	Dr DENIS
E	Projet de transfert de compétence entre le chirurgien-dentiste et l'infirmière	ARS	Dr DENIS F.MOUCHON
E	Etude côte d'or patients schizophrènes	ARS	Dr DENIS
E	Développer échanges CHU/CHS problème inclusion des patients: supports pour fédérer les psychiatres Journées de psychiatrie dijonnaises	Dr BESSE / Dr CAPITAIN A voir avec le Directeur	Dr DENIS

○ AXES DE DEVELOPPEMENT ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Objectifs	Projets CPOM	Projets de pôle	Autres projets
O.1 - Soutenir les actions de recherche et valoriser les compétences professionnelles.			
➤ Participer à des protocoles de recherche clinique en lien avec le CHU dans le cadre des programmes régionaux de recherche clinique (addictologie, périnatalité, ...)	N°51		
➤ Participer à des travaux de recherche en lien avec le centre collaborateur OMS de Lille.			
➤ Créer un centre des psychothérapies en lien avec la faculté de psychologie de l'université de Dijon, en vue de développer des thématiques de recherche sur les modes de prise en charge psychothérapique et l'inscription de ces psychothérapies dans le parcours clinique des patients.			
➤ Effectuer une étude en pédopsychiatrie sur la prise en charge de la périnatalité.			
➤ Effectuer des actions de recherche dans le champ de la prise en charge somatique des patients (douleur, troubles métaboliques...)			
➤ Recherche d'actions et dispositif de formation pour la prise en charge buccodentaire des patients.			
➤ Effectuer des actions de recherche dans le champ des relations justice psychiatrie travaux observatoire des modes de coordination entre les services de psychiatrie l'autorité judiciaire (soins sans consentement, expertise, ...)			
O.2 - Développer une activité de recherche concernant des populations ciblées			
➤ Conduire un projet d'occulométrie			X
➤ Conduire un projet de recherche en périnatalité			X
O.3 - Développer la collaboration avec le CHU			
➤ S'inscrire dans le projet de révision de l'accord cadre	N°10		

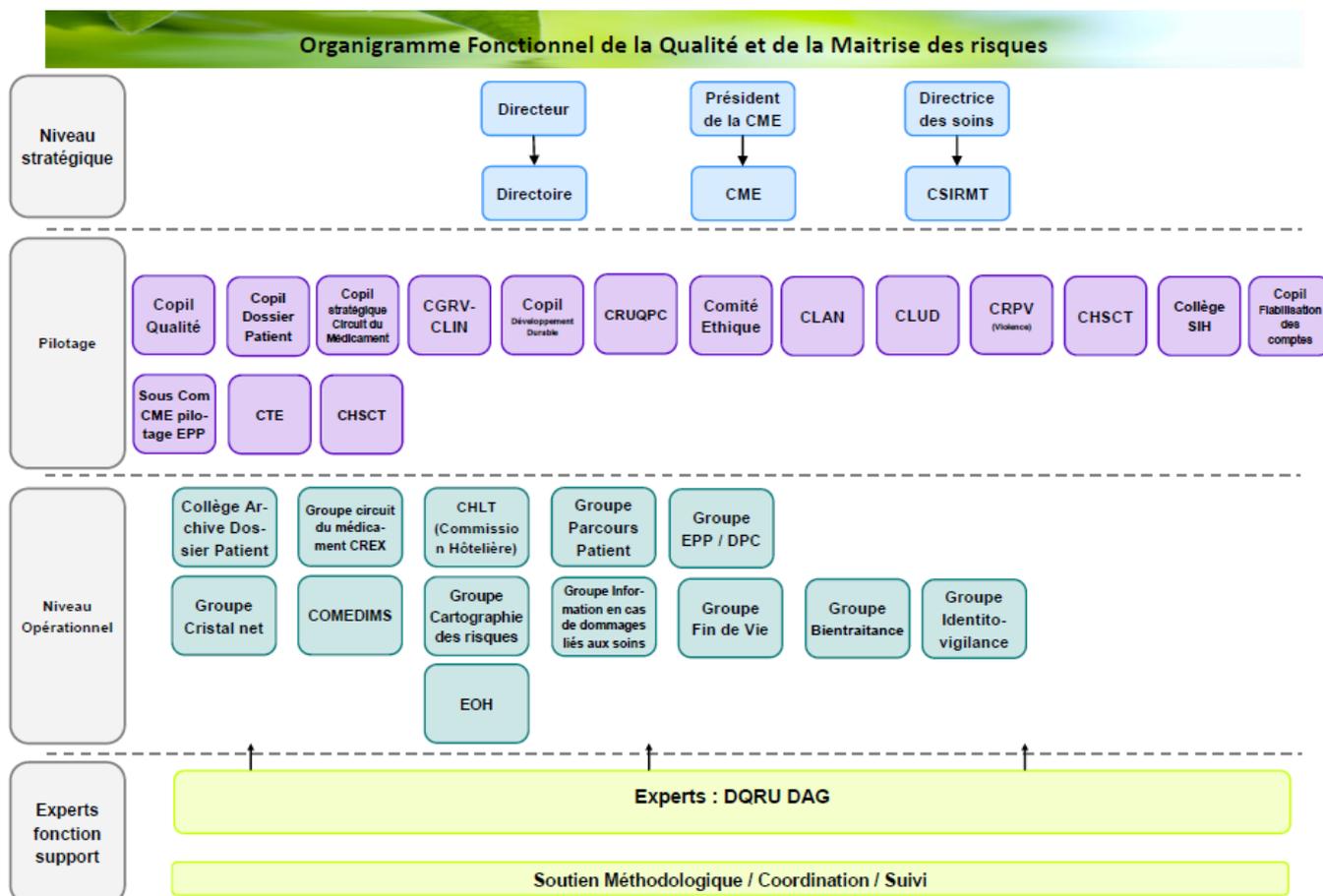
○ AMELIORATION DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Programme qualité et sécurité des soins
➤ Liens avec les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques en interne

IV. LE PROGRAMME QUALITE ET SECURITE DES SOINS

La CME et l'équipe médicale ont pris en main leur rôle stratégique dans le pilotage de la démarche qualité et sécurité des soins.

Ils s'impliquent, de manière active et pérenne, dans les réflexions sur les démarches qualité de prise en charge du patient à la CME, au sein du Comité de pilotage Qualité, de la sous-commission CME pilotage des EPP ainsi que dans les différents comités techniques et groupes de travail représentés ci-dessous.



Maj le : 16-09-2014

Le projet médical reprend dans ses axes le déploiement de la politique de qualité et sécurité des soins et consacre un chapitre dédié aux principaux enjeux de l'établissement.

Les orientations en termes de qualité et sécurité des soins tiennent compte des priorités issues du projet médical et de la gestion des risques liée aux activités de l'établissement. Ces priorités ont été définies au sein des groupes de travail d'élaboration du projet médical, en lien avec les orientations qualité et sécurité des soins du CPOM.

Le projet qualité et sécurité des soins constitutif du projet d'établissement, prévoit l'organisation et le déploiement de la démarche qualité, en cohérence avec les orientations du projet médical.

1. Les orientations qualité et sécurité des soins inscrites dans le CPOM

- Suivre les objectifs en termes de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôle
- Conduire le programme d'action de l'établissement en matière de qualité et risques
- Améliorer les résultats des indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)
- Mettre en œuvre la méthode du patient traceur dans chaque filière sur le patient traceur
- Publier le document unique actualisé
- Organiser la centralisation des contrôles internes
- Améliorer le dispositif de prévention du risque infectieux
- Informatiser le circuit des Evènements Indésirables
- Améliorer la sécurité médicamenteuse avec un programme d'actions
- Mettre en place la cartographie des risques à priori
- Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes
- Obtenir une Certification sans réserve

2. Les orientations qualité et sécurité des soins issues des groupes de réflexion

	Projet CPOM	Projet de soins	Projet QSS	Autres projets
Améliorer la sécurité des soins				
➤ Sécuriser le circuit du médicament	X		X	
➤ Améliorer la tenue du dossier patient	X	X	X	
➤ Renforcer la sécurité liée à la consommation de produits illicites dans l'établissement			X	
➤ Prévenir les actes de violence		X		
➤ Améliorer la maîtrise du risque infectieux			X	
➤ Conduire la démarche qualité du laboratoire	X			
Développer les évaluations de pratiques professionnelles				
➤ Améliorer les résultats des Indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)			X	
➤ Développer les Evaluations de Pratiques professionnelles, notamment les revues de pertinence des soins		X	X	
➤ Evaluer la qualité des parcours de soins (méthode du patient traceur)	X	X		
➤ Reconduire l'évaluation des délais d'attente en extra hospitalier		X		
➤ Valoriser les projets de recherche par la publication de recommandations de bonnes pratiques		X		
Améliorer la qualité des soins et le respect des droits des usagers				
➤ Promouvoir la bientraitance		X		
➤ Poursuivre la protocolisation des prises en charge spécifiques		X		
➤ Développer les actions d'éducation thérapeutique	X	X		
➤ Conduire des démarches d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins dans les structures médico-sociales				X

V. LES MODALITES D'EVALUATION DU PROJET MEDICAL

Le président de la CME assure le suivi de la mise en œuvre du projet médical et en dresse le bilan annuel.

La CRUQPC et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'ARS.

2. PROJET SOCIAL 2015-2019 - DEVELOPPEMENT DURABLE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

I. LA DEFINITION DU PROJET SOCIAL

1. La définition légale

La définition du Projet Social est posée à l'article L6143-2-1 du code de la Santé Publique :

- « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.
- Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. »

Le Comité Technique d'Etablissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

Le Projet Social constitue un des volets du Projet d'établissement. Il s'inscrit dans sa cohérence, en lien avec les autres volets du Projet d'établissement.

Il a vocation à concerner le personnel non médical, les agents titulaires et contractuels.

Afin de ne pas rester dans une seule définition d'objectifs prioritaires, et pour permettre d'évaluer dans le temps sa réalisation, le présent projet social est traduit en fiches opérationnelles, les fiches-actions, et il s'inscrit dans un calendrier prévisionnel.

Il fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité dont il intègre les objectifs.

2. L'application au sein de l'établissement

Le Projet Social est construit en cohérence avec le projet de soins, le projet médical et le projet qualité. Certains objectifs sont en effet transversaux, notamment en ce qui concerne :

- L'adaptation à l'emploi avec la notion de développement professionnel continu (DPC, autres formations).
- Les recrutements, les formations, les organisations qui intéressent la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).
- Tout ce qui peut impacter la qualité de la vie au travail.

Depuis l'élaboration du dernier projet social, les pouvoirs publics ont pris un certain nombre de décisions relatives à la réglementation du travail dans les établissements. Le projet social se doit d'en intégrer les effets au-fur-et à mesure de son élaboration et sa mise en œuvre.

II. UN NOUVEAU PROJET SOCIAL VALORISANT LE DEVELOPPEMENT DURABLE ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

La Direction de l'établissement entend développer une politique de gestion du personnel ambitieuse et moderne, correspondant aux valeurs du service public. Dans cette optique, la politique des ressources humaines qui sous-tend le présent projet social intègre les thématiques de la qualité de vie au travail et du développement durable.

Le développement durable est une orientation qui commande la façon dont l'établissement souhaite équilibrer l'économique, le social et l'environnemental. L'adhésion de l'établissement à cette orientation implique que les agents doivent être considérés dans leur individualité, laquelle doit être respectée durablement, de façon effective, dans une logique de développement et de performance. L'humain est donc mis au cœur des préoccupations, dans le cadre d'une vision pragmatique de la responsabilité sociale de l'établissement et de ses intérêts économiques, au regard de ceux du patient.

Sur le plan pratique, cela incite l'établissement à organiser un suivi individualisé des compétences, veiller à ce que les conditions de travail permettent à ces compétences de s'exprimer au mieux, accompagner l'agent dans le management de sa carrière pour que ces compétences restent et évoluent dans le collectif et anticiper les reclassements éventuels pour inaptitude lorsque les conditions de travail n'auront pas pu être adaptées aux besoins de l'agent.

III. BILAN DU PROJET SOCIAL 2008-2013

Le bilan du précédent projet social a été réalisé en concertation avec les organisations syndicales et un groupe de travail interne.

Il tient compte des résultats :

- D'un audit réalisé en 2012 sur les risques psychosociaux (restitué en 2013), avec l'aide d'un consultant chargé de recueillir des données qualitatives et quantitatives par questionnaire et entretiens de groupes.
- D'une enquête sous forme de questionnaires en 2009 touchant l'ensemble des agents.
- D'une enquête sous forme de questionnaire en 2010/2011 concernant uniquement les ASHQ.

Le Projet Social 2008-2013 s'articulait autour de cinq axes :

- Organisation du travail
- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- Formation continue
- Conditions de travail et qualité de vie au travail
- Participation communication information.

Pour chacun de ces axes, des actions ont été mises en œuvre comme prévu, d'autres ont dû être réorientées. Certaines se sont avérées efficaces, d'autres méritent d'être améliorées et continuées.

1. Organisation du travail

Le projet Social 2008-13 prévoyait différentes actions nouvelles ou en continuité concernant l'adéquation des postes et des fonctions. Ces actions ont été réorientées par l'adoption des fiches métiers créés par la DGOS en 2008.

La politique de systématisation des fiches de postes a été mise en application avec l'obligation de fiches de poste en cas de mutation. Cependant, toutes les fiches de poste ne sont pas réalisées, elles sont hétéroclites dans leur forme, et leur mise à jour est plus ou moins réalisée. Le travail sur les fiches des postes doit être poursuivi.

Concernant la définition des rôles, statuts et tâches, des formations ont été préconisées pour les cadres. De 2010 à 2013, ces formations ont été systématisées autour des thématiques du management et de l'entretien d'évaluation. Malgré ce travail, le besoin d'une réflexion métiers se fait encore sentir et l'évaluation des actions mises en place en matière de définition des rôles, statuts et tâches reste à faire.

Pour la question des rythmes de travail, des fiches RCTT ont été travaillées (une quarantaine), mais le travail de mise à jour doit être permanent, notamment pour intégrer les modifications réglementaires. Des formations ont été développées autour de l'usage de l'application « CHRONOS ». Un groupe de travail de cadres paramédicaux a été constitué pour définir une charte des plannings destinée à fixer les principes en la matière, et servir de guide d'élaboration des plannings. Par ailleurs, il avait été prévu d'évaluer les charges de travail dans un souci d'équilibrage des moyens dans toutes les catégories de personnel. Cette évaluation n'a pas été réalisée faute de critères d'évaluation de la charge de travail dans de nombreux secteurs.

2. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Le principe de mobilité devant être effectif, une mesure de sa réalité dans l'établissement a été proposée sous forme de bilans, sous la responsabilité de la DRH, ce qui a été fait jusqu'en 2011. Des nouvelles règles différentes de celles de 1992 n'ont pas encore été écrites. Des pratiques ont cependant été modifiées pour tenir compte des mouvements naturels parmi les soignants, avec les recrutements qui se sont accélérés sous l'effet du baby-boom et de la réforme des retraites.

L'outillage de l'entretien d'évaluation individuel a été réalisé avec l'écriture d'une grille d'entretien, et d'un protocole de conduite d'entretien. Cependant, la compétence de l'encadrement à réaliser ces entretiens mérite d'être améliorée, notamment parce que les nouveaux cadres n'ont pas tous été formés.

La mise en place des évaluations a amorcé une démarche de GPMC en connectant le besoin de compétences avec la formation de l'agent, sans utilisation du logiciel liant compétences et besoins de formation mis à disposition, en raison de la difficulté à le maîtriser.

L'étude de l'absentéisme a permis de revoir les modalités d'organisation de la suppléance interne (2011-2012).

La possibilité de prise en charge de la promotion professionnelle sans obligation de service a été ouverte en 2011, ce qui permet d'améliorer les évolutions de métiers, notamment pour problème de santé.

3. Formation

La politique de formation a été formalisée avec en parallèle la construction pluriannuelle du plan de formation. Un guide des formations est mis à disposition du personnel annuellement, et l'équipe formation répond aux demandes individuelles relatives aux projets professionnels personnels.

Les formations ne sont pas encore complètement articulées avec les dossiers des agents de façon à poser les bases d'une gestion satisfaisante du dispositif individuel de formation professionnelle tout au long de la vie (inscrit aux statuts de la fonction publique), et du dispositif permanent de Développement Professionnel Continu (DPC) posé par la Loi HPST du 21 juillet 2009 pour les professionnels de santé.

La formation d'adaptation à l'emploi n'est pas complètement intégrée en cas de changement de poste ou pour les nouveaux arrivants.

L'évaluation des dispositifs de formation commence à se mettre en place.

Le rapprochement de la formation avec le suivi global de la situation des agents est amorcé, et la cohérence avec l'encadrement des services de soins est recherchée.

Comme la GPMC n'est pas encore en place, l'apport de la formation dans les services et auprès des agents ne peut pas être mesuré.

4. Conditions de travail et de vie au travail

Des actions concrètes avaient été identifiées dans le projet social au titre des conditions de travail. Certains aménagements ambitionnés n'ont pas pu être réalisés : réaménagement des locaux techniques administratifs et logistiques, ascenseurs, rampes d'accès aux bâtiments administratif et au centre de documentation.

Il était prévu d'effectuer une étude/bilan de l'application des durées hebdomadaires de travail en étroite liaison avec les besoins des services. Cette action n'a pas été réalisée et il a été décidé de la redéfinir dans un autre cadre.

Concernant les projets liés à la garde des enfants du personnel, il a été décidé de réétudier la situation dans le cadre d'une démarche à définir dans le cadre de ce projet social.

En 2013, un audit des Risques Psychosociaux (RPS) a été lancé et un consultant requis pour mettre à jour le Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER).

Un groupe de travail sur les Equipements de Protection Individuels (EPI) a été conduit et devait permettre de valoriser des besoins au sein d'un CLACT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail) 2013-2018. Ce groupe de travail a réalisé un bilan de l'existant mais n'a pas eu l'occasion de réaliser un plan d'action.

Des formations sur la gestion du stress au travail et la prévention collective des risques professionnels sont régulièrement organisées et ouvertes à l'ensemble des catégories de personnel.

5. Participation communication information

La communication interne a été améliorée avec « La Lettre de la Direction » publiée mensuellement. L'intranet DRH n'a pas été réalisé mais des publications régulières du service ont lieu sur l'intranet. Le règlement intérieur a été communiqué.

La question du renforcement de la relation entre le centre de documentation et la DRH a été exclu du champ du projet social car il a été considéré qu'elle relevait du projet de service de la DRH.

L'accès généralisé à l'intranet est amorcé, et une journée des nouveaux arrivants est mise en place.

Le livret d'accueil du personnel est terminé et remis à chaque nouvel arrivant. Il n'a pas encore été diffusé dans l'ensemble des services.

Des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels sont créés mais leur mise à jour n'est pas toujours effective.

Le dialogue social a été renforcé par l'intégration des organisations syndicales à différents niveaux dans les projets et études. Il n'y a pas de refus d'absence syndicale, mais les syndicats constatent que des améliorations pourraient être apportées, notamment sur le plan des freins organisationnels concernant leur remplacement ou de la communication auprès de l'encadrement. Les critères de qualité du dialogue social posés par les pouvoirs publics sont satisfaits.

IV. LE CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE AU 31 DECEMBRE 2013

Le Centre Hospitalier La Chartreuse présente un certain nombre de caractéristiques de par son activité et son organisation. Son activité principale est la psychiatrie, même s'il a développé depuis cinq ans son secteur médico-social. Son organisation est géographiquement dispersée, avec des unités d'hospitalisation concentrées sur un seul site citadin, lesquelles sont complétées par des activités extra hospitalières réparties entre vingt-cinq structures situées sur des territoires ruraux ou urbains avoisinants ou plus lointains dans le département.

Cette situation introduit un facteur de risque d'hétérogénéité dans les pratiques professionnelles, même si l'on constate que la culture d'établissement reste forte.

Comme dans les autres établissements, le personnel de l'établissement, quel que soit son métier, subit fortement et quotidiennement les conséquences des mutations auxquelles sont confrontés les établissements hospitaliers :

- Impératifs réglementaires toujours plus contraignants en matière de sécurité, de qualité et de traçabilité.
- exigence de rationalité économique en raison de la réforme du financement de l'Hôpital et des limitations de moyens.

1. Des caractéristiques démographiques en évolution

1.1. Des changements profonds en 5 ans

La population des soignants, qui est la plus nombreuse (75% de l'effectif), est celle qui a connu les évolutions les plus importantes. Il y a eu de nombreux départs en retraite des infirmiers(e)s, accentués par la fin des effets du baby-boom, et par les effets de la réforme des retraites. Cela a entraîné un renouvellement important de la population des infirmier(e)s, et donc son rajeunissement.

La réforme statutaire a eu aussi pour effet un changement de catégorie avec un prolongement de la vie professionnelle. On constate un vieillissement de la population d'infirmiers qui arrivent en fin de carrière. Il y a donc dans la filière un rajeunissement et un vieillissement concomitants.

Les effectifs restent stables avec un accroissement léger du rapport fonctionnaires/CDI/stagiaires et CDD. En 2009, il y a eu 76 recrutements contre 51 en 2013. Cependant, entre temps, il y eu des pics en 2010 et en 2011, avec respectivement 135 et 109 recrutements.

Les recrutements se font principalement sur la catégorie A (effet du changement de statut des infirmier(e)s).

L'intérim passe de 925 contrats en 2009 à 896 contrats en 2013. Soit, 1 221 jours en 2013 contre 2 600 jours en 2009, ce qui représente une diminution de plus de 100%.

Le personnel est principalement féminin, ainsi que les salariés les plus âgés (+60 ans).

La tranche d'âge des seniors et pré-sénior (41 à +55 ans) est la plus importante (classe d'âge médiane : 40-44 ans, hommes comme femmes).

Les départs du personnel baissent légèrement et les motifs de départ sont pour moitié fondés sur d'autres causes que la retraite, la mutation/détachement et le congé parental. Ces départs concernent surtout la catégorie A et les filières « administratif » et « soignant ».

En 2013, il y eu 22 départs, contre 18 en 2009 et 45 en 2010.

1.2. Une situation démographique variable selon les filières

En 2009, plus de 50% du personnel avait moins de 10 ans d'ancienneté. En 2010, ce chiffre passe à 75%. En 2013, ce chiffre retombe à 47%. Le niveau d'ancienneté impacte la politique de formation, la santé au travail, etc.

La classe médiane d'ancienneté est de 10 à 15 ans. La durée qui sépare la population en deux parties égales tend à augmenter.

La classe d'ancienneté la plus jeune concerne les filières « éducatifs » et « médico-techniques » (2 à 5 ans).

La classe d'ancienneté la plus ancienne se situe dans la filière « administratif » (20-30 ans) et dans une moindre mesure dans la filière « technique » (15-20 ans).

1.3. Une gestion des temps de travail qui doit s'améliorer

Depuis plusieurs années l'établissement n'arrive pas à réduire le nombre de personnes qui ne bénéficient pas de deux jours de repos hebdomadaires consécutifs avec un dimanche. En 2013, seulement 537 personnes bénéficiaient de deux jours de repos consécutifs, soit environ une sur deux, sachant que le nombre de personnes qui bénéficient de repos fixes représente déjà 40% de l'effectif. Ce qui signifie que la plupart des agents bénéficiant de repos variables sont majoritairement en dehors du système des repos consécutifs. La réglementation prévoit pourtant que les agents à repos variables doivent bénéficier d'au moins quatre repos hebdomadaires par quinzaine dont deux au moins consécutifs dont un dimanche.

Concernant les temps partiels, la situation est plutôt positive. En 2009, 99 agents travaillaient à temps partiel. En 2013, ils sont 108. Les temps partiels sont choisis et c'est le 80% qui est le plus demandé. La demande de temps partiel s'accompagne souvent d'un changement de service en raison de contraintes organisationnelles.

Le droit à congés des agents est respecté. Les Comptes Epargne Temps (CET) sont crédités uniquement par l'agent, et cela sans contrainte organisationnelle. Pour le personnel non médical, les crédits en CET sont marginaux (1500 jours pour tout l'établissement). En 2013, le nombre d'agents à horaire alternant est de 394, 130 agents occupent des horaires de nuit. Cette tendance est stable depuis plusieurs années.

2. L'absentéisme : un indicateur de la performance ?

L'absentéisme total tend à baisser, notamment en raison des fortes baisses d'absences pour accidents de travail et pour absences injustifiées. Le nombre de jours d'absence par agent tend aussi à baisser. En revanche, l'absentéisme augmente fortement pour les maladies, et tout particulièrement pour les maladies professionnelles.

En 2013, l'absentéisme représente 17123 jours d'arrêts maladie, soit une hausse de 3% par rapport à 2012. Les arrêts de plus de 21 jours sont au nombre de 134.

L'absentéisme est différent selon la catégorie professionnelle. Le taux moyen d'absentéisme est d'environ 7% en 2009 et en 2013. Mais il est supérieur à 10% pour les ASH et au-dessus des 7% pour les aides-soignants.

Une enquête a été réalisée en 2011 auprès des 117 ASH sur la thématique de la satisfaction au travail. Un plan d'action a été déterminé et son bilan en 2013 montre que ce plan doit être poursuivi. Cependant, pour cette catégorie professionnelle, l'audit des risques psychosociaux montre que les agents n'expriment pas de souffrance particulière au travail, bien qu'ils aient un taux d'absentéisme important. Les ASH restent néanmoins en attente d'une étude sur l'ergonomie de leurs outils de travail en relation avec la pénibilité de leur travail.

3. La santé au travail : une préoccupation constante

L'accident de service le plus courant est l'accident de trajet, et en 2013, c'est cette cause d'accident qui a généré le plus d'arrêts de travail.

L'accidentologie de trajet tend à augmenter en 2013, alors que les accidents de travail baissent (104 en 2013 contre 128 en 2012). Cette tendance sur les accidents de trajet se retrouve au niveau national (INRS en ligne au 22-09-14).

Toutes causes confondues, les professions les plus concernées sont celles du soin (IDE et ASH) avec cependant une baisse par rapport à 2012. La population des AEQ, OPQ et MO (maître ouvrier) connaît en revanche une hausse des accidents en 2013 par rapport à 2012.

Les accidents de travail en 2009 représentaient 1980 jours d'arrêts. En 2013, le chiffre passe à 1067. Cependant, le nombre de déclarations pour accident de travail augmente : 126 en 2013 contre 89 en 2009.

En 2013, le Service de Santé au Travail (SST) de l'établissement a réalisé 220 examens médicaux périodiques, 128 visites d'embauche, 125 visites volontaires, pour un total de 1160 contacts en visites et vaccinations. Le SST s'implique et est un acteur essentiel de la santé au travail au sein de l'établissement. Il fournit annuellement un rapport qui permet de prendre la mesure de la santé au travail, la photographie des pathologies les plus fréquentes (les pathologies en relation avec le mental), et celle de l'importance de ses missions autres que les visites et vaccination, notamment dans l'étude des risques psychosociaux.

Conformément à la réglementation, depuis 2013, le SST n'effectue plus les visites de mise en stage ou de titularisation. Elles sont confiées aux médecins de ville agréés, normalement à la charge de l'employeur.

4. Un audit des risques psychosociaux réalisé

L'ensemble des services a été audité sur le plan des risques psychosociaux (RPS), ce qui permet de faire émerger les axes d'amélioration pris en compte dans le présent projet social, par filières professionnelles et par âges. Cet audit montre aussi que des éléments protecteurs des RPS sont présents. Le travail autour des RPS va donc notamment consister à diffuser la connaissance et les pratiques de ces éléments protecteurs dans toutes les structures internes.

5. Une politique de formation continue orientée GPMC

Le dispositif formation est rénové. Il intègre un volet mobilité professionnelle et un objectif de répartition des efforts de formation par catégories et par filières.

L'équipe formation renforce son action dans l'évaluation des formations.

6. Un dialogue social présent

Les instances se réunissent régulièrement et fonctionnent positivement. Les relations avec les organisations syndicales sont formalisées autant que faire se peut. La réglementation sur le temps syndical est respectée.

7. Une organisation en pôles qui gagne en maturité

Le glissement vers l'organisation en pôles est aujourd'hui acté dans les nouvelles organisations de l'établissement, principalement avec la contractualisation 2012-2015 où la Fédération Interpolaire de Psychiatrie Générale (FIPG) a pris des engagements de principe autour d'objectifs généraux relatifs à ses nouvelles compétences en gestion des ressources humaines (chapitre III du contrat 2012-2015, et article 10 « Gestion des ressources humaines »).

Ainsi, les chefs de pôle de l'établissement et les cadres supérieurs paramédicaux assistants de pôle et les cadres administratifs (dans les champs délégués à chacun) gèrent notamment la répartition des moyens humains entre les structures internes du pôle, gèrent les tableaux de service dans le respect des temps de travail, définissent les profils de poste, proposent des recrutements, élaborent le plan de formation du personnel médical, améliorent la programmation dans les plannings, proposent des organisations de travail aux métiers sensibles (assistantes médicales et agent de service hospitalier pour 2012).

8. Un projet social qui concilie continuité et innovation

Le bilan du projet social précédent a été réalisé point par point en collaboration avec les organisations syndicales. Ce bilan montre que des actions doivent être maintenues, que d'autres ont été abandonnées et que certaines n'ont pas été aussi efficaces qu'attendu.

Un établissement de santé est un système complexe qui s'appuie sur une organisation, qui s'adapte en tenant compte des contraintes de son environnement et des exigences de qualité des soins.

Autant que la réalisation des projets et des programmes, cette capacité de régulation et d'adaptation est importante. Le service Qualité et la concertation avec les organisations syndicales sont les lieux de la mesure de cette capacité qui doit rester orientée vers la satisfaction des besoins des patients, le respect de la réglementation et des soins pratiqués et vers la satisfaction des « clients internes » des services supports.

Le Projet Social est donc une feuille de route qui doit être adaptée tout au long de sa mise en œuvre.

9. Des obligations légales et financières à respecter

Le législateur a profondément marqué le paysage médical lorsqu'il a décidé de passer de la notion de service public hospitalier (Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970) à la notion de mission d'intérêt général de service public hospitalier (Loi HPST du 21 juillet 2009).

Les dispositions législatives et institutionnelles s'appliquant à l'Hôpital sont nombreuses et diversifiées. Elles doivent être intégrées dans le projet social.

Le passage à la tarification à l'activité (T2A) n'a pas eu d'effet pour l'établissement qui est financé par dotation globale. L'établissement se trouve cependant impacté par le contexte économique de maîtrise des dépenses de santé.

V. METHODES D'ELABORATION DU PROJET SOCIAL 2015-2019

1. Un projet social concerté

Bien qu'il n'y ait pas d'exigences légales précises, l'établissement a élaboré son projet social sur un mode participatif qui inclut les organisations syndicales.

Depuis mai 2013, onze réunions ont permis d'échanger sur l'existant et les orientations du projet social à venir. Sur ces onze réunions, trois ont associé des représentants de pôles, huit ont concerné l'expression des organisations syndicales. En 2014, les travaux de groupes ont été synthétisés et présentés à l'occasion de Comités de pilotage (COPIL) constitués d'un mixte entre différents acteurs (cadres, responsable qualité, médecin du travail, assistante sociale de l'établissement...) de l'établissement, et les organisations syndicales.

Une fois rédigé, l'avant-projet de Projet Social a été remis au CTE pour concertation, notamment autour des sept axes d'action proposés.

Puis, différents groupes de travail ont déterminés les actions à conduire pour chaque axe.

Les travaux, une fois formalisés, ont été restitués en COPIL sous la forme d'un projet de Projet Social, puis soumis au CTE pour validation finale début 2015, avec les autres éléments du projet d'établissement.

2. Les valeurs du projet social 2015-2019

Égalité, continuité, neutralité, laïcité et adaptabilité constituent les valeurs de principe du service public. Ces valeurs sont portées par chaque acteur de l'établissement. Le Centre Hospitalier de la Chartreuse est un collectif qui agit au travers d'individus pour remplir ses missions de service public après des usagers que sont les patients.

Pour porter ces valeurs, ce collectif entend valoriser sa capacité à se fédérer, ce qui implique de développer la communication interne, le partage, avec un rôle tout particulier pour l'encadrement dans la mise en œuvre des actions concrètes qui peuvent y concourir.

Ce collectif agit et entend le faire en visant l'efficacité demandée par les autorités, c'est-à-dire une qualité maximale avec la meilleure maîtrise de moyens. À ce titre, l'établissement entend valoriser sa capacité d'évolution, sa disponibilité, sa recherche de la qualité, et sa volonté d'accompagner l'évolution des compétences des professionnels.

La performance globale de l'établissement dépend de la performance du collectif et des individus qui le compose. Il implique une équité de comportement entre eux qui va notamment s'exprimer :

- Par le respect mutuel et la tolérance dans la perspective d'établir une ambiance favorable au travail, notamment en favorisant l'attention à l'autre et en renforçant le sentiment d'appartenance à l'établissement.
- La solidarité et la coopération au sein des équipes et entre les services.
- L'écoute et le dialogue dans le souci de garantir la transparence et le développement de la compréhension des enjeux.

La promotion de ces valeurs nécessite un développement de la communication interne et passe par une meilleure connaissance du travail effectué par chacun. Elle repose aussi sur l'implication de chacun, sur notre responsabilité personnelle.

Les objectifs et les actions opérationnelles déclinées dans le présent Projet Social ont pour ambition de répondre à ces besoins.

3. La responsabilité sociale de l'établissement

La responsabilité sociale des entreprises (RSE) est un concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales, et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes sur une base volontaire.

Les principes de la RSE consistent en une mesure des impacts des décisions et des activités de l'établissement sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement transparent et éthique qui :

- contribue au développement durable y compris à la santé et au bien-être de la société ;
- prend en compte les attentes des parties prenantes ;
- respecte les lois en vigueur et est compatible avec les normes internationales ;
- est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations.

Dans ce cadre, quatre domaines d'interventions sont généralement identifiés comme relevant de la RSE :

- une bonne gestion de la diversité,
- la qualité de vie au travail,
- l'existence d'un projet d'Établissement cohérent et mobilisateur,
- un positionnement citoyen de l'établissement, en particulier dans l'intégration sociale des personnes.

L'établissement s'engage dans la démarche RSE avec son positionnement qui promeut une gestion durable des ressources humaines et de la qualité de vie au travail.

4. Une déclinaison du projet social en fiches actions

Comme annoncé ci-dessus, ce troisième projet social de l'établissement est construit autour des deux idées transversales que sont le développement durable et la qualité de vie au travail.

Ses idées se retrouvent déclinées en sept axes (champs d'actions) où sont identifiées des actions, ici présentées sous la forme de fiches actions. Il peut y avoir une ou plusieurs fiches actions par axe.

Les fiches actions ont une présentation identique :

- Bilan de l'existant.
- Description et planification des moyens à mettre en œuvre.
- Moyens nécessaires.
- Coût des actions.
- Partenaires.
- Délai.

Ce système de fiches facilite le suivi, l'évaluation, et la communication autour du Projet Social. Ces fiches constitueront un outil pour l'encadrement de proximité chargé de la mise en œuvre des actions sur le terrain, pour qu'il puisse se situer par rapport à l'attendu.

Le bilan de l'existant est parfois l'occasion de souligner des points de faiblesse qu'il faut assumer pour les étudier afin d'en tirer des actions de progrès. La dynamique du collectif de l'établissement peut se mesurer dans cette capacité à accepter ses points faibles : assumer ses faiblesses est déjà en soi être fort.

VI. LES SEPT AXES DU PROJET SOCIAL ET LES 12 FICHES ACTIONS

AXE 1 : RENFORCER LA SANTE AU TRAVAIL

L'obligation de sécurité en matière de protection de la santé physique et mentale incombe à tous les employeurs, publics comme privés, pour l'ensemble des agents, quel que soit leur statut professionnel. Le Titre I du statut général des fonctionnaires, loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, définit dans l'article 23 le principe de protection des agents en service : « Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail. ». La jurisprudence a étendu le principe de protection aux salariés non fonctionnaires et à toute personne collaborant à l'activité du service, comme les apprentis, les stagiaires, les personnes sous contrats aidés ou les collaborateurs.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

Le lancement des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), à la fin des années 90, a introduit la notion d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail (AQVT) dans les établissements. Cette notion a été reprise dans les manuels de certification.

Le 20 novembre 2009, sept des huit organisations syndicales représentatives de la fonction publique et trois employeurs publics ont conclu le premier accord de la fonction publique sur la santé et la sécurité au travail.

Le Plan Santé au travail 2010-2014, dans son introduction, indique que : « le développement de la santé et du bien-être au travail ainsi que l'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. »

La Circulaire DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels fixe des actes prioritaires de formation parmi lesquels il y a : « renforcer le développement d'une culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements », et « qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable ».

Le 22 octobre 2013, huit organisations syndicales et l'ensemble des employeurs de la fonction publique ont signé un accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS). En application de cet accord, chaque employeur public doit élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS d'ici à 2015.

L'établissement s'inscrit pleinement dans ces démarches et souhaite fortement renforcer sa politique en la matière, en l'affinant, en l'outillant, pour rendre la prévention des risques opérationnelle, active et dynamique, avec une attention particulière en ce qui concerne les risques psycho-sociaux et la qualité de vie au travail.

Fiche 1 : Institutionnaliser le processus de prévention des risques

Au-delà des obligations légales liées à la production du document unique d'évaluation des risques (DUER), la prévention des risques n'est opérationnelle que si elle produit une dynamique et une concertation qui dépassent les aspects formels et réglementaires, pour que la prévention devienne l'affaire de tous, dans un processus d'amélioration continu.

Cet objectif est essentiel sur le plan humain, mais aussi par rapport aux missions de l'établissement, puisqu'en 2013 l'accidentologie au travail représentait la troisième cause d'absentéisme, ex-æquo avec les arrêts relatifs à des problématiques psychiatriques (source : rapport annuel du SST 2013).

Au-delà de l'accidentologie se pose aussi la problématique de l'aptitude des agents. Cette problématique, a priori individuelle, peut avoir des conséquences organisationnelles collectives importantes. C'est par exemple le cas aux « Vergers » où certains membres du pool de remplacement sont victimes de restriction pour y travailler.

La santé au travail est donc un facteur de la responsabilité sociale de l'établissement, mais aussi un objectif à réussir pour assurer au mieux la permanence de la mission de service public de l'établissement.

1. Bilan de l'existant

La prévention des risques dans les établissements a été historiquement initiée par la problématique des incendies. Fin 19^e, elle s'est attachée aux accidents de travail pour renforcer trois champs préventifs : le champ des pratiques professionnelles, les champs des outils et produits, et l'institutionnalisation des services de santé au travail (SST). Depuis 1998, la prévention des risques devient clairement l'affaire de l'employeur, via une obligation de sécurité de résultat, et une responsabilité aggravée.

Cette évolution se retrouve au sein de l'établissement.

La sécurité des biens et personnes

Concernant la sécurité des biens et personnes, la prévention est ancienne (incendie), normées, et généralement bien suivie dans l'établissement, avec des formations actions visant l'ensemble du personnel.

Mais des zones sensibles restent sans détecteurs, des extincteurs sont masqués de façon plus ou moins permanente par des objets divers, les procédures d'évacuation sont oubliées, des locaux sont abandonnés avec des fenêtres ouvertes, des véhicules du personnel sont stationnés en dehors des espaces réservés, constituant ainsi d'éventuels obstacles à l'intervention de véhicules de secours lourds, et une source d'incendie potentielle à proximité de bâtiments sensibles.

La prévention métier

Au niveau des métiers, les formations initiales, puis d'adaptation au poste de travail (formation interne, extra et tutorat pour certains métiers), ont intégré une pédagogie de la gestion du risque professionnel en identifiant les vigilances à avoir, les actes, gestes ou attitudes à proscrire.

Dans les services, la diversité intergénérationnelle mélange les agents expérimentés aux débutants, favorisant ainsi le transfert réciproque des compétences préventives acquises sur le terrain ou en formation.

Dans ce système, la prévention relève de la responsabilité des collègues, de l'encadrement de proximité, et d'une adhésion de l'agent aux règles de prévention, selon son appréciation individuelle de la prise de risque.

De fait, ce système préventif s'inscrit dans une démarche peu lisible, dont la pérennité n'est pas garantie. Ce système est donc porteur de risques forts, même si les agents sont attentifs à leur sécurité et sont de plus en plus acteurs dans ce domaine.

Actuellement, le système préventif métier est en place dans l'établissement, mais il n'est pas possible d'en mesurer l'efficacité et d'en avoir une lecture.

On remarque aussi que ce système à des faiblesses :

- Le document unique d'évaluation des risques (DUER) montre que certaines règles de sécurité de base ne sont pas respectées, notamment en ce qui concerne les dégagements des espaces de circulation dans les ateliers techniques, la signalétique des zones glissantes, les moyens portables d'accès en hauteur, les gestes posturaux relevant de la prévention des risques musculo-squelettique...
- Pour 2012, le CCLIN signalait 18 accidents d'exposition au sang (AES), et le rapport du SST retenait que 40% de ces accidents auraient pu être évités par respect des précautions standards (sur 2013, les AES sont heureusement en forte baisse).

Portant l'établissement a une politique préventive qui ne cesse d'augmenter, avec notamment le travail du Service de Santé au Travail (SST), les films sur les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), les formations Manutention Manuelle de Charges (MMC), lesquelles concernent les soignants comme les non soignants, les formations sécurité....

La prévention produits et outils

Les instruments et produits de travail intègrent les aspects risques au stade de leur conception, notamment via les normes AFNOR ou NF, et au niveau de leur usage (bouton d'arrêt d'urgence sur une machine par exemple). Les modes d'emploi énoncent en première page les principes de bons et mauvais usages. Les fiches de données techniques et les marquages de toxicité sur les produits, les réglementations sur les environnements de travail, les moyens de protections individuels, les formations fournisseurs, constituent une documentation essentielle.

L'établissement doit en permanence avoir cette documentation à jour, doit vérifier qu'elle est accessible, et qu'elle est connue des agents concernés.

L'établissement doit aussi réviser les machines et équipements de sécurité conformément aux livrets d'entretien.

Le service de santé au travail (SST)

Les dispositions du Code du travail relatives aux services de santé au travail des entreprises s'appliquent aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, sous réserve des dispositions particulières d'organisation.

Le service de santé au travail a pour mission d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des agents du fait de leur travail, et de contribuer à améliorer les conditions de vie et de travail des agents.

Le médecin du travail conseille le directeur de l'établissement, les personnels et leurs représentants sur tout aspect relatif à la santé et ses incidences sur l'organisation du travail.

L'établissement dispose d'un service de santé au travail regroupant un médecin et une assistante médicale. Ce service s'implique dans différentes actions (EPI, vaccination, troubles musculo-squelettiques –TMS-...) et est présent dans différents groupes de travail ou réunions institutionnelles (CHSCT notamment).

Dans son bilan d'activité 2013, le SST de l'établissement signale la nécessité de poursuivre le suivi des AES, la prévention des TMS, le dépistage et l'accompagnement des consommations de substances psychoactives, et la prévention de la pénibilité.

L'implication de l'employeur

La loi dit qu'il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité, ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail (article L. 4122-1 du code du travail).

Cependant, la loi implique aussi l'employeur en mettant à sa charge une obligation de de sécurité, qui plus est de résultat. L'employeur voit donc sa responsabilité systématiquement engagée, sans que l'agent n'ait à prouver une faute de l'employeur lorsqu'il demande l'indemnisation de son préjudice santé lié au travail.

Par ailleurs, la loi oblige l'employeur à organiser la prévention des risques professionnels dans le cadre d'une obligation d'analyse des risques. La clef de voute de cette organisation est le document unique d'évaluation des risques (DUER). Ce document doit être mis à jour annuellement.

La direction de l'établissement, au vu de ce qui a été dit précédemment, et au regard de ses obligations, considère que la prévention des risques dans l'établissement doit être mieux organisée et confiée à un service en capacité de la coordonner et d'en gérer les conséquences. C'est à la DRH que ce travail d'animation, de coordination et d'évaluation est confié.

Cependant, la DRH intervient dans la dimension politique et stratégique de la prévention en collaboration avec le service de santé au travail, la qualité et le CHSCT, et les aspects métiers et terrain, tactiques sont sous la responsabilité des pôles.

Dans ce cadre, la DRH a commandité un audit des risques qui a été réalisé par un consultant mandaté pour la révision 2014 du DUER.

Cet audit montre l'absence de risque à criticité majeure. Ce qui est encourageant.

Le consultant a aussi relevé la présence de moyens d'actions et l'existence d'une capacité à mobiliser d'autres actions préventives. Dans ce sens, le consultant écrit notamment qu'il a relevé qu'avant son intervention, le CH de la Chartreuse « avait déjà pris en compte les risques professionnels dans son organisation générale :

- Mise à disposition des Équipements de Protection Individuelles (EPI),
- Vérifications obligatoires (électrique, incendie...) en grande majorité réalisées,
- Formations dispensées (gestes et postures, self-sauvegarde, incendie...),
- Protocoles établis,
- Mise à disposition d'équipements généralement adaptés ou facilitant le travail... »

Des efforts restent cependant à faire et surtout, la prévention des risques doit devenir un processus actif dans l'établissement.

2. Moyens à mettre en œuvre

L'établissement dispose de différents moyens de mesure des risques : les données des accidents de travail et des maladies professionnelles, les données sur l'absentéisme au niveau de la DRH, les fiches d'événements indésirables pour les accidents ne faisant pas l'objet d'accident de travail déclarés (Service qualité), les données fournies par le médecin du travail de l'établissement, les informations gérées par les différents organes de l'établissement, comme le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, le Comité Réflexion Prévention Violences (CRPV) ; ou gérées incidemment par d'autres organes non spécifiquement dédiés, comme le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances (CGRV), le service d'hygiène, l'encadrement de proximité, les formateurs...

Ces moyens de mesure doivent, d'une part, être optimisés et, d'autre part, organisés dans le cadre d'une structure externe aux pôles, ayant une capacité à avoir une vision transversale et une responsabilité de coordination en cette matière qui touche à la vie et à la gestion de l'ensemble du personnel. Enfin, les résultats des mesures doivent pouvoir être partagés, et donc avoir un formatage en fonction des différents besoins.

La DRH, en concertation avec les autres directions, paraît être le service qui va pouvoir au mieux identifier les sources informatives sur la mesure des risques et les organiser au regard des responsabilités de la Direction générale et des prérogatives de chaque service. Elle veillera au cadre collaboratif et transversal de son action afin que les informations de chaque source soient collectées en tenant compte des éventuels besoins informatifs des autres structures (médecin du travail, qualité, management de proximité...). Ce processus, à écrire, s'inscrira dans le cadre de la procédure du document unique d'évaluation des risques (DUER), lors de l'évaluation des risques (analyse de leur criticité) ou lors de l'évaluation de l'efficacité des mesures de prévention mises en œuvre.

La démarche visera aussi à assurer la tenue des systèmes de documentations et de veille sur la mesure des risques dans les structures internes de pôles, en laissant ces missions au sein de ces structures concernés, lorsqu'il s'agira d'aspects techniques ou réglementaires propres à l'activité ou aux métiers d'un pôle ou d'une unité de travail, telle que définie dans le DUER. À cette fin, dans les structures internes de pôles ou les unités de travail, des référents sécurité seront identifiés et formés si nécessaire.

L'encadrement de proximité sera le relais de cette veille sur le terrain. Il vérifiera que les règles de sécurité métiers sont respectées, avec le service qualité en appui.

La DRH coordonnera le dispositif, de par sa légitimité à intervenir, sur des questions réglementaires touchant l'ensemble du personnel.

D'une part, elle veillera à ce que les trois dispositifs de prévention existants soient bien formalisés au sein des pôles et/ou des unités de travail, définies dans le cadre de la procédure du DUER, par métiers ou par types d'activité.

Et, d'autre part, la DRH veillera à ce que ces systèmes soient efficaces et suivis par leur inscription notamment dans les processus d'accueil des nouveaux agents, dans les procédures de travail et les formations professionnelles.

Une évaluation de ces trois dispositifs de prévention devra aussi être réalisée à l'occasion de la révision annuelle du DUER ou en cas d'accident, en collaboration avec le service de santé au travail et le CHSCT.

À côté du service de santé au travail et des pôles, la DRH devra enrichir les dispositifs de prévention en apportant les éléments qui relèvent de la prévention des risques non spécifiquement attachés à un métier, à un appareillage ou à des produits professionnels, dispositifs qui relèvent généralement d'orientations impulsées par les pouvoirs publics ou la loi (risques musculo-squelettiques, plan de déplacement d'entreprise, ou psycho-sociaux par exemple). La DRH supervisera aussi le dispositif de formation spécifiquement dédié à la prévention.

La DRH aura la responsabilité de l'organisation de la révision du DUER, sachant que la date de sa dernière révision fixe légalement le cycle de sa révision.

Concernant la détermination des actions de prévention, la DRH se chargera de leur définition sur la base du DUER, en collaboration avec le CHSCT, le médecin du travail, et les structures internes de pôles, pour en déterminer la faisabilité et la planification. La DRH veillera ensuite à la mise en place des actions qui auront été retenues, et travaillera, avec les structures internes de pôles concernés, pour suivre et valider leur réalisation en impliquant l'encadrement en particulier dans l'appréciation des risques, et pour réaliser leur évaluation.

Les actions de prévention seront aussi basées sur l'analyse des accidents du travail et les indicateurs d'absentéisme.

La prévention des risques fera l'objet d'un budget identifié d'achat d'équipements adaptés.

Un plan d'aménagement des locaux sera réalisé.

Les actions de prévention devront être réalisées dans les délais prescrits par l'analyse de criticité des risques, réalisée au niveau du DUER. Des impératifs d'actions seront donc imposés aux structures internes de pôles.

D'une façon générale, la DRH conduira le processus de prévention des risques professionnels en intégrant leur analyse par niveau de prévention en collaboration étroite avec le CHSCT, le service de santé au travail, et le gestionnaire des risques, en les associant aux différents stades de concertation, via des comités de pilotage et groupes de travail. La régularité et la qualité des travaux issus de ces espaces de concertation avec le CHSCT seront des indicateurs de la bonne intégration de cette instance, incontournable dans le dispositif de prévention.

Ce processus développera une cartographie des risques avec dans ses priorités un plan de prévention des troubles musculo-squelettiques, il identifiera les agents soumis à des risques spécifiques pour mettre en place des parcours adaptés. Par exemple, il organisera un accompagnement individuel spécifique lors des retours de longue absence.

Le processus de prévention des risques sera évalué annuellement dans le cadre de la procédure de révision du DUER, assurée en collaboration avec le CHSCT et le service qualité.

Par ailleurs, afin d'apporter une sécurisation des espaces de la Chartreuse et des sites extérieurs, une réflexion sera conduite pour déterminer la faisabilité de la constitution d'une équipe structurée et permanente d'agents de sécurité. Cette équipe devra avoir des missions bien définies et des capacités de communication non agressive. Elle pourra être dotée de moyens. Il faudra définir son articulation avec les prestataires externes actuellement en charge de la sécurité (répartition nuit/jour, semaine/weekend..).

Il sera rappelé aux médecins statutaires, que s'ils dépendent d'un régime spécifique en ce qui concerne l'évaluation de leurs aptitudes (ils ne dépendent pas du médecin du travail de l'établissement), il reste que le service de santé de l'établissement leur est accessible et que les dispositifs de prévention des risques ont vocation à leur être appliqués.

Fiche 2 : Mettre en œuvre des actions de prévention des risques psychosociaux

Intégrés au document unique d'évaluation des risques (DUER risque 19), les risques psychosociaux ont, d'une part, une particularité tenant à la nécessité de les évaluer avec des critères différents de ceux utilisés pour les risques physiques ; et, d'autre part, la particularité de faire l'objet d'une réglementation spécifique.

Les risques psychosociaux relèvent d'une catégorie de risques se rattachant non pas à l'intégrité corporelle de l'individu, à son visible, mais à l'individu lui-même, tel qu'il existe dans la dimension psychique, peu visible. De fait, ces risques s'inscrivent dans des problématiques qui touchent surtout nos fondamentaux culturels, ceux des droits de l'homme (libertés et respect des personnes, interdiction des traitements inhumains ou dégradants, égalité homme-femme...), et ceux des droits sociaux (non-discrimination au travail, dignité du salarié sur le lieu de travail, bonne foi dans l'exécution du contrat de travail, interdiction des mesures restrictives des libertés individuelles et collectives non-justifiées professionnellement ou non proportionnées...).

Ainsi, l'article 6 quinquies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, impose qu'aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

L'Accord européen du 8 octobre 2004 sur le stress, transposé en France par l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 (ANI), décrit le stress comme « un état qui s'accompagne de symptômes ou de dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux et qui résulte du fait que les individus se sentent incapables de combler un écart avec les exigences ou les attentes qui les concernent. ». Il précise que le stress n'est pas une maladie mais qu'« une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé. ».

En application de l'accord du 22 octobre 2013, l'établissement a élaboré un plan d'évaluation et de prévention des RPS d'ici à 2015.

Le législateur² prescrit aussi que les employeurs doivent apporter leur attention sur:

- L'évaluation des risques qui ne peuvent pas être évités.
- L'adaptation du travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements, des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone, cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé.

² Article L4121-2 du code du travail

- La planification de la prévention, en y intégrant dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail³, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral.

Cette approche met l'accent sur les conditions d'emploi, ainsi que sur les facteurs organisationnels et relationnels qui sont considérés par rapport à leurs effets possibles sur la santé. Le terme de risque psychosocial ne renvoie donc pas à des symptômes, troubles ou pathologies, mais plus à une notion de contrainte organisationnelle. Or, une configuration organisationnelle peut avoir des conséquences très différentes d'un individu à l'autre. La difficulté est alors, d'une part, de délimiter ce qui pour tous relève des exigences du travail justifiées par la nature même de relation de travail (mise à disposition de soi en échange d'un salaire plus ou moins bien vécue) ; et, d'autre part, dans l'appréciation de ce qui est contraignant, de pouvoir mesurer la part qui ressort de la vie personnelle ou de l'individu.

Compte tenu des missions du service public de l'établissement en matière de prévention et soin des maladies psychiques et psychiatriques, la gestion des RPS dans l'établissement comporte une dimension particulière qui peut ouvrir un débat interne dépassant son objet. L'élaboration du plan d'évaluation des RPS a donc été externalisée.

Le plan de prévention des RPS constitue un élément clé de la dimension qualité de vie au travail (QVT), en l'attente de l'accord QVT prévu pour 2015.

1. Bilan de l'existant

De façon opérationnelle, le plan RPS conduit à observer diverses situations dans les établissements, lesquelles sont généralement identifiées comme potentiellement révélatrices de risques psychosociaux :

- agent avec des symptômes de stress
- agent avec des symptômes d'épuisement professionnel et burnout
- témoignage de harcèlement moral
- témoignage de mal être/souffrance
- existence de violence.

Par la nature de son activité, l'établissement est un lieu où les agents peuvent faire l'objet de violence, principalement du fait des actes de certains patients. Comme dans toutes structures collectives, il y a aussi des conflits personnels. L'établissement a aussi connu différentes réorganisations et contraintes (pôles, déménagement du « Cèdre », certification, évolution des métiers, contrats précaires en hausse, mobilité, nouvel encadrement de proximité...), ce qui identifie des zones ou des moments où des RPS se sont manifestés.

Dans ce cadre, l'établissement a mis en œuvre différents moyens d'action comme la Commission d'écoute de la personne en souffrance au travail (décembre 2012), un service psychologique extérieur dédié aux victimes de violence au travail, un Comité de Prévention Réflexion Violence, de la communication descendante, une amélioration de l'accès à la formation. À cela s'ajoute différents référents internes accessibles, comme le Médecin du travail, l'assistante sociale, les représentants du personnel,...

La Commission d'écoute intervient uniquement auprès des agents à titre individuel, par rapport à un ressenti de souffrance au travail. Elle élabore des propositions d'actions et en assure le suivi en concertation avec la personne concernée. La Commission est intervenue deux fois en 2012 et en 2013.

³ Sachant que dans la Fonction Publique Hospitalière, l'obligation de continuité de service justifie des aménagements particuliers aux temps de travail, lesquels dérogent aux limites posées par le code du travail (Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002).

Deux enquêtes internes élargies ont été réalisées en 2007 et 2009. Une enquête catégorielle a été réalisée en 2010-2011 auprès des ASHQ. Ces enquêtes ont permis de prendre une mesure du ressenti des agents sur certains aspects susceptibles d'apporter des contraintes particulières dans le travail. Elles ont mis en valeurs quelques risques ou potentialités de risques.

Le Service de Santé au Travail (SST) a intégré dans ses objectifs l'aide à la prévention du risque violence et du risque psychosocial.

L'établissement a fait appel à un consultant en 2013, lequel a produit une évaluation des RPS fin 2014. Cette évaluation des RPS réalisée dans le cadre du DUER montre qu'il est en effet nécessaire d'orienter un plan d'action RPS visant à :

- Clarifier les rôles et les missions
- Homogénéiser les pratiques professionnelles
- Mettre en place la GPMC
- Favoriser et développer le management
- Améliorer la communication.
- Écrire un processus de prévention des RPS avec des procédures d'intervention préventives mais aussi correctives (gestion de conflit).

Même si l'établissement est bien présent sur le terrain des RPS, la démarche de prévention des RPS n'est pas encore formalisée. D'un point de vue juridique, ce qui a été fait permet en revanche de constater que l'établissement a au moins satisfait à ses obligations relatives au DUER.

2. Moyens à mettre en œuvre

L'établissement élaborera les priorités d'actions adaptées à sa spécificité, en concertation avec le CHSCT à partir de la proposition du consultant. Leur mise en place et l'organisation de leur suivi et de leur évaluation se feront en collaboration avec le CHSCT et le Service de Santé au Travail (SST) dans le cadre d'un comité de suivi. Les procédures spécifiques à la prévention des RPS seront à distinguer dans le processus de prévention des risques

Le plan d'action des RPS sera mis en place avec un comité de suivi notamment en clarifiant les organisations qui indiqueront les circuits de décision et de délégation.

Les organisations concernant les horaires alternants, les rythmes de congés, les gardes et astreintes, l'organisation du temps de travail seront évaluées.

La lecture des RPS dans l'établissement devra être améliorée en collaboration avec le SST et en formant les managers de proximité.

Un système d'autoévaluation d'exposition aux RPS ouvert aux agents, en collaboration avec le SST, leur sera proposé.

Un suivi particulier des agents du pool de remplacement sera assuré.

Fiche 3 : Préparer le dispositif qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail (QVT) introduit le concept de « bien-être au travail ». Cependant, la QVT n'est pas en soi uniquement un champ d'action des mesures de prévention des risques psychosociaux. Elle est porteuse d'une dynamique plus élargie, introduisant notamment un concept d'attractivité des établissements. Cette attractivité peut s'envisager autour de trois axes : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur.

Dernièrement (octobre 2014), dans la perspective de l'accord en négociation entre les établissements et les syndicats de la fonction publique, un protocole propose une définition de la QVT en signalant que la notion renvoie « à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement, comme collectivement et permettent, à travers des choix et des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et le travail des agents et la qualité du service public. »

La QVT est en effet envisagée comme un levier d'amélioration de la relation soignant/patient, en tant que facteur favorisant la bientraitance.

Reste, qu'à défaut d'une définition de la qualité de vie au travail, il est communément admis que la QVT repose sur cinq items :

- Relations sociales et professionnelles (reconnaissance du travail, respect, écoute, considération des collègues et de la hiérarchie, information, dialogue social et participation aux décisions).
- Contenu du travail (autonomie, variété des tâches, degré de responsabilité).
- Environnement physique du travail (qualité de la prescription du travail, capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des dysfonctionnements, démarche de progrès organisationnel, pénibilité, charge de travail, prévention des risques professionnels).
- Réalisation et développement professionnel (rémunération, formation, validations des acquis, développement des compétences, sécurité des parcours professionnels).
- Conciliation entre vie au travail et vie hors travail ; rythme et horaires de travail, vie familiale, accès aux services, loisirs, transports.

Dans ce cadre, différentes actions devraient être valorisées :

- La mise en œuvre d'enquêtes sur la QVT suivant un guide sans doute disponible en 2015 en appui d'un dispositif de formation visant à former les enquêteurs
- Le développement d'espaces où les agents pourront s'exprimer ou se former autour des thématiques organisationnelles collectives et environnementales du travail. Ces espaces pourraient s'appuyer sur le CHSCT, un cadre réglementaire (circulaire à venir), un dispositif de formation spécial. L'idée étant d'associer au mieux les agents dans les changements.
- Un volet prévention avec des formations dédiées à l'encadrement de proximité, la mise en place de moyens de médiation, d'accompagnement des agents victimes d'agression.
- Introduire dans l'entretien professionnel annuel un espace de dialogue dédié à la qualité de vie et à la valorisation des efforts professionnels particuliers qui ont pu être réalisés par les évalués.

La veille juridique permet de penser qu'en 2015 des circulaires orienteront l'action des établissements en matière de QVT sur ces dimensions de réunion de service et de création d'espaces de dialogue.

1. Bilan de l'existant

L'établissement a réalisé deux enquêtes en 2007 et 2009, dont les items visaient notamment à apprécier le ressenti des agents sur leur qualité de vie au travail. Ces enquêtes, aujourd'hui un peu anciennes, permettent néanmoins de dégager des points qui peuvent revenir ou être encore présents.

L'enquête sur les risques psychosociaux (RPS) de 2013, conduite dans le respect des règles du genre, permet d'avoir une lecture plus précise de l'existant. Son exploitation est réalisée dans le cadre de la prévention des RPS, et les actions qui peuvent en découler pourront s'articuler avec l'action sur la QVT.

Les études nationales sur la QVT soulignent que l'encadrement de proximité a un rôle essentiel dans la qualité de vie au travail. Sa présence en coordination semble faire défaut dans certaines structures internes de pôles ou métiers. Des agents peuvent avoir le sentiment d'être parfois livrés à eux-mêmes pour rechercher des solutions et faire face à leurs difficultés opérationnelles ou relationnelles.

Concernant l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, l'action du Comité de Gestion des Œuvres sociales (CGOS) constitue un instrument qui est de plus en plus utilisé par les agents : 7% de versements 2013 en plus par rapport à 2012 pour une somme globale de 512 604 €, dont 67 717€ versés au titre de l'aide aux malades et 20 505€ au titre des voyages

L'Amicale du personnel de la Chartreuse contribue à apporter un plus en proposant des produits à des tarifs négociés et un réseau d'accueil.

Ces dispositifs sont signalés dans le livret d'accueil.

Une note d'information n° 2014/59 a signalé l'existence de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers en juin 2014.

Le recours à l'assistance sociale de l'établissement est maintenant habituel et bien banalisé avec des liens informatifs fonctionnels avec la DRH, comme par exemple la transmission régulière des listes des agents qui voient leur rémunération diminuer pour une raison ou une autre. L'assistante sociale apporte une aide psychosociale à tous les agents rencontrant des difficultés dans leur vie personnelle et/ou professionnelle. Plus particulièrement, elle informe, oriente, conseille et soutient les agents dans les domaines :

- familiaux (logement, divorce, enfants, retraite...)
- financiers (gestion du budget, aides financières, dossier de surendettement...)
- sanitaires (soucis de santé ou handicap...) et
- professionnels (difficultés liées au poste...).

Cependant, son rôle institutionnel reste à préciser.

Tous les reclassements pour inaptitudes ne peuvent pas aboutir. La politique de la DRH vise à se doter d'une démarche pilotée et évaluée en la matière.

Le droit d'alerte du service de santé au travail a été renforcé ce qui a permis d'apporter un appui particulier aux services de restauration et de la lingerie.

L'établissement semble avoir une certaine attractivité pour le recrutement de personnels. Une étude de la fidélisation du personnel infirmier, conduite de 2011 à 2013, montre que moins de 50% des infirmières recrutées dans cette période ont quitté l'établissement. En 2013, c'est moins de 30% du recrutement qui quitte l'établissement.

Cependant, à l'intérieur de l'établissement, des structures internes de pôles connaissent un turnover qui peut manifester des problématiques relevant de la qualité de vie au travail : DSET, Vergers, SEDEP, DRH. La lenteur de la stagiairisation est aussi mal vécue pour les salariés en contrat précaire. Les règles concernant la mobilité devraient être écrites.

2. Moyens à mettre en œuvre

L'absentéisme et le turnover sont généralement considérés comme des indicateurs de la qualité de vie au travail. Les informations concernant ces phénomènes gagnent à être mieux exploitées. Des tableaux de bord existent mais peuvent être affinés.

La veille juridique concernant l'accord cadre à venir en 2015 sur la QVT laisse supposer qu'une liste d'indicateurs sera proposée, avec sans doute l'obligation d'une étude d'impact à remettre au CTE.

Des actions de prévention seront élaborées pour améliorer la santé au travail et limiter l'absentéisme avec notamment des actions orientées vers la préservation de la santé des salariés.

Comme les actions dans le domaine de la QVT se recoupent avec des actions préconisées dans le plan d'action de prévention des risques psychosociaux, ces indicateurs devront faciliter l'appropriation fonctionnelle de ce qu'est la QVT dans l'établissement.

Reste que dans l'attente, des formations au management de proximité, à la médiation, à la gestion de conflits continueront d'être proposées.

Dans certains cas, le recours au coaching devra permettre d'apporter un accompagnement plus individualisé pour gagner en efficacité là où la formation n'agit pas. La constitution de groupe d'échanges de pratique peut être institutionnalisée si l'expérimentation démontre son efficacité.

Des efforts pourront être poursuivis sur l'ergonomie des postes de travail, l'amélioration des espaces de travail, soit dans le cadre du processus de prévention des risques, soit dans le cadre d'une concertation plus spécifique dans les structures internes de pôles connaissant des manques d'attractivité. Une commission d'étude peut être lancée pour prendre la mesure des problématiques d'attractivité interne et proposer des solutions d'amélioration.

Les démarches organisationnelles et les projets pourront faire l'objet de communications plus importantes en amont et en aval. Des modalités de consultation des agents, directement ou pas, pourraient être systématiquement envisagées sur ces projets (via l'intranet par exemple), ou plus spécifiquement dans le cadre de la concertation obligée des équipes autour du projet de contrat de pôle (Décret n°2010-656 du 11 juin 2010). Une commission communication peut être constituée pour prendre la mesure des manques de communication et proposer des solutions d'amélioration.

Des actions seront mises en place pour aider les agents à concilier vie personnelle et vie professionnelle en analysant le temps de travail et les changements horaires (réviser les règles d'affectation des agents à temps partiels), en faisant un point sur les horaires de travail par métier, en cherchant quels services pourraient améliorer l'articulation vie professionnelle/vie privée en promouvant les organisations qui permettent l'accès à des repos réguliers.

Cela commence par le fait que les agents maîtrisent la lecture du temps de travail effectué grâce à une connaissance adaptée du logiciel de gestion du temps de travail (Chronos). Des formations seront organisées en ce sens.

Différentes mesures pouvant faciliter l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle pourront être mises à l'étude en fonction de la réglementation : crèche (dossier ancien à réétudier), tickets restaurant pour les agents éloignés du service de restauration de La Chartreuse, coût de restauration variables selon les revenus, plan de déplacement local, partenariat avec les agences immobilières pour identifier des offres de logement sur les lignes de transport en commun à proximité des lieux de travail, meilleure prise en compte des handicaps non professionnels dans l'aménagement des postes de travail, regroupement du temps de travail des psychologues, accès à des repos réguliers, valorisation du travail des ASH...

Les dispositifs existants comme le CGOS feront l'objet d'actions de communication. La promotion des activités sociales sera encouragée via le soutien à l'Amicale du personnel.

Dans la mesure du possible, l'établissement assurera une communication sur la protection complémentaire

Un groupe de travail peut être constitué pour définir ce qu'est la culture de l'établissement et définir les moyens et méthodes pour la valoriser et faciliter l'adhésion du plus grand nombre.

Des actions d'amélioration de la QVT, qui seront plus particulièrement destinées aux AMA compte tenu des travaux déjà entrepris autour de l'évolution de leur métier et de la diversité de leur situation professionnelle ainsi que de leur positionnement particulier au sein des services à l'interface de plusieurs cultures professionnelles seront mises en place.

AXE 2 : FINALISER LE MANAGEMENT PAR POLE

Dans une dynamique amorcée avec l'Ordonnance du 2 mai 2005 et le Plan hôpital 2007 créant des pôles cliniques et médico-techniques dans les établissements publics de santé, la Loi du 21 juillet 2009, dite HPST, a réorganisé la gouvernance hospitalière en imposant une organisation en pôles homogènes où sont regroupées les grandes fonctions de soins et de gestion, avec une nouvelle délégation de gestion, et une organisation managériale différente.

Le Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé est venu préciser les missions et responsabilités des chefs de pôle, lesquelles s'exprimeront notamment dans le cadre du contrat de pôle.

Le contrat de pôle fixe, entre autres, l'action du pôle dans des domaines relatifs à la gestion du personnel qui relèvent désormais de la responsabilité directe des chefs de pôle :

- la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- la gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- la définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- la proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- l'affectation des personnels au sein du pôle ;
- l'organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- la participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, et odontologiques.

Un projet de pôle, sur la base du contrat de pôle, définit les missions, les responsabilités, les évolutions des champs d'activité confiés aux structures internes (services, unités fonctionnelles), et prévoit l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Le chef de pôle a trois mois pour élaborer un projet de pôle, en associant toutes les catégories de personnels du pôle.

Au sein de l'établissement, comme chaque pôle, la Fédération Interpolaire a signé un contrat avec la Direction Générale pour la période 2012-2015. Les contrats de pôles définissent les engagements internes à chaque pôle propre à permettre la mise en œuvre du projet d'établissement. Les contrats de pôle envisagent aussi les relations avec les services qui leurs sont externes (DRH, DSET...).

Afin de faciliter les glissements des missions des chefs de pôle, l'arrêté du 11 juin 2010 a imposé des formations à l'exercice des fonctions de chef de pôle. Ces formations doivent notamment comprendre les apprentissages suivants :

- management des ressources humaines ;
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- management d'équipe et la conduite du changement.

Dans le cadre de cette nouvelle organisation, le transfert des activités historiquement dévolues à la DRH constitue un enjeu important pour le pôle, mais aussi pour la DRH qui peut réaffecter ses moyens à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), et à l'amélioration de ses missions administratives.

Ces différentes missions s'inscrivent de près ou de loin dans la gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC), l'amélioration des conditions de travail, et posent la question de la professionnalisation des nouvelles missions managériales et organisationnelles des pôles.

Fiche 4 : Outiller les pôles

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (Manuel de certification des établissements de santé V2010, Chapitre 1, critère 3.a Management des emplois et des compétences) se construit d'abord à partir d'une lecture des activités nécessaires à la bonne réalisation des missions des structures internes de pôle.

Dans la recherche de l'efficacité des organisations, les managers de pôle doivent affecter les ressources humaines ayant la capacité de réaliser au mieux les actes, tâches et missions identifiées dans les processus, dans une durée qui est fixée par les règlements du travail et les besoins. Ce qui implique, au mieux, que pour chaque acte à réaliser, les compétences nécessaires à la réalisation de cet acte soient identifiées.

En préalable à l'identification des besoins en compétence, il est donc nécessaire d'identifier les missions, tâches et actes à réaliser. Bien souvent, ces missions peuvent se regrouper dans une approche métiers. La référence au métier est pratique car elle identifie de façon commune ce que peut faire un agent, avec une garantie d'effectivité liée à une évaluation : le diplôme.

Les métiers évoluent avec les techniques et les besoins de terrain émergent bien souvent très en amont de la construction des référentiels de formation initiale ou continue qui permettront de les intégrer à un métier. L'infirmier formé il y a vingt ans n'a pas le même bagage que l'infirmier qui vient d'être formé. Une polyvalence peut aussi être privilégiée pour faciliter une organisation propre aux contraintes d'une structure interne de pôle, alors que cette polyvalence ne s'inscrit pas nécessairement dans un métier ou un autre. La référence à la notion de métier permet donc une approche qui n'est pas en soi toujours fonctionnelle.

L'intégration de la qualité dans les processus pose la question qualitative du travail réalisé, et donc celle de son évaluation, et plus en amont encore, la question de ce qu'il faut faire pour réaliser correctement un acte, une tâche ou une mission. Le recours à la notion de compétence facilite cet exercice. La compétence décompose en effet la lecture du besoin de terrain ainsi que la mesure de l'apport de l'agent en connaissances (formation initiale), savoir-être (exemple : rigueur) et savoir-faire (expérience). Pour chaque action, il est alors possible de définir ce qui est attendu dans ces trois domaines, d'en réaliser une évaluation pour déterminer le niveau du besoin ; de l'évaluer auprès de l'agent pressenti, et éventuellement de cerner les axes d'amélioration de l'agent pour mieux le former par exemple.

Ce dispositif requiert un outillage, et en gestion de la ressource humaine, l'outil premier et transitionnel nécessaire vers la cartographie compétence est la fiche de poste. Ce document, élaboré avec soin, par le manager en collaboration avec les opérateurs et la qualité, permet de regrouper un ensemble cohérent (approche métier/fonction/poste) d'activités à réaliser dans un processus ou plusieurs processus, en indiquant les grandes compétences nécessaires, pré-requis.

L'élaboration de la fiche de poste relève spécifiquement des nouvelles tâches des pôles dans le cadre de leur délégation en matière de gestion des ressources humaines (formation, recrutement...) et organisationnelles (lire les besoins et leur affecter des ressources). Mais, plus généralement, l'établissement (DRH) doit avoir, a minima, l'ensemble des fiches de poste pour avoir une vision globale des besoins de fonctionnement et de ressources humaines à apporter en terme de « métier adapté », dans un contexte organisationnel donné.

Les fiches de poste constituent aussi un outil managérial de proximité car elles positionnent les agents au regard du travail prescrit dans les processus (le qui fait quoi comment). Ce qui permet la mesure des responsabilités individuelles, et donc la mise en place du processus d'auto-responsabilisation qui constitue le socle du travail collectif et la base de l'approche formation tout au long de la vie.

Les fiches de poste sont aussi un outil pour le médecin du travail qui va juger de l'aptitude à partir du descriptif des activités attendues de l'agent.

Enfin, les fiches de postes procèdent de l'outillage a minima qui permet d'amorcer la GPMC dévolue à la DRH et nécessaire aux pôles, et de valider notamment que l'établissement remplit bien ses obligations en matière de formations obligatoires (DPC).

1. Bilan de l'existant

La DRH a commencé un inventaire des fiches de poste. Il en ressort :

- Un manque de fiches de poste
- Une absence d'uniformité dans la méthode d'élaboration de la fiche de poste et dans son formalisme
- Des absences de mise à jour
- La fiche est souvent réalisée parce qu'il « faut » la faire, notamment dans le cadre de la certification. Son intérêt n'apparaît pas toujours à son rédacteur et au manager.

Des fiches de poste ne sont pas en cohérence avec le travail de terrain. Il en résulte un inconfort des agents qui se manifeste notamment dans le cadre de l'évaluation des risques psychosociaux (qui fait quoi, manque de visibilité sur le travail prescrit, prise de risque en réalisant des actes sans compétence, empiètement sur les postes contiguës, sentiment de faire autre chose que ce qui était prévu, manque de vision d'ensemble des processus collaboratifs...).

Les fiches de poste de la catégorie des AMA ont fait l'objet d'une étude particulière, laquelle s'inscrit dans le cadre de la GPMC.

2. Moyens à mettre en œuvre

Des objectifs à la GPMC de l'établissement seront définis pour permettre d'anticiper les besoins par métiers et d'identifier les nouveaux métiers.

Un travail de fond sera effectué sur les fiches de poste :

- Recensement des fiches de poste existantes afin de disposer d'une cartographie compétences.
- Mise en place d'un groupe de travail interpôles ayant pour objet de définir une trame de fiche de poste. Ce groupe de travail pourra être pérennisé pour être en appui de la mise en place progressive en cours de la GPMC.
- Ecriture du processus d'écriture des fiches de poste avec le groupe de travail interpôles (Dans l'esprit du Dico).

- Ecriture du processus d'organisation des moyens en ressources humaines dans les pôles, lesquels devront incorporer les procédures relatives à l'élaboration et le suivi des fiches de poste, leur articulation avec l'évaluation et le plan de formation afin d'obtenir une cartographie compétence permettant notamment d'anticiper les besoins par métiers, d'identifier les nouveaux métiers, d'adapter les effectifs aux besoins...
- Identification dans les services des référents métiers/compétences qui auront la charge de réaliser les fiches de poste des structures internes de pôle.
- Formation-action interne par la DRH de ces référents sur le processus incorporant la réalisation des fiches de poste, pour donner du sens à la démarche et amorcer la GPMC.
- L'encadrement et la DRH seront mobilisés pour exploiter les données relatives aux fiches de poste pour les utiliser en GPMC et sur le plan individuel pour tracer et aider les agents dans l'élaboration de leur parcours professionnels.
- Le développement des compétences sera assuré par l'accompagnement à l'acquisition de prérequis aux parcours professionnels en mettant en place des actions de détection de l'illettrisme.

AXE 3 : AMELIORER LES RELATIONS PROFESSIONNELLES, MANAGERIALES ET SOCIALES

Fiche 5 : Renforcer la formation de l'encadrement de proximité

L'organisation par pôle a créé un glissement de l'encadrement vers des fonctions de gestion, et l'attribution de fonctions managériales aux cadres de soins ou de service plutôt orientés jusque-là dans des missions de gestions techniques. Cette situation constitue un changement culturel que chacun assume avec les qualités qui lui sont propres.

Dans ce système, l'encadrement de proximité constitue une strate fonctionnelle essentielle des organisations, dont le rôle en matière de prévention des risques professionnels, et plus particulièrement des risques psychosociaux, a été évoqué à l'axe 1 du présent projet social.

En effet, la qualité de vie au travail, la création d'un climat de confiance, la motivation, relèvent avant tout d'un management humain, d'une capacité à considérer véritablement chaque agent, en tant qu'individu, comme étant partie prenante de la réussite de l'organisation. Plus qu'ailleurs, l'humanité de ce management se joue dans la proximité, là où l'employeur est en contact direct avec les agents dans sa présence hiérarchique et prescriptrice.

Aussi, l'encadrement de proximité doit faire l'objet d'une attention particulière. Il doit être accompagné au plus près de ses besoins, et être aider dans ses démarches visant à le rendre acteur de sa professionnalisation au regard des nouveaux enjeux qui sont les siens, tout en maintenant ses compétences techniques non managériales.

1. Bilan de l'existant

Bien souvent l'encadrement de proximité s'est mis en place dans le cadre des nouvelles organisations des structures internes des pôles, sans qu'une véritable réflexion n'ait été réalisée sur leur mission et les compétences nécessaires pour remplir ces missions. Il y a de plus une certaine diversité dans la population des encadrants de proximité, en termes d'expérience du management. Différents efforts ont été engagés en direction des managers de proximité, notamment via leur formation (notamment à l'outil Chronos) et des opérations visant la cohésion d'équipe.

L'encadrement de proximité a besoin d'un suivi individualisé, de formation, d'évaluation (comme par exemple sur la maîtrise de Chronos), et d'être bien inscrit dans les boucles informatives.

2. Moyens à mettre en œuvre

La gestion par les compétences relevant de la GPMC constitue un moyen intéressant d'aborder la problématique des managers de proximité. Elle permet en effet de travailler sur les besoins du terrain (cartographie des compétences), et d'identifier les compétences nécessaires (fiche compétence), et de valider l'existant (évaluation des compétences par exemple sur le principe d'une autoévaluation), puis de déterminer efficacement les moyens d'amélioration à mettre en œuvre et de gérer les parcours individuels des candidats à la fonction cadre.

L'accompagnement des cadres à l'évolution de leur métier et des compétences requises repose sur leur formation et leur information régulière qui feront l'objet d'un suivi organisé.

Aujourd'hui, le cadre doit être informé des principaux axes de la politique sociale pour les mettre en œuvre à son niveau par l'encadrement de proximité (rencontres régulières, faciliter l'information).

Cet objectif sera atteint en commençant la démarche de la GPMC sur l'encadrement de proximité dans un cadre participatif. Un espace de dialogue sera créé et aura sans doute des retombées positives immédiates pour cette population d'agents, mais aussi dans le fonctionnement global des équipes.

Les efforts antérieurs seront donc maintenus, mais leur cohérence sera vérifiée sous l'aspect GPMC.

Dans un premier temps, la démarche va passer par la constitution d'un groupe de réflexion qui va travailler sur la fiche de poste basique d'un manager de proximité, mais uniquement pour la fonction managériale. Cette fiche de poste déclinera l'activité de management en missions, puis en tâches et enfin en actes.

Dans un deuxième temps, pour chaque acte, les compétences nécessaires à sa réalisation seront identifiées en termes de connaissances, savoir-être, et savoir-faire.

Puis, pour chacun de ces items, des critères d'évaluation objectifs seront cherchés. Ils devront permettre de valider l'existence de la connaissance, de la posture ou du savoir-faire nécessaires, et d'en proposer une mesure en termes de besoins sur le terrain et en termes d'existant chez l'agent.

Dans chaque structure interne de pôle, les managers de proximité valideront que les missions, tâches, et actes, de leur quotidien correspondant aux besoins de leur gestion d'équipe sont bien ceux identifiés dans la fiche de poste générale. Ils affineront éventuellement leur fiche de poste en respectant l'approche compétence. Cette cartographie du besoin de compétence managériale devra être rapprochée de leur propre fiche de poste pour qu'elle soit modifiée en conséquence si nécessaire.

Une évaluation compétence pourra alors être testée sur la base d'un groupe ou de la totalité des agents concernés, pour valider l'opérationnalité du dispositif, soit dans le cadre de l'évaluation annuelle, soit dans le cadre d'une autoévaluation qui pourra être anonyme. Si des besoins apparaissent en termes de connaissances, des formations idoines seront recherchées. S'il s'agit de besoin posturaux, du coaching pourra être envisagé. S'il s'agit de besoins liés à l'expérience, du tutorat pourra être mis en place.

Les résultats des actions d'amélioration des compétences devront être mesurés sur le terrain en collaboration avec le N+1.

Fiche 6 : Renforcer le dialogue social

Les partenaires sociaux et les pouvoirs publics ont engagé depuis novembre 1999 un processus de modernisation du dialogue social. En 2007, ce processus a commencé à s'inscrire dans la fonction publique par le haut dans le cadre d'accords. Les accords se construisent en deux étapes : une étape de concertation où tous les participants s'impliquent même s'ils savent qu'ils ne signeront pas, puis par une étape de contractualisation qui se termine avec la signature des accords.

La Direction Générale de l'établissement a pris le parti d'assumer des échanges réguliers pour nourrir un dialogue social positif. Les lieux et les motifs de concertation sont nombreux et variés, qu'il s'agisse de concertation avec les représentants du personnel ou de la consultation du personnel concerné.

Concernant les axes présentés dans le présent projet social, la presque totalité des actions envisageables rentrent dans le champ d'une ou de plusieurs instances du personnel, soit dans le cadre de procédures de consultation, soit dans le cadre de procédures d'information. Le dialogue social dépasse très largement le cadre des instances même si celui-ci reste le lien privilégié de concertation.

Une attention doit aussi être portée aux possibilités offertes par l'expression directe et collective des personnels via des réunions de service et des espaces de dialogue au sein des structures.

1. Bilan de l'existant

La concertation est organisée dans le cadre de comités de pilotage ou de commissions, dont le fonctionnement échappe au formalisme du fonctionnement institutionnel des IRP, sans que ces groupes ne contournent la consultation formalisée.

Les résultats des convergences entre la Direction Générale et les syndicats sont actés dans les procès-verbaux d'instance, avec ou sans vote, selon les dispositions réglementaires.

Depuis l'accord sur le temps de travail en 2002 et ses avenants, aucun accord n'a été réalisé hormis la signature d'un CLACT.

2. Moyens à mettre en œuvre

Aujourd'hui et compte tenu des enjeux du présent Projet Social et des dispositifs nationaux qu'il porte, et parce que la qualité du dialogue social ne peut pas se mesurer qu'en nombre de groupes de travail ou de fréquence élevée de réunions, la Direction Générale souhaite faire progresser les projets dans le cadre d'accords d'établissement, et cela dans un climat de confiance.

Elle souhaite donc inscrire au maximum les actions prévues dans le présent Projet Social (RPS, QVT, Handicap...) dans un cadre négocié avec implication d'organes de concertation préalables et signature le cas échéant d'accords.

Un groupe de travail peut être créé sur les temps de représentation et leur articulation avec la programmation des présences dans les services, avec aussi un objectif de sensibilisation de l'encadrement à l'activité syndicale.

Ce groupe pourrait aussi travailler sur l'identification d'interlocuteurs techniques au sein des structures internes de pôles ou de la DRH. Interlocuteurs qui seront habilités à fournir les informations demandées par les organisations syndicales.

L'établissement se donne comme objectif de favoriser l'exercice des droits syndicaux en facilitant le détachement du temps de travail par une organisation adaptée du service à cette activité.

La qualité du dialogue social repose sur une évaluation annuelle en établissant un bilan du fonctionnement des instances et de l'activité syndicale et notamment de la concertation autour des projets présentés aux instances.

La réussite de cet objectif est conditionnée à l'implication des cadres dans le dialogue social en leur donnant une information régulière sur les politiques de gestion des ressources humaines dans l'établissement.

Placer l'humain au cœur des organisations, c'est envisager l'agent comme une personne singulière. L'agent devient alors un « client » de l'établissement. Il faut le convaincre d'accepter les changements, le fidéliser, le stimuler à être un acteur de son employabilité, l'accompagner dans un parcours compétences individualisé, suivre avec lui l'évolution de sa carrière. Pour cela, il faut comprendre ses besoins et ses attentes, lesquels sont bien souvent de plus en plus exprimés dans un cadre individualiste. Cette adaptation, nécessaire à la singularité des individus, vient modifier les relations entre l'organisation et l'agent.

Dans cet esprit, différents textes viennent préciser les obligations des établissements en la matière.

- Le Décret n° 2008-366 du 17 avril 2008 crée la prime de restructuration de service et l'allocation d'aide à la mobilité du conjoint.
- Le Décret n° 2008-368 du 17 avril 2008 met en place une indemnité de départ volontaire.
- Le Décret n° 2008-369 du 17 avril 2008 fixe le principe d'une prime de mobilité géographique.
- Le Décret n° 2008-370 du 18 avril 2008 généralise la possibilité pour un fonctionnaire d'exercer les fonctions afférentes à son grade dans un autre département ministériel ou établissement public de l'État que celui qui assure la gestion de son corps
- Le Décret n° 2008-592 du 23 juin 2008 supprime le plafonnement des rémunérations des agents hospitaliers qui souhaitent effectuer une mobilité dans le cadre d'un détachement.
- La Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique offre aux fonctionnaires les moyens de construire de véritables parcours professionnels, notamment en leur garantissant des droits nouveaux en matière de mobilité et un accompagnement professionnel réel. Elle permet également aux administrations de disposer plus facilement des ressources humaines répondant à leurs besoins et à leurs évolutions au cours des prochaines années, dans un souci constant de qualité et de continuité du service.

L'établissement entend dépasser ces obligations, en ayant une interprétation ouverte de la gestion personnalisée des ressources humaines.

Fiche 7 : Placer l'humain au cœur de l'organisation

Pour l'établissement, l'enjeu est d'agir sur les mécanismes d'autodétermination de l'agent pour l'amener à maintenir sa capacité collaborative, voire à l'augmenter (motivation).

Pour réussir cet enjeu, l'établissement doit aider les agents à exprimer leurs besoins, doit savoir les prendre en compte, et enfin doit pouvoir participer à leur satisfaction dans la sphère du professionnel en articulation avec la vie privée. L'organisation de l'établissement doit aussi laisser une place à une zone d'autonomie où l'agent doit pouvoir exprimer sa personnalité, sa différence, et éprouver sa liberté.

Ce concept impose de voir l'action de la qualité de vie au travail dans une approche collective mais aussi individuelle.

1. Bilan de l'existant

La personnalisation de la relation de travail existe à différents niveaux dans l'établissement.

Tout d'abord, les accès à la DRH, à l'assistante sociale et au médecin du travail sont libres et ouverts aux agents. Généralement, pour ce qui concerne la DRH, ils procèdent par écrit. Les demandes individuelles sont toujours traitées et, dans la mesure du possible, il leur est donné une suite favorable au mieux des possibilités. Les nombreux départs en retraite des deux dernières années ont par ailleurs facilité la mobilité interne.

Les temps partiels sont acceptés, mais parfois avec des changements de service pour des questions d'organisation.

Les demandes de congés spéciaux sont généralement acceptées si elles sont posées dans un délai raisonnable (exemple : congé d'examen). Les projets personnels identifiés sont accompagnés avec notamment l'accès à de la formation non spécifiquement en relation avec les compétences requises pour le poste de l'agent.

La souplesse dans les horaires est réelle dans les services administratifs.

Dans les structures internes de pôles santé, il existe une souplesse (d'organisation et pas d'horaire) lors de la mise en place des plannings de services, avec aussi des possibilités d'aménagement en cours de planning entre collègues.

Pendant leurs horaires de travail, et dès lors qu'il n'y a pas d'abus, les agents peuvent consulter leur messagerie personnelle et réaliser les appels urgents. Les absences dues à des appels urgents des écoles et concernant les enfants des agents sont acceptées.

Le rappel des agents en congé est limité.

Les reclassements sur demande ou inaptitude sont aidés et accompagnés (formation, aménagement des absences pour formation...).

Pour les agents rencontrant des difficultés, notamment financières, l'assistante sociale intervient à leur demande ou sur signalement en toute discrétion (transmission des listes des personnes passant à salaire réduit, ou pour lesquelles des avis à tiers détenteur sont prescrits). L'assistante sociale oriente, propose des solutions et crée un espace d'écoute important et accessible.

La DRH reçoit facilement les agents qui ont des questions liées à leur statut. Sur ce point, il apparaît que les agents manquent cependant d'informations statutaires, ce qui les amène souvent à revendiquer des droits auxquels ils n'ont pas droit.

Le plan de formation intègre la dimension individuelle en autorisant des départs en formation sur des demandes qui ne sont pas en lien avec le service.

Les formations d'adaptation à l'emploi constituent la priorité lors de l'élaboration du plan de formation, après la gestion des formations relevant de l'obligation de développement continu (DPC). Le Plan de formation 2013 a commencé à formaliser une ébauche de politique relative aux reconversions professionnelles en cohérence avec la notion de parcours professionnel. Un réajustement doit cependant être opéré entre promotion professionnelle et formation continue. Les formations de « départ à la retraite » sont acceptées dans la limite de 1 800€.

L'ensemble du personnel statutaire et une bonne partie des CDI ont fait l'objet d'un entretien d'évaluation.

2. Moyens à mettre en œuvre

Des indicateurs permettant le suivi des demandes individuelles des agents seront mis en place : types de demande, suite donnée... afin d'avoir une lecture de l'individualisation des relations. Le contenu des évaluations sera exploité pour mettre en place une gestion maîtrisée et concertée des parcours individuels.

Le retour à l'emploi après une longue absence fera l'objet d'une procédure avec entretien de reprise et définition des actions conduites envers la personne absente pendant son absence.

L'entretien d'évaluation sera adapté selon l'âge des agents pour comprendre des éléments relatifs à la notion de seconde partie de carrière.

La gestion des plannings de travail pour les agents en repos variables doit concilier rationalisation des temps de présence et souplesse pour les agents et contraintes spécifiques à certains services. La Charte des plannings constitue un repère et un guide aux cadres pour gérer le temps au travail.

Le dispositif de formation sera renforcé pour :

- L'orienter vers une plus grande participation des agents dans l'élaboration du plan individuel de formation (PIF).
- Renforcer le DPC en s'appuyant sur les deux commissions formations de concertation pour l'élaboration du plan de formation.
- Susciter et accompagner des projets individuels.
- Organiser la formation de formateur pour consolider la pédagogie des formations organisées en interne assurées par les professionnels de l'établissement
- Constituer la boîte à outil du nouvel arrivant sous forme d'adaptation à l'emploi

Dans la mesure du possible et en fonction d'éventuelles obligations réglementaires, l'établissement engagera un travail sur la rédaction de fiches individuelles de pénibilité et formalisera un processus d'individualisation des suivis de carrière pour les personnes exerçant des métiers pénibles (parcours adaptés), afin de faciliter des reconversions avant d'être obligé de procéder à des reclassements sur inaptitude.

L'établissement anticipera la problématique du vieillissement de la population salariée en préparant notamment la fin de carrière des séniors et en commençant à faire l'inventaire des possibilités d'accompagnement ou d'aménagement de fin carrière. Le développement du tutorat aura pour effet de permettre l'intégration des jeunes professionnels et de fournir des éléments de reconnaissance de la compétence des séniors.

L'établissement intégrera dans les questionnaires de satisfaction au travail (voir plus haut sur la qualité de vie au travail) des appels à idées sur les services personnalisés qu'il pourrait apporter.

Dans les formations des cadres de proximité (voir plus haut) un module sur les postures d'écoute sera intégré afin que les cadres qui le souhaitent apprennent à optimiser une écoute et une lecture des attentes de leurs collaborateurs.

Les règles de mobilités internes et externes seront déterminées. La publication des postes en interne et en externe sera organisée pour favoriser les mobilités inter fonction publique

Mettre en place une politique de la diversité, c'est relever le défi de l'accueil et de l'intégration de tous en respectant les identités de chacun. C'est permettre à chaque agent de révéler ses traits les plus fondamentaux, sans a priori, et avec égalité ; et ainsi faciliter l'expression de son potentiel, cette valeur ajoutée au travail qui mérite que l'on aille au-delà de sa différence et même que l'on utilise les avantages que cette différence peut apporter. Ce qui implique de s'interroger sur le fonctionnement des organisations de travail pour identifier si elles conviennent bien à tous, et comment elle peuvent être améliorées si nécessaire.

Bien souvent, la problématique de la diversité sociale tient dans le regard d'autrui. Or, lorsque ce regard s'inscrit dans la sphère du travail, il constitue la base d'un avis sur ce que nous réalisons dans le collectif de travail. Cet avis est important car il nous permet d'obtenir une reconnaissance, laquelle participe de notre sentiment d'exister complètement au sein du collectif de travail. Et bien au-delà du collectif de travail, cette demande de reconnaissance par le regard d'autrui participe à l'élaboration de notre identité. Si ce regard est parasité, les conséquences peuvent être négatives et amoindrir l'action du collectif de travail.

En cela, la politique de la diversité s'inscrit dans la responsabilité sociale de l'établissement et relève d'un engagement de tous, collectivement et individuellement.

Fiche 8 : Mesurer la diversité

La Charte du 17 décembre 2013 pour la promotion de l'égalité et la lutte contre les discriminations dans la fonction publique constitue un engagement moral fort dans le sens des valeurs qui doivent guider l'action des administrations et des agents qui les composent : égalité, laïcité, impartialité et neutralité, principe de non-discrimination.

L'État a aussi mis en place le Label Diversité, lequel vise à prévenir les discriminations et à promouvoir la diversité dans les secteurs public et privé. Il permet à la structure candidate ou labellisée d'évaluer ses processus de ressources humaines et de les modifier le cas échéant. Cette certification délivrée par l'Afnor reconnaît et fait connaître les bonnes pratiques de recrutement et d'évolution professionnelle valorisant la diversité dans la sphère du travail.

Au-delà de ces dispositifs plus orientés sur l'accès à l'emploi, les établissements ont aussi des obligations légales plus contraignantes, relevant du code du travail et des réglementations propres à la fonction publique :

- Absence de discrimination : l'employeur ne doit, à aucun moment, prendre des décisions fondées sur des critères illégitimes, c'est-à-dire sur d'autres critères que les compétences professionnelles. Ce principe est renforcé par différentes circulaires qui prévoient notamment des autorisations d'absence spécifiques
- Égalité professionnelle, avec notamment la Loi du 12 mars 2012 (article 46 imposant un quota de femme dans les postes à responsabilité sous astreinte d'une contribution financière, article 57 prévoyant les maintiens de droits à l'avancement en cas de congé parental, article 55 édictant qu'à partir du 1er janvier 2015 l'organisation des concours, examen ou sélection respecteront une proportion minimale de 40 % de personnes de chaque genre. La Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes aura sans doute aussi des impacts futurs dans la réglementation administrative.



- Emploi de personnes handicapées (La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 impose aux employeurs publics d'au moins vingt salariés d'employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6% de l'effectif total).

Contrairement aux employeurs du privé, l'établissement n'est pas concerné par les obligations relatives aux seniors (depuis 2010 : pénalités pour les entreprises qui refusent des plans d'action pour l'emploi des seniors). Il existe néanmoins quelques dispositions spécifiques comme celles de la Loi de 2003 sur les retraites, les possibilités de cumul emploi-retraite, la suppression des limites d'âge dans les concours. Par ailleurs, la GPMC conduit à une meilleure prise en compte de l'expérience professionnelle dans les recrutements, lors des promotions...

1. Bilan de l'existant

L'équilibre des genres n'est pas acquis sur les métiers soignants (manque d'homme) et l'égalité de traitement par genre n'est pas évaluée.

L'établissement n'a pas atteint le quota des 6% de salariés handicapés. Il faut cependant signaler que des agents ne souhaitent pas signaler leur handicap.

Il y a peu de personnes dont la nationalité est incompatible avec le statut, et celles qui sont présentes sont consolidées avec des CDI, faute de pouvoir intégrer la fonction publique.

L'établissement accueille différents contrats aidés et contrats d'avenir (moins de 2% de l'effectif), et participe ainsi à l'accompagnement social des populations en difficulté. Deux contrats aidés ont concerné des seniors. Un de ces contrats a dû être rompu.

L'intégration des jeunes est à organiser de manière plus systématique pour tous les métiers.

L'augmentation de l'âge du départ à la retraite demande des actions particulières pour les seniors.

2. Moyens à mettre en œuvre

Un audit du dispositif de recrutement sera organisé pour voir comment il respecte la diversité, notamment par la composition des membres aux concours.

Des formations sur la diversité seront mises en place auprès des cadres de proximité (voir fiche 9).

La recherche de lien social au sein des équipes sera mise en œuvre.

Des formations sur les recrutements équitables auprès des personnes recrutant seront mises en place.

L'établissement candidatera au label diversité et cherchera à comprendre les réticences des agents à signaler des handicaps.

L'établissement s'engagera pour développer l'accueil de jeunes en apprentissage. Cette action s'inscrit aussi dans le rôle social de l'établissement pour participer au travail d'insertion des jeunes.

L'amélioration et la publication des indicateurs de suivi des populations de l'établissement selon les thèmes prévus pour la gestion de la diversité et de la parité seront recherchées (genre par catégories et âges, handicap, origine des recrutements, % des femmes par niveau de responsabilité, promotion des temps partiels, situation des contractuels, promotion des responsables syndicaux, promotion des seniors, accès à la formation des différents catégories ou genres ou statuts santé ou âges, évolution des rémunérations par genre, âge, accès à la visite médicale).

L'établissement constate des restrictions de poste pour un certain nombre d'agents affectés dans certains postes, en lien souvent avec la pénibilité. Les solutions sont longues à mettre en place et complexes. Elles supposent une concertation tout au long du dispositif de reclassement et il conviendrait de mieux anticiper ces situations. Les personnels qui présentent des risques d'accidents de parcours professionnels à partir des avis du médecin du travail seront identifiés en concertation avec les intéressés afin d'organiser leur accompagnement pour anticiper les réorientations professionnelles nécessaires et mettre en place des parcours adaptés. La communication fera partie de la procédure de sensibilisation conduite dans l'établissement car le sujet est particulièrement sensible.

Une fiche d'événement indésirable sur la discrimination (genre, corporatisme, culture, syndicale...) sera créée pour suivre, quantifier et agir sur ces faits.

L'acceptation de la diversité dans la culture de l'établissement sera valorisée.

Les orientations des pouvoirs publics en ce qui concerne le soutien à l'emploi et la lutte contre le chômage seront mises en œuvre en engageant l'établissement dans les dispositifs de contrats spéciaux, aidés, et en traitant leurs titulaires comme les autres candidats pour les emplois pérennes.

L'arrivée dans l'établissement est un moment sensible et propice à des actions d'insertion. L'intégration des nouveaux arrivants, dont les agents en CDD, sera favorisée en mettant à leur disposition des supports de communication dans le cadre d'une boîte à outil « nouvel arrivant » soit au niveau de l'établissement dans son ensemble soit au sein de l'équipe.

Le processus de recrutement fait l'objet d'une procédure concertée avec les services. La professionnalisation des recrutements en formant les participants aux recrutements est un objectif poursuivi par la DRH. L'établissement en effet, associe les services aux recrutements sous toutes leurs formes et les insèrent notamment au moment du choix des nouvelles recrues. Le processus sera clarifié, de la communication organisée et les participants, qu'ils soient de la DRH ou des services, seront formés aux techniques d'entretien de recrutement et à la politique de l'établissement.

Après une longue absence, quel qu'en soit le motif, le retour au travail peut s'avérer compliqué pour l'agent qui s'est trouvé coupé de son milieu de travail. Il doit donc être accompagné pour reprendre en connaissant l'évolution qui s'est produite en son absence. Une procédure qui définira des modalités d'un accompagnement adapté aux situations individuelles sera discutée avec les représentants du personnel. Elle sera produite et présentée aux instances concernées.

La qualité de vie au travail repose sur les liens qui se créent au sein des équipes. L'objectif sera repris selon des modalités à définir au sein de chaque équipe dans le cadre du plan d'action prévention des RPS.

L'encadrement sera sensibilisé à la notion de qualité de vie au travail, sollicité pour prévoir des actions et étroitement associé à leur mise en œuvre.

Fiche 9 : Conventionner avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP)

Créé en 2005, le FIPHFP a pour mission de favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les trois versants de la fonction publique. Il collecte les contributions financières des employeurs publics qui n'atteignent pas le taux légal de 6% (148,66 millions d'euros collectés en 2013, contre 158,12 en 2012). Les fonds sont redistribués pour favoriser l'emploi des handicapés (adaptation des postes de travail, formations ou encore aides financières pour les personnes accompagnant les handicapés).

Le FIPHFP favorise l'accessibilité des locaux professionnels et des outils/logiciels de travail, le recrutement, la formation et l'accompagnement tout au long du parcours professionnel, et le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap.

Le FIPHFP propose ses interventions notamment dans le cadre d'un conventionnement qui engage l'employeur pour plusieurs années sur une série d'actions adaptées, réfléchies en amont, en fonction du contexte de l'établissement, et de l'évolution prévisionnelle de ses effectifs.

L'intérêt du conventionnement est de structurer de manière visible une action en faveur du handicap, de favoriser la mobilisation des agents autour d'un projet mené conjointement par la direction et les institutions représentatives du personnel, et de disposer d'un préfinancement afin d'agir plus vite et dans la durée.

L'élaboration d'une convention pluriannuelle avec le FIPHFP nécessite un diagnostic, mené par l'établissement en lien avec le Délégué Interrégional Handicap (DIH) de sa région. La phase de diagnostic est financée par le Fonds. Puis un projet de convention avec des engagements doit être rédigé et soumis à une commission d'agrément. Si la convention est agréée, elle est signée.

1. Bilan de l'existant

Le maintien dans l'emploi des agents avec restrictions a été la priorité de l'établissement.

L'intégration de personnes en situation de handicap est peu maîtrisée dans l'établissement : d'une part l'établissement n'atteint pas le quota des 6% (moyenne de 4.7% toutes fonctions publiques confondues pour la Côte d'Or) ; et, d'autre part, des agents semblent ne pas toujours déclarer leur handicap.

Il n'y a pas de politique écrite visant l'accueil de personnes en situation de handicap alors que le vieillissement des agents est bien réel et que les statistiques (nationales) montrent que pour certains métiers, une forte proportion d'agents ne pourra pas terminer sa carrière en exerçant les mêmes fonctions. Une réflexion a été amorcée avec les ASH.

Beaucoup de poste gagneraient donc à être étudiés dans la perspective de leur adaptation à différents handicaps, notamment dans le cadre d'une politique de maintien dans l'emploi mais aussi de suivi de carrière individualisé.

Compte tenu de l'activité de prise en charge de personnes souffrant d'un handicap, il est possible de penser que l'établissement possède des atouts qui lui permettront d'opérer une réflexion et une sensibilisation de fond sur le handicap au travail et l'accueil de personnes en situation de handicap. La qualité de ce travail est un préalable nécessaire à la réussite du conventionnement.

2. Moyens à mettre en œuvre

L'établissement conventionnera avec le FIPHFP avec des objectifs à court, moyen et long terme pour contribuer à l'amélioration de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Fiche 10 : Favoriser le tutorat

Le tutorat est un mécanisme qui facilite la transmission du métier en créant une relation d'accompagnement qui a fait ses preuves dans l'histoire du compagnonnage : un agent expérimenté suit un agent en formation sur le terrain.

Différents dispositifs relevant notamment des conventions spécifiques, comme le PACTE et le contrat d'avenir, prévoient un dispositif d'intégration ou de formation impliquant un tuteur. Le tutorat est aussi valorisé dans certaines professions où il est obligatoire, comme pour le tutorat infirmier institutionnel.

Généralement, le tuteur a la maîtrise du métier et a suivi une formation posturale (technique pédagogique). Le tuteur peut généralement accompagner jusqu'à trois personnes.

Le mécanisme tutoral présente différents intérêts :

- Il s'exécute sur un poste de travail auprès duquel il facilite l'intégration.
- Il crée un parrainage qui facilite la cohésion dans les équipes.
- Il facilite l'apprentissage par une relation individualisée.
- Il donne de la valeur à l'apprentissage car ce qui est dit l'est de la part d'une personne expérimentée et en proximité.
- Il facilite la prévention des risques en permettant au tuteur de signaler son expérience du risque et au tuteuré de donner au tuteur les dernières informations professionnelles introduites dans son programme de formation.
- Il valorise les seniors en organisant une transmission des savoirs qui implique la reconnaissance et l'utilité de ce savoir chez le senior.
- Il permet d'adapter la formation aux réalités du poste.
- Il facilite la connaissance des capacités professionnelles du tuteuré et oblige souvent le tuteur à se remettre en cause dans certaines de ses pratiques...

La fonction tutorale participe aussi à la gestion prévisionnelle des métiers et compétences et de la formation (GPMC).

1. Bilan de l'existant

Des pratiques tutorales existent dans le secteur des soins qui a formalisé une procédure RHU FOR PO2, et le tutorat infirmier obligatoire procédure RHU FOR PO1. Les pratiques relèvent de l'expérimentation en se basant sur le volontariat tant pour la personne tuteuré que pour le tuteur. Elles gagneraient à être étendues.

2. Moyens à mettre en œuvre

Un audit de l'existant sera réalisé (pratiques informelles, existence de tuteurs formés...).

Des groupes de réflexion métier seront mis en place pour définir les besoins et l'intérêt de généraliser une fonction tutorale (identification de référents métiers) qu'il s'agisse des apprentis ou des nouveaux arrivants.

Le dispositif tutoral sera écrit en l'articulant éventuellement avec la GPMC.

Des tuteurs seront identifiés et formés : face au risque de difficulté à soutenir un travail identique en deuxième partie de carrière qui est très présent parmi les personnels au parcours linéaire, le tutorat exercé par les séniors pour les nouveaux arrivants peut être une réponse à cette problématique pour les personnes à faible mobilité.

En premier lieu, la fonction de tuteur sera destinée à certains métiers par extension pour les infirmiers en fonction de l'obligation réglementaire mais étendue à d'autres catégories professionnelles.

Le dispositif sera évalué.

AXE 6 : ORIENTER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES VERS LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Fiche 11 : Centrer l'action RH sur le patient

Les systèmes qualités dans le secteur de la santé définissent les organisations au regard de leur objet : la satisfaction du patient. Mais dans les processus des fonctions supports, par opposition aux processus des fonctions de production de soins, on parle de « client interne ». Le livrable de la DRH a un client interne qui est généralement identifié comme étant l'agent, le chef de pôle, l'encadrement...

L'objectif des systèmes qualités est certes d'apporter une lecture du « comment et qui », mais aussi de sécuriser les pratiques.

Plusieurs points sont particulièrement importants :

- Le renforcement des échanges entre les différents acteurs,
- L'amélioration du travail en équipe,
- L'amélioration de la performance et de l'efficacité de l'équipe,
- La stimulation d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Les procédures RH peuvent développer un volet « apport au patient » de façon à s'interroger sur l'impact de ces actions RH sur la prise en charge du patient.

Il est aussi important de se poser à chaque fois la question de la pertinence du processus RH par rapport au patient, pour maintenir le patient au cœur de l'organisation. Par exemple, on peut se demander en quoi la réalisation conforme d'une procédure de recrutement va impacter la prise en charge du patient.

1. Bilan de l'existant

La procédure qualité se met en place progressivement au sein de la DRH, notamment par la démarche du Projet de service. Mais l'esprit « qualité » n'est pas encore systématique sur toute la ligne de la gestion des ressources humaines qui va de la DRH aux pôles, et en tout cas, l'apport patient n'est pas formalisé dans les procédures RH, comme par exemple celle des recrutements dont les étapes de réalisation sont surtout orientées sur les aspects administratifs.

2. Moyens à mettre en œuvre

Les modalités de l'apport patient dans les processus liés à la gestion des ressources humaines seront étudiées avec le service qualité.

AXE 7 : SOUTENIR UNE POLITIQUE DE GRH GLOBALE OPERATIONNELLE ET PREVISIONNELLE

La capacité d'un collectif de travail repose pour beaucoup sur la capacité et la volonté de chacun à inscrire son apport individuel quotidien dans le système collaboratif permanent qui l'entoure, lequel est organisé, au sein de l'établissement, pour remplir des missions sanitaires, sociales et médicales, lesquelles évoluent avec les politiques nationales de prise en charge du handicap psychique, l'augmentation des maladies mentales, et les progrès de la science.

Dans ce système de santé, la Direction des ressources humaines (DRH) intervient de plus en plus pour dynamiser certaines articulations clefs : capacité de faire/formation pour faire, volonté de faire/motivation pour faire, apport individuel en compétences/besoins globaux et prévisionnels...

Par ailleurs, l'établissement doit avoir une DRH en capacité d'accompagner efficacement sa démarche de progrès, notamment dans le sens prescrit par la Haute Autorité de Santé en ce qui concerne la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Compte tenu de l'importance de ces livrables de la fonction support RH, dans un contexte de changement, la DRH doit pouvoir entretenir sa capacité à maintenir son effort et doit s'adapter, tout en renforçant ses compétences, et par là sa capacité d'action transversale.

Fiche 12 : Adapter la DRH aux enjeux actuels et à venir

L'activité de l'établissement constitue une organisation complexe, qui plus qu'une juxtaposition de métiers pour ou autour du patient, constitue un extraordinaire système collaboratif où chacun apporte des connaissances métiers, des facultés personnelles, et un savoir-faire. A des instants différents, mais dans le cadre d'une activité globale qui se doit d'être pérenne et optimale, et dont une mesure de la performance doit montrer qu'elle est plus qu'une simple addition d'apports individuels, car ces apports cumulés doivent générer une dynamique particulière qui les démultiplie : une synergie.

Dans ce cadre, la Direction des Ressources Humaines est chargée d'administrer, mobiliser et développer les ressources humaines, afin de faciliter les synergies, directement ou en appui des directions de pôle, dans le but de permettre à l'établissement d'assurer avec efficacité la gestion du service public qui lui est confiée.

1. Bilan de l'existant

Depuis la réorganisation de l'établissement en pôles, la DRH continue de renforcer son organisation et son outillage pour poursuivre la politique globale et prévisionnelle amorcée depuis 1986.

Dans les faits, la DRH a aujourd'hui une double activité, celle de la conduite traditionnelle et quotidienne des missions administratives relatives à la gestion des dossiers du personnel, sous leurs aspects individuels comme collectifs mais administrative; et celle de la conduite de missions fonctionnelles, lesquelles concernent surtout des projets qui facilitent la synergie, en stimulant la communication transversale et en organisant la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ces deux activités ne sont pas étanches, elles ont des interactions. Ainsi, par exemple, les formations et les évaluations participent du fonctionnel, alors que leur inscription dans le dossier individuel des agents ressort de la gestion administrative des carrières.

Traditionnellement, les DRH se sont construites et organisées pour réaliser d'abord des missions administratives relevant de ce que l'on appelait autrefois les services du personnel. Au fil du temps, avec l'évolution des pratiques RH, les DRH ont commencé à être redéfinies comme des acteurs de plus en plus impliqués dans le fonctionnement des établissements.

Les DRH se sont alors décloisonnées. D'abord en appui des Directions Générales elles se sont progressivement approchées des autres directions pour être en mesure de mettre efficacement en adéquation la politique de l'établissement en tenant compte des contraintes environnementales et des besoins liés à la gestion des ressources humaines.

Les DRH ont dû alors intégrer de nouvelles compétences, relevant plus de l'ingénierie des RH que des connaissances statutaires ou juridiques.

Ce développement des missions dans le champ du fonctionnel a néanmoins impacté les missions administratives des DRH du fait des interactions entre les deux domaines. Les missions administratives se sont alors enrichies et modernisées, ce qui a nécessité aussi de nouvelles adaptations sur les anciens métiers des services RH.

Avec l'Ordonnance du 24 avril 1996 et les dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009, les autorités ont mis l'accent sur l'efficacité médico-économique de l'activité de santé, le nécessaire respect des normes de qualité et de sécurité à apporter aux patients, mais aussi sur la déconcentration d'une partie de la gestion des ressources humaines vers les pôles (planning, recrutement...). Les DRH ont alors été recentrées sur le dispositif de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et du développement des ressources humaines dans la ligne hiérarchique au fur et à mesure de la déconcentration de sa mise en œuvre. Comme ce dispositif implique de la concertation, l'élaboration et le pilotage de projets adaptés aux évolutions permanentes des établissements, et comme prévoir c'est être informé très tôt des projets, les DRH ont été projetées de plus en plus au cœur des changements et dans une dimension prévisionnelle et transversale.

Dans ce cadre, la DRH de l'établissement a commencé à intégrer ce nouveau positionnement des services RH dans son projet de service, principalement pour amorcer la GPMC et ses impacts formation et sur la gestion administrative des dossiers du personnel. Notamment, elle a commencé à préparer la construction de l'outillage la GPMC afin :

- d'améliorer la lisibilité du qui fait quoi comment
- d'identifier les compétences nécessaires à la réalisation des différents processus
- de valider l'existence de ces compétences
- de renforcer les compétences si nécessaires
- de veiller à la pérennité des compétences
- d'organiser une lecture proactive des besoins
- d'anticiper les besoins de demain par la formation et la mobilité interne...

2. Moyens à mettre en œuvre

Les actions engagées sont à continuer, notamment en ce qui concerne les fiches de poste, les fiches métiers, l'adaptation à l'emploi, la traçabilité des formations dans le dossier agent, le tutorat... la fourniture d'indicateurs aux acteurs de proximité. Elles doivent aussi s'intégrer en profondeur dans les modes de fonctionnement et de lecture de l'établissement jusque dans les structures internes des pôles, et gagner en qualité pour devenir de véritables outils fonctionnels, adaptés aux enjeux et aux besoins. La DRH intégrera la notion de relations client fournisseur avec ses partenaires internes (pôles et autres directions fonctionnelles) pour répondre à leurs besoins en organisant une concertation dans la mise en œuvre des processus DRH.

L'architecture des dispositifs en appui de la GPMC étant aujourd'hui posée au niveau national (Manuel de certification des établissements de santé V2010, Chapitre 1, critère 3.a Management des emplois et des compétences), il est nécessaire de faire vivre la GPMC et de l'institutionnaliser dans l'établissement pour l'ensemble de ses dimensions.

Par ailleurs, la DRH, dans ses nouvelles missions et son périmètre élargi, doit pouvoir étoffer ses compétences fonctionnelles, relevant de l'ingénierie RH et de l'ingénierie de projet, et pouvoir affecter plus de temps à ces missions dans un contexte de maîtrise de ses propres coûts de fonctionnement.

La DRH soit s'organiser pour pouvoir apporter une réponse globale, opérationnelle et prévisionnelle adaptée à son implication attendue dans la démarche de progrès de l'établissement. L'audit interne du service conduit la DRH à proposer aujourd'hui de restructurer ses ressources. Trois actions ont été identifiées dans ce sens :

- Optimiser la fonction administrative
- Étendre le champ de la formation.
- Intégrer des compétences en ingénierie de projets RH.

Optimiser la fonction administrative

Le service de la DRH se doit d'anticiper les évolutions dans son domaine de compétence qu'il s'agisse des textes et des besoins métiers en assurant une veille qui doit être organisée.

Concernant les missions administratives, la DRH va renforcer l'organisation du traitement des dossiers administratifs individuels entre ses agents par pôles. Ce qui permettra aux agents d'avoir une vision complète des dossiers individuels, et au pôle et à l'agent une unité d'interlocuteur au sein de la DRH.

Cette réorganisation ne sera pas exclusive du maintien d'interlocuteurs multiples en fonction de la technicité des besoins. Certains agents étant plus spécialisés que d'autres dans des domaines transversaux (accident du travail, formation, exploitation des données RH...), ils seront identifiés et appelés si nécessaire en appui de leurs collègues.

La DRH organisera au mieux la continuité de ce système durant les congés.

La DRH veillera aussi à ce que le suivi des dossiers administratifs permette d'intégrer progressivement les données utiles la GPMC (identifications des données, adaptations logiciels, adaptation des processus et procédures, formation des agents du service...). Ces données devraient pouvoir être utilisées par les chefs de pôles et éventuellement les cadres des autres structures internes de pôles dans le cadre de leur mission managériale déléguée. Les gestions de ces données devra permettre aux agents d'avoir accès à un dossier individuel complet (et non plus éparse) et faciliter la gestion individualisée et prévisionnelle de la situation des agents en conformité avec les orientations du projet social.

Les concours devront être optimisés pour couvrir au mieux les besoins de façon à maintenir les compétences nécessaires en permanence. Le calendrier de leur organisation sera ajusté pour les rapprocher des fins de formation.

La cartographie des compétences est un chantier dans lequel la DRH doit être pilote pour que les services disposent des compétences requises. La procédure d'évaluation qui sera perfectionnée a pris en compte cette problématique.

Étendre le champ notionnel de la formation

Concernant la fonction formation, la DRH doit continuer d'élargir la notion de formation et de l'adapter aux besoins.

Le service formation doit aussi pouvoir avoir une lecture de toutes les opérations entreprises dans l'établissement dans un temps consacré à cet effet et visant l'amélioration des connaissances, des postures et du savoir-faire. Même si ces actions concernent du personnel non permanent

Le service formation doit aussi être correctement outillé pour collecter les informations formations plurielles afin de constituer un fond informatif permettant d'alimenter des tableaux de bord, études ou projet. Ainsi, les indicateurs de suivi des formations doivent être opérationnels au service de la politique de gestion des ressources humaines. Le service doit pouvoir fournir des données analytiques dynamiques et contribuer à la gestion globale de l'agent au travail au moyen d'un dossier agent lisible pour l'agent lui-même.

Enfin, le service formation doit être proactif dans l'offre de formation afin de pouvoir proposer des moyens efficaces d'amélioration des compétences en fonction des projets en cours, des besoins émergeant ou nouvellement identifiés, par exemple dans le cadre des évaluations individuelles. Pour cela, le service formation doit être informé des projets, pouvoir avoir une liaison directe avec les responsables de pôle, s'inscrire dans le processus des évaluations, et maîtriser l'offre de formation interne et externe. Cette modalité de fonctionnement est en train de se professionnaliser dans l'établissement.

Sur le plan de l'offre de formation interne, l'équipe formation doit pouvoir recenser toutes les ressources pédagogiques et en organiser le suivi.

Un effort particulier sera fait pour que l'offre de formation soit en cohérence avec l'organisation en plannings programmés, de façon à ne pas exclure des agents en absence lors de la publication trop tardive de l'offre de formation.

La démarche d'évaluation des formations sera améliorée.

Les formateurs internes qui apportent une contribution précieuse seront formés aux aspects pédagogiques de cette activité

Intégrer des nouvelles compétences en ingénierie de projets RH

La DRH intervenant de plus en plus, soit en accompagnement des pôles, soit pour insuffler des dispositifs transversaux ou ponctuels imposés par la réglementation (prévention des risques), les nécessités organisationnelles (pôles, programmation, mobilité..), les mutations (par exemple métier avec les AMA), la GPMC, et les orientations de la Direction Générale, elle doit renforcer sa capacité à intervenir efficacement dans ce cadre, tant sur le plan administratif (organisation de concours par exemple), technique (gestion de projet), qu'en ingénierie RH, et en disponibilité (limite de disponibilité de la direction du service). Un recrutement de chargé de mission avec une expérience en conduite de projet et en ingénierie RH devra donc être envisagé.

Le développement de toutes les dimensions de la fonction ressources humaines doit être assuré, de la définition des métiers aux procédures de gestion du personnel, au développement de la personne au travail et à l'organisation des moyens humains mis à la disposition des services.

VII. CONCLUSION

POUR REUSSIR : LA GESTION PARTAGEE DES RH DOIT ETRE COHERENTE ET EN LIEN AVEC LES DIRECTIONS DE POLES

Les objectifs du présent projet social dépassent largement les besoins à court terme. Avec l'approche du développement durable des ressources humaines, c'est l'avenir de l'établissement qui est envisagé au travers de la consolidation des apports des agents et du ciment que les managers sauront apporter.

La mise en œuvre du projet social relève d'une collaboration forte de l'ensemble des directions et une supervision par la DRH. Sa réussite va dépendre de cette capacité collaborative, d'une confiance mutuelle réelle, et donc de la volonté sincère et responsable de chacun à faire prévaloir l'intérêt de tous sur les intérêts catégoriels ou particuliers.

À tous les niveaux des efforts sont à fournir dans un contexte de tensions organisationnelles et budgétaires, défi que chaque manager peut relever et que chaque direction de pôle peut porter.

Les enjeux sont forts et les efforts nécessaires : les retombées du projet doivent améliorer la qualité de vie au travail de chacun des agents dans le but final d'offrir au patient une prise en charge adaptée dans l'instant et dans le temps.

Le principe des fiches actions permet de donner de la lisibilité à chacun sur ce qu'il doit faire, reste à chacun d'apporter son talent pour réussir.

Si la DRH a une place particulière dans le dispositif d'exécution du Projet Social, les nouvelles compétences des pôles assurées à la gestion des ressources humaines devront avoir un impact positif. C'est une condition organisationnelle majeure que la DRH doit veiller à mettre en œuvre de manière concertée dans une démarche de co-construction.

3. PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Nous remercions,

Gaëlle MICHEL, Responsable Qualité, Responsable de la Qualité et de la Gestion des risques, pour son implication particulière dans l'élaboration de ce Projet Qualité,

Amandine CLAVEL, Isabelle ROMÉY GUILLAUMIN et Charlotte GIRAULT, cadres au sein de la Direction de la Qualité Gestion des Risques et Relations avec les Usagers pour leurs importantes contributions,

Pascale RAVE, Ingénieur Qualité au CNEH pour ses contributions et ses corrections,

Docteur Pascale MARTIN BERTHOLE et Madame Jeanne DI LORETO, coordinatrices de la gestion des risques associés aux soins pour leur contribution sous forme de relecture et de corrections

Angéline MIELLET et Emilie GEORGEOT assistantes de la DQRU/DAG qui ont passé de nombreuses heures à saisir, corriger et mettre en forme ce document.

I. INTRODUCTION

Le souci d'améliorer la qualité et de garantir la sécurité des prises en charge est une priorité affirmée du projet d'établissement 2015-2019. Cette priorité se traduit par un engagement constant de tous les personnels, à évaluer régulièrement leurs pratiques et à mettre en œuvre les objectifs prioritaires du programme d'actions, pour la qualité et la sécurité des soins.

Le projet Qualité 2015-2019 du Centre Hospitalier la Chartreuse est construit en cohérence avec les autres composantes du projet d'établissement, et notamment le projet de soins.

Il prend appui sur la loi HPST de juillet 2009, sur les programmes de santé publics, les exigences du manuel de certification et sur les orientations qualité du CPOM 2012-2017.

Il prend également appui sur les résultats des évaluations externes et internes.

Au cours des 15 dernières années, trois certifications en 2001, 2006 et en 2010, ont constitué 3 leviers de progression vers une qualité toujours renforcée des prises en charge.

Dans le prolongement de ces expertises diligentées par la HAS, notre établissement a enregistré des progrès notoires dans la qualité des prestations fournies, grâce à l'investissement de nombreux acteurs internes.

2015 sera la 1^{ère} année de notre projet, marquée par la 4^{ème} procédure de certification en Avril.

II. LES ORIENTATIONS

AXE 1 – PERENISER UN SYSTEME DE MANAGEMENT BIEN STRUCTURE DANS LEQUEL LES ACTEURS S'IMPLIQUENT ACTIVEMENT

Le Projet qualité et sécurité 2015-2019 du Centre Hospitalier La Chartreuse, définit pour les 5 ans à venir, la politique d'amélioration continue de la qualité des soins rendus au Patient. Il fédère les 1200 professionnels de l'établissement autour d'un projet commun d'amélioration des pratiques et de la maîtrise des risques.

1. Une Direction de la Qualité structurée et coordonnée.

Depuis les années 1990, l'établissement a structuré, progressivement, au sein d'une même direction, toutes les compétences nécessaires à la réussite d'une démarche d'amélioration de la qualité, qui réunit :

- Un service de la qualité et de la maîtrise des risques
- Un service des Affaires Générales

La Direction de la Qualité, de la gestion des Risques et des Usagers, composée de 5 personnes est coordonnée par un Responsable Qualité. Elle comporte :

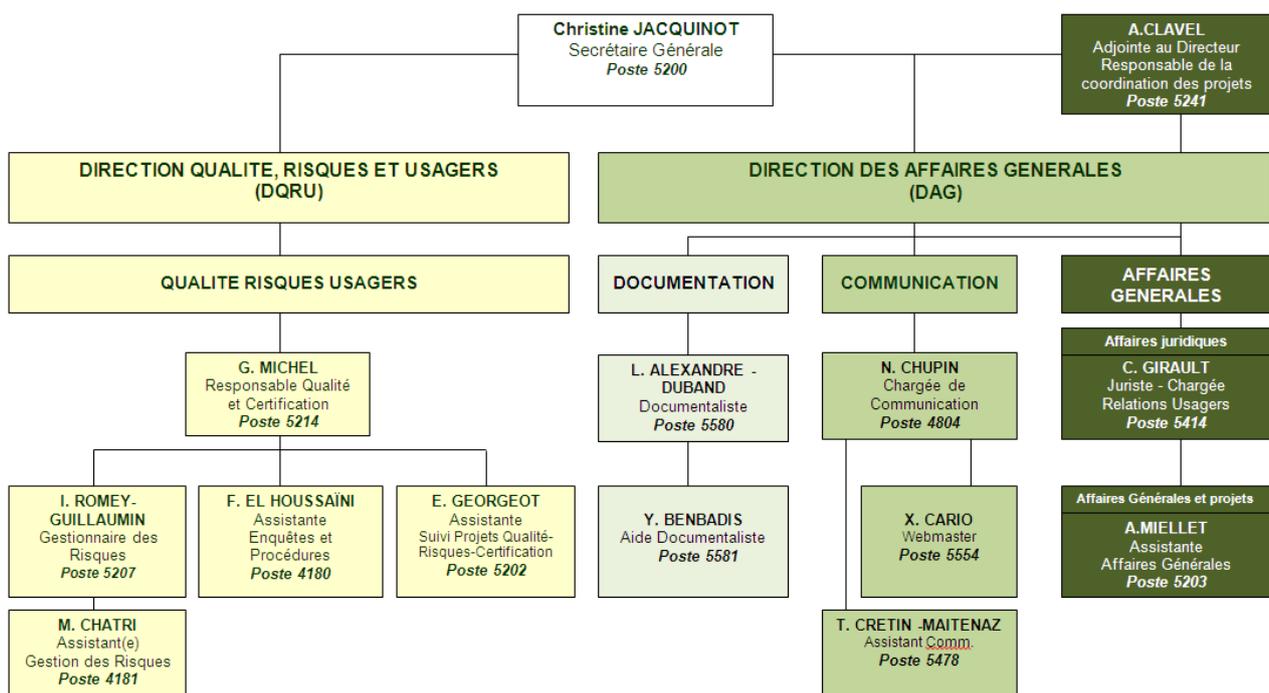
- une équipe gestion des risques (2 agents temps plein)
- une équipe qualité (3 agents temps plein).

La Direction des Affaires Générales, comportant 7 agents est composé :

- d'un service de coordination de projets (2 agents temps plein)
- d'un service des Affaires Juridiques avec une Juriste chargée des relations avec les usagers
- d'un service de communication (2 agents temps plein)
- d'un service de documentation (2 agents temps plein)

Tous ces experts coordonnent quotidiennement leurs actions et assurent un soutien méthodologique apprécié, au bénéfice des pôles et des directions fonctionnelles, en préparant et animant les Comités de Pilotage et groupes de travail, et en déployant des outils méthodologiques sur le terrain.

DIRECTION GENERALE



Pour qu'un système de management de la qualité et de la sécurité des soins soit performant, il doit s'appuyer sur :

- un engagement fort de la direction et de la communauté médicale
- une forte implication de l'ensemble des acteurs
- un organigramme définissant clairement les rôles de chacun
- une direction de la qualité, des risques et des relations avec les usagers coordonnée et intégrée,
- un accompagnement méthodologique important.

Au Centre Hospitalier la Chartreuse, le système de management de la qualité et de la maîtrise des risques s'appuie sur :

2. Un engagement fort de la Direction, et de la communauté médicale.

La loi HPST, dans son article 5, a donné à la CME un rôle stratégique dans « le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de soins et dans le pilotage des conditions d'accueil et de prise en charge des patients, en lien avec les orientations de la CRUQPC ».

Au Centre Hospitalier, les médecins et la CME autour de son président ont pris en main ce rôle stratégique : ils s'impliquent, de manière active et pérenne, dans les réflexions sur les démarches qualité de prise en charge du patient à la CME, au sein du COPIL Qualité et au sein des comités techniques et groupes de travail (9 médecins ont activement participé au séminaire qualité d'avril 2014).

Le Comité de pilotage qualité prépare les thématiques à débattre en CME, et les plans d'actions dans cette instance. Un tableau de bord CME rend compte régulièrement à la communauté médicale du suivi des actions de chaque groupe.

La Directrice des soins, les cadres supérieurs des pôles et les cadres de santé s'impliquent activement dans les instances de pilotage et les groupes de travail.

L'encadrement soignant a un rôle fondamental d'impulsion et de transmission des informations pour permettre la réussite des démarches initiées par le Comité de Pilotage et les comités techniques. Sans cette action de transmission des informations par les cadres, l'écart pourrait se creuser entre les débats initiés par les instances et comités techniques d'une part et la réalité des résultats évalués sur le terrain d'autre part.

Les cadres de proximité et le personnel de terrain doivent s'approprier progressivement les réflexes Qualité dans les démarches d'évaluation des pratiques.

Les nouveaux contrats de pôle 2015-2019 poursuivront la démultiplication des démarches qualité dans les unités avec un accompagnement méthodologique renforcé, grâce aux objectifs Qualité et sécurité des soins contractualisés (depuis 2009)

3. Un pilotage clair et coordonné

Sur le plan stratégique, le projet de gestion de la Qualité et de la sécurité des soins est porté par la CME, le Directoire et la Direction des soins.

Le mode de management des démarches qualité est représenté sur l'organigramme ci-après. Dans cette gouvernance, la répartition des rôles entre le niveau stratégique, le pilotage et le niveau opérationnel, est clairement définie.

Le chef d'établissement, le président de la CME et la Direction des soins sont positionnés au niveau stratégique : ils arbitrent et décident.

Ensuite 14 comités techniques ou COPIL composés de responsables médicaux et de cadres, assurent une fonction de pilotage des démarches qualité (impulsion, validation, suivi, correction)

Au niveau du pilotage, nous préciserons plus particulièrement le rôle de deux instances ci-dessous :

- le comité de pilotage qualité et risques,
- le comité de gestion de risques et de vigilances – comité de lutte contre les infections nosocomiales (CGRV-CLIN).

- Le COPIL Qualité et Risques regroupe 33 personnes : les pilotes de processus, dont tous les directeurs, les cadres supérieurs de pôle, les quatre professionnels de la DQRU DAG et huit médecins.

Présidé par le Président de la CME, il impulse la politique qualité, propose les orientations prioritaires aux instances (CME/Directoire/CSIRMT...), valide les bilans et programmes d'actions et prépare la certification. Il se réunit 4 fois par an.

- Le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances / CLIN (CGRV CLIN) regroupe 35 professionnels, les coordonnateurs de vigilance, les deux coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle, les directeurs, les membres de la cellule d'analyse des événements indésirables, des représentants du CHSCT, les représentants de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Ce comité coordonne les actions de prévention et de maîtrise des risques. Il définit et oriente la politique de gestion des risques, valide les bilans et programmes d'actions.

D'autres instances de pilotage jouent un rôle clé d'impulsion de la politique qualité :

- La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), instance statutaire, présidée par la Directrice Qualité, composée de dix personnes.
- La Commission Hôtelière Logistique et Technique (CHLT), composée de 15 membres, est présidée par le Directeur des services économiques et techniques. Elle examine et donne un avis sur les organisations et propositions d'amélioration de l'offre de service de la DSET, elle propose des priorités d'action issues de l'analyse de l'écoute client, elle examine également les signalements issus des fiches d'EI et les synthèses d'exploitation de ces fiches. La CHLT communique son programme d'action au CGRV CLIN et rend compte du suivi des actions.
- Le Comité de Réflexion et de Prévention de la Violence (CRPV), composé de 28 membres, est présidé par la Directrice des soins. Il est composé de représentants de la Direction des soins, de représentants de la DRH, de la DSET du CHSCT, de soignants des différents pôles. Il propose et suit les actions de prévention de la violence.

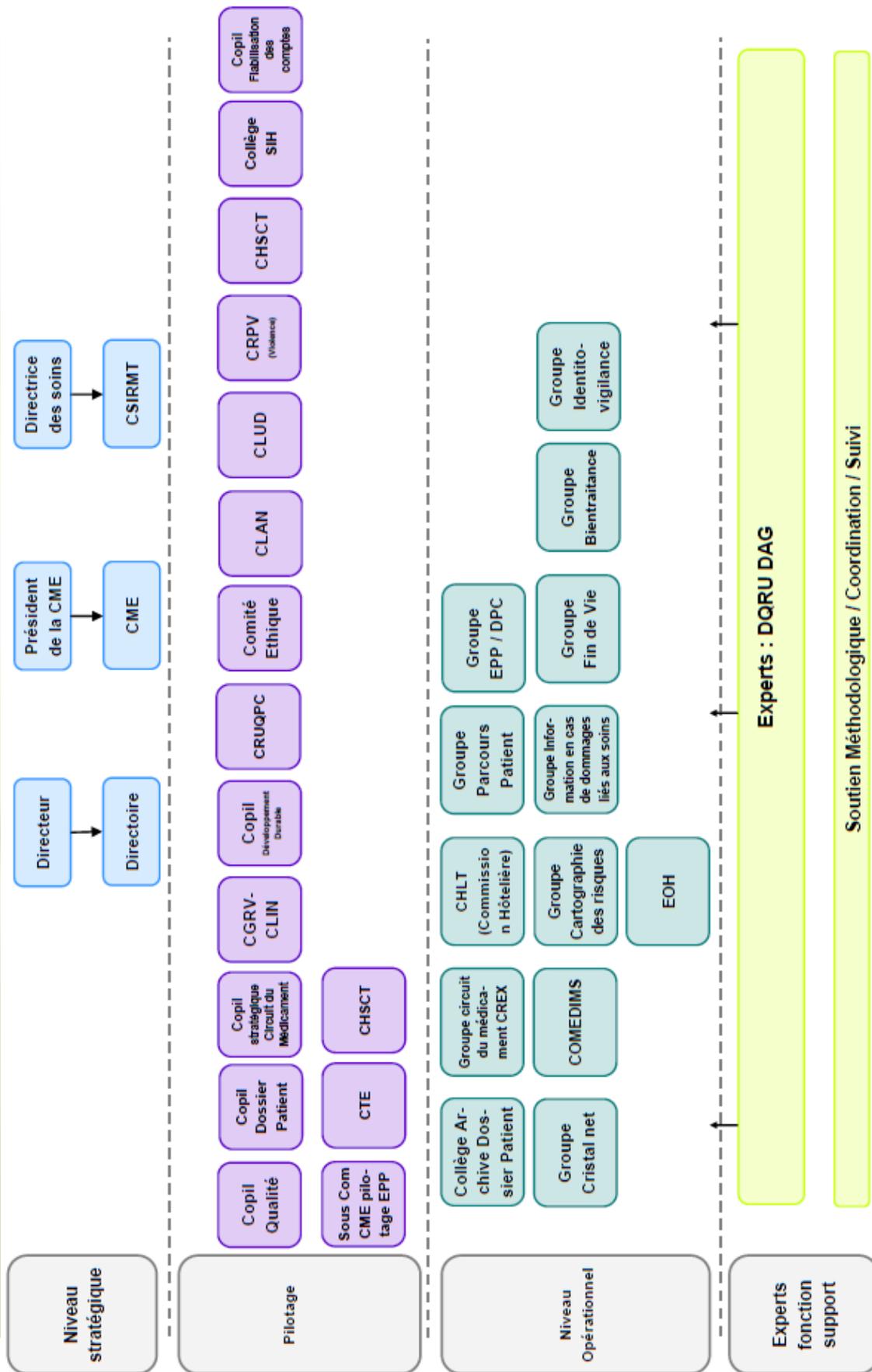
Au total, l'organigramme du système de management de la qualité et des risques est composé de :

- 3 instances positionnées au niveau stratégique :
 - o La CME
 - o Le Directoire
 - o La CSIRMT

- 14 comités positionnés au niveau du pilotage :
 - o Le Comité de pilotage qualité
 - o Le Comité Gestion des Risques et des Vigilances – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
 - o Le Comité de pilotage dossier patient
 - o Le Comité de pilotage stratégique circuit du médicament
 - o Le Comité de pilotage développement durable
 - o La Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
 - o Le Comité d'éthique
 - o Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
 - o Le Comité de Lutte contre la Douleur
 - o Le Comité des Risques Prévention Violences
 - o Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
 - o Le Comité Technique d'Etablissement
 - o Le Collège des Systèmes d'Information Hospitaliers
 - o Le Collège fiabilisation des comptes

- 12 comités ou groupes de travail opérationnels :
 - o Le groupe Parcours patient
 - o Le COMEDIMS
 - o Le groupe circuit du médicament
 - o Le collège archivage dossier patient
 - o Le groupe Cristal Net
 - o Le groupe Cartographie des risques
 - o Le groupe Fin de vie
 - o Le groupe bienveillance
 - o Le groupe identitovigilance
 - o Le groupe information en cas de dommages liés aux soins
 - o La sous-commission CME/EPP
 - o Le groupe de travail EPP/DPC

Organigramme Fonctionnel de la Qualité et de la Maitrise des risques



Maj le : 16-09-2014

4. Une implication forte et pérenne des acteurs

Un nombre important de médecins et de cadres s'impliquent de manière assidue et durable dans les groupes et comité techniques, ce qui permet de faire progresser les actions sur le terrain.

Depuis 2009, un évènement annuel permet aux « pilotes de processus » de se retrouver pour faire un bilan des plans d'actions. Il s'agit du séminaire qualité, qui se déroule sur une durée de deux jours. Il constitue un moment fort de formation, de réflexion, de bilan et d'impulsion de la politique qualité pour l'année suivante.

Tous les pilotes de processus (pilotes de comités/ou groupes de travail structurés par processus, médecins, directeurs, cadres de pôle et experts de la direction qualité) y sont conviés.

Une information approfondie sur l'avancée des démarches de certification est présentée.

Pendant les deux jours de séminaire, les participants :

- évaluent les résultats en mesurant l'évolution des scores de conformité par critère du Manuel HAS. (outil d'autodiagnostic HAS)
- reprennent et actualisent les plans d'actions par thématique ou processus
- intègrent les nouvelles exigences et méthodes de travail imposées par la certification
- prennent en compte des résultats des évaluations externes et internes.

Tous les scores de conformité inférieurs à 80% font l'objet de plans d'action, priorisés selon le niveau d'exigibilité (PEP).

Depuis 2009, les pilotes de processus ont participé à 6 séminaires qualité :

- le 1^{er} a eu lieu : les 11 et 12 mai 2009 - le 2^{ème} : 12 et 13 octobre 2009
- Le 3^{ème} : 22 et 23 février 2010 - le 4^{ème} : 11 et 12 octobre 2010
- Le 5^{ème} : 22 et 23 octobre 2012
- Le 6^{ème}, les 7 et 8 avril 2014
- Le 7^{ème}, en cours d'organisation, se déroulera en mars 2015 (1/2 journée), afin de préparer la visite de certification d'avril 2015.

Depuis avril 2014, les membres du séminaire se sont approprié la méthodologie de l'audit de processus, qu'ils ont affiné, ensuite, dans chaque comité technique ou groupe de travail.

5. Un accompagnement méthodologique important qu'il faut encore renforcer

La nouvelle version V2014 de la certification demande aux établissements de renseigner le compte qualité par processus (ou thématique). Des analyses de processus doivent être réalisées, qui vont dans le sens de la norme ISO 9001.

Un effort important de formation à la méthode d'évaluation du « Patient traceur » a été réalisé en 2013 : 68 professionnels de l'établissement ont été sensibilisés à cette méthode dans tous les pôles entre mai et octobre 2013, lors de réunion de pôle

Les pathologies traceuses ont été définies pour chaque pôle. Les grilles d'évaluation ont été adaptées à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie et ont été testées par les référents de secteur.

Les experts de la DQRU apportent leurs compétences et méthodes de travail dans les groupes auxquels ils participent régulièrement sur le terrain. Ils apportent aussi leurs compétences aux directions fonctionnelles. Ils organisent des formations, informations en amphithéâtre et en groupe de travail (ex : formation 2014 à l'audit de processus). Il en est de même pour la juriste chargée des relations avec les usagers.

Ces transferts **d'outils méthodologiques** seront démultipliés et renforcés au cours des 5 prochaines années. Pour permettre une appropriation par les acteurs, un **module décisionnel infocentre** sera

installé fin 2014 et permettra un partage de bases de données entre directions, pôles et services Il permettra de diffuser plus largement les indicateurs Qualité et Sécurité des Soins.

AXE 2 – PROGRESSER VERS UNE INFORMATISATION DU CIRCUIT DE GESTION DES RISQUES INTEGREE ET INTERACTIVE

1. Une gestion des risques structurée qui s'appuie sur une équipe d'experts

Au cours de cette dernière décennie la réglementation en santé et les exigences de la HAS se sont renforcées autour de la gestion des risques ce qui a conduit le CH la Chartreuse à modifier l'organisation de la gestion des risques en 2011.



Aujourd'hui la gestion des risques au Centre Hospitalier la Chartreuse est organisée autour d'une équipe d'experts :

- Un gestionnaire de risques : Isabelle ROMEY GUILLAUMIN
- Une assistante gestion des risques : Meriam CHATRI
- Une cellule d'analyse des événements indésirables composée, en outre, en 2014 :
 - Du binôme coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :
 - Jeanne DI LORETO, cadre supérieur de santé
 - Pascale MARTIN BERTHOLE, somaticien
 - D'un cadre supérieur de santé : Frédéric MOUCHON

La cellule d'analyse se réunit une fois par semaine.

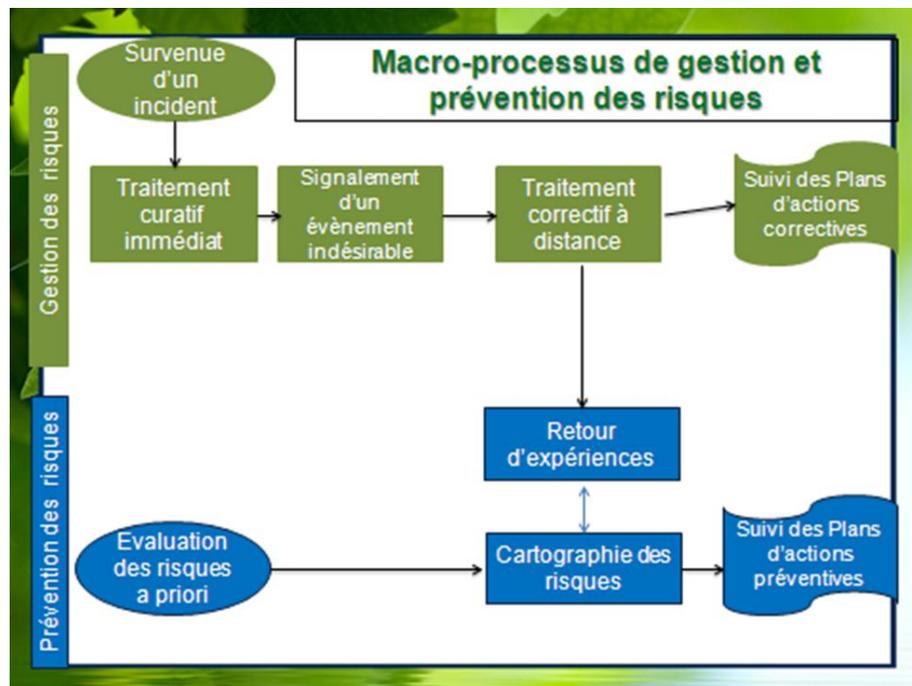
- Le CGRV-CLIN : Comité de Gestion des Risques et des Vigilances – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Le CGRV-CLIN a pour mission principale de coordonner les actions menées dans le cadre de la gestion des risques. Il coordonne les actions des différents groupes de travail et suit l'évolution et le traitement des signalements des événements indésirables.

La nouvelle certification HAS V2014 positionne l'analyse et la maîtrise des risques au cœur des démarches qualité. L'analyse de processus (et des risques associés) et les « patients traceurs » deviennent les nouveaux outils de la visite de certification. Le CH la Chartreuse a choisi de

s'approprier ces outils. Cette nouvelle approche définit chaque professionnel comme un acteur de la qualité et de la sécurité des soins. Autrement dit la gestion des risques n'est pas l'affaire du seul gestionnaire de risques de l'établissement. Chaque responsable de processus doit identifier les risques liés à ses activités. Chaque professionnel doit participer au dispositif d'identification et respecter les procédures de maîtrise des risques.

2. Un circuit de gestion des événements indésirables structuré



Le processus de gestion des risques se découpe en deux parties :

- la gestion des risques a posteriori avec le traitement des événements indésirables, des réclamations et des non-conformités
- la prévention des risques a priori, fondée sur la cartographie des risques, les audits de processus et l'exploitation des retours d'expérience

➤ Le circuit de gestion des événements indésirables est structuré :

L'organisation actuelle de la gestion des risques est conforme aux attentes réglementaires : responsabilités définies, procédures formalisées, outils d'analyse et de gestion performants (criticité, méthode des 5M, retour d'expérience, diagramme des causes...)

600 fiches d'événements indésirables sont traitées chaque année à l'aide de deux bases de données sur les logiciels Sphinx et Excel.

La cellule d'analyse se réunit une fois par semaine pour analyser les fiches d'événements indésirables, vérifier les actions immédiates, coter la gravité et la fréquence et préconiser des actions correctives. Le gestionnaire de risques suit régulièrement les actions correctives.

La DQRU établit trimestriellement un bilan statistique des fiches d'événements indésirables, communiqué aux directeurs, chefs et cadres de pôles. Ces bilans sont présentés aux instances (CME, CGRV-CLIN, CHSCT...)

Afin de déployer une culture de l'apprentissage par l'erreur, **une charte d'incitation à la déclaration des risques associés aux soins** a été diffusée en 2014. Aucune procédure disciplinaire ne sera entamée à l'encontre d'un agent qui déclare spontanément un risque dans lequel il est impliqué, sauf manquement délibéré aux règles de sécurité.

Grace à cette charte nous souhaitons développer une culture sécurité et la promotion du signalement sans crainte, pour apprendre de ses erreurs.

3. Informatiser le circuit de gestion des évènements indésirables et des non conformités

➤ **Il est nécessaire d'intégrer tous les signalements dans un même processus.**

Le signalement des évènements indésirables n'est pas la seule source de gestion des risques. Les services techniques et médicotechniques (laboratoire, pharmacie, radiologie, bloc-médical...) ont également organisé des systèmes de recueil et traitement de non-conformités indépendants du recueil des évènements indésirables. Il en est de même pour des groupes de travail « identitovigilance » et « groupe du circuit du médicament »...).

L'analyse de ces signalements et les actions préventives mises en œuvre, améliorent la sécurité des soins et prestations support.

Cependant, faute d'une base de données unique, il est particulièrement difficile d'avoir une vision globale et des statistiques exhaustives de tous les risques de l'établissement et de l'ensemble des plans d'actions qui en découlent.

Le circuit de gestion est trop long, les déclarants n'ont pas de retour efficace et interactif sur les actions mises en œuvre.

La mise en place d'un logiciel dédié à la gestion des risques ouvert à tous les acteurs concernés permettrait de centraliser l'ensemble des données à posteriori et de construire un plan d'actions de la gestion des risques globalisé, partagé et communiquant. Ce plan d'actions sera réalisé par processus.

Depuis 2013, la DQRU a intégré dans ses objectifs l'informatisation du circuit des évènements indésirables.

OBJECTIFS 2015-2019 : CIRCUIT DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES STRUCTURE

- Renforcer les analyses d'Evènements Indésirables graves
- Mieux repérer les évènements sentinelles
- Mieux analyser les causes profondes avec les témoins de l'évènement
- Restituer un retour plus réactif aux déclarants concernant les mesures mis en œuvre

OBJECTIF 2015-2019 :

INFORMATISER LE CIRCUIT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES NON CONFORMITES AFIN QU'IL PERMETTE :

- A chaque agent, sur son poste de travail, de **saisir** informatiquement les évènements indésirables ou les non-conformités qu'il s'agisse de risques liés à l'identitovigilance, aux examens de laboratoire, au circuit du médicament ou même d'accident de travail ...
 - De **communiquer** entre les acteurs,
 - De **traiter** les signalements, avec les experts identifiés
 - De **transmettre** rapidement une réponse aux déclarants,
 - De **créer** des alertes descendantes,
 - De **calculer** la criticité,
 - De **hiérarchiser les risques** pour prioriser les actions,
 - D'**établir** des plans d'actions et de mesurer leur efficacité
 - De **sensibiliser** l'ensemble des professionnels, par un plan de communication
 - De favoriser la culture de gestion des risques de l'établissement,
 - D'**assurer** à tous les personnels en charge d'une mission de gestion des risques, un accès direct en temps utile aux évènements qui les concernent
 - D'effectuer un suivi optimisé du traitement des risques
- Indicateurs de réalisation :
- Nombre total annuel de FEI
 - Nombre d'actions de prévention abouties/an
 - Nombre annuel d'analyses de causes profondes d'EIG
 - Délai moyen de retour aux déclarants (actions mise en œuvre)

4. Intégrer les risques professionnels dans un processus commun de gestion des risques

Les signalements liés aux risques professionnels, tels que les accidents du travail en particulier, sont gérés par la DRH de manière autonome, sans lien avec le circuit des signalements gérés par l'équipe gestion des risques. Les deux directions souhaitent réfléchir au regroupement de ces deux circuits dans un processus commun de gestion des risques.

5. Déployer la cartographie des risques au sein des pôles et des unités

Un travail de cartographie des risques associés aux soins a été engagé par un groupe d'experts formés (groupe composé de la cellule d'analyse des évènements indésirables, d'un psychiatre et de cadres supérieurs de santé). La cartographie des risques par processus sera finalisée en décembre 2014.

Pour prendre tous son sens et être efficace, **l'évaluation des risques a priori et la cartographie des risques doivent s'intégrer dans une démarche de pilotage et de maîtrise des processus. Il conviendra donc de déployer la cartographie des risques au sein des pôles cliniques, administratifs et techniques**

De même, la méthodologie de **Retour d'Expérience et la culture de l'erreur doivent être plus largement utilisées au sein des pôles** et appropriées par les acteurs de terrain.

Des plans d'actions assortis d'indicateurs seront intégrés dans les nouveaux contrats de pôle 2016-2019.

LES OBJECTIFS D'AMELIORATION DE LA GESTION DES RISQUES 2015-2019

- Informatiser la gestion des risques, pour une gestion des risques globalisé, centralisé et accessible aux multi-acteurs.
 - Organiser des retours d'expérience au sein des pôles et au sein des unités
 - Finaliser la cartographie des risques et la diffuser
 - Déployer la cartographie des risques au sein des pôles pour en faire un outil de pilotage et de maîtrise des processus.
 - Développer l'appropriation de la gestion des risques par les acteurs de terrain.
 - Développer la culture sécurité, la promotion du signalement sans crainte pour apprendre de ses erreurs.
-
- Pour y parvenir, la Direction Qualité Risques et Usagers doit s'appuyer sur :
 - la mise à disposition d'outils adaptés et performants,
 - le développement de formations à la gestion des risques,
 - la réalisation d'action de communication,
 - et l'accompagnement de la démarche par une équipe d'experts.

1. Placer la CRUQPC au centre des débats institutionnels

Conformément aux termes de l'article L1112-3 du Code de la Santé publique, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a pour but de :

- Veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, dans tous les domaines, y compris celui de l'organisation des soins et du fonctionnement médical.
- Contribuer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades, de leurs proches et à la qualité de la prise en charge des patients et résidents.

La CRUQPC se réunit quatre fois par an. Elle étudie les tableaux de bord détaillés concernant les réclamations, les contentieux, les demandes de dossiers médicaux, les suivi des soins sous contraintes.

Un rapport annuel de la CRUQPC est présenté en CME, en CTE et en Conseil de Surveillance. Ces instances prennent en compte les avis et propositions émises par la CRUQPC.

La CRUQPC veille au respect de droits fondamentaux des patients : droit au respect de la vie privée, au respect de la dignité, droit du patient à être informé sur son état de santé, droit du patient à accéder à son dossier médical, droit aux soins visant à soulager sa douleur.

La CRUQPC veille au respect des libertés individuelles au respect de l'intimité du patient, au respect de la confidentialité des informations de santé le concernant, à son droit d'être informé en cas de dommage liés aux soins.

L'orientation principale pour les cinq prochaines années est d'affirmer le rôle essentiel de la CRUQPC au sein de l'établissement en la replaçant au centre des débats concernant la politique d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches, conformément aux dispositions législatives.

Au cours des cinq prochaines années, nous veillerons à ce que la CRUQPC, donne un avis sur tout dossier important concernant la qualité de la prise en charge des patients et leurs droits. Les travaux de groupes de travail directement liés à cette prise en charge seront restitués devant cette instance, afin qu'elle se positionne. (Ex : groupes « Promotion de la bientraitance »). Nous veillerons à assurer une coordination entre les ordres du jour de la CRUQPC et des autres instances (CME/CSIRMT/CTE/Conseil de Surveillance, etc.)

Nous veillerons également à ce que les recommandations exprimées par la CRUQPC soient plus largement suivies dans les instances compétentes (CTE, CS, Directoire).

2. Renforcer la promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance fait partie des orientations stratégiques de l'établissement. Dans cet objectif, les acteurs institutionnels se sont mobilisés depuis 2012, en réalisant des actions de réflexion, de sensibilisation et de formation, sous l'égide d'un groupe de travail, constitué et réuni régulièrement depuis 2012. Après validation par la CME, la « charte actualisée d'engagement pour la bientraitance » a été rediffusée en 2013 (lettre OQS mars 2013).

Une nouvelle affiche a été rediffusée et présentée aux cadres de santé. Un dossier thématique sur la bientraitance est accessible aux personnels sur le site intranet.

En 2014, le groupe de travail a validé un questionnaire de sensibilisation et d'autoévaluation des

pratiques de prises en charge, au regard des exigences, définies par la notion de bientraitance.

Le groupe s'engage, en 2015, à tester puis déployer ce questionnaire dans l'ensemble des unités, afin d'évaluer la mise en œuvre de la démarche et de sensibiliser l'ensemble des professionnels soignants.

3. Privilégier les rencontres avec les usagers dans le traitement des réclamations

Toute lettre de réclamation fait l'objet d'une réponse dans un délai de 48h. Le cas échéant, une rencontre, avec la famille et le patient, souvent en présence du médecin référent, est organisée.

70 réclamations sont traitées en moyenne chaque année. La majorité des motifs de réclamations concerne les relations entre le personnel soignant ou médical d'une part, et les patients ou familles d'autre part.

Les réclamations font l'objet d'un traitement en collaboration étroite avec la gestionnaire des risques. Par ailleurs, les plaintes et réclamations des patients sont analysées par la cellule d'analyse des événements indésirables en lien avec la CRUQPC.

Il n'existe aucun contentieux avec les patients ou famille depuis 2012. Le dernier contentieux date de 2011.

Par expérience, les rencontres entre les usagers réclamants et la juriste chargée des plaintes, sont toujours fructueuses. En effet, ces temps d'échanges en « face à face » permettent dans un grand nombre de cas de désamorcer les conflits (35 rencontres en 2011, 44 en 2012, 29 en 2013).

Aussi, l'orientation principale 2015-2019 est de continuer à privilégier les rencontres avec les patients (et leurs familles), aussi bien avec la Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers qu'avec les équipes médicales et soignantes, ou les représentants des usagers, quand cela est possible.

4. Poursuivre le traitement efficace des demandes de dossiers médicaux

Le traitement des demandes de dossiers médicaux est réalisé dans les délais légaux, à savoir dans les 8 jours pour un dossier inférieur à 5 ans et dans les 2 mois pour un dossier supérieur à 5 ans (Cf. article L 1111-7 du code de la santé publique).

L'accès aux dossiers médicaux sera amélioré par des actions de communication, en effectuant un rappel en interne sur la législation en vigueur : des réunions en amphithéâtre, soit des articles dans la lettre Objectifs Qualité Sécurité seront réalisés en lien avec le service formation. La Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers organisera des formations pour l'ensemble des personnels concernant les droits de patients, à compter de 2015.

5. Promouvoir les droits des patients au sein de l'établissement

Pendant les cinq prochaines années, nous renforcerons les droits des patients, dans le cadre de trois actions :

- La formation des professionnels aux droits du patient
- Le renforcement de l'information des usagers
- La collaboration avec les associations de représentants d'usagers

5.1. Former les professionnels de santé aux droits des patients

L'action prioritaire en matière de droits des patients sur les 5 prochaines années à venir, est de former l'ensemble des équipes soignantes du CH La Chartreuse à cette thématique.

En effet, la formation des personnels de santé est un véritable vecteur de promotion des droits des usagers.

Pour ce faire, des formations seront organisées par la Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers en lien avec le service formation. Elles auront notamment pour thème l'accès au Dossier médical, le droit au respect de la vie privée, le consentement libre et éclairé du patient ou encore les

soins sans consentement...etc.

Par ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles est un des leviers pour inscrire l'établissement dans une politique d'amélioration de la prise en charge globale et continue des patients efficace et communicante.

Autant d'actions qui ont pour objectif d'améliorer les conduites visant au respect des droits du patient (bienveillance, liberté d'aller et venir...etc.), optimiser les conditions d'accueil du patient (dignité, intimité) ou encore réduire les dysfonctionnements relatifs à la confidentialité et au secret professionnel.

5.2. Renforcer l'information des usagers et mesurer leur satisfaction

Un nouveau livret d'accueil a été rédigé en juillet 2014. Il convient de renforcer l'information des usagers sur leurs droits notamment par le biais de la diffusion du livret d'accueil mais aussi par le biais de conférences ou affiches au sein des unités.

5.3. Poursuivre la collaboration avec les représentants d'usagers en soutenant les activités de la Maison des Usagers

Cette collaboration est un objectif principal de la politique Usagers. En effet, il convient d'associer autant que faire se peut les représentants des usagers et des familles à des projets et à des groupes de travail.

Suite à la loi KOUCHNER du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient est devenu acteur de sa prise en charge. La Maison des usagers ouverte depuis 2009, est un espace d'accueil, d'échange, d'écoute et d'information pour les patients et usagers de l'établissement et pour les associations qui les représentent. Il s'agit d'un espace d'expression libre, confidentiel et sans rendez-vous. Ses activités doivent être soutenues.

5.4. Poursuivre la mise en œuvre de la LOI du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement

Avec la Loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement, le respect des procédures réglementaires est contrôlé systématiquement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) pour les patients dont la durée d'hospitalisation complète était d'au moins 15 jours, puis 12 jours depuis le 1^{er} septembre 2014. En matière de défense de droits des patients, l'option prise par le CH La Chartreuse a été de favoriser le recours à un avocat dès lors que le patient le voulait ou bien hésitait à le demander. Pour équilibrer le débat contradictoire lors des audiences JLD, l'établissement était lui-même représenté par un avocat. En 2013, sur 589 mesures de soins sans consentement (SDDE + SDRE), 258 ont fait l'objet d'une audience JLD.

Force est de constater que le principal des débats ne porte pas sur le bien-fondé de la mesure mais sur la régularité : délégation de signature et leur affichage, motivation écrite des décisions, notification des décisions, respect des délais d'horodatage, etc...). En 2013, ce sont 9 mesures ont été levées par le JLD, soit 3,5% des mesures contrôlées. Avec la loi complémentaire de septembre 2013, l'assistance du patient par un avocat a été rendue obligatoire à partir du 1^{er} septembre 2014.

Dès février 2012, le CH La Chartreuse s'est efforcée d'installer une salle d'audience au sein de l'établissement, avec salles de délibération, d'entretien avec l'avocat et d'attente, afin d'offrir de bonnes conditions de travail aux professionnels et de ne pas trop perturber les patients dont une grande majorité continue à appréhender de devoir être auditionnés pas un juge.

Enfin, un Comité de suivi SDDE-SDRE a été mis en place en juillet 2011. Il est composé de psychiatres responsables des unités fermées, des cadres soignants référents, de la Juriste chargé des droits des patients et des administratifs responsables du Bureau des soins sans consentement. Il se réunit régulièrement pour faire le point des évolutions réglementaires et jurisprudentielles et des adaptations des procédures.

1. Développer les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un élément clé de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la maîtrise des risques.

Une politique de déploiement des évaluations de pratiques professionnelles est menée depuis 2005. Ce déploiement est piloté par le Directeur qualité risques conjointement avec un Praticien Hospitalier mandaté par la CME et un cadre supérieur de santé désigné par la Direction des Soins, qui sont chargés de :

- Coordonner les évaluations,
- Assurer la formation des professionnels aux outils et méthodes,
- Planifier et suivre les actions de communication et d'information autour de ces évaluations

La mise en œuvre du Développement Professionnel Continu doit permettre la réalisation d'un programme collectif permettant aux professionnels médicaux et soignants de répondre à leurs obligations professionnelles en termes de formation en respectant le cadre de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

Notre objectif pour les 5 prochaines années est de rapprocher :

- les actions d'évaluations de pratiques professionnelles auxquelles participent les professionnels.
- les actions de formation continue prévues au plan de formation.

Depuis 2005, une vingtaine d'EPP sont régulièrement réalisées et font l'objet de plans d'actions. Le groupe EPP veille à ce qu'au moins une EPP soit engagée dans chaque secteur d'activité. Chaque année le groupe de pilotage des EPP se réunit avec la Direction Qualité afin d'étudier les EPP réalisées dans l'établissement et s'assure:

- Du déploiement et de la réalisation d'EPP dans tous les secteurs d'activité (suivi du tableau de bord HAS),
- Du suivi des indicateurs pertinents des EPP déjà réalisées,
- Du lien entre les EPP et le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- Des thèmes institutionnels à favoriser dans le choix des nouvelles EPP en fonction des orientations stratégiques de l'établissement,
- De l'accompagnement méthodologique des EPP par la Direction Qualité Risques ou par un intervenant extérieur,
- De la communication régulière des EPP réalisées dans l'établissement et de la mise à jour des documents HAS en matière d'EPP.

La stratégie de développement des EPP et les thématiques choisies continueront à être révisées annuellement par le groupe de pilotage EPP et présenté en CME.

Chaque année, la CME validera les thématiques d'EPP au regard des orientations stratégiques de l'établissement et des pistes d'amélioration identifiées au sein des instances et des comités techniques.

Des actions de formation et de sensibilisation seront menées afin de promouvoir les différentes modalités d'EPP : les staff-EPP, les chemins cliniques, les audits cliniques ciblés, les RMM et les revues de pertinence.

2. Poursuivre et déployer les audits « Patient traceur »

La méthode du patient-traceur est une méthode d'analyse rétrospective du parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Elle permet d'évaluer le processus de prise en charge du patient, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge. L'analyse est réalisée à partir de grilles d'entretien avec les équipes.

Cette méthode est utilisée pour analyser les pratiques quotidiennes des soignants dans le cadre d'un dialogue avec les équipes et en intégrant l'expérience du patient. Le dossier du patient est le fil conducteur de la méthode.

A titre expérimental, les audits « patients traceurs » ont démarré au 2^{ème} semestre 2013, dans plusieurs unités.

La CME a choisi les pathologies traceuses suivantes :

Pôle A	- Les psychoses émergentes - Les dépressions résistantes
Pôle B	- Les schizophrénies - les syndromes anxio-dépressifs - les dépendances alcooliques
Pôle C	- les phobies scolaires - les troubles envahissants du comportement
Pôle D	- les démences - les maladies d'Alzheimer et apparentées - les psychoses vieilles
FIPG	- les psychoses - les déficits mentaux profonds

Une 2^{ème} phase d'évaluation des pratiques avec la méthode des patients traceurs se déroule au dernier trimestre 2014, cette fois-ci avec les équipes et le médecin responsable du patient concerné.

La synthèse des résultats sera présentée au groupe parcours patient au 1^{er} trimestre 2015. Un plan d'amélioration des pratiques sera dressé suite à cette seconde évaluation

3. Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

Une revue de pertinence sur les hospitalisations de plus de 90 jours, pilotée par les Drs PETIT et SEROT, a été menée entre le 26 décembre 2011 et le 31 Janvier 2012 par un binôme d'auditeurs constitué d'un médecin et d'un cadre de santé.

Cette revue de pertinence sera reconduite dans le cadre du projet médical.

Une revue bibliographique doit permettre de définir les thématiques retenues pour la réalisation de revues de pertinence.

Les revues de pertinence doivent être développées. La méthode du chemin clinique semble être l'outil adapté afin de réaliser cette évaluation.

4. Créer une équipe ressource pour déployer une politique d'audits internes

Dans le cadre du projet qualité 2015-2019, l'établissement s'engage à contribuer et pérenniser un dispositif institutionnel d'audits internes.

L'audit interne est un examen méthodique, indépendant et documenté d'une organisation ou d'une pratique permettant de déterminer si des exigences préétablies sont satisfaites.

L'audit interne peut porter sur un processus ou sur une organisation et son système de management.

LE PLAN D'ACTION « AUDIT INTERNE » 2015-2019 :

- Formalisation, et diffusion de la charte des auditeurs
- Elaboration et diffusion du programme pluriannuel d'audits validé par le Comité de Direction
- Appel à candidature pour constituer le groupe d'auditeurs internes
- Formation des auditeurs internes
- Coordination et suivi par la Responsable Qualité
- Restitution en CODIR et Comités techniques en charge de la thématique évaluée
- Suivi des indicateurs et des plans d'actions par le Comité technique responsable
- Suivi annuel par le CODIR

5. Optimiser l'exploitation, le suivi et la restitution des enquêtes

Le nombre d'évaluations a considérablement augmenté depuis la mise en place de la centralisation des enquêtes à la Direction Qualité Risques Usagers en 2011. Entre 2011 et 2013, le nombre d'enquêtes a doublé. Cela démontre que l'évaluation continue des pratiques est ancrée dans la culture des professionnels de l'établissement.

L'établissement réalise deux types d'enquêtes. Celles-ci sont destinées :

- Aux usagers (questionnaire de sortie, enquête de psychiatrie générale, enquête en pédopsychiatrie, enquête au Long Séjour, enquête en extrahospitalier). La direction qualité et risques continue à s'impliquer avec la Direction des Soins dans la réalisation d'interviews de patients concernant la satisfaction de séjour.
- Aux professionnels de l'établissement.

Ces évaluations pourront être étendues aux partenaires ou réseaux externes.

Des enquêtes ciblées peuvent être réalisées sur des processus identifiés. Leur programmation se fait lors de l'élaboration du programme qualité et gestion des risques.

Afin de développer la culture de l'évaluation, il est proposé de mettre à la disposition des professionnels des outils informatiques, afin de décentraliser la saisie des questionnaires d'enquêtes et de donner l'opportunité aux professionnels de s'approprier les méthodes et outils qualité.

La Direction Qualité Risques s'engage à réaliser une analyse synthétique des résultats des enquêtes à l'aide d'un modèle type. Elle s'engage également à réaliser un suivi d'indicateurs pluriannuel des résultats (questionnaire de sortie, enquête de psychiatrie générale, enquête en pédopsychiatrie etc...).

6. Créer une base de données partagée d'indicateurs pour optimiser le suivi dans les pôles

La mise en place des pôles et l'application de la politique de contractualisation interne, implique une plus grande communication entre les directions et les pôles.

Cette communication passe par la création de tableaux de bord qui vont permettre un suivi et une évolution des différentes activités générées par les pôles.

L'établissement s'engage à réaliser les évaluations nationales obligatoires. Il s'engage également à communiquer en interne et en externe sur les résultats de ces évaluations et à les présenter aux diverses instances et groupes de travail concernés.

L'analyse des résultats de ces enquêtes donne lieu à la définition d'actions d'amélioration si nécessaire et au suivi de ces actions.

Il s'agit des indicateurs liés à la lutte contre les infections nosocomiales et au bon usage des antibiotiques (tableau de bord ministériel) suivi par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et la Pharmacie (ICALIN 2, ICSHA 2, ICATB, ICA-BMR).

Il s'agit également des indicateurs qualité de la prise en charge du patient, recueillis tous les deux ans.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et affichés dans les unités de soins. Ces résultats sont régulièrement présentés aux instances de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT).

L'établissement fixe une liste d'indicateurs relatifs à la qualité et à la gestion des risques qu'il choisit en fonction de ses priorités.

Ces indicateurs sont intégrés dans les tableaux de bord des secteurs concernés : directions fonctionnelles et pôles d'activités. Chaque pôle définit la périodicité de relevé de l'indicateur et les modalités.

Les indicateurs seront déterminés par les directions fonctionnelles, les comités techniques et les pôles d'activités en ce qui les concernent respectivement.

A terme, ces indicateurs seront rassemblés dans un tableau de bord général de suivi, centralisé par la Direction Qualité Risque.

Ces indicateurs doivent permettre à notre établissement d'évaluer le niveau d'efficacité de notre système qualité et de se fixer des objectifs « atteignables et réalistes » dans le cadre d'une politique globale de qualité en santé.

1. Déployer une culture de la qualité

La HAS définit, conformément au critère 1g du manuel de certification, la culture qualité et sécurité par :

- une volonté clairement énoncée de la part de la direction et la CME,
- par un relais effectif de l'encadrement
- par une participation de l'ensemble des professionnels aux signalements, à l'évaluation des pratiques et à la mise en place d'actions d'amélioration ».

La société européenne pour la qualité des soins (ESFAHC) définit la culture de la qualité et de la sécurité comme : « Un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels fondé sur des valeurs partagées qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ».

Construire des procédures, des fiches reflexes et des indicateurs, sont des préalables indispensables à la démarche qualité. Cependant, le niveau de la qualité et de la sécurité des soins ne peut s'améliorer que si les agents de terrain, qui chaque jour prennent en charge des patients et produisent des prestations support, intègrent dans leur comportement quotidien, des réflexions sur leurs pratiques et s'approprient des méthodes et outils appartenant à la culture qualité.

- Comment développer une culture de l'apprentissage, suite aux accidents, erreurs et non-conformités ?
- Comment accroître le taux de participation, aux formations sur la qualité et la certification ?
- Comment augmenter le nombre de signalement d'événements indésirables ?

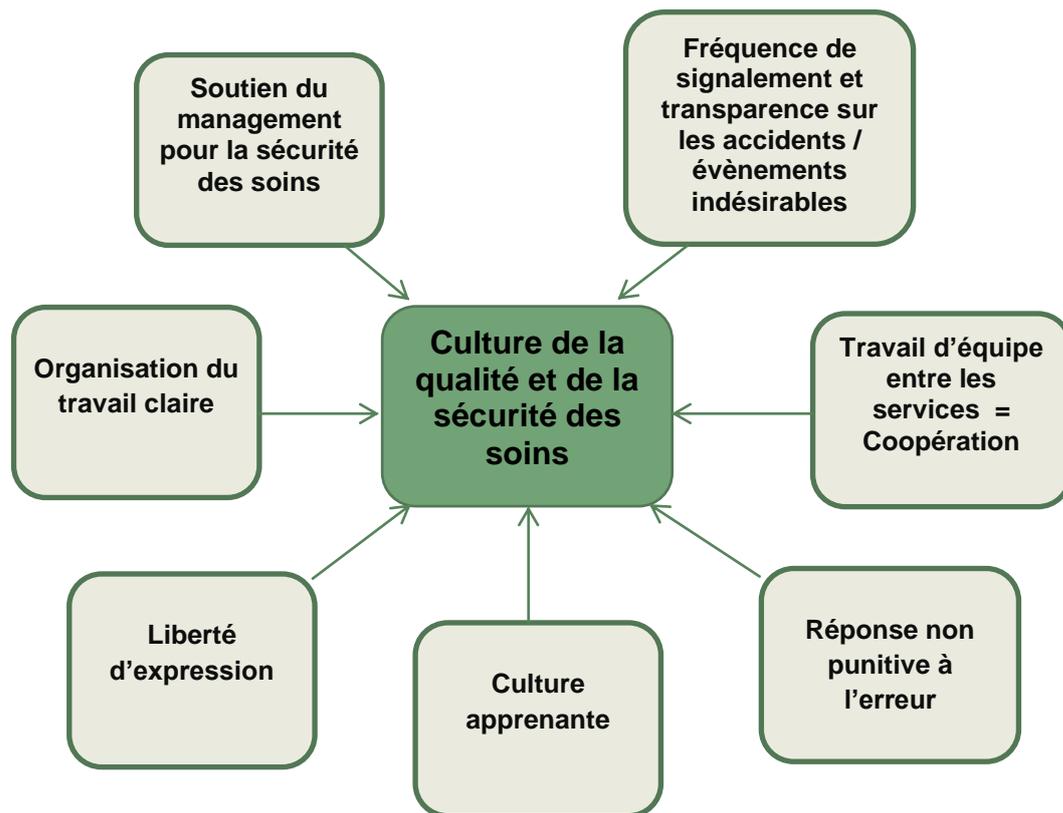
Afin de déployer une culture qualité, nous travaillerons à :

- Mieux positionner les cadres dans leur rôle de relais
- Renforcer la formation et la communication

2. Renforcer le rôle des cadres dans le déploiement de la culture qualité

Afin que les acteurs de terrain « s'ouvrent » aux démarches qualité et s'interrogent sur leur pratique, nous souhaitons œuvrer dans plusieurs directions.

- **rendre plus accessibles les outils**,
- **simplifier les outils** : substituer des fiches réflexes et des logigrammes à des procédures trop longues qui sont sous utilisées,
- **s'appuyer sur les cadres** : notre objectif est de mieux positionner les cadres de santé en tant que responsables de la qualité au sein de leurs unités. Ils sont les relais indispensables de la formation et de la sensibilisation des équipes aux bonnes pratiques, qu'il s'agisse de la bonne traçabilité informatique du dossier patient dans CRISTALNET, ou de la sécurisation du circuit du médicament



3. Utiliser deux leviers : la formation et la communication

Pour faire changer la culture qualité de l'établissement, nous agissons sur 2 leviers de changement :

- La formation
- La communication.

Avec le soutien de la Structure Régionale d'Appui de Bourgogne, nous poursuivrons et renforcerons les efforts déjà entrepris depuis de plusieurs années, pour former un maximum de professionnels aux concepts, et outils de la gestion de la qualité. Nous utiliserons le dispositif de formation ainsi que la cellule communication du CH, pour appuyer et soutenir nos démarches. Nous mettrons en œuvre :

- Différents niveaux de sensibilisation destinés à l'ensemble du personnel, sur des thématiques ciblées ou générales (ex : certification)
- Des formations spécialisées et ciblées par petits groupes, permettant l'appropriation d'outils précis (ex : méthode de l'audit interne – patient traceur – audit de processus)
- Des actions de sensibilisation dans les pôles et dans les services.

Tous les supports de communication seront utilisés. La lettre OQS publiée tous les 2 mois est le support papier et informatique du plan de communication qualité. Des outils plus innovants devront être mis en place.

3.1. Actions de communication

Objectif n°1 : Mieux évaluer nos actions de communication

Actuellement, les actions de communications qualité et sécurité de soins sont nombreuses : Staff EPP, amphis d'information, espace documentaire, lettre Objectif Qualité Sécurité (OQS), lettre de la Direction... Toutefois ces actions sont insuffisamment évaluées à ce jour.

Les résultats des évaluations de satisfaction suite aux amphes ou staff ne nous permettent pas d'exploiter de manière statistiquement fiable l'efficacité et l'impact de nos vecteurs d'information. L'espace documentaire a fait l'objet d'une évaluation lors de la phase de formation des professionnels qui doit être reconduite.

Notre première action constituera donc à évaluer notre communication interne et à mieux intégrer ce dispositif d'évaluation en systématique.

Objectif n°2 : tendre vers une démarche de développement durable

L'établissement s'étant engagé dans une démarche de développement durable, nos outils de communication doivent être cohérents avec ce nouveau contexte. C'est pourquoi nous envisagerons de manière systématique un arbitrage entre impression et dématérialisation, en amont de la production de nos supports. Nous chercherons également à restreindre l'utilisation des impressions en volume et en qualité couleur qui seront réservées prioritairement à la communication institutionnelle affiches d'information, dossiers des instances et lettre de la Direction.

Une rubrique d'accès directs aux lettres d'informations, depuis le site Intranet, pourraient être envisagées pour remplacer à terme l'envoi en version papier.

Objectif n°3 : Optimiser les vecteurs d'information qualité et sécurité des soins

- **L'espace documentaire** : La mise en place de cet outil informatisé en 2013 a permis de centraliser un grand nombre d'informations et de faciliter la recherche des utilisateurs, tant du point de vue des informations institutionnelles (comptes rendus d'instances, projets de l'établissement, ...) que de la gestion documentaire qualité (procédures, protocoles, ...). La mise en commun des ressources du centre de documentation et de la base de gestion documentaire qualité est un véritable atout pour une diffusion large des informations utiles aux professionnels. L'enjeu sera à présent de faciliter l'accès pour certaines catégories professionnelles qui n'utilisent pas l'ordinateur de manière régulière et de continuer à développer l'outil informatique pour répondre aux demandes des utilisateurs.
 - o La simplification des codes d'accès à la partie gestion documentaire sera recherchée en partenariat avec le service informatique.
 - o La recherche d'information par processus sera développée.
 - o Le diffusion sélective de l'information (DSI) sera mise en place
- **L'intranet** : Des actions seront conduites pour améliorer son ergonomie et sa lisibilité, en partenariat avec le service informatique.
- **Le site Internet** : La création de ce site en 2014 va considérablement augmenter la qualité de l'information délivrée aux usagers du Centre hospitalier. Plusieurs pages seront consacrées à la qualité et sécurité des soins et aux informations sur les droits des usagers. En perspective nous souhaiterions aussi pouvoir gérer depuis ce site la création de formulaires d'évaluation de la satisfaction des usagers.
- **Les thémadoc'** : la réalisation de dossiers thématiques documentaire est un point fort de notre démarche d'évaluation professionnelle et contribue à la validation de notre plan de Développement Professionnel continu. Le centre de documentation poursuivra la réalisation de ces dossiers pour accompagner les actions de communication et d'évaluation, conduites dans l'établissement.
- **La revue de presse** : elle permet de véhiculer des actualités en lien avec le programme qualité et sécurité des soins. L'envoi des actualités thématiques permet d'accompagner les chefs de projet dans la réalisation de leurs missions transversales.
- **Une DSI** : Diffusion Sélective de l'Information via l'espace documentaire. Des informations ciblées seront envoyées en fonction des thématiques gérées par les chefs de projets (alimentation, douleur...).
- **La revue de veille réglementaire** : Une veille réglementaire est mis à jour dans une infopage spécifique de l'espace documentaire tous les 15 jours. Une newsletter reprendra le contenu de cette veille pour diffusion aux chefs de projet.
- **Les formulaires WEB** : leur utilisation pourrait être instaurée pour réaliser des enquêtes à destination des professionnels travaillant sur ordinateur ou lors « d'enquêtes flash » suite à certaines actions de communication (amphis par exemple) directement via les boîtes mail. Cet outil permettrait de diminuer la charge induite par les évaluations, alors que celles-ci sont de

plus en plus nombreuses chaque année. Nous estimons que ce mode d'évaluation pourrait, dans le cas de certaines catégories professionnelles, nous permettre d'améliorer le taux de retour de nos enquêtes.

- **Affichages et plaquettes** : Ce mode de communication reste central et sera maintenu.

Objectif n° 4 : Favoriser les approches de terrain et assurer l'accompagnement des professionnels aux concepts méthodes et outils qualité

Afin de répondre à l'enjeu d'appropriation des méthodes et outils qualité par les professionnels, nous adapterons nos modes de communication pour être plus proches du terrain. Cette volonté se concrétisera par la mise en œuvre des actions suivantes :

- Participation aux réunions de service/de pôle/d'encadrement ou de travail sur des thèmes particuliers et sur demande.
- Organisation de réunions qualité dans les secteurs autour du patient traceur.
- Accompagnement des directions fonctionnelles dans leurs démarches d'amélioration des processus.

Objectif n°5 : Utiliser les réseaux d'échanges de pratiques pour faire du benchmarking, et mieux communiquer à l'extérieur sur notre démarche

Notre inscription donc un certain nombre de réseaux permettra de comparer nos pratiques et partager notre expérience autour de la démarche qualité au sein de groupes de pairs. Nos interventions se situeront prioritairement dans les réseaux suivants :

- ANRQPsy (échanges de pratiques)
- Ascodoc Psy (recherches documentaires) (vori LAD)
- Mouvement Français pour la Qualité en Bourgogne (informations générales et outils en région)
- Structure Régionale d'Appui Bourgogne – (formation, accompagnement, journées d'échange régionales, etc...)

3.2. Actions de formation

Le lien avec le service formation continue, pour la planification des actions de formations qualité et sécurité, devra être maintenu. Les besoins de formation à l'échelle de l'établissement feront l'objet d'un plan de formation annuel. La Direction qualité s'assurera :

- De l'inscription au plan de formation de l'ensemble des concepts liés à la certification, en matière de droits des patients, prévention des soins, méthodes et outils qualité.
- De l'utilisation des réseaux régionaux, en première intention, pour la réalisation des formations.
- De la mise à disposition d'outils standardisés permettant de mettre en pratique les formations suivies et de rendre autonomes les professionnels dans la démarche qualité.

Le Projet Qualité 2015-2019 intègre prioritairement les plans d’actions construits dans le compte qualité pour les 11 thématiques obligatoires de ce compte qualité.

Parmi ces 11 thématiques il a été choisi d’en présenter 7 (états des lieux et plans d’actions).

- a. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- b. Améliorer la tenue du dossier patient,
- c. Améliorer l’évaluation et la prise en charge de la douleur
- d. Renforcer la maîtrise du risque infectieux
- e. Améliorer la prise en charge du patient en fin de vie
- f. Améliorer la qualité de vie au travail
- g. Ancrer le développement durable dans les pratiques

1. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse

L’arrêté du 6 avril 2011 définit les conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les contraintes à respecter pour une utilisation sécurisée, appropriée et efficaces du médicament.

Le cadre réglementaire défini par ce texte est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

1. Le système de management de la PECM est organisé en :
 - 1 COPIL stratégique circuit du médicament – Instance de pilotage
 - 1 COMEDIMS
 - 1 groupe circuit du médicament, qui organise 5 à 7 fois par an, des CREX
2. Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est le Dr Dominique SEROT.
3. Le système documentaire relatif à l’assurance qualité de la PECM est en cours de finalisation.

Les procédures et modes opératoires de la PECM ont été entièrement revus en 2013/2014 et diffusés. Ils sont accessibles sous format papier (classeurs). Des formations concernant les procédures de la PECM sont régulièrement organisées dans le cadre d’un plan de formation pluriannuel concernant les vigilances, le circuit du médicament et la démarche « CREX ». L’accès informatisé des utilisateurs à ce système documentaire a été facilité via 1 « page pharmacie » du portail Intranet. Le manuel Qualité de la PECM sera finalisé et diffusé au 1^{er} semestre 2015. Une liste des médicaments à risque a été mise à jour et diffusée en juillet 2014 sous forme texte et affiche pour les unités. 2 conférences en amphithéâtre, sur la sécurisation du circuit du médicament ont été organisées en décembre 2013 et février 2014, associées aux thèmes de l’adaptation de la thérapeutique en gériatrie et du bon usage des antibiotiques.
4. Le circuit du médicament est entièrement informatisé sur le logiciel CRISTALNET, depuis la prescription jusqu’à l’administration. Des chariots mobiles et des bornes WIFI ont été installés dans toutes les salles à manger au 2^{ème} semestre 2014, afin de permettre l’administration informatique en temps réel des médicaments aux patients dans la salle à manger.
5. Une étude des risques encourus par les patients lors de la PECM a été réalisée, après une période de test, dans toutes les unités en 2013, avec l’outil ARCHIMED. Une étude ARCHIMED sera réalisée sur un échantillon de service en 2014 et 2015. Un plan d’actions est régulièrement actualisé et suivi. La cartographie des risques liés à la PECM a été formalisée et diffusée.

6. La déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PECM, sont organisés :
 - Une charte d'incitation aux signalements des événements indésirables a été diffusée en juin 2014.
 - Une commission du circuit du médicament se réunit 1 fois par mois en CREX.
7. Des formations des personnels infirmiers aux règles sécurisées de la PECM sont régulièrement dispensées par le pharmacien. Elles avaient cessées fin 2013 ; elles reprennent à partir de fin 2014.

PLAN D' ACTIONS PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 2015-2019

- Elaborer le manuel d'assurance qualité PECM
- Former mensuellement les infirmiers aux règles de la PECM, aux CREX, au système documentaire
- Organiser, mensuellement, des CREX médicament
- Restituer et diffuser les résultats des CREX
- Auditer régulièrement le circuit du médicament avec ARCHIMED
- Elaborer, actualiser et diffuser les plans d'actions
- Vérifier que la traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel dans CRISTALNET.

QUELQUES INDICATEURS

- 100% des médicaments sont prescrits informatiquement dans CRISTALNET.
- 28 Evènements indésirables ont été analysés en CREX en 2013.
- Délai de validation pharmaceutique après prescriptions :
 - 70% en moins d'une heure et 80% dans l'heure suivant la saisie
- Toutes les prescriptions médicamenteuses soit 80% des prescriptions médicales totales (actes, examens, etc) sont analysées par le pharmacien et comptabilisées automatiquement par le logiciel.
- Double contrôle et contrôle aléatoire des piluliers reconstitués à la pharmacie : 0,5% erreurs /100 lignes.

2. Améliorer la tenue du dossier patient

Outil de partage des informations, le dossier patient est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins, pour une bonne prise en charge des patients. Tous les acteurs (médecin, soignants, AMA, paramédicaux) ont un rôle important dans la bonne traçabilité des informations.

Le dossier patient est informatisé via le logiciel CRISTALINK, dont le déploiement est aujourd'hui en 2014, complet pour la partie circuit du médicament, de la prescription à l'administration.

En ce qui concerne les transmissions infirmière, le déploiement de CRISTALINK est en cours.

La partie médicale du dossier patient n'est pas informatisée. Le déploiement à titre de test du module médical commence au dernier trimestre 2014 dans une unité EHPAD / Long séjour.

Les règles concernant la tenue, le contenu, l'accessibilité et l'archivage du dossier patient sont formalisées au sein de 3 procédures internes qu'il faut réactualiser et rediffuser.

Depuis 2010, le recueil des indicateurs généralisés HAS (IPAQSS), concernant la tenue du dossier patient, est réalisé dans l'établissement.

Le médecin DIM diligente et coordonne en lien avec les cadres, l'enquête biannuelle de recueil des indicateurs QUALHAS concernant la tenue du dossier patient.

Depuis 2012, le comité de pilotage sur la tenue du dossier patient, co-piloté par le médecin du DIM et le Président de la CME, suit l'évolution des indicateurs et l'avancée du plan d'actions.

Le score agrégé 2014 TDP de 79% doit être consolidé.

Malgré les actions mises en œuvre, les patients traceurs révèlent encore une traçabilité insuffisante dans le dossier patient.

Des actions d'améliorations importantes restent encore à mettre en œuvre pour progresser vers une sécurisation de données patients, dans le respect des exigences réglementaires.

Ces actions sont définies dans le plan d'actions 2015-2019, ci-dessous :

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – TENUE DOSSIER PATIENT

- Réviser la politique d'archivage des dossiers patients (contenu, accessibilité, archivage)
 - Réactualiser les 3 procédures internes de la tenue du dossier patient
- Harmoniser les pratiques de gestion du dossier patient
 - Responsabiliser les AMA concernant la tenue du dossier patient.
 - Former les AMA aux règles de la tenue du dossier patient.
 - Responsabiliser les cadres de proximité à la tenue du dossier patient (traçabilité...)
 - Former les cadres de santé et les soignants au logiciel CRISTALINK
- Auditer tous les 2 ans, la tenue de dossier patient avec l'outil QUALHAS.
- Améliorer les indicateurs HAS du dossier patient - Objectif national et local : 80% de conformités
 - Améliorer le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)
 - Améliorer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient
 - Améliorer la traçabilité du poids (DTN : dépistages des troubles nutritionnels).
- Déployer l'informatisation des transmissions ciblées à toutes les unités dans CRISTALINK.
- Déployer l'informatisation du module médical dans CRISTALINK.
- Informatiser la gestion de l'archivage des dossiers patients.

3. Améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur

3.1. Etat des lieux :

La loi KOUCHNER de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Un comité de lutte contre la douleur se réunit régulièrement depuis le 15 octobre 2009. Suite à la visite de certification de mai 2010, une recommandation a été prononcée par la HAS concernant la douleur.

Des formations de sensibilisation à l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur, ont été réalisées auprès des personnels soignants et des cadres de santé.

Les cadres d'unité s'assurent dans certaines unités, de l'utilisation des échelles Doloplus, Eva, Visage, et de l'application du protocole douleur.

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- Organiser des micro-formations douleur dans toutes les unités d'hospitalisation, au moment des transmissions, pour sensibiliser les professionnels médicaux et soignants.
- Evaluer l'appropriation des outils par les personnels
- Organiser un plan complet de communication douleur (plaquettes d'information notamment).
- Organiser un amphi douleur chaque année.
- Organiser des ateliers thérapeutiques sur la douleur, dans le cadre d'1 programme EPP (2015).

4. Renforcer la maitrise du risque infectieux

Ces dernières années, le score agrégé d'ICALIN 2, indicateur de la lutte contre les infections nosocomiales, se maintient à B, notamment grâce à la formation continue du personnel et des médecins et la réalisation d'audits (Précautions standard et DARI EHPAD en 2011, Entretien des locaux en 2012 et Perfusions sous cutanées et DARI FAM en 2013). L'établissement a participé régulièrement à la Journée Nationale de l'Hygiène des Mains et à la semaine Sécurité des Patients.

Les protocoles d'hygiène sont régulièrement mis à jour, ou réalisés en fonction des besoins des services. La cellule d'hygiène a été également régulièrement consultée, d'une part par les services de soins lors de la mise en place de précautions complémentaires et d'autre part par les services logistiques pour l'élaboration du dossier de remplacement du matériel de bionettoyage et avant l'achat de nouveaux produits d'entretien. Elle collabore également avec les services techniques pour la surveillance environnementale.

Les points à améliorer se déclinent sur deux axes. D'une part une meilleure surveillance des infections nosocomiales et des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) et d'autre part la communication et la formation en hygiène qui se sont quelque peu délitées ces dernières années.

La nouvelle équipe opérationnelle d'hygiène a été installé au 1^{er} semestre 2014. Celle-ci rédige désormais un programme d'action biennal, validé par le CGRV-CLIN, sous-commission de la CME, afin de répondre aux indicateurs réglementaires nationaux mais aussi pour s'assurer de la conformité des pratiques de soins dans les services. Ce programme pérenne se décline selon les axes suivants :

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

- Evaluer l'application des précautions standard et complémentaires pour une meilleure application
- Améliorer l'exhaustivité des signalements des infections nosocomiales, en particulier celles liées aux Bactéries Multi-Résistantes (BMR)
- Améliorer l'information et la formation en hygiène des agents titulaires ou intérimaires sans oublier les étudiants,
- Dynamiser le réseau des correspondants en hygiène en utilisant des moyens pédagogiques innovants
- Développer les audits et les mesures correctives concernant les pratiques de soins et d'hôtellerie
- Prévenir les risques liés à l'environnement : surveillance de l'eau, précautions à prendre lors des travaux ...
- S'assurer de la conformité du circuit du linge et déchets en collaboration avec la DSET

5. Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie

Une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie est organisée depuis 2010 par le biais d'un groupe de travail « droits des patients et accompagnement de la fin de vie » piloté par un cadre supérieur de santé.

La procédure précisant les démarches administratives et soignantes à mettre en œuvre en cas de décès d'un patient, a été réactualisée courant 2014.

Le protocole de revue Mortalité/Morbidité a été formalisé et diffusé.

Le processus de prise en charge des patients en fin de vie est en cours de formalisation.

Il existe deux conventions concernant l'accompagnement des personnes en fin de vie :

- une convention entre le CH La Chartreuse et la Mirandière
- Une convention entre le CH La Chartreuse et l'Association JALMALV

Conformément aux décisions prises par l'équipe médicale et soignante en lien avec les familles, l'établissement organise l'accompagnement et le transfert des patients en fin de vie vers des structures adaptées à l'état de santé des personnes.

Pour l'instant, les directives anticipées ne sont pas recueillies de façon systématique lors de l'entrée de chaque patient dans les secteurs de personnes âgées.

OBJECTIFS 2015-2019 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE

- Evaluer le processus de prise en charge d'un patient en fin de vie
- Réaliser un audit sur la traçabilité des directives anticipées dans le dossier patient au long séjour et en gériatrie-psychiatrie
- Poursuivre les actions de formation des soignants aux soins palliatifs

6. Améliorer la qualité de vie au travail

La Haute Autorité de Santé a introduit depuis 2010 la qualité de vie au travail dans les critères du manuel (critère 3d)

Améliorer la qualité de vie au travail des 1200 salariés de l'établissement est un objectif stratégique prioritaire, que l'on retrouve en bonne position dans le projet social 2015-2019 et dans la Charte du Développement Durable de l'établissement.

Depuis 2012, la Direction du CH La Chartreuse a conduit, dans le cadre du projet social, un dialogue avec les partenaires sociaux afin de définir, sous forme d'orientation, la politique de qualité de vie au travail.

Un audit conduit depuis 2 ans sur les risques psychosociaux a été restitué en juin 2014 par la société PREVIA et définit des axes prioritaires d'amélioration des conditions de travail.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) identifie 6 « déterminants » de la qualité de vie au travail :

- La qualité des relations sociales et professionnelles.

La reconnaissance du travail, la considération de la hiérarchie et des collègues, l'équité entre salariés, l'écoute, le respect des personnes, le climat social

- Le contenu du travail.

Niveau d'autonomie, niveau de vigilance et de concentration, le degré de responsabilité, la confrontation à la souffrance, la charge de travail, la pénibilité, etc.

- L'organisation du travail.

La clarté dans la répartition des rôles, la qualité de l'organisation des tâches, la possibilité d'appui en cas de dysfonctionnements, etc.

- La prise en compte des valeurs et attentes des salariés.

Equilibre et conciliation entre vie privée et vie professionnelle, conflits d'éthique, rythme et horaires de travail, accès aux services, transports, etc.

- L'environnement physique de travail

Sécurité, bruit, chaleur, propreté, échange, cadre spatial

- La réalisation et développement professionnel

Rémunération, formation, validation des acquis, développement des compétences, sécurité des parcours professionnels.

Tous ces déterminants conditionnent une politique sociale attractive pour les salariés.

L'Hôpital s'engage à prendre en compte tous ces facteurs de la qualité de vie pour ses salariés.

Ces engagements font partie intégrante du projet social 2015-2019.

La principale action consistera à soutenir un pilotage structuré de la démarche de QVT en lien avec la DRH et participer aux actions dans ce cadre.

7. Ancrer le développement durable dans les pratiques

Dans les années 2010, l'établissement s'était déjà positionné sur le développement durable en nommant un cadre supérieur de santé sur cette thématique. Un comité de pilotage sur le développement durable a été installé en 2012, par le chef d'établissement. Une charte d'engagement a été diffusée en 2014.

L'hôpital de la Chartreuse, au cours des 5 prochaines années, se préparera aux exigences du futur, et mettra en place des actions pour ancrer le développement durable dans les pratiques. Chaque agent doit devenir éco-responsable dans ses activités quotidiennes.

Pour les 5 prochaines années, nous prioriserons la mise en œuvre collective des actions définies par cette charte.

Notre hôpital doit être exemplaire pour réduire l'impact de ses actions sur l'environnement. Il adoptera une politique sociale attractive, respectueuse des personnels et de leur implication au travail.

Il s'engage à améliorer les conditions et l'ambiance au travail, à veiller à l'équité entre salariés, à développer la mobilité professionnelle, la formation et les compétences.

Une charte du Mieux vivre ensemble au travail, sera élaborée (le projet social 2015-2019 développe précisément cette thématique).

Chaque agent, en agissant au quotidien sur son lieu de travail, doit participer au projet collectif de maîtrise des ressources en diminuant ses consommations d'eau, de papier, d'électricité et d'énergie. Le CH la Chartreuse s'engage dans les 5 ans, à optimiser et valoriser les déchets, à limiter la pollution de l'eau et des sols, à favoriser la biodiversité, à réaliser des investissements durables et responsables etc....

Notre établissement s'engage à sensibiliser régulièrement le personnel aux gestes éco-responsables, par des colloques, affiches ...

Les programmes d'actions contenus dans la « charte d'engagement dans le développement durable » sont annexés au présent document.

PLAN D' ACTIONS DEVELOPPEMENT DURABLE 2015-2019

- Déployer une gouvernance et des pratiques managériales durables et responsables
- Adopter une politique sociale attractive pour les salariés
- Réaliser des investissements durables et responsables
- Assurer le contrôle et la pérennité de l'établissement
- Intégrer des critères d'éco-responsabilité et d'écoconception dans la politique d'achats et dans l'étude des projets
- Assurer un suivi précis des réseaux d'eau afin de réduire les consommations
- Maîtriser la consommation énergétique et promouvoir les bonnes pratiques (électricité, chauffage, gaz)
- Optimiser le stockage et la valorisation des déchets
- Limiter la pollution de l'eau et des sols en réduisant les rejets et les apports polluants
- Diminuer l'impact des transports logistiques et déplacements des professionnels sur l'environnement
- Favoriser la biodiversité par une gestion différenciée des parcs et jardins

AXE 7 – AMELIORER LA PERFORMANCE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE

1. Les points forts et les points faibles du système documentaire actuel

1.1. Il existe une procédure et un système de management de la gestion documentaire structuré

Une procédure de gestion documentaire organise la gestion des procédures, protocoles et documents. La gestion de ce système documentaire est assurée par l'assistante gestion documentaire (procédures, protocoles, documents) et par l'assistante du projet qualité risques (compte-rendu, note d'information, note de service...).

Les documents qualité sont des documents à usage interne servant de référence à tous les personnels de l'établissement.

1.2. La documentation interne et professionnelle est centralisée depuis 2012 dans un espace documentaire accessible à tous

Un important travail de centralisation de la documentation interne et professionnelle a été effectué tout au long de l'année 2012 en partenariat avec le service informatique pour mettre en place, dès janvier 2013 un espace documentaire accessible à tous. Tout le personnel du CH La Chartreuse a reçu une information sur ce nouvel espace documentaire. 43 structures ont été visitées en 2013 et 400 personnes ont reçu une information sur l'espace documentaire.

L'harmonisation des outils de recherche par l'utilisation d'un seul logiciel pour toute la gestion documentaire (Doc@pro et Psychism) de l'établissement favorise l'adhésion des utilisateurs et permet d'optimiser les relations entre la Direction Qualité Risques Usagers (DQRU), le Centre de documentation, les services informatiques et les utilisateurs. Le logiciel de référencement et de mise à disposition des protocoles est le logiciel PMB.

L'intégralité de la base documentaire du système qualité contenant tous les documents qualité approuvés et diffusés est mise informatiquement à disposition du personnel via l'espace documentaire (lien accessible depuis le portail intranet) du CH La Chartreuse.

Chaque unité est équipée d'un ou plusieurs postes informatiques directement connectés au réseau Intranet. Tout agent peut donc accéder directement aux documents au format PDF.

L'outil informatique est le seul outil permettant de garantir un accès de tous aux documents actualisés. La réactualisation des classeurs papier dans les unités de soins sera arrêtée. Seuls les centres opérationnels seront chargés de la mise à jour d'un ensemble de classeurs papier, afin de pouvoir accéder à la documentation papier en cas de pannes électriques ou informatiques.

D'une manière générale, il faudra s'assurer de la connaissance par les professionnels des protocoles portant sur leurs domaines d'activité et des modalités pratiques pour se les procurer.

Enfin, à chaque intégration d'un protocole sur l'espace documentaire ou à chaque mise à jour, une communication adaptée et personnalisée réalisée par la Direction Qualité permettra d'informer les professionnels concernés (mailing, lettre Objectif Qualité Sécurité, présentation en réunion de cadres supérieurs...).

1.3. L'accès à l'espace documentaire doit être simplifié

L'accès direct à l'espace documentaire, sans avoir besoin d'un code identifiant et d'un mot de passe,

devrait également permettre de faciliter l'accès à l'information.

Le système de gestion documentaire doit garantir le bon document au bon endroit pour les professionnels. Les documents qualité permettent la diffusion des bonnes pratiques opposables dans l'établissement. Toutefois, il convient d'évaluer ce système afin de garantir sa maîtrise et de former régulièrement les professionnels et notamment les nouveaux arrivants.

L'établissement s'engage à poursuivre les démarches déjà entreprises de constitution d'une gestion documentaire centralisée.

2. Simplifier les circuits d'information documentaire

La Diffusion Sélective d'Information (DSI) est un outil de veille documentaire destiné aux utilisateurs de l'espace documentaire. Ce service consiste à diffuser aux usagers, les résultats d'une recherche personnalisée et ce, de façon régulière. La DSI permet ainsi de communiquer les nouveautés du fonds documentaire, sur un sujet ou dans un domaine précis à des utilisateurs ciblés (ex : cadres, infirmiers, directeurs, ...).

La diffusion sélective de l'information permet d'alerter les utilisateurs de la parution récente de documents, d'informations rentrant dans leurs domaines d'intérêts et d'être ainsi au courant de l'actualité. La DSI est une mise à jour perpétuelle des connaissances d'un utilisateur ou d'un groupe d'utilisateurs. Cette mise à jour est réalisée grâce à l'envoi régulier des références les plus récentes.

La Direction Qualité Risques et le Centre de documentation devront développer cet outil afin de faciliter l'accès aux utilisateurs à une information ciblée.

A l'heure actuelle, le circuit de validation de la documentation qualité doit être optimisé (délai de signature et de diffusion des documents trop long). L'utilisation de l'outil informatique SharePoint doit permettre de réduire les délais de validation et de diffusion en réalisant une validation et une diffusion électronique des documents.

Le Service Informatique et la Direction Qualité Risques Usagers doivent chercher ensemble des solutions informatiques pour simplifier la gestion de la documentation interne en vigueur (extractions de bases automatisées, sommaires automatiques, circuit de signature informatisé...).

3. Développer l'espace documentaire pour répondre aux demandes des utilisateurs et faciliter la recherche

Afin d'optimiser l'utilisation de l'espace documentaire et de l'adapter aux demandes des utilisateurs, une recherche par processus sera développée dans l'espace documentaire. Chaque notice précisera le processus rattaché au document, ce qui permettra d'enregistrer la documentation différente à chaque processus.

L'établissement doit s'engager dans une démarche de définition des processus existants, formalisés dans le cadre d'une cartographie des processus (Cf. annexe 1). Cette démarche permettra alors de repérer les circuits « sensibles » pour lesquels des actions prioritaires d'amélioration continue de la qualité et/ou de gestion des risques a priori devront être menées.

Pour les processus transversaux (ressources humaines, logistiques, système d'information, gestion financière), l'analyse sera réalisée dans chaque Direction avec les professionnels des secteurs concernés.

Ascodocpsy met à la disposition des psychiatres, psychologues, internes et autres professionnels travaillant en psychiatrie des informations nécessaires aux pratiques professionnelles.

L'établissement poursuivra sa participation au réseau documentaire en santé mentale Ascodocpsy.

Organiser la veille réglementaire et la rendre accessible à tous

En 2013, 3 bulletins de veille ont été diffusés et une rubrique spécifique dans Doc@pro est mise à jour par la responsable du Centre de Documentation.

Compte tenu de l'importance particulière du respect de la réglementation dans un établissement de santé, l'organisation d'une veille réglementaire fait partie intégrante du management de l'établissement.

La veille concerne l'ensemble des activités de l'établissement : droits des patients, sécurité des soins, réglementation relative aux médicaments et aux dispositifs médicaux, autorisation d'exercice professionnel, droit du travail, sécurité des locaux, etc...

Son organisation inclut l'identification de la ou des personnes en charge :

- de la recherche des textes et de leur diffusion aux destinataires concernés,
- de la coordination et la centralisation du suivi des actions de mise en conformité avec la réglementation ;
- du retour d'information vers la direction et les instances sur le traitement des non-conformités.

La mise en place de ce système (ressources techniques et organisationnelles) doit permettre de faire connaître aux responsables les obligations réglementaires qui les concernent et de s'assurer de leur suivi.

Netvibes est un portail web personnalisable qui doit permettre de :

- développer une veille informationnelle et documentaire,
- contribuer à un réseau social intégré à ce site, qui permet notamment de repérer le travail documentaire d'autres utilisateurs et faire de ce système un espace où l'information peut être récupérée et transmise entre les différents utilisateurs,
- mettre à disposition des informations,

Un système documentaire structuré permettra une meilleure connaissance de la documentation détenue, de l'endroit où elle est accessible, par l'ensemble du personnel de l'établissement. C'est un outil d'encadrement, d'amélioration, d'évaluation et de mesure de l'efficacité du système en place.

III. CONCLUSION

En cohérence avec l'ensemble des projets composant le projet d'établissement 2015-2019, le projet qualité du CH intègre dans ses programmes, des engagements communs à toutes les directions, qui sont des préoccupations majeures de l'établissement :

- L'engagement dans une gouvernance et des pratiques durables et responsables, qu'elles soient sociales, économiques, managériales,
- L'engagement dans une politique de développement de la qualité de vie au travail,
- L'engagement à mieux impliquer les usagers et leurs représentants dans la détermination des priorités institutionnelles,
- L'engagement à mieux positionner les cadres en tant que responsables de la qualité et de la sécurité des soins.

4. PROJET DE SOINS

I. INTRODUCTION

Ce cinquième projet de soins du Centre Hospitalier la Chartreuse s'inscrit dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la prévention des risques qui structure le management de l'établissement. Il concerne l'ensemble des services de l'établissement : sanitaires et médico-sociaux, intra et extra hospitaliers, et s'adresse à toutes les populations prises en charges : patients présentant, à tout âge de la vie, une pathologie psychiatrique, un handicap psychique ou une déficience mentale ; mais aussi aux personnes âgées dépendantes.

Au plan stratégique, il contribue à la mise en œuvre du projet d'établissement, en liaison avec le projet médical et participe à la réalisation des objectifs fixés dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé en septembre 2012 avec l'ARS Bourgogne.

Au plan opérationnel, il s'inscrit dans la continuité des actions du précédent projet de soins. Ses orientations sont largement définies par les résultats de l'autodiagnostic réalisé dans le cadre de la préparation à la certification V 2014 et du plan d'action qui en résulte.

LE CADRE JURIDIQUE

Le projet de soins est un des volets du projet d'établissement défini dans l'art. L. 6143-2 (modifié par la loi du 21 juillet 2009, art. 10 et 33).

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge du patient en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire, définit dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ».

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Il se veut réaliste, évolutif et repose sur les valeurs de respect et de bienveillance. Il donne du sens à l'action.

Il a pour objectif ambitieux de permettre une meilleure individualisation des soins grâce au développement et à l'amélioration des pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité des prises en charge et la satisfaction des patients. Il devrait permettre également aux professionnels de se réaliser dans leur exercice, en effet, l'évolution de la profession infirmière depuis plusieurs années

conduit aujourd'hui à une réingénierie des formations initiales et continues.

L'ouverture vers des pratiques avancées modifie les lignes de l'exercice et les rapports entre les professionnels qui prennent en charge les patients. Dans ce domaine, le début des coopérations et des transferts et / ou délégations de compétences entre professions médicales et paramédicales sont organisées pour répondre aux enjeux démographiques, aux besoins des usagers et aux aspirations des professionnels.

II. BILAN PROJET 2008-2012

1. Le projet de soins 2008 – 2012 s'est décliné autour de 4 axes :

1.1. La prise en charge et l'organisation des soins

Lutte contre la douleur : La création d'un CLUD en 2010 a permis de valoriser et structurer les actions déjà entreprises. Ce comité pluridisciplinaire, aujourd'hui reconnu par tous pour son dynamisme, mène de nombreuses actions dans le domaine de la lutte contre la douleur, en intégrant la spécificité de la psychiatrie : communication à travers des conférences – débats, mais aussi des affiches et des interventions dans les unités, formations spécifiques de ses membres, audit des pratiques, mise en place d'une politique d'évaluation de la douleur à l'entrée du patient, réflexion sur des outils d'évaluation spécifiques, participation à un réseau sur la douleur en santé mentale.

Alimentation / nutrition : La mise en place d'un CLAN a permis de faire connaître la thématique et de sensibiliser tous les soignants. De nombreuses actions ont été entreprises : conférence débat sur le syndrome métabolique, audit sur l'utilisation de l'IMC, actions diététiques pour combattre les carences en vitamine C chez les patients pris en charge au long cours. Poursuivre les actions en menant une réflexion autour de l'alimentation proposée par la cuisine centrale et la cafétéria. Mise en place d'actions d'éducation thérapeutique et de formation à l'attention des personnels. (Pharmaco, évaluations cliniques, troubles métaboliques...)

Education à la santé : Une EPP « sevrage du patient alcoolodépendant » a été effectuée fin 2009. Des actions d'information et de communication à l'attention des usagers et des soignants (conférence Dépendance 21 en 2011) ont été réalisées, des formations, avec mise en place d'infirmiers référents en alcoologie, ont été menées. Création d'une Maison des Usagers avec présence permanente d'associations d'addictions. Le projet de partenariat Maison des Usagers / Eole est à développer. Concernant l'arrêt du tabac, après formations des professionnels, des consultations infirmières spécifiques « tabacologie » sont proposées, des référents relais déployés dans les unités. Du matériel biomédical permettant les évaluations pulmonaires a été acquis et des plaquettes d'informations mises à disposition. Afin d'améliorer la prise en charge, des plages de consultations et des actions de santé publique doivent être augmentées. Le plan de communication sera revu et la liste des référents réactualisée.

1.2. Le management du service de soins

Des profils de poste ont été élaborés s'appuyant sur des référentiels de compétences, le développement d'une politique GPMC (sélection / évaluation / formation) est en cours. Une organisation des remplacements de courte durée a été mise en place. Mise en place du tutorat pour les IDE nouvellement affectés en psychiatrie.

Des actions de formation ont été réalisées : organisation des pôles, législation, tutorat, management, formations à l'entretien d'évaluation initiées en 2012. Reste à favoriser la collaboration entre les différentes Directions fonctionnelles et la DSI. Le tutorat des cadres reste à finaliser. Les règles de mobilité interne sont à formaliser.

1.3. La qualité

L'accueil et le respect des droits du patient : depuis 2008, plusieurs enquêtes de satisfaction ont été réalisées auprès des familles du Long Séjour, des patients de Lucie en Carrois et des structures extra hospitalières ainsi que des familles de pédopsychiatrie. Ce travail se poursuivra en Gérotopsychiatrie et auprès des patients hospitalisés en prise en charge longue. Un Comité d'éthique est aujourd'hui en place.

Prévention des actes de violence : Mise en place d'une EPP « mise en contention - isolement », On observe une diminution du nombre de patients en isolement sur l'établissement (< 20% en 2012). De nombreuses autres actions ont été mises en place : formations des personnels, révision des procédures mais aussi création d'un groupe de réflexion éthique (le Comité de Réflexion et Prévention Violence) autour de la thématique de la violence en psychiatrie et de sa place dans les soins. Ce groupe pluridisciplinaire, fonctionne désormais de manière pérenne et pilote le plan d'actions institutionnel de prévention de la violence.

Dossier patient : Le déploiement de l'informatisation du diagramme de soins infirmiers s'est déroulé sans difficulté, la formation systématique des utilisateurs principaux permet désormais d'intégrer d'autres métiers (kinésithérapeutes, aide soignants, musicothérapeutes). Les transmissions ciblées via Cristal' Net sont en cours de déploiement. La finalisation de l'informatisation du dossier patient sera effective dès lors que les observations médicales informatisées seront réalisées.

Prises en charge spécifiques : Les fiches de liaison intra / extrahospitalières ont été actualisées et des indicateurs adaptés spécifiques mis en place. Un groupe de professionnels poursuit le travail afin d'harmoniser la saisie des actes. La réalisation de plaquettes de présentation et l'évaluation des délais de rendez-vous restent à finaliser.

1.4. La recherche en soins

Réflexion sur la mise en place d'un protocole de coopération dans le cadre de la prise en charge bucco-dentaire entre le dentiste et les infirmières.

Le projet s'oriente vers le dépistage des pathologies bucco-dentaires, il a fait l'objet d'une lettre d'intention auprès de l'ARS qui en a validé le principe.

III. DIAGNOSTIC

1. Principales forces

- Les objectifs du projet 2008/2012 ont été atteints en grande partie.
- Le projet de soins a su tenir compte des évolutions, des besoins des usagers comme des attentes des professionnels.
- Les compétences acquises par les soignants grâce à l'implication du Service Continu.

2. Principales faiblesses

- Le projet de soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques « souffre » encore d'une certaine méconnaissance au niveau institutionnel.
- Nécessité d'articuler de manière, encore plus pertinente le PSIRMT et la réalité de terrain.
- Difficultés parfois de lien entre la DSI et la DRH, pouvant avoir un impact sur les affectations et de fait le management des équipes et l'organisation des soins.

IV. LES ORIENTATIONS

AXE 1 – ORGANISER LES SOINS

Pilote : Michelle BICHON

Co-Pilotes : Sylvie ASDRUBAL, Jeanne DI LORETO, Frédéric MOUCHON, Florence VEAULIN, Pascale VEROT.

1. Contexte

- Les affections psychiatriques sont des maladies chroniques et/ou récidivantes qui nécessitent un accompagnement, dans la durée, des patients et de leur entourage.
- Le parcours de prise en charge concerne autant le temps hospitalier, que le temps extra hospitalier et nécessite une approche personnalisée et évolutive pour s'adapter à chaque situation particulière et à chaque étape de la maladie.
- Le parcours de soins s'inscrit plus largement dans le projet de vie du patient et /ou du résident. C'est pourquoi, il convient de lui donner une place centrale en proposant des prises en charge qui intègrent tous les acteurs qui concourent à ce processus. Une des missions essentielles du soignant sera, par un accompagnement personnalisé, d'assurer la continuité de la prise en charge et de favoriser l'accès aux soins. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations HAS en lien avec « le patient traceur ».
- La diversité des intervenants auprès des patients, nécessite de coordonner et d'optimiser leur action de jour comme de nuit.
- La prise en charge de la douleur est une priorité lors du séjour du patient Elle doit être évaluée dès l'admission et réévaluée au cours de l'hospitalisation. Des audits sont réalisés au travers des audits de dossiers dans le cadre de la politique qualité pour répondre au critère IPAQSS.

2. Propositions

- Améliorer la prise en charge des patients dès l'admission, à l'UMAO, dans les unités de psychiatrie et les CMP.
- Développer les relations avec le SAU du CHU.
- Améliorer l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé : mettre en place dans toutes les unités d'hospitalisation la fiche de suivi du patient qui trace la prise en charge du patient durant tout son séjour.
- Optimiser les conditions de sortie du patient que ce soit à partir des unités d'hospitalisation complète ou à partir des structures extrahospitalières (HDJ-CATTP - structures d'hébergement)
- Redéfinir l'utilisation de la fiche de liaison et l'articulation entre l'intra et l'extra et les structures médico-sociales
- Des formations obligatoires, de sensibilisation au repérage, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, avec des échelles adaptées (personnes âgées, déficients profonds, enfants, personnes non communicantes..) sont assurées par un médecin généraliste titulaire d'un DU Douleur et une infirmière titulaire également d'un DU douleur sur un temps dédié de 20% pour cette dernière.
- Mise à disposition et formation de MEOPA lors de la réalisation de soins algiques sur l'ensemble de l'établissement (Prélèvements, soins bucco-dentaires, pansements complexes).

- Sensibilisation à la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur en intra et en extra-hospitalier.
 - Dans la Cristalink, création et test d'une pancarte avec des alertes permettant, l'évaluation et la réévaluation de la douleur.
 - Dans le dossier papier, traçabilité de la prise en charge de la douleur.

Liens avec projets du CPOM :

- **Orientation N°3 :** Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prises en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation.

Liens avec les autres projets : Projet médical :

- **Axe 3 :** Améliorer les parcours de soins et de vie en diminuant les ruptures de prise en charge
- **Axe 4 :** Renforcer la prise en charge des adolescents et développer la psychiatrie périnatale.
- **Axe 6 :** Adapter la prise en charge des populations ayant des besoins spécifiques.
- **Axe 8 :** Mieux structurer la filière médicosociale dans le parcours du patient.

Les enjeux :

- La permanence des soins et l'apport d'une réponse adaptée aux besoins des patients et des aidants, dans un souci d'un prendre soin.
- La traçabilité de la prise en charge du patient de l'admission à la sortie grâce au dossier de soins.
- L'articulation de la prise en charge du patient avec les structures médico-sociales et les autres établissements de santé.

Les leviers :

- Préconisation du PRSM 2012-2016
- Projets de pôles et fédération
- Projet qualité

Les partenaires :

- Les pôles de psychiatrie générale, les fédérations et la pédopsychiatrie
- Les partenaires du réseau
- Les représentants des usagers

Ressources à mobiliser :

- **Internes**
 - Les directions fonctionnelles
 - Les équipes médicales et paramédicales
 - Les chefs de projet des groupes qualité
- **Externes**
 - Les financeurs : ARS et/ou conseil général
 - Le Conseil Local de Santé Mentale
 - Les Conseils Locaux de Santé
 - Les structures médicaux-sociales

Résultats attendus :

- Amélioration de la prise en charge du patient : une réponse plus adaptée aux besoins.
- Diminution du nombre d'hospitalisation et de la durée moyenne d'hospitalisation, réflexion en collaboration avec les équipes sur des indicateurs de meilleure indication des hospitalisations.
- Réponse soignante à la demande des associations de familles avec une permanence téléphonique 24h/24 (projet CMP renforcé a l'UMAO)

La problématique :

Les personnes âgées : En 2012, 3477 passages à l'UMAO dont 12% (418 patients) étaient des personnes âgées. Elles ont bénéficié d'une consultation psychiatrique et somatique, 372 ont été hospitalisées. Le CH compte 18 lits d'hospitalisation en Géroto-psychiatrie.

Les personnes démunies : La loi d'orientation de 1998 relative à la lutte contre les exclusions a préconisé la création de permanence d'accès aux soins (PASS) et la mise en place de programme régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins. Le PRAPS de Bourgogne 2012-2016 préconise la prise en compte de la souffrance psychique par les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux. Les CMP sont en première ligne en tant qu'unité de coordination et d'accueil.

Les personnes en situation de handicap : l'articulation entre les différents intervenants des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux auprès des personnes en situation de handicap reste difficile.

Les détenus : La circulaire du 30 octobre 2012 propose une nouvelle organisation pour décroïsonner la psychiatrie et le somatique. L'UCSA et le SMPR de Dijon doivent devenir une unité sanitaire de niveau 2.

La périnatalité : consultation père/mère/bébé : La période périnatale est une période à haut risque de troubles psychiques maternels, puisque 13 % des femmes présentent un épisode de dépression postnatale (complication postnatale la plus fréquente), et ont environ 2 fois plus de risques d'être hospitalisées en milieu psychiatrique dans les 2 ans suivant une naissance, comparativement au reste de la vie (Kendell et al, 1987). Il s'agit d'un problème de santé publique majeur d'autant que l'altération de la santé mentale des femmes à cette période de la vie met en cause le pronostic développemental de l'enfant.

Adolescents : L'adolescence est une période de la vie caractérisée par le changement, transformation, physique et psychique qui est le signe du passage de l'enfance à l'âge adulte, mais avec le risque de stagnation voire de régression.

Le risque existe de voir se figer des conduites négatives qui vont altérer les potentialités de l'adolescent : tentative de suicide, addictions, violences mais aussi dépression, décompensations aiguës etc...

Toutes ces conduites nécessitent une réponse devant se décliner sur différents axes :

- un axe de soins,
- un axe de prévention
- un axe éducation thérapeutique.

Les objectifs poursuivis :

Les personnes âgées

- Prévenir l'hospitalisation des personnes âgées en développant les prises en charge ambulatoires en développant des équipes mobiles, par exemple en Géro-psycho-geriatrie ou depuis l'UMAO.

Les personnes démunies

- Initier une réflexion éthique par rapport à l'accueil et la prise en charge des personnes précaires
- Formaliser les partenariats sur le réseau pour la prise en charge de cette population

Les personnes en situation de handicap

- Coordonner l'accès aux soins pour ces personnes

Les détenus

- Améliorer la santé des détenus

La périnatalité : consultation père/mère/bébé

- Prendre en charge très tôt des pathologies de la période pré et post natale immédiate en proposant des soins ambulatoires et à domicile adaptés aux patientes présentant des pathologies psychiques périnatales, accompagner leurs proches en développant la psychiatrie de liaison dans les services d'obstétrique et de pédiatrie

Les adolescents

- Coordonner le parcours de soins des adolescents
- Prévention du suicide et des conduites à risques
- Prévention des addictions

Les jeunes adultes

- Participer aux repérages des troubles spécifiques de cette population.
- Participer aux programmes de psychoéducation mis en place pour les jeunes adultes.
- Mise en place des « case manager ».

Les enjeux :

- Amélioration de la prise en charge des populations spécifiques
- Prévention des hospitalisations

Les leviers :

- Le PRSM, le PRAPS, le guide méthodologique relatif à la prise en charge des détenus, le projet d'établissement.
- Le réseau existant.

Les partenaires :

- Les structures du réseau sanitaire, social et médico-social
- Les pôles de psychiatrie générale, les fédérations et la pédopsychiatrie
- Les représentants des usagers

Ressources à mobiliser :

• **Internes**

- Les directions fonctionnelles
- Les équipes médicales et paramédicales
- Les chefs de projet des groupes qualité

• **Externes**

- Les financeurs : ARS et/ou conseil général et/ou justice
- Les conseils locaux de santé mentale, le SAMSAH, Elipses
- Les structures sanitaires, médicaux-sociales et sociales

Résultats attendus

- Amélioration de la prise en charge des populations spécifiques

Pilote : Pascale VEROT

1. Contexte

Les modes d'arrivée au CH La Chartreuse sont multiples : 24% (851) viennent des SAU de Dijon et Beaune, 9% (306) du SAMU, 19% (657) sont orientés par les médecins généralistes, 17% (661) se présentent d'eux même à l'accueil et 11% (371) sont accompagnés par leur entourage.

La diversité des intervenants lors de l'admission du patient nous oblige à réfléchir sur nos modalités d'accueil mais surtout sur nos rapports avec les structures qui adressent les usagers. En effet, il existe des ruptures de prise en charge entre les différentes structures de l'hôpital et également avec les structures extra hospitalières sanitaires et médico-sociales.

Une bonne connaissance de l'histoire du patient et de son lieu de vie permet d'envisager la sortie, dès l'admission.

2. Propositions

- Prendre en compte les différentes populations et leur particularité (Personnes âgées, jeunes adultes, personnes souffrant d'addiction, adolescents...)

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°3 : Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prises en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation

- 🚦 Fiche 3 : Développer une offre différenciée pour les patients souffrant d'addiction
- 🚦 Fiche 4 : Développer une offre de soins différenciée pour les jeunes adultes
- 🚦 Fiche 5 : Développer une offre de soins différenciée pour les personnes âgées

Liens avec les autres projets : Projet médical

- **Axe 3 :** Améliorer les parcours de soins et de vie en diminuant les ruptures de prise en charge
- **Axe 5 :** Offrir une réponse adaptée à la prise en charge des jeunes adultes.
- **Axe 6 :** Adapter la prise en charge des populations ayant des besoins spécifiques.
- **Axe 8 :** Mieux structurer la filière médicosociale dans le parcours du patient.

La problématique

La prise en charge des patients reste souvent ancrée sur une organisation hospitalo-centrée, même si la majorité de la file active concerne des patients suivis exclusivement en ambulatoire. La réponse à leurs besoins ne peut venir des seules institutions sanitaires. Il convient de les accompagner vers plus d'autonomie en s'appuyant sur les expériences novatrices de certaines structures.

L'autonomie doit intégrer un champ plus vaste que la prise en charge sanitaire, en développant un accès à la citoyenneté dans tous ses aspects.

Les objectifs poursuivis :

Optimiser le lien entre l'intra et extra hospitalier

- Réaliser une évaluation annuelle de la fiche de liaison
- Poursuivre les actions engagées et à venir par le groupe de travail extra hospitalier (suite de l'étude sur les indicateurs spécifiques)
- Réaliser des plaquettes uniformisées de présentation des CMP
- Actualiser le guide de présentation des structures extrahospitalières
- Harmoniser la saisie des actes de la grille EDGAR
- Organiser des rencontres au sein des pôles avec les professionnels de l'intra et extra hospitalier
- Maintenir des échanges avec les secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux sur les territoires d'implantation des structures en lien avec les projets de pôles
- Poursuivre la mise en place du tutorat et développer les « journées terrains »

Promouvoir les activités spécifiques

- Développer l'information sur le fonctionnement de chaque structure auprès de l'ensemble des professionnels de santé et du public
- Favoriser une prise en charge au plus proche du domicile : prise en charge sanitaire, éducative, sociale et culturelle en s'appuyant sur le SAMSAH et en articulation avec les CMP
- **Faciliter l'intégration des patients dans la cité en lien avec le CLSM ou les ateliers santé-ville**
- Développer un « maillage » des structures avec les institutions locales (mairies, associations.....) dans le cadre des politiques locales.
- **Développer une politique de prévention par des actions de communication et de formation**
- **Promouvoir les actions culturelles et sportives** pour une meilleure intégration dans la cité et donner une image moins « stigmatisante » de la maladie mentale
- Développer les collaborations avec les Groupes d'Entraide Mutuelle

Les enjeux :

- Promouvoir les structures extrahospitalières et le conseil local de santé mentale
- Ouvrir l'extrahospitalier et l'établissement sur la cité et lutter contre la stigmatisation
- Développer le partenariat entre les différents acteurs de la cité préoccupés par le problème de la santé mentale
- Permettre aux acteurs de santé et aux usagers de repérer les spécificités des structures extrahospitalières

Les leviers :

- Enquête de satisfaction sur l'extrahospitalier
- Intégration des objectifs dans les contrats de pôles et de fédération
- Adhésion des professionnels
- Participation aux actions de promotion (semaine information santé mentale, festival itinéraires singuliers, ...)

Les partenaires :

- Ensemble des réseaux existants autour du patient : médecins généralistes et psychiatres libéraux
- Acteurs du domaine sanitaire, social et associatif
- Représentants des usagers
- Collectivités locales
- Elus locaux
- Magistrats
- Bailleurs sociaux

Ressources à mobiliser

- **Internes**

- les pôles de psychiatrie générale et la fédération de psychiatrie générale : contrat de pôle et équipes encadrement
- Le service de communication du CH
- Maintenir et favoriser la participation des professionnels aux travaux du CLIN, du CLAN et du CLUD

- **Externes**

- Les différents partenaires : structures sociales et associatives
- Les municipalités
- Les familles
- Les financeurs potentiels

Résultats attendus

- Amélioration du lien Intra /extra et du partenariat avec les différents acteurs
- Augmentation de la fréquentation des patients aux activités dans la cité
- Amélioration de la prise en charge du patient par une approche citoyenne

Pilote : Frédéric MOUCHON

1. Contexte

Qu'il soit psychique, mental, ou dû au grand âge, le handicap engendre une réelle inégalité d'accès aux soins.

- La prise en charge somatique des patients psychiatriques est un enjeu pour l'amélioration de leur prise en charge globale. On note un niveau de mortalité de 3 à 5 fois supérieur chez les patients psychiatriques par rapport à la population générale.
- Les facteurs de risque associés aux pathologies psychiatriques : obésité, tabagisme, usage de substances psychoactives, hygiène de vie potentialisent l'apparition de maladies cardiovasculaires, de syndrome métabolique, de cancers pulmonaires, troubles endocriniens et de pathologies infectieuses.
- Parallèlement aux problématiques de santé des patients, il apparaît parfois des difficultés aux soignants à réaliser certains gestes techniques, par appréhension ou manque de maîtrise.
- L'hygiène hospitalière en psychiatrie est un élément indissociable de la prise en charge globale du patient

2. Propositions

- Développer les techniques de prise en charge spécifiques adaptées aux besoins de la population ciblée
- Former les soignants pour augmenter leur niveau de maîtrise
- Proposer des consultations paramédicales de suivi de pansements et cicatrisation des plaies au bloc médical
- Poursuivre le développement des consultations infirmières d'aide au sevrage tabagique au bloc médical
- Moderniser et harmoniser le parc de matériel biomédical pour faciliter son utilisation

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°6 : Conforter les missions départementales de soutien et sécuriser et compléter les prises en charge :

✚ **Fiche 22 :** Développer les soins somatiques pour l'ensemble de l'établissement

Orientation N°3 : Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prises en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation.

✚ **Fiche 10 :** Finaliser l'accord cadre avec le CHU incluant les conventions concernant le laboratoire et l'hygiène.

Liens avec les autres projets : Projet médical :

- **Axe 7** : Favoriser l'articulation du somatique dans la prise en charge globale du patient.
- **Axe 9** : Adapter les prestations médicotechniques aux besoins des prises en charge des patients.

La problématique :

La prise en charge somatique des patients psychiatriques est un enjeu pour l'amélioration de leur prise en charge globale. On note un niveau de mortalité de 3 à 5 fois supérieur chez les patients psychiatriques que dans la population en général. Les facteurs de risque auxquels sont confrontés ces patients les exposent d'avantage aux pathologies somatiques graves : maladies cardiovasculaires (obésité, tabagisme, diabète, syndrome métabolique), cancers (pulmonaires et pharyngés), troubles endocriniens (diabète) et pathologies infectieuses. Parallèlement aux problématiques de santé des patients, il apparaît parfois des difficultés aux soignants à réaliser certains gestes techniques, par appréhension ou manque de maîtrise.

Les objectifs poursuivis :

Deux objectifs principaux pour répondre à la problématique :

- Développer les techniques de prise en charge spécifiques adaptées aux besoins de la population ciblée
- Former les soignants pour augmenter le niveau de maîtrise

Moyens :

- Mise en place de consultations paramédicales de suivi de pansements et cicatrisation des plaies au bloc médical
- Poursuivre le développement des consultations infirmières d'aide au sevrage tabagique au bloc médical
- Former des référents douleur pour développer l'utilisation du MEOPA au sein des unités
- Mettre en place des actions de formations et de e-Learning afin d'approfondir les connaissances cliniques en lien avec les pathologies somatiques et thérapeutiques principalement rencontrées (cardiovasculaires, endocriniennes, infectieuses)
- Poursuivre et mettre en place de nouvelles actions de formations afin d'améliorer la maîtrise des gestes techniques : gestes d'urgence, pose de voies veineuses périphériques, prélèvements sanguins
- Mettre en place des ateliers de formation à l'utilisation et l'entretien des matériels biomédicaux spécifiques : ECG, aspiration trachéale
- Moderniser et harmoniser le parc de matériel biomédical pour faciliter son utilisation

Les enjeux :

- Maintenir l'état de santé des patients psychiatriques pendant et après leur sortie (problème de santé publique)
- Diminuer les risques associés aux soins
- Valoriser l'image de l'établissement / qualité de prise en charge globale

Les leviers :

- Plan santé mentale 2011-2015 : « améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques et renforcer la continuité des soins [...] »
- Critère 17.b du manuel de certification V2010 modifié 2011 « prise en charge somatique des patients » Pratique Exigible Prioritaire (PEP)
- Projets du pôle E

Les partenaires :

- Les personnels des pôles de psychiatrie générale, les fédérations et la pédopsychiatrie
- Service de formation continue
- Service qualité
- Représentants des usagers
- Associations (ANP3SM, AMEBUS ...)

Ressources à mobiliser

- Chefs de projets
- Soignants experts
- Directions fonctionnelles
- Cadres de santé, cadres supérieurs des pôles, chefs de pôles, formation continue

Résultats attendus

- Améliorer continuellement la qualité de prise en charge du patient tout au long de son parcours
- Améliorer des compétences

Pilote : Sylvie ASDRUBAL

1. Contexte

La volonté des acteurs de l'institution est de développer et de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci d'amélioration de la qualité de vie du patient.

Poursuivre les programmes d'éducation thérapeutique formalisés et validés par l'ARS au sein du CH la Chartreuse.

2. Propositions

- Développer au CH La Chartreuse des programmes d'éducation thérapeutique.
- Développer les compétences des professionnels de santé à ce type de démarche.
- Améliorer l'état de santé du patient en préservant son autonomie.
- Développer les connaissances du patient sur sa maladie et les traitements et cela dès l'hospitalisation.

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°11 : Assurer les missions du service public confiées à l'établissement.

 **Fiche 54 ter :** Développement des soins d'Education Thérapeutique

Liens avec les autres projets : Projet médical :

- **Axe 3 :** Améliorer les parcours de soins et de vie en diminuant les ruptures de prise en charge

La problématique

Volonté des acteurs de l'institution de développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci d'amélioration de la qualité de vie du patient.

Absence de programme d'éducation thérapeutique formalisé et validé par l'ARS au sein du CH la Chartreuse.

Le contexte législatif

Loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires »

(Art. L. 1161-1 à L. 1161-4).

« *L'éducation thérapeutique du patient vise à « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».*

Manuel de certification avril 2011

Chapitre 2 : Prise en charge du patient.

Référence 11, critère 11.a - Information du patient sur son état de santé et les soins proposés.

Référence 23, critère 23.a - Education thérapeutique du patient.

Les objectifs poursuivis :

Objectifs HAS

- Acquérir et maintenir chez le patient des compétences d'auto-soins.
- Mobiliser ou acquérir des compétences d'adaptation.

Objectifs généraux

- Développer au CH La Chartreuse un programme d'éducation thérapeutique sur le thème de « *mieux vivre sa psychose* ».
- Développer les compétences des professionnels de santé à ce type de démarche.
- Améliorer l'état de santé du patient en préservant son autonomie.
- Acquérir une meilleure estime de soi.
- Développer les connaissances du patient sur sa maladie.
- Pairs aidants.

Les enjeux :

Enjeux autour du patient

- Amélioration globale de la santé et de la qualité de vie du patient.
- Patient acteur de sa prise en charge
- Implication de l'entourage du patient dans les programmes d'éducation thérapeutique.
- Mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique.
- Participer à la mise en place de la psychoéducation pour certaines populations spécifiques.
- Favoriser les consultations diététiques durant l'hospitalisation.
- Encourager la participation des patients aux ateliers du médicament
- Mettre en place un accompagnement efficace des patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique au sens large.

Enjeux législatifs

- Se conformer aux exigences législatives (loi HPST et recommandations HAS)

Les leviers :

- Impliquer l'ensemble des acteurs de la prise en charge.
- La formation des professionnels.
- Construction du programme et coopération avec l'équipe pluridisciplinaire
- Utilisation d'outils spécifiques et adaptés

Les partenaires :

- L'équipe pluridisciplinaire porteuse du projet.
- Les patients et leur entourage.
- Associations d'usagers.
- Les différents acteurs des champs médicaux, sociaux, éducatifs, associatifs, familles d'accueil...
- La formation continue.

Ressources à mobiliser

- **Internes**

- L'équipe pluridisciplinaire formée à cette démarche.
- Moyens financiers.

- **Externes**

- Les partenaires (infirmières libérales, diététiciennes, médecins généralistes, kinésithérapeutes).
- IREPS, ORS.
- Les organisations publiques/privées/associatives.

Résultats attendus

- Amélioration de la qualité de vie du patient
- Intégrer l'éducation thérapeutique dans la culture et dans les pratiques soignantes.

Pilote : Jeanne DI LORETO

1. Contexte

Pour rester un établissement dans lequel les professionnels maintiennent un niveau de compétence optimum, dans le but d'offrir des prises en charge de qualité, en adéquation avec l'évolution des métiers et des soins, il est indispensable de participer à la formation des futurs professionnels.

La spécificité du travail en psychiatrie demande une constante remise à niveau des connaissances et l'accompagnement des professionnels dans un parcours professionnalisant.

L'institution de l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) s'applique désormais aux professions paramédicales.

Le développement des EPP a pour objectif l'amélioration continue des pratiques soignantes dans une attitude réflexive et en lien avec le processus « parcours patient ». Cette évolution s'inscrit dans une dynamique « Culture Qualité » qui n'est pas encore totalement aboutie auprès des équipes pluridisciplinaires.

2. Propositions

1. Formations initiales et encadrement des étudiants :

- Maintenir un niveau de compétence optimum des professionnels pour accueillir les stagiaires en encourageant la « culture tutorale ».
- Montrer l'attractivité de l'établissement pour un futur emploi en proposant des terrains de stage correspondant aux attentes des étudiants et répondant aux exigences des programmes de formations.
- S'enrichir de la présence des stagiaires pour les professionnels confirmés.
- Collaborer avec les instituts de formation.

2. Evolution des pratiques :

- Développer des outils d'évaluation et de suivi des compétences (tableau de bords GPMC).
- Mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement au développement des compétences : formation continue, tutorat, ...
- Atteindre l'expertise et développer les pratiques avancées spécifiques en santé mentale
- Répondre aux besoins de formation des agents, les accompagner dans leur parcours professionnel.
- Répondre à l'obligation de DPC
- Développer des produits de formations innovants ; e-learning, FOAD,
- Valoriser les actions de formations

3. Evaluation des Pratiques Professionnelles :

- Faire évoluer les pratiques, les améliorer et mieux les adapter aux besoins des personnes prises en charge dans tous secteurs d'activité afin d'optimiser la qualité des soins.
- Faire prendre conscience des problèmes en vue de les améliorer pour une meilleure prise en charge du patient à travers la mise en place d'EPP ciblées.
- Favoriser l'implication de l'encadrement dans la communication sur la culture qualité et la sécurité des soins au sein des pôles en accompagnant l'appropriation de la démarche qualité. (formations, informations, échanges)

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°9 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Orientation N°11 : Assurer les missions du service public confiées à l'établissement.

 **Fiche 53 :** Mettre en place la formation initiale et le DPC du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence.

Lien avec le projet médical :

4. **Axe 10 :** Soutenir les actions de recherches pour valoriser les compétences professionnelles.

La problématique :

On observe une évolution du contexte démographique et sociologique des professions médicales et paramédicales : diminution attendu du nombre de médecins, représentation du métier, mobilité.

L'évolution des organisations, mais aussi le développement des structures médico-sociales engendre l'apparition de nouveaux métiers comme Aides-Soignants et Aides Médico-Psychologiques.

Le bilan social 2012 montre un renouvellement important des effectifs avec une nette augmentation des professionnels ayant une faible ancienneté dans l'établissement et un turn over plus important.

La spécificité du travail en psychiatrie demande une constante remise à niveau des connaissances et l'accompagnement des professionnels dans un parcours professionnalisant.

L'institution de l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) s'applique désormais aux professions paramédicales.

Les objectifs poursuivis :

- Développer des outils d'évaluation et de suivi des compétences (tableau de bords GPMC).
- Mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement au développement des compétences : formation continue, tutorat, ...
- Atteindre l'expertise et développer les pratiques avancées spécifiques en santé mentale
- Répondre aux besoins de formation des agents, les accompagner dans leur parcours professionnel.
- Répondre à l'obligation de DPC
- Développer des produits de formations innovants ; e-learning, FOAD,
- Valoriser les actions de formations internes
- Retours d'expériences

Les enjeux :

- Répondre aux obligations DPC
- Garantir un niveau de compétence optimum
- Maintenir l'expertise soignante (master)
- Valoriser les initiatives locales
- Maitriser les couts
- Fidéliser les personnels
- Maintenir l'attractivité du CH
- Poursuivre la professionnalisation

Les leviers :

- Collaboration renforcée avec le Service de formation continue
- Existence de Formations internes, d'EPP
- Intérêt pour le E-learning et les nouvelles technologies
- La reconnaissance LMD de certains professionnels favorise les passerelles et l'élaboration d'un master en pratiques avancées

Ressources à mobiliser :

• **Internes**

- Les formateurs internes.
- La formation continue.

• **Externes**

- L'ANFH

Résultats attendus :

- Répondre à l'obligation DPC
- Collaborer à la création d'un Master
- Réaliser des protocoles de transfert et / ou de délégation de compétences
- Identifier des parcours de professionnalisation individualisés

Les objectifs poursuivis :

Objectif principal : Faire évoluer les pratiques, les améliorer et mieux les adapter aux besoins des soignants et des soignés dans tous secteurs d'activité pour optimiser la qualité des soins.

Objectif secondaire :

1. Faire prendre conscience des problèmes en vue de les améliorer pour une meilleure prise en charge du patient à travers la mise en place d'EPP ciblées.
2. Favoriser l'implication de l'encadrement dans la communication sur la culture qualité et la sécurité des soins au sein des pôles en accompagnant l'appropriation de la démarche qualité. (formations, informations, échanges)
3. Mettre en place deux démarches simultanées :
 - Une démarche organisée : individuelle ou collective selon une approche objective utilisant une méthodologie reconnue au niveau institutionnel en lien avec la politique qualité institutionnelle.
 - Une démarche auto évaluative : description par les professionnels de leurs pratiques réelles et mise en œuvre d'un plan d'action visant l'amélioration continue de la qualité des soins.

Les enjeux :

- EPP outil de management régulateur et fédérateur: développer l'autoévaluation, réguler et harmoniser les pratiques, déculpabiliser les soignants (culture positive de l'erreur). Création de liens, fédération autour d'une culture « qualité médicale et soignante ».
- Amélioration des compétences (DPC / formations)
- Respect de la législation, de la réglementation en vigueur et des recommandations professionnelles
- Encadrement des nouveaux soignants et étudiants (tutorat)
- Enjeu / gestion des risques liés aux soins (protocoles, FEI)
- Enjeu managérial (Place du cadre de santé dans le dispositif d'accompagnement à la culture qualité et sécurité des soins)
- Communication autour des EPP par les acteurs en priorité pour une meilleure appropriation des démarches.
- Communication par la mise à disposition d'outils adaptés (gestion documentaire, FEI, TC, amphi, résultats + et - ...)
- Image renvoyée par l'établissement aux professionnels de santé

Projet d'EPP

- Entretien thérapeutique,
- EPP prélèvements,
- EPP hygiène bucco-dentaire,
- EPP contention MCI,
- EPP Erreur médicamenteuse,
- EPP dossier patient,
- EPP douleur
- EPP SUICIDE

Les leviers :

- Certification 2014
- Contrats de pôles
- Plan de formation en cours « démarche qualité » pour développer la culture
- DPC
- Nouveau référentiel de formation IDE

Les partenaires :

- Service qualité
- Médecins de l'établissement
- HAS

Ressources à mobiliser

• **Internes**

- Cadres de santé, cadres supérieurs des pôles, assistants de pôles, chefs de pôles, DQRU, Formation continue, DRH
- Personnels experts en démarche qualité

• **Externes**

- Partage d'expériences sur la thématique

Résultats attendus

- La démarche EPP doit être intégrée à la pratique quotidienne et être réalisée en équipe.
- Faire bénéficier les patients d'une démarche bienfaisante, adaptée et efficace de la part des soignants.
- Développer l'engagement des professionnels soignants à l'amélioration continue de la qualité.

Mise en place d'indicateurs :

- Nombre de soignants impliqués dans la mise en place des EPP (quantitatif)
- Nombre de personnes formées à la démarche qualité (quantitatif)
- Amélioration de la prise en charge (qualitatif) : audits, résultats d'enquêtes de satisfaction...
- CGRV / FEI ...

La problématique :

Le paradigme « former » a profondément évolué avec les programmes des différents instituts de formation, IFSI, IFAS IRTESS, Instituts d'ERGO etc....

Il est centré sur les compétences et l'évaluation. Une compétence est le résultat d'une construction progressive d'apprentissages, par paliers, de combinaisons de savoirs, savoir-faire et savoir être en situation. Il est donc normal que cela nécessite du temps et plusieurs stages différents pour la développer.

Il est donc essentiel de connaître les compétences nécessaires à l'activité que réalise et offre l'établissement.

De plus, Il faut se rappeler qu'une compétence est vivante et requière un entretien constant, et que non exercée, elle décline lentement.

L'évaluation doit s'inscrire dans le même sens si l'on veut rester cohérent.

Pour rester un établissement dans lequel les professionnels maintiennent un niveau de compétence optimum, dans le but d'offrir des prises en charge de qualité, en adéquation avec l'évolution des métiers et des soins, il est indispensable de participer à la formation des futurs professionnels.

Cet engagement prend forme à travers 3 axes :

- 1) L'accueil et l'accompagnement des stagiaires accueillis, toutes catégories professionnelles confondues,
- 2) L'accompagnement et la formation des professionnels du CH, à la prise en charge des stagiaires. (connaître les programmes des études, soutien dans l'organisation des stages, planification adaptée des stagiaires...)
- 3) La dispensation de notre savoir par la participation à l'enseignement et à la recherche par les différents professionnels de l'établissement, auprès des différents instituts de formation et des partenaires extérieurs.

Les objectifs poursuivis :

- Accueillir et accompagner les stagiaires de toutes les catégories professionnelles.
- Créer les conditions favorables à l'accompagnement des étudiants, futurs professionnels
- Accompagner la construction des compétences chez les étudiants.
- Evaluer une évolution dans l'acquisition des compétences.
- Participer aux enseignements par la dispensation de cours par tous les professionnels paramédicaux.
- Participer aux différents jurys des concours d'entrées aux différentes écoles.
- Former les professionnels de terrain à l'accueil et l'encadrement des stagiaires, rôle du maître de stage, des tuteurs ;

Les enjeux :

- Maintenir un niveau de compétence optimum des professionnels pour accueillir les stagiaires.
- Montrer l'attractivité de l'établissement pour un futur emploi.
- Etre un établissement qui favorise la recherche.
- S'enrichir de la présence des stagiaires pour les professionnels confirmés.
- Collaboration avec les instituts de formation : se montrer présent et faciliter leur présence sur l'établissement.
- Terrain de stage attractif.
- Préparer à la culture tutorale les futurs professionnels.

Les leviers :

- Recenser les activités réalisées par les professionnelles en poste dans une unité fonctionnelle donnée, dans le cadre de l'identification des compétences que le stage peut permettre de développer chez un étudiant en soins infirmiers
- Inclure les enseignants et s'inclure dans les colloques de formation et d'information.
- Au CH, la culture tutorale est en plein essor autant pour les stagiaires, que pour les nouveaux professionnels.

Les partenaires :

- Les instituts de formations : infirmiers, aide soignants éducateurs, rééducateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes.....arthérapeutes, (IFSI, IFAS, IFCS, IRTESS).
- Les universités.
- L'enseignement secondaire et supérieur.

Ressources à mobiliser

• **Internes**

- Recenser les activités réalisées par les infirmières en poste dans une unité fonctionnelle donnée, dans le cadre de l'identification des compétences que le stage peut permettre de développer chez un étudiant en soins infirmiers
- Les assistants de pôles
- Les cadres d'unités
- Les professionnels de terrain
- La formation continue

• **Externes**

- Les instituts de formation toutes catégories confondues
- Les écoles
- Les universités

Résultats attendus

- Recrutement possible des futurs diplômés.
- Sélection facilitée
- Terrain de stage apprécié et sollicité
- Intégration rapide des stagiaires
- Apprentissage facilité
- Augmenter la compétence en psychiatrie

Pilote : Florence VEAULIN

1. Contexte

La culture à l'hôpital

Depuis 1997, le programme national « Culture à l'hôpital » facilite l'accès à la culture des personnes hospitalisées.

En 2008, le CH la chartreuse inscrit à son projet d'établissement un volet culturel et constitue un comité de pilotage composé de professionnels de l'hôpital pour valoriser les actions existantes, permettre de développer des partenariats et accompagner les initiatives locales, régionales ou nationales, mettre en valeur le site, l'architecture, le patrimoine.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier la Chartreuse de Dijon, Itinéraires Singuliers et le comité culturel du CH s'associent chaque année pour imaginer et animer un programme annuel et global d'actions artistiques et culturelles à l'hôpital ayant pour objets :

- La diffusion et la promotion des arts singuliers,
- La production et l'accompagnement de projets artistiques sur le territoire de l'hôpital,
- La réflexion, la formation et l'expertise.

En 2011, signature d'une convention d'une durée de 3 ans DRAC/ARS/IS/CH la Chartreuse qui scelle l'engagement du CH et de l'association IS au niveau régional « à initier des actions créant de vraies synergies pour créer un laboratoire d'expériences et à devenir un centre de ressources et de formation ». La DRAC et l'ARS s'engagent à mobiliser une enveloppe financière pour les actions culturelles programmées.

La maison des usagers

Suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'utilisateur est devenu acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique.

La Maison des Usagers, ouverte depuis 2009 est un espace d'accueil d'échange, d'écoute, d'information pour les usagers des établissements de santé et des associations mais aussi d'expression libre, sans rendez-vous et confidentielle.

Malgré le réel investissement institutionnel dans le domaine de la culture à l'hôpital et du partenariat avec les associations d'utilisateurs, les projets sont encore insuffisamment connus et investis par les personnels soignants et intégrés dans les projets de prise en charge.

2. Propositions

- Intégrer les projets culturels et le partenariat avec les associations dans la vie des unités de soins et dans les projets de soins individualisés
- Favoriser les échanges personnel/patients/associations au sein de la Maison des Usagers.

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°4 : Positionner le CH La Chartreuse dans une dynamique régionale pour la formation et le recrutement de professionnels et au travers de centres de ressources et d'activité dont la couverture régionale voire inter régionale est à coordonner avec d'autres établissements.

✚ **Fiche 24 :** Développer un projet culturel, patrimonial et un projet-socio-culturel

La problématique

• La culture à l'hôpital

- En 1997, le programme national « Culture à l'hôpital » facilite l'accès à la culture des personnes hospitalisées.
- Le 4 mai 1999, la signature d'une convention de partenariat entre le Ministère de la Culture et le secrétariat d'Etat à la Santé incite les acteurs culturels et les directeurs d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle, inscrite dans le projet d'établissement.
- En 2008, le CH la Chartreuse inscrit à son projet d'établissement un volet culturel et constitue un comité de pilotage composé de professionnels de l'hôpital pour valoriser les actions existantes, permettre de développer des partenariats et accompagner les initiatives locales, régionales ou nationales, mettre en valeur le site, l'architecture, le patrimoine.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon, Itinéraires Singuliers et le comité culturel du CH s'associent chaque année pour imaginer et animer un programme annuel et global d'actions artistiques et culturelles à l'hôpital ayant pour objets :

- ✓ La diffusion et la promotion des arts singuliers,
- ✓ La production et l'accompagnement de projets artistiques sur le territoire de l'hôpital;
- ✓ La réflexion, la formation et l'expertise.

• La maison des usagers

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Usager, acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique
- Représentants des usagers au sein des établissements et intervention des associations de bénévoles
- Circulaire du 28 décembre 2006 relative à la mise en place d'une Maison des Usagers au sein des établissements de santé
- Mise à disposition d'informations auprès des hospitalisés et de leurs proches
- Questions pour échanges avec professionnels
- Connaître le milieu associatif
- Accueil et écoute des associations dans le cadre de permanences organisées
- Connaissances entre les associations et des associations avec les professionnels
- Amélioration de la qualité de la prise en charge pour l'établissement de santé

La Maison des Usagers est un espace d'accueil d'échange, d'écoute, d'information pour les usagers des établissements de santé et des associations mais aussi d'expression libre, sans rendez-vous et confidentielle. Ce n'est ni un lieu de soins, ni un lieu de règlement institutionnel de conflits.

Une Maison des Usagers a été ouverte depuis novembre 2009, à la Chartreuse. Elle est située à côté de l'UMAO, à proximité de la bibliothèque du personnel. Une convention est établie entre le Directeur et chaque association.

Malgré le réel investissement institutionnel dans le domaine de la culture à l'hôpital et du partenariat avec les associations d'usagers, les projets sont encore insuffisamment connus et investis par les personnels soignants et intégrés dans les projets de prise en charge.

Les objectifs poursuivis :

- Intégrer les projets culturels et le partenariat avec les associations dans la vie des unités de soins et dans les projets de soins individualisés
- La culture à l'hôpital
 - Créer un pôle socio-culturel
 - Inciter les patients et les personnels à participer aux manifestations culturelles
 - Créer un espace culturel
- La maison des usagers
 - Informer sur :
 - les pathologies,
 - les traitements,
 - les droits : règles d'accès au dossier médical, modalités d'hospitalisation en psychiatrie,
 - la prévention: vaccinations, contraception, diététique,
 - les conduites à risque : infections sexuellement transmissibles, dépendances (alcool, tabac, drogues), hépatites, tuberculose, ...

Les leviers :

- La culture à l'hôpital
 - Le comité culturel
 - L'intégration d'un volet culture au projet de soins intégré au projet d'établissement
 - Comité de pilotage pour un espace culturel
 - Comité de pilotage pour un pôle socio culturel
 - Les conventions nationales et régionales
 - Les partenariats en place
- La maison des usagers
 - La désignation d'un cadre de santé référent de la maison des usagers

Les partenaires :

• La culture à l'hôpital

- La Direction régionale des affaires culturelles
- L'Agence régionale de santé de Bourgogne
- Les collectivités locales (Conseil Général, Le Conseil Régional, la ville de DIJON)
- L'office du tourisme
- La ville de Dijon
- L'association Itinéraires singuliers
- L'association des Amis de La Chapelle
- Tous les services de l'hôpital

• La maison des usagers

- Les associations qui participent aux permanences
- REVIVRE qui a pour but de sortir de l'isolement, de retrouver confiance en soi, de suivre certains loisirs en société.
- SOS HEPATITES qui a pour but de faire connaître les hépatites et d'aider à vivre avec la maladie.
- L'UNAFAM qui a pour but le soutien aux proches des Malades Psychiques.
- DEPENDANCES 21 qui a pour but la lutte contre l'alcool, la drogue et le tabac.
- Le collectif inter associatif sur la santé.

Ressources à mobiliser

• **Internes**

- Comité culturel
- Les directions fonctionnelles
- Les référents culturels
- Les équipes médicales et paramédicales

• **Externes**

- Les partenaires
- Les artistes

Résultats attendus

• La culture à l'hôpital

- Participation des patients et des personnels aux manifestations culturelles
- Création de l'espace culturel
- Création d'un pôle socio culturel

• La maison des usagers

- Intégration de la maison des usagers à un pôle socio culturel
- Taux de fréquentation amélioré de la maison des usagers

Pilote : Michelle BICHON

1. Contexte

Introduite en France au cours des années 1970, d'abord comme une possibilité pour l'amélioration de la qualité des soins, la recherche clinique infirmière est une discipline des soins infirmiers relevant du rôle propre. Située dans le champ des pratiques des sciences humaines et sociales, de la santé publique, son activité se centre sur la mise en théorie de concepts de soins en lien avec les courants de pensée infirmière actuels. Les thématiques des recherches portent autant sur la philosophie et l'éthique de soins, que sur la sécurité des patients, des problématiques de santé publique à des niveaux communautaires, les technologies de soins, les processus d'interactions existant dans les soins, la prévention et la promotion de la santé. Le soin en psychiatrie est multiple, il nécessite une constante remise en cause des certitudes pour s'adapter aux besoins des personnes soignées. Développer la recherche en soins en psychiatrie peut contribuer à faire reconnaître les qualités de créativité, et d'expérimentation des soignants comme facteurs d'amélioration du bien-être des patients.

2. Propositions

- Mesurer l'impact d'un programme psycho-éducatif en hygiène bucco-dentaire sur la qualité de vie des patients schizophrènes
- Faire connaître et reconnaître les actions innovantes en matière de soins à travers des publications dans les revues professionnelles
- Initier un projet de recherche et une méthodologie transférable à d'autres projets > pratiques avancées.
- Valorisation : faire connaître et faire évoluer la formation

Liens avec projets du CPOM :

Orientation N°11 : Assurer les missions du service public confiées à l'établissement.

🚦 **Fiche 17 :** Programme de recherche épidémiologique/état buccodentaire en psychiatrie.

Liens avec les autres projets :

- Ensemble des groupes du projet médical dans le cadre des pratiques avancées ou des projets innovants.

La problématique :

Introduite en France au cours des années 1970, d'abord comme une possibilité pour l'amélioration de la qualité des soins, la recherche clinique infirmière est une discipline des soins infirmiers relevant du rôle propre.

Située dans le champ des pratiques des sciences humaines et sociales, de la santé publique, son activité se centre sur la mise en théorie de concepts de soins en lien avec les courants de pensée infirmière actuels. Les thématiques des recherches portent autant sur la philosophie et l'éthique de soins, que sur la sécurité des patients, des problématiques de santé publique à des niveaux communautaires, les technologies de soins, les processus d'interactions existant dans les soins, la prévention et la promotion de la santé. Le soin en psychiatrie est multiple, il nécessite une constante remise en cause des certitudes pour s'adapter aux besoins des personnes soignées. Développer la recherche en soins en psychiatrie peut contribuer à faire reconnaître les qualités de créativité, et d'expérimentation des soignants comme facteurs d'amélioration du bien-être des patients.

Les objectifs poursuivis :

- Mesurer l'impact d'un programme psycho-éducatif en hygiène bucco-dentaire sur la qualité de vie des patients schizophrènes
- Mettre en œuvre à travers la réalisation d'un protocole de coopération entre professionnels de santé, un transfert de compétences du chirurgien-dentiste vers l'infirmière dans le domaine du dépistage des pathologies bucco-dentaires
- Faire connaître et reconnaître les actions innovantes en matière de soins à travers des publications dans les revues professionnelles
- Fiches pratiques avancées en psychiatrie

Les enjeux :

- Initier un projet de recherche et une méthodologie transférable à d'autres projets > pratiques avancées.
- Valorisation : faire connaître et faire évoluer la formation
- Spécificité

Les leviers :

- Centre de documentation présent, dynamique et envie de la Direction des Soins
- Réseau Soins Somatiques et ressources internes
- Fiches projets
- Politique nationale développement de recherche clinique

Les partenaires :

- GRIEPS : formations et outils e-learning
- ARSI
- Revue Santé Mentale
- IFSI
- Université

Ressources à mobiliser :

• **Internes**

- Personnels formés à l'éducation thérapeutique ainsi que les cadres
- Praticiens Hospitaliers

• **Externes**

- Financement PRCI
- Formation Continue
- ARS (Conseillères techniques en soins)

Résultats attendus :

- Participation étude épidémiologique
- Publication d'articles
- Validation du transfert de compétences
- Rédaction de guides pédagogiques
- Elaboration d'un support de formation : Didacticiel

V. CONCLUSION

Le Projet de Soins intervient dans un contexte de changement externe et interne où il est nécessaire de rationaliser l'offre de soins, son organisation et son management.

Sa réussite sera dans les années à venir le fruit d'un travail collectif et pluriel en collaboration et en lien avec les projets déclinés dans le Projet d'Etablissement et plus particulièrement en lien étroit avec le Projet Médical et le Projet Qualité.

5. PROJET DE GESTION

I. INTRODUCTION

Ce projet de gestion 2015-2019 s'inscrit dans le cadre budgétaire de plus en plus contraint que connaissent les hôpitaux publics et, plus généralement, la situation économique nationale. Malgré ce contexte difficile, avec l'exigence préalable de l'équilibre budgétaire, ce projet s'efforce d'étudier la possibilité de dégager des marges financières par un meilleur suivi comptable, la recherche de gains de productivité et par la sollicitation de nouvelles sources de financement.

La première des sept grandes orientations rappelle que l'équilibre budgétaire est la base de la comptabilité publique. Le développement de la comptabilité analytique vient tout de suite après car c'est un préalable pour mettre en œuvre les autres grandes orientations.

Le Projet d'établissement aura d'autant plus de chances de réussite que le niveau des recettes de l'hôpital sera conforté.

La poursuite de la démarche Fiabilisation des comptes est l'axe principal d'une comptabilité de qualité, conforme à la réglementation et adaptée au contexte de l'établissement.

Il est important de communiquer d'une façon claire et accessible les informations budgétaires afin de garantir le climat de confiance exigé par la nouvelle gouvernance.

Le Projet de gestion 2015-2019 s'inscrit dans la continuité du précédent, à savoir la prise en compte de la nouvelle gouvernance de l'hôpital public organisée en pôles avec une politique de contractualisation.

Enfin, ce sera notre dernière orientation, l'amélioration du suivi comptable des flux budgétaires entre le Budget général et les budgets annexes afin que les enveloppes financières des activités sanitaires et médico-sociales soient le plus justement réparties.

II. LES ORIENTATIONS

AXE 1 – MAINTENIR TOUS LES EQUILIBRES BUDGETAIRES

Le maintien de l'équilibre budgétaire annuel reste l'objectif principal du projet de gestion pour les cinq années 2015 à 2019 et ce, quelle que soit l'évolution de la contrainte budgétaire nationale qui est annoncée de plus en plus restrictive.

1. Garantir l'équilibre budgétaire de court terme (EPRD)

Il est important de préciser que ce maintien de l'équilibre budgétaire annuel doit être réalisé au niveau du budget général et de chacun des cinq budgets annexes. Autrement dit, l'équilibre budgétaire consolidé de l'établissement doit être la somme des six équilibres correspondant à chacun des budgets et non la somme d'éventuels déficits de certains budgets compensés par les excédents des autres.

Pour le Budget général en particulier, bien qu'il n'y ait pas d'obligation réglementaire, la tendance serait de faire en sorte que chaque titre de dépenses puisse conserver son équilibre propre. Sauf exception, il n'est pas envisagé de transférer des crédits d'un titre vers un autre. A titre indicatif, le tableau ci-dessous reprend la proportion de chacun des titres de dépenses par rapport au total du budget d'exploitation :

Budget général H - Part des titres de dépenses à l'EPRD initial					
Titres de dépenses	2010	2011	2012	2013	2014
T1 Personnel.....	83,5%	83,6%	83,7%	83,0%	82,9%
T2 Médical.....	1,8%	1,8%	1,8%	1,7%	1,8%
T3 Hôtelier.....	9,9%	9,6%	9,7%	9,6%	10,0%
T4 Financier.....	4,8%	5,0%	4,9%	5,7%	5,3%
Total des Dépenses	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Le budget de la Maison des Adolescents doit garder aussi son propre équilibre même s'il reste inclus dans le Budget général.

2. Contrôler l'équilibre des sections tarifaires des budgets annexes

Réglementairement, les trois sections tarifaires des budgets annexes B de l'USLD et E de l'EHPAD et les deux sections des budgets P1 du SAMSAH et P2 du FAM doivent assurer chacune leur propre équilibre budgétaire. Pour mémoire, le budget annexe P0 du CSAPA n'a qu'une seule section tarifaire.

Les particularités des sections tarifaires des budgets annexes USLD et EHPAD reposent sur les clés de répartition suivantes avec la contrainte supplémentaire que le prix de journée de l'hébergement doit rester le même pour les deux structures quels que soient le montant respectif des dépenses et le nombre de journées réalisées :

- Pour le budget SAMSAH, le déséquilibre des financements est structurel entre la section soins et la section sociale parce que les personnels travaillent en binôme éducateur/infirmier et que la section sociale doit prendre en charge toutes les dépenses autres que celles

relatives aux soins, notamment logistiques et générales. Le rapport de la masse budgétaire section soins / section sociale est actuellement de 60/40 alors que dans le projet initial il était de 47/53. Ainsi, un rattrapage de financement pour la section sociale est attendu dans les prochaines années.

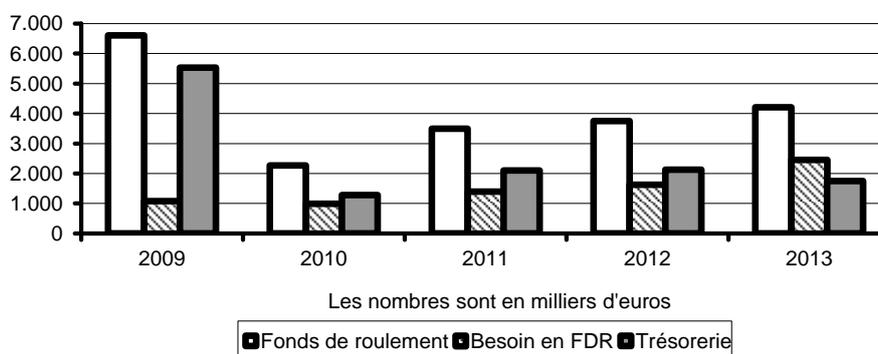
- Pour le budget FAM, la problématique est la même pour ce qui est de la proportion des masses budgétaires des sections soins et hébergement. Cependant, le déséquilibre semble beaucoup plus important car le rapport budgétaire section soins/section hébergement est de 50/50 alors que la section hébergement, en plus de son effectif de personnel, doit supporter tous les frais d'alimentation, de blanchissage, d'énergie, d'entretien et de maintenance des installations, etc... Par conséquent, un rattrapage de financement au bénéfice de l'hébergement est attendu dans les prochaines années.

3. Fortifier l'équilibre budgétaire de long terme (Plan Global de Financement Pluriannuel)

Le PGFP vérifie sur cinq ans que l'évolution des sections d'exploitation est compatible avec les projets d'investissement. A l'EPRD 2014, tous les projets d'investissement prévus durant la période 2015-2019 seront autofinancés, c'est-à-dire sans recours à un emprunt supplémentaire.

Le maintien des équilibres budgétaires annuels favorise l'équilibre de long terme mais ne le garantit pas obligatoirement. C'est pourquoi le PGFP permet aussi de contrôler que les projets d'investissements sont bien coordonnés avec les budgets d'exploitation, notamment pour ce qui est de la charge d'amortissements du titre 4 des dépenses.

Evolution des masses du bilan de 2009 à 2013



Au sein du Titre 4, la courbe décroissante des intérêts d'emprunt à laquelle s'ajoute le remboursement anticipé d'un emprunt permettra la hausse des amortissements, c'est-à-dire des possibilités supplémentaires d'investissement avec un effet de levier d'une moyenne d'1€ d'amortissement pour 10€ d'investissement.

La particularité d'un hôpital public en matière de comptabilité analytique, notamment d'un établissement spécialisé en psychiatrie, est l'importance des charges fixes qui représentent environ 90% pour seulement 10% de charges variables directement en fonction de l'activité. L'autre particularité est la diversité des unités d'œuvre qui relèvent de l'activité médicale, médico-technique, technique, logistique et administrative.

1. Déterminer les unités d'œuvre et évaluer leur coût unitaire

Le choix des unités d'œuvre des prestations sanitaires est lié aux indicateurs. Contrairement à l'activité des établissements MCO, il n'y a pas officiellement d'indicateur synthétique d'activité (point ISA) pour les hôpitaux psychiatriques. La MEAH a recensé 19 indicateurs d'activité, 12 indicateurs d'analyse et 30 indicateurs d'efficience pour la psychiatrie, c'est dire la complexité de vouloir mesurer les différentes modalités de prise en charge.

La base de la comptabilité analytique de l'établissement sera celui du compte administratif retraité (CAR) dont les consignes sont fixées par le Ministère pour tous les hôpitaux. Dans la période considérée, il n'est pas envisagé d'utiliser d'autres méthodes mais plutôt d'approfondir et de préciser celle du CAR afin de garantir une cohérence d'ensemble. En effet, si les règles de la comptabilité générale sont précises, codifiées et leur application contrôlée par la Trésorerie, celles de la comptabilité analytique sont établies en fonction des objectifs à atteindre qui peuvent varier en fonction de la politique d'attribution des ressources de chaque établissement.

Le choix de garder comme base les règles de la comptabilité analytique du CAR encourage leur adoption par tous, évitant leur remise en cause parce qu'elles sont déjà largement diffusées et partagées. De plus, cela permettra de comparer les coûts unitaires non seulement en interne mais aussi par rapport à d'autres établissements de mêmes catégories d'activités ce qui est nécessaire en matière d'analyse comptable.

2. Calculer le prix de revient des principales activités

Compte tenu de la multiplicité des indicateurs de l'activité psychiatrique, dans un premier temps, il convient de s'en tenir à la réglementation qui nécessite de calculer des tarifs journaliers de prestations (TJP) pour permettre la facturation. Par conséquent, le choix des unités d'œuvre sera le suivant pour les prestations sanitaires afin de déterminer les différents prix de revient de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile :

- Pour la prise en charge à temps complet :
 - o La journée d'hospitalisation complète (HC).
- Pour la prise en charge à temps partiel :
 - o La venue en hôpital de jour (HJ).
 - o La venue en hôpital de nuit (HN).
- Pour la prise en charge ambulatoire :
 - o L'acte de CATTP ;
 - o La consultation médicale spécialisée, sachant que pour cette dernière le tarif sera celui fixé réglementairement par lettre-clé.
- Pour les activités médico-techniques, les principales unités d'œuvre sont :
 - o Le laboratoire d'analyses médicales biologiques : le B et le BHN.
 - o L'imagerie médicale : ICR d'imagerie.
- Pour les activités logistiques, les principales unités d'œuvre sont :
 - o La blanchisserie : le nombre de kilos de linge.
 - o L'alimentation : le nombre de repas servis.

- Les services hôteliers : le nombre de m2 SHOB.
- Les transports sanitaires : le nombre de courses.
- L'entretien et la maintenance : le nombre de m2 SHOB.
- Le système informatique : le nombre de postes.
- Etc...

Il y a deux avantages principaux à rester dans le cadre normatif de la comptabilité analytique : celui de justifier les tarifs de prestations de l'établissement à ces prix de revient ce qui est une obligation réglementaire et celui de pouvoir se comparer à d'autres établissements ayant des activités similaires.

3. Corréler la comptabilité analytique avec l'information DIM

La comptabilité analytique est source d'informations pour améliorer l'allocation des moyens en fonction de l'activité malgré le fait que seulement 10% des coûts sont considérés comme variables, cela permettra déjà quelques corrections pour un meilleur fonctionnement. Une corrélation entre la comptabilité analytique et le recueil des statistiques RIM-Psy doit s'établir afin de déterminer quelques indicateurs d'efficience.

Malgré ces difficultés d'analyse et même si le résultat risque de n'être que des corrections à la marge, il y a nécessité à déterminer des critères ou indicateurs mesurant l'allocation des ressources. Ce sera l'un des enjeux des prochains contrats de pôle.

Il est utile de revenir sur l'intérêt d'avoir un indicateur synthétique d'activité, d'autant plus que la région Bourgogne a la chance d'utiliser celui de la journée pondérée :

Evolution du critère de la journée pondérée				
Libellés	1998	2003	2005	2013
Psychiatrie générale				
Hospitalisation complète	1,00	1,00	1,00	1,00
Hospitalisation partielle	0,50	0,58	0,70	0,70
Séances CATT* [*]	0,20	0,35	0,35	0,35
Actes ambulatoires	0,20	0,35	0,35	0,35
Psychiatrie infanto-juvénile				
Hospitalisation complète	1,00	1,28	1,28	1,28
Hospitalisation partielle	0,50	1,12	1,12	1,12
Séances CATT* [*]	0,20	0,44	0,56	0,44
Actes ambulatoires	0,20	0,44	0,44	0,44

*Les CATT ont été reclassés en prise en charge à temps partiel en 2005 puis de nouveau en prise en charge ambulatoire en 2013

1. Préserver les financements de l'Assurance Maladie

Depuis 2007, est en cours d'élaboration un nouveau mode de financement des activités en psychiatrie appelé « Valorisation des Activités en Psychiatrie » (VAP) comprenant quatre compartiments :

- Un compartiment « géo-populationnel » prenant en compte les facteurs géographiques ;
- Un compartiment « missions d'intérêt général » ajoutant à celles du MCO, certains fonctionnements et prises en charge spécifiques à la psychiatrie ;
- Un compartiment « tarification à l'activité » s'appuyant sur le RIM-Psy ;
- Un compartiment « médicaments coûteux ».

Malheureusement, les analyses préalables à la mise en place de la VAP, notamment l'étude nationale des coûts, ont pris du retard ou bien non pas été encore concluantes quant à l'existence de groupes homogènes de patients ou de séjours. Actuellement, il n'y a plus de calendrier officiel de mise en œuvre.

En attendant la VAP, les recettes du Budget général H restent assurées à près de 85% par la Dotation Annuelle de Financement (DAF) dont le taux de reconduction a fortement diminué, comme le montre le tableau ci-dessous, et est même devenu négatif en 2014 avec la mise en réserve de 396.591€ :

Budget de reconduction du CH La Chartreuse en 2014				
Libellés	2011	2012	2013	2014
Base de début d'année	49.417.679	50.145.639	50.604.070	51.027.715
Mesures de reconduction	612.359	543.411	539.743	581.536
Effort d'économies	-139.148	-316.111	-287.254	-371.476
S/total moyens de reconduction	473.211	227.300	252.489	210.060
Taux de reconduction	0,96%	0,45%	0,50%	0,41%
Mise en réserve des crédits DAF				-396.591
S/t 2 moyens de reconduction				-186.531
Taux de reconduction corrigé				-0,37%

Prenant en considération le retard de la VAP et l'évolution modeste de la DAF, l'ARS Bourgogne met en place un groupe de travail afin d'étudier sur quels critères pourrait se moduler une meilleure répartition de la DAF entre les établissements psychiatriques et les hôpitaux généraux ayant une activité de psychiatrie.

Par ailleurs, avec la création du FIR (Fonds d'Intervention Régional) le Ministère reconstitue une marge de manœuvre financière à l'échelon régional autorisant les ARS à des actions plus ciblées localement.

Enfin, depuis octobre 2013, l'unité Eole, relevant désormais d'une activité d'addictologie du champ MCO, est maintenant financée par la T2A (Tarification A l'Activité). Les financements de l'Assurance Maladie deviennent donc de plus en plus diversifiés et non reconductibles automatiquement d'une année sur l'autre, ce qui implique une vigilance particulière pour les préserver.

2. Surveiller le montant des produits hospitaliers

Rappelons que le Titre 2 des produits hospitaliers comprend la facturation du ticket modérateur laissé à la charge des mutuelles, assurances privées et particuliers ainsi que le forfait journalier.

Le Titre 2 des produits hospitaliers nécessite une surveillance particulière car après avoir fortement augmenté jusqu'en 2008, puis ayant connu une phase de plateau de quelques années, il a tendance à baisser depuis 2012. Les causes sont connues :

- D'abord, la forte augmentation due principalement à la hausse des tarifs et plus secondairement à celle de l'activité de l'hospitalisation complète avec une occupation très importante de lits d'appoint.
- Puis, la diminution plus lente par une stabilisation puis baisse des tarifs et reclassement des CATTP d'activité de prise en charge à temps partiel en prise en charge ambulatoire.

Les recettes T1 et T2 de l'activité hospitalière				
Années	Recettes T1 DAF + T2A	Recettes T2 Prod. Hosp.	Recettes T1 + T2	Part T2 / T1 + T2
CF 2005	45.572.879	2.974.450	48.547.329	6,1%
CF 2006	46.100.959	3.359.118	49.460.077	6,8%
CF 2007	46.984.127	3.902.065	50.886.192	7,7%
CF 2008	47.966.151	5.118.411	53.084.562	9,6%
CF 2009	48.884.717	4.825.430	53.710.147	9,0%
CF 2010	49.574.746	5.017.269	54.592.015	9,2%
CF 2011	50.173.092	4.921.556	55.094.647	8,9%
CF 2012	50.634.818	4.673.990	55.308.808	8,5%
CF 2013	51.724.828	4.603.461	56.328.289	8,2%
EPRD 2014	52.177.715	4.500.000	56.677.715	7,9%
Moyenne	48.979.403	4.389.575	53.368.978	8,2%

La diminution programmée des tarifs journaliers de prestations (TJP) du fait de leur surestimation par rapport aux prix de revient va constituer un handicap certain sur plusieurs années qui sera difficilement compensée par une hausse de l'activité qui est déjà très soutenue. Des recettes T2 nouvelles pourraient être les suivantes :

- Compléter la facturation de toutes les consultations médicales auprès des patients externes des CMP aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile dès lors que le tiers payant peut être assuré ;
- Etudier la possibilité de facturer le choix par le patient d'une chambre individuelle dans des cas bien précis et bien déterminés à l'avance.

Après l'activité et le tarif, le 3^{ème} facteur déterminant du montant des recettes T2 est le taux de facturabilité, c'est-à-dire le rapport entre les produits hospitaliers et le total de la facturation hospitalière (caisse pivot et T2A comprises). Ce taux peut paraître relativement stable dans le temps mais il est très sensible car une variation de +/- 0,10% entraîne une variation de recettes de +/- 80.000€.

Evolution du taux de facturabilité							
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Moyenne
5,82%	6,21%	5,78%	5,80%	5,73%	5,61%	5,61%	5,79%

Ceci étant dit, il faut souligner que dans l'intérêt financier des patients il est préférable que ce taux de facturabilité soit le moins élevé possible ce qui indiquerait qu'un maximum de prise en charge Assurance maladie a bien été effectué.

3. Optimiser les recettes subsidiaires

Le Titre 3 des recettes sont celles qui ne sont pas liées directement à l'activité hospitalières, elles sont appelées autres produits ou bien recettes subsidiaires ou atténuatives car constituées, pour plus des ¾, de remboursements de dépenses déjà effectuées :

Budget H - Titre 3 des Recettes subsidiaires				
Comptes	CF 2012	CF 2013	EPRD 14	
Remboursements de dépenses	3.435.125	3.438.345	2.469.334	77%
Opérations comptables	970.974	1.672.750	230.500	7%
Subventions	347.750	347.150	390.100	12%
Recettes supplémentaires	100.665	185.157	96.492	3%
Total T3 Recettes subsidiaires	4.854.513	5.643.402	3.186.426	100%

Parmi les remboursements de dépenses, il y a la facturation des diverses prestations logistiques au profit de tiers, en particulier l'alimentation. Certes, il s'agit de remboursements de dépenses déjà effectuées, ce qui laisserait à penser une opération financière neutre. Néanmoins, cela génère aussi des économies d'échelle, ne serait-ce par l'amortissement plus large des installations, même si elles restent difficiles à évaluer.

Le poste Subventions s'est développé ces dernières années, en particulier au bénéfice de l'Adosphère, et le financement par le FIR. D'autres sources de subventions sont attribuées ou en cours, mais d'une manière non reconductible : subventions d'actions sociales par la Préfecture, les Pièces jaunes, subventions culturelles, etc...

D'autres recherches de nouvelles sources de financement sont envisagées, notamment en matière de subventions d'organismes publics intéressés par les prestations sanitaires et sociales de l'établissement.

Les recettes subsidiaires considérées comme supplémentaires restent relativement limitées. Cependant, à l'exemple des recettes générées par la gestion des Tutelles, des recettes nouvelles pourraient provenir dans le fait d'assurer certaines missions administratives pour d'autres établissements avec facturation, grâce au savoir-faire des équipes.

Dans le cadre de la démarche de la fiabilisation des comptes, un engagement partenarial a été signé pour les années 2013 à 2015 entre la Direction Régionales des Finances Publiques (DRFiP), la Trésorerie et le CH La Chartreuse avec deux grands chapitres : l'amélioration de l'efficacité des procédures aussi bien en matière de dépenses que de recettes et de la qualité comptable pour permettre une meilleure lisibilité des comptes.

1. Améliorer l'efficacité des procédures en dépenses et recettes

L'amélioration de l'efficacité des procédures passe par l'optimisation de la chaîne du paiement des dépenses car si l'établissement respecte bien le délai réglementaire de 50 jours, dont 15 jours pour le délai de paiement réservé à la Trésorerie, il est possible de le réduire, ce qui favoriserait de bonnes relations avec les fournisseurs, éventuellement d'obtenir des conditions financières favorables et surtout d'éviter les intérêts moratoires. Par ailleurs, il est étudié la possibilité de procéder au paiement par prélèvement automatique.

De même pour les recettes, l'optimisation de la chaîne de leur recouvrement peut s'appuyer sur les modes de paiement que sont la carte bancaire ou le prélèvement automatique, particulièrement bien adapté pour ce dernier pour les résidents des Vergers.

Pour les échanges d'informations entre l'Hôpital et la Trésorerie, un projet technique très important sera le passage au Protocole d'Echange Standard d'Hélios Version 2 (PES V2) qui permettra :

- Une extension du périmètre de la dématérialisation non seulement aux documents comptables mais aussi aux pièces justificatives ainsi que la signature électronique ;
- Une simplification et une accélération des échanges d'informations en réduisant les délais et les coûts.

Une optimisation du fonctionnement de chaque régie sera recherchée après un diagnostic individualisé pour mieux s'adapter aux besoins des usagers (proximité géographique et amplitude des horaires d'ouverture) et pour sécuriser la régularité des procédures.

2. Offrir une meilleure lisibilité des comptes aux décideurs

L'engagement partenarial implique un diagnostic annuel de la qualité des comptes de l'établissement. La méthode utilisée est celle de l'Indice de Qualité des Comptes Locaux (IQCL) dont le dernier indice connu classait l'établissement au niveau A (une note entre 18 et 20) :

Classement Indice IQCL				
Libellés	2010	2011	2012	Moyenne
Indice National	14,8	15,9	16,1	15,6
Indice Région Bourgogne	-	16,1	16,0	16,1
Indice Département 21	13,8	16,9	17,0	15,9
Indice CH La Chartreuse	17,8	18,5	18,1	18,1

Il s'agit là d'un indicateur mesurant une certaine qualité comptable et en aucun cas la qualité ou l'efficacité de la gestion. Bien que se situer au niveau A est un atout, ce n'est cependant pas en soi un objectif car dans l'IQCL, nombreux sont les critères purement formels.

Par exemple, parmi les points de faiblesse de la comptabilité de l'hôpital, il est souligné que les dotations aux comptes d'amortissement, les cessions de biens immobilisés et le transfert au compte

de résultat des subventions d'équipement reçues ne sont pas encore effectués avant le 31 décembre de l'exercice en cours. Il s'agit donc là d'améliorer simplement le calendrier sans remettre en cause le bien-fondé de ces opérations comptables.

La vision patrimoniale est un élément déterminant pour donner une image fidèle de la situation financière de l'établissement. Par conséquent, chaque compte de bilan fait l'objet d'une étude conjointe par la Trésorerie et l'Hôpital, c'est le pointage de l'actif qui a été réalisé et mis à jour désormais chaque fin d'exercice comptable. Cette analyse du haut du bilan, classe 1 des comptes de capitaux et classe 2 des comptes d'immobilisation, est complétée par une identification et une vérification de chacune des provisions. Pour ce qui est du suivi de la dette, il est d'autant plus facilité que le remboursement anticipé d'un emprunt en avril 2014 a réduit le capital restant dû à fin 2014 à un peu plus de 5M€.

Une attention particulière sera portée à l'examen de tous les comptes de tiers de la classe 4 comme par exemple :

- Les comptes d'imputation provisoire : les recettes perçues avant émission de titres et les dépenses à régulariser avec un objectif en clôture d'exercice d'avoir des soldes égaux à 0.
- Le principe de la comptabilité des engagements porte une attention particulière sur le suivi des charges et des produits rattachés au bon exercice afin de garantir un résultat d'exploitation au plus proche de la réalité.

3. Développer l'expertise comptable et financière

Le Trésorier est déjà l'expert-comptable et financier de l'établissement, son rôle et son appui sont appelés à se développer encore davantage. Il dispose d'informations financières utiles à l'établissement pour repérer ses forces et ses faiblesses et évaluer ses marges de manœuvres. Les études, individualisées, neutres et objectives, doivent permettre à l'établissement de procéder aux arbitrages nécessaires en vue de la mise au point de leurs différents projets.

Le tableau de bord financier (TBFEPS) réalisé par les services de la DGFIP comporte une présentation synthétique de la situation financière de l'hôpital. Il compare également avec les établissements de même catégorie (CHG, CHS, CHU, etc...). Avant la fin du 1^{er} semestre de chaque année, le Trésorier présente le tableau de bord financier de l'année n-1. De plus, toujours dans le cadre de cette expertise financière, une analyse rétrospective sur cinq ans permet d'identifier les points forts et les points faibles de la situation financière de l'établissement.

Par ailleurs, le Trésorier assure les fonctions d'information dans le domaine des marchés publics et de la TVA. Au-delà de son rôle de contrôle, il est l'interlocuteur de proximité de l'établissement pour une meilleure sécurité juridique des opérations souvent complexes et dont l'enjeu financier est important.

Le précédent Projet de gestion mettait l'accent sur la contractualisation des pôles, la délégation de gestion et la création d'une cellule d'analyse de gestion afin de favoriser le développement d'une culture commune de gestion. Le présent Projet de gestion continue et renforce ce partage de l'information budgétaire, notamment par la création d'une nouvelle instance : le Comité de suivi de l'EPRD et un nouvel outil : le module décisionnel de CPage.

1. Continuer l'instauration d'une culture commune de gestion

La contractualisation interne entre chacun des pôles et la direction de l'établissement a été mise en œuvre avec des contrats courant jusqu'à fin 2015. Chaque contrat dresse un rapide inventaire des moyens mis à disposition, détermine des objectifs en matière de qualité de la prise en charge et de suivi des dépenses déléguées. Enfin, il contient des modalités permettant au pôle de pouvoir bénéficier d'un intéressement s'il y a eu économie quant au respect du montant des dépenses déléguées.

La réunification en six pôles fédérateurs va dans le sens d'une rationalisation et d'une simplification. La cellule d'analyse de gestion animée par le Contrôleur de gestion est devenue un prestataire de services auprès des pôles par l'intermédiaire de tableaux de bord mensuels ou spécifiques. Les assistants de pôle et de gestion sont intégrés aux pôles et ont vocation à être des relais privilégiés d'information budgétaire et comptable.

Les pôles ont montré leur attachement à une politique d'intéressement qu'il convient donc de poursuivre et d'améliorer. Il sera proposé une poursuite de l'intéressement quant à la maîtrise du niveau des dépenses déléguées, mais dans un cadre plus contraint puisque le budget de l'établissement est lui-même plus strict et limité. Néanmoins, une amélioration de cette politique sera proposée sur la base d'un intéressement portant sur des indicateurs de qualité, liés directement ou indirectement à la prise en charge du patient. Le montant total de l'intéressement financier et qualité sera déterminé à l'avance et d'une façon forfaitaire compatible avec la rigueur budgétaire à laquelle sont soumis les établissements de santé.

2. Diffuser le module décisionnel CPage

Le développement d'une culture de gestion nécessite un partage de l'information budgétaire dans un cadre plus transparent et, dans la mesure du possible, en temps réel. Pour cela, l'établissement est l'un des premiers à mettre en œuvre le module décisionnel, une sorte d'infocentre simplifié, développé par le GIP CPage.

L'objectif est de mettre à disposition d'une part, de la direction générale et des directions fonctionnelles et, d'autre part, des pôles, un même ensemble d'indicateurs partagés issus d'informations en provenance principalement de CPage et de Cristal net, bien entendu anonymisées pour ces dernières.

Les informations d'activité, de ressources humaines et de dépenses médicales et logistiques seront centralisées et standardisées grâce à ce module décisionnel. Cette normalisation des données n'est nécessaire toutefois qu'au niveau de l'établissement, celui-ci gardera une autonomie pour pouvoir créer de nouveaux indicateurs en fonction de ses propres besoins.

Ce modèle décisionnel est dit « en étoile » acceptant à terme de construire des tableaux de bord en croisant différents domaines tels que l'activité et les effectifs par exemple. L'adaptabilité de cette application informatique est rendue possible grâce à de nombreux paramétrages et aussi grâce à l'intégration de données spécifiques hors des deux applicatifs principaux que sont CPage et Cristal net. Il donnera la possibilité de justifier à tout moment les chiffres obtenus avec la mise à disposition des informations détaillées dans un univers générique.

Ce module décisionnel sera aussi source d'informations pour les Responsables, les Assistants de pôle et les Assistants de gestion. Cette source commune avec l'administration de l'établissement sera facteur de transparence, de cohérence et de confiance dans le partage des informations. Son accès direct, mais sécurisé par login et mot de passe, offrira une réelle autonomie aux gestionnaires des pôles qui ne seront plus dépendants de la disponibilité immédiate de l'administration, cette dernière restant toujours par la Cellule du contrôle de gestion un interlocuteur pour les précisions ou les compléments d'information.

3. Partager régulièrement sur les informations budgétaires

Le partage d'informations entraîne ensuite la nécessité de pouvoir en discuter et, dans certains cas, d'en valider le contenu. Pour cela, une nouvelle instance a été créée à l'automne 2014: le Comité de suivi de l'EPRD qui se réunira chaque trimestre avant le Conseil de surveillance. Ce comité, présidé par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant le Directeur, est composé des Responsables et Assistants de pôle, des membres de l'équipe de Direction et des attachés et ingénieurs. En amont de cette nouvelle instance, se réunit une équipe technique qui réfléchit sur les données et indicateurs à partager et des comités opérationnels pour l'examen particulier de chaque pôle.

Selon l'ordre du jour des séances de ce comité de suivi seront présentés la situation budgétaire et financière globale de l'établissement, une analyse plus détaillée de tel ou tel type de dépenses qu'elles relèvent du personnel, du médical ou de l'hôtelier avec souvent un historique pour en souligner les évolutions. De plus, seront aussi présentés des supports à vocation pédagogiques mettant en lumière à la fois les contraintes réglementaires, les rigueurs budgétaires mais aussi les enjeux des projets et actions à mettre en œuvre.

Comme indiqué, des informations mensuelles, trimestrielles et annuelles sont mises à disposition des pôles par l'intermédiaire de la Cellule d'analyse de gestion. Puis, dans un proche avenir, grâce au module décisionnel CPage, les pôles pourront avoir accès directement à de nombreuses informations d'activité et de moyens mises à jour mensuellement ou trimestriellement.

Enfin, il est à noter que l'établissement va être aussi site pilote pour le nouveau module de comptabilité analytique que CPage a développé. Il est clair que c'est un avantage certain de rester dans un système d'information budgétaire unifié qui est garant de sa cohérence et de son efficacité.

Les premiers contrats de pôle ont été signés début 2008. Les contrats en cours l'ont été fin 2011 et couvrent la période 2012-2015. L'amélioration principale apportée au contrat de 2^{ème} génération a été d'établir des objectifs de qualité quant à la prise en charge du patient. Pour les contrats de 3^{ème} génération, il sera proposé un 2nd intéressement à la réalisation des objectifs portant sur la qualité.

1. Evaluer les dépenses déléguées des contrats de pôle

Dès les premiers contrats, il a été convenu une délégation de certaines dépenses associée à un intéressement si une économie était générée après une correction en fonction d'une activité réalisée par rapport à l'activité prévue. Avec les seconds contrats, le champ des dépenses déléguées s'est élargi pour être conforme à la réglementation (Art. R6146-8 du CSP), à savoir :

- Dépenses T1 de crédits de remplacement des personnels non permanents.
- Dépenses T2 de médicaments et de dispositifs médicaux.
- Dépenses T3 à caractère hôtelier.
- Dépenses T3 d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.
- Dépenses T1 de formation de personnel.

Les dépenses T4 dites financières que sont principalement les intérêts des emprunts et les amortissements ne peuvent être déléguées car elles sont pratiquement considérées comme des dépenses obligatoires pouvant, si nécessaire, être mandatées d'office.

L'évolution des dépenses déléguées a été la suivante :

Bilan des dépenses déléguées de 2008 à 2014					
Libellés	2008	2010	2012	Prév. 2014	Ecart 2014/2008
T1 - Personnel					
Dépenses totales du T1	44.389.454	47.257.180	49.224.707	50.680.361	6.290.907
Dépenses déléguées T1	0	0	218.312	162.913	162.913
% des dépenses déléguées T1	0,0%	0,0%	0,4%	0,3%	2,6%
T2 - Médical					
Dépenses totales du T2	989.327	1.141.052	1.289.146	1.017.783	28.456
Dépenses déléguées T2	847.574	943.957	1.087.647	981.023	133.449
% des dépenses déléguées T2	85,7%	82,7%	84,4%	96,4%	469,0%
T3 - Hôtelier					
Dépenses totales du T3	6.028.414	5.856.453	6.368.465	6.022.882	-5.532
Dépenses déléguées T3	278.444	479.977	436.463	515.530	237.086
% des dépenses déléguées T3	4,6%	8,2%	6,9%	8,6%	-4285,7%
T1 + T2 + T3					
Dépenses totales des T1+T2+T3	51.407.195	54.254.685	56.882.318	57.721.026	6.313.831
Dépenses déléguées	1.126.018	1.423.934	1.742.422	1.659.466	533.448
% des dépenses déléguées	2,2%	2,6%	3,1%	2,9%	8,4%

Le total des dépenses déléguées évite le doublon que constitue la délégation des produits pharmaceutiques qui font l'objet d'une délégation au niveau de chaque pôle médical et d'une délégation générale pour le pôle E.

Certes, la part des dépenses déléguées reste modeste pour environ 3% par rapport au budget total, mais elle a fortement progressé en valeur absolue de plus de 500.000€, grâce notamment à la délégation des crédits de personnel de remplacement.

2. Agrandir le champ de la contractualisation

Bien que le champ des dépenses déléguées corresponde déjà à la réglementation, il est envisagé la possibilité de l'agrandir afin que l'engagement de la dépense soit toujours au plus près de la personne responsable.

Il y a une fongibilité des dépenses déléguées au niveau de chaque titre, T1 pour les dépenses de personnel, T2 pour les dépenses médicales et T3 pour les dépenses logistiques. Dès lors que toutes les dépenses déléguées relèvent de comptes budgétaires dits évaluatifs, il sera étudié la possibilité d'une fongibilité non plus au niveau du titre mais au niveau du total général par pôle.

Durant ces cinq ans, sans attendre la mise en œuvre de la VAP, ce suivi budgétaire par pôle sera complété par une évaluation des recettes avec l'objectif d'établir un compte de résultat d'exploitation pour chacun des pôles. L'augmentation de certaines recettes pourrait alors autoriser une augmentation des crédits de dépenses déléguées.

Le suivi des dépenses déléguées sera facilité par l'accès direct au module décisionnel de CPage qui est en cours d'élaboration comme indiqué à l'axe 5. Il reste la problématique de l'éventuelle corrélation entre le montant des dépenses déléguées et le niveau des activités réalisées avec les deux obstacles suivants :

- Certes, il existe un indicateur synthétique d'activité qui est celui de la journée pondérée, mais il reste trop favorable à l'hospitalisation complète.
- Tant que la Valorisation de l'Activité Psychiatrique (VAP) ne sera pas mise en œuvre, il est risqué de corriger à la hausse le montant des dépenses déléguées en cas de surcroît d'activités des pôles alors qu'au niveau de l'établissement le budget reste le même.

3. Encourager la politique d'intéressement

Le bilan de la politique d'intéressement a été établi. Globalement, il est encourageant car chaque année une majorité de pôles a pu en bénéficier grâce aux économies générées, même si une baisse est constatée :

Bilan de l'intéressement							
Libellés	2008	2019	2010	2011	2012	2013	Ecart 2013/08
Total des T1 + T2 + T3							
Dépenses déléguées	1.126.018	1.358.878	1.423.934	1.543.580	1.742.422	1.595.195	469.177
Intéressement	41.908	67.388	24.544	9.820	24.190	11.988	-29.920

Il faut souligner que si l'objectif des dépenses déléguées au niveau du pôle était corrigé à la hausse en fonction d'une forte activité, par contre, au niveau de l'établissement, c'est toujours le principe du forfait de la DAF qui s'impose. Ceci peut expliquer le paradoxe d'une politique d'intéressement ayant fait ses preuves d'efficacité alors que la situation budgétaire de l'établissement devenait de plus en plus tendue.

La politique d'intéressement s'adaptera à l'évolution du suivi budgétaire, éventuellement au compte de résultat d'exploitation par pôle, mais surtout en tenant compte du contexte national de contrainte budgétaire de plus en plus forte. Mais les dépenses déléguées ne sont devenues qu'une partie de la contractualisation car celle-ci prend en compte d'autres indicateurs, notamment en matière de qualité de prise de charge.

Pour en terminer sur ce sujet, il a été remarqué un décalage s'accroissant chaque année entre l'attribution de l'intéressement et son utilisation. Une réflexion est en cours pour en comprendre les causes et apporter des simplifications dans la procédure et les choix de son utilisation. Le contenu de l'intéressement doit correspondre aux attentes des pôles tout en respectant les consignes réglementaires.

AXE 7 – AMELIORER LE SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE DES BUDGETS ANNEXES

Les remboursements des budgets annexes vers le budget général H constituent un enjeu de l'ordre de 1,3M€ en moyenne annuelle et une part relative qui peut être très importante selon les budgets.

Remboursements des budgets annexes vers le Budget général H						
Libellés	Budget H général	Budget B USLD	Budget E EHPAD	Budget P0 CSAPA	Budget P1 SAMSAH	Budget P2 FAM
Montant du budget	60.149.693	2.280.112	1.309.984	167.111	524.617	1.004.416
2011	-1.259.739	513.079	167.319	42.114	105.719	431.508
2012	-1.515.463	415.992	272.706	30.099	170.867	625.799
2013	-1.404.898	548.454	320.879	39.148	178.600	317.817
Prévision 2014	-1.020.000	469.000	250.700	200	100.600	199.500
Moyenne 2010-2014	-1.300.025	486.631	252.901	27.890	138.947	393.656
En % de chaque budget	2,2%	21,3%	19,3%	16,7%	26,5%	39,2%

1. Identifier tous les flux budgétaires budget général/budgets annexes

Chaque année, nous constatons un écart pouvant aller du simple au double entre les prévisions et les réalisations de ces remboursements qui s'explique avant tout par des difficultés comptables.

Remboursements des budgets annexes vers le Budget général H					
Libellés	2011	2012	2013	Prév. 2014	Ecart 2014/11
Budget B de l'USLD					
Dépenses de personnel	175.000	117.630	180.270	100.000	-75.000
Autres dépenses	338.079	298.362	368.184	369.000	30.921
Total du budget B de l'USLD	513.079	415.992	548.454	469.000	-44.079
Budget E de l'EHPAD					
Dépenses de personnel	0	113.000	170.823	100.000	100.000
Autres dépenses	167.319	159.706	150.056	150.700	-16.619
Total du budget E de l'EHPAD	167.319	272.706	320.879	250.700	83.381
Budget P0 du CSAPA					
Dépenses de personnel	42.000	30.000	39.000	0	-42.000
Autres dépenses	114	99	118	200	86
Total du budget P0 du CSAPA	42.114	30.099	39.118	200	-41.914
Budget P1 du SAMSAH					
Dépenses de personnel	80.000	149.760	178.000	100.000	20.000
Autres dépenses	25.719	21.107	600	600	-25.119
Total du budget P1 du SAMSAH	105.719	170.867	178.600	100.600	-5.119
Budget P2 du FAM					
Dépenses de personnel	370.920	559.186	268.428	150.000	-220.920
Autres dépenses	60.588	66.613	49.389	49.500	-11.088
Total du budget P2 du FAM	431.508	625.799	317.817	199.500	-232.008
Les 5 budgets annexes					
Dépenses de personnel	667.920	969.576	836.521	450.000	-217.920
Autres dépenses	591.819	545.887	568.347	570.000	-21.819
Total des 5 budgets annexes	1.259.739	1.515.463	1.404.868	1.020.000	-239.739

L'objectif est de réduire le montant de ces remboursements inter-budgets car c'est probablement le point le plus faible de notre comptabilité. Normalement, toutes les dépenses directes sont imputées sur chaque budget annexe et même sur chaque section tarifaire puisque la nomenclature des UF est suffisamment détaillée pour le permettre, c'est notamment le cas pour tous les produits suivis en stock.

Cependant, il faut souligner le cas particulier des budgets B de l'USLD et E de l'EHPAD dont l'imputation directe des dépenses est impossible dans la mesure où les lits de chacune des deux structures sont répartis aléatoirement en fonction du profil PATHOS des résidents. Dans ce cas, l'imputation s'effectue sur le seul budget de l'USLD, puis en fin d'année une répartition est opérée avec le budget EHPAD proportionnellement au nombre de lits selon la clé 56/44.

Les problèmes apparaissent surtout pour les dépenses indirectes qui sont d'abord comptabilisées sur le budget général H et ensuite remboursées par chacun des budgets annexes en fonction de l'unité d'œuvre comme par exemple le repas ou le kg de linge blanchi.

Outre l'application des règles purement comptables, il y a aussi la problématique de l'indépendance budgétaire de ces budgets annexes. Par exemple, il a fallu attendre la convention tripartite de 2007 pour qu'une opération sincérité des comptes permette aux structures USLD et EHPAD de retrouver une autonomie budgétaire par rapport au budget général H grâce à un ajustement financier de 331.670€ pour les sections soins, 88.560€ pour les sections dépendance et 323.770€ pour les sections hébergement.

2. Evaluer les frais de gestion de chaque budget annexe

Au remboursement des charges de personnel et logistiques, doit s'ajouter aussi ce qui est appelé les frais de gestion ou encore frais de siège, c'est-à-dire la part de la gestion administrative dont bénéficie un budget quand il est annexé à un budget général. C'est clairement un avantage pour le budget annexe qui, malgré la taille modeste de sa structure, partage avec le budget général la rationalisation des moyens par une économie d'échelle.

Cependant, ces frais de gestion sont des dépenses indirectes dont il est difficile de déterminer avec précision les unités d'œuvre : par exemple, il pourrait être envisagé de faire rembourser les frais de la gestion des ressources humaines à partir de l'unité d'œuvre que pourrait être le bulletin de paie mais le tableau précédent nous indique qu'environ 45% des remboursements de frais sont déjà des dépenses de personnel et notamment des remplacements dont la rémunération est imputée préalablement sur le budget général.

Deux méthodes de calcul sont possibles : au réel ou au forfait. La méthode au réel nécessiterait une comptabilité analytique détaillée, fastidieuse et en fin de compte coûteuse en ressources temps. Il est difficile d'envisager un relevé d'heures passées par l'ensemble des personnels administratifs sur tel ou tel budget.

Celle du forfait s'imposerait par sa simplicité. Le guide du retraitement comptable (RTS) utilise souvent la clé de répartition « l'euro des charges brutes » qui correspondent au total des charges affectées avant déduction des produits déductibles. Dans le cas des frais de gestion, cela pourrait être un taux appliqué au total de la classe 6 pour chacun des budgets annexes, excepté les charges exceptionnelles,

3. Soumettre une opération sincérité des comptes par budget annexe

Lors de la renégociation de la convention tripartite avec l'ARS Bourgogne et le Conseil Général de la Côte d'Or prévue en 2015, la question sera posée d'une nouvelle opération sincérité des comptes pour les budgets annexes de l'USLD et de l'EHPAD. Elle concernera la seule section hébergement et portera non seulement sur les frais de gestion, mais aussi sur la révision des prix unitaires des principales unités d'œuvre des prestations logistiques telles que l'alimentation ou la blanchisserie.

Il en sera de même pour le SAMSAH et le FAM. Comme indiqué dès la 1^{ère} orientation, leur équilibre budgétaire n'est pas encore bien stabilisé car ces deux structures n'ont pas atteint leur niveau d'indépendance financière. A titre d'illustration, ces deux structures ne rémunèrent pour l'instant pratiquement aucun personnel administratif. Par conséquent, c'est encore le Budget général H qui par sous-évaluation des prestations logistiques et administratives évite le déficit des sections hébergement de ces budgets annexes.

III. CONCLUSION

Préserver, développer et répartir équitablement les moyens budgétaires de l'établissement entre les activités existantes et nouvelles sont les principaux objectifs du Projet de gestion.

Cela nécessite une comptabilité générale fiable, respectueuse des textes réglementaires et une comptabilité analytique précise, adaptée à l'analyse des prix de revient des différentes activités.

Des informations comptables partagées et validées permettront des échanges dans une confiance mutuelle dans le cadre de la contractualisation avec les pôles.

Ce projet de gestion est perfectible, il sera amendé et complété tout au long de la période considérée.

6. SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SDSI)

PREAMBULE

Le présent schéma directeur du système d'information et de communication pour la période 2015-2019, élaboré dans le cadre de notre projet d'établissement, constitue un des axes majeurs de développement du Centre Hospitalier la Chartreuse.

Le bilan du précédent SDSI montre que le SI du CH s'est modernisé, a accru sa sécurité et a progressé dans l'informatisation de nouveaux domaines.

Les projets propres à l'établissement sont encore nombreux. La politique du système d'information et de communication du CH La Chartreuse est définie en prenant en compte les besoins exprimés des services de l'établissement. Elle est également très attentive aux exigences de la politique nationale que ce soit au regard de la certification ou du programme hôpital numérique. La progression attendue assurera un niveau de maturité reconnu.

Enfin l'établissement reste attentif aux projets régionaux pilotés par le GCS E-Santé Bourgogne très prometteurs en termes d'ouverture vers des collaborations inter établissements.

BILAN DU PRECEDENT SDSI

Le précédent SDSI couvrait la période 2009 – 2013. Les enjeux prioritaires ciblaient la sécurité informatique et notamment son infrastructure vieillissante. Des efforts importants tant humains que financiers ont permis de stabiliser la sécurité du SI même si les événements liés aux inondations de l'Ouche en mai 2013, provoquant une interruption de service du système d'information de 5 jours, ont démontré la nécessité de déménager la salle serveurs en d'autres lieux.

Les réalisations notables de ce précédent SDSI sont les suivantes :

Sécurisation du SI

Les nouvelles technologies en matière d'infrastructure informatique ont permis de sécuriser la salle serveurs. Les serveurs physiques vétustes ont été abandonnés au profit d'une architecture virtualisée permettant de mutualiser les ressources systèmes et l'espace de stockage nécessaires aux applications. 6 serveurs physiques et 3 espaces de stockages (SAN) associés à l'outil de virtualisation VMWare permettent ainsi de gérer plus de 70 environnements applicatifs (machines virtuelles). La haute disponibilité de l'infrastructure est assurée en cas de défaillance d'un équipement de celle-ci (switch, serveur, disque d'un SAN, carte réseau, etc). Le risque de coupure d'une application en cas de défaillance de l'infrastructure est de ce fait bien réduit. Le risque ne couvre toutefois pas les aléas techniques liés à une interruption de service longue de l'électricité, une crue ou un incendie.

Un robot de sauvegarde a également été installé avec un logiciel spécifique de sauvegarde (Timenavigator). La solution Sophos antivirus assure la sécurité virale du système d'information.

Le parc matériel (480 ordinateurs, 80 copieurs, 57 téléphones portables) vétuste a été totalement renouvelé. Le parc de photocopieurs s'est étendu au sein des unités de soin (Appel d'offre pour l'acquisition et la maintenance de photocopieurs).

Des actions ponctuelles visant à sensibiliser les utilisateurs à la sécurité des données ont également été assurées.

La mise en œuvre d'un outil de filtrage web permet de filtrer les sites interdits, de tracer les usages d'internet et de responsabiliser les internautes sur l'usage d'internet (usurpation possible par l'utilisateur de sites jugés non professionnels).

La charte informatique est désormais intégrée au règlement intérieur la rendant opposable à l'agent. Elle est disponible sur l'espace intranet et elle est proposée à la signature électronique pour tout utilisateur internet.

Dossier médical

Les travaux de CristalNet progressent également avec l'arrivée de nouvelles informatisations : transmissions ciblées, gestion des agendas médecins et rendez-vous patients (module DRDV), saisie de l'activité MCO d'EOLE, serveur de résultat de biologie (module STARE).

Modernisation de Cpage : forte collaboration du CH la Chartreuse aux travaux du GIP

Cpage

Plusieurs conventions ont été rédigées entre notre éditeur (GIP Cpage) et notre établissement. L'objectif de ces conventions étant de définir les prestations de chacune des parties dans la mise en œuvre de la nouvelle version de Cpage : **CPAGE-i**. Le CH La Chartreuse, désigné alors site pilote, s'engage ainsi à tester toutes les fonctionnalités de l'application. Le GIP s'engage à faire évoluer son produit jusqu'à une maturation jugée acceptable par le CH la Chartreuse pour envisager sa mise en production au sein de l'établissement. A l'issue de cette validation par le CH la Chartreuse, le GIP s'autorise alors de le diffuser aux autres établissements membres du groupement.

Un 1^{er} travail a vu le jour avec les équipes de la DSET et des finances permettant la mise en production du processus DPI (Demande de produits), puis de la gestion des stocks, du budget et en 2014 du processus achat-i (commandes, réception, liquidation, mandatement).

Un 2^{ème} travail a été mené au sein des tutelles avec une mise en production de Cpage-i Tutelles en juin 2014.

Une autre convention contractualise l'engagement de la DRH pour la diffusion de Cpage-i RH avec un passage en production prévu pour l'automne 2014.

Ces projets ont reçu l'aval de chaque direction concernée. La participation active des acteurs de terrain a été appréciée du GIP Cpage. Jusqu'alors ces mises en œuvre donnent entière satisfaction aux utilisateurs abandonnant les transactions de Cpage V2 au profit de menus et d'écrans intuitifs et modernes.

Communication

La communication interne de l'établissement a également été revue par la mise en œuvre de deux marchés successifs initiés par le GCS E-santé Bourgogne au sujet d'un réseau privé virtuel (VPN) de santé. Les réseaux de santé « Clonys » puis « Net San'T Bourgogne » ont ainsi permis une communication sécurisée entre notre site principal et nos structures distantes. Désormais l'établissement est relié en très haut débit par une fibre de 10M à l'opérateur Adista, détenteur du marché.

Les marchés liés à la téléphonie ont également été renouvelés :

- maintenance des systèmes de téléphonie par Nextiraone
- téléphonie mobile par l'acquisition de Smartphones performants et de postes GSM ; l'opérateur retenu étant SFR.
- téléphonie fixe : l'établissement a réalisé des gains importants sur ses abonnements grâce au dégroupage des lignes du site principal. L'opérateur SFR (marché UGAP) remplace Orange.

La communication interne a été révisée par la modernisation des outils de messagerie (Exchange Version 2010 et Outlook version 2010). Les outils bureautiques ont également été réactualisés par le passage avec succès du pack office 2010 (Word, Excel, Powerpoint, Publisher). Des actions de formations poursuivies par la mise en œuvre de la formation à distance e-learning assurent une dynamique constructive sur l'usage des outils bureautiques.

Espace documentaire (Gestion Electronique de Document)

Une belle réalisation a vu le jour au sein du service de la DQRU par la mise en œuvre de l'Espace documentaire. L'objectif prioritaire du projet était l'abandon du logiciel de gestion du centre de documentation CINDOC ainsi que du logiciel de gestion des procédures qualité BLUEMEDI devenus vétustes. L'application libre PMB, full web, interfacée avec l'active directory permet désormais à tout agent d'accéder à deux espaces :

- Pour la qualité : espace Doc@Pro assurant la documentation professionnelle en matière de communication, de veille réglementaire, de programmes qualité et risques, d'affaires générales et de gestion documentaire
- Pour le service du centre de documentation : espace PsyCHism (**PSY**chiatry, **CH** la Chartreuse, **I**nformation en **S**anté **M**entale) assurant la consultation des périodiques, revues électroniques, livres de la bibliothèque internes de l'établissement.

Modernisation du laboratoire :

Le système d'information du laboratoire a été complètement renouvelé.

- ➔ L'application Mégabus, non interopérable a laissé la place à l'application Dxlab de Médasys.
- ➔ L'interopérabilité est maintenant opérationnelle. Les interfaces (format HL7) provenant du référentiel unique Cpage assurent l'automatisation de la création des données liées au patient sur l'identité, le mouvement et le séjour. Les résultats de biologie seront informatisés en 2014 et postés sur le serveur de résultat CristalLink (module STARE) via des interfaces de type XML.
- ➔ L'application Kalilab a été installée afin de gérer le processus qualité du laboratoire.

Modernisation des cuisines

La suite logiciel Orbis restauration a subi la mise en œuvre d'une version majeure offrant de nouvelles fonctionnalités aux agents des cuisines et aux diététiciennes. Le contrat de maintenance a, à cette occasion, été révisé à la baisse.

Gestion Technique Centralisée (GTC)

Un fort investissement a été consenti pour l'acquisition d'un outil de supervision des équipements techniques de la DSET. Le marché dévolu par la société Siemens permet de superviser et d'agir sur 3 types d'équipements :

- les équipements liés à la sécurité incendie (centrales incendies de chaque bâtiment)
- les équipements liés à la gestion de l'électricité (poste de livraison EDF)
- les équipements liés à l'énergie (centrales d'aires, chaudières de chaque bâtiment)

Ce projet sera finalisé en 2014 pour ce qui concerne les prestations liés au fournisseur. Un travail important de configuration de l'application restera à assurer par le service Energie pour l'insertion des plans techniques et la programmation des actions d'alarmes des nombreuses chaufferies et centrales d'aires.

Nouvelles applications

De nouvelles informatisations ont vu le jour.

La **GPMC** (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) éditée par l'ANFH a été déployée en test.

Une application (**Ramsès**) a été installée au service de la lingerie pour la gestion du linge patient.

L'application **chronotachygraphe** permet également de suivre le temps de route des conducteurs de poids lourds utilisés pour le transport des repas.

L'application de **réservation d'un véhicule du pool** a été installée au standard permettant à tout agent de gérer et de suivre sa demande de réservation de véhicule. Cette application a été développée par le service informatique.

PRESENTATION DU PROGRAMME HOPITAL NUMERIQUE

I. INTRODUCTION

Le programme Hôpital Numérique (HN) constitue la politique nationale à 5 ans (2012 – 2016) relative aux Systèmes d'Information Hospitalier (SIH).

Il vise à amener les établissements à un pallier de maturité de leur SIH vers un socle commun, de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins.

Le programme définit 12 prérequis et 5 domaines fonctionnels. Les prérequis doivent être réalisés pour prétendre à d'éventuels financements pour l'atteinte des domaines. La région dispose d'une enveloppe de 11 M d'€ pour financer les établissements qui déposeront un dossier HN.

II. LES INDICATEURS DE PREREQUIS HOPITAL NUMERIQUE

Les indicateurs de prérequis d'HN sont de trois types :

- identités, mouvements,
- fiabilité, disponibilité,
- confidentialité.

L'annexe n°1 définit, pour chacun des prérequis, les actions réalisées et celles restant à mener pour permettre la dépose d'un dossier de demande de subvention auprès de l'ARS.

III. LES DOMAINES HOPITAL NUMERIQUE

Le programme HN définit 5 domaines pour lesquels l'établissement peut déposer un dossier de demande de subvention auprès de l'ARS. La prime maximale est calculée en fonction de l'activité de l'établissement. Elle pourra être attribuée selon les conditions suivantes :

- L'établissement a atteint les prérequis
- Le dossier de demande d'aide a été déposé sur la plateforme OSIS de l'ATIH avec toutes les pièces justificatives
- L'ARS dispose de crédits HN à la date d'atteinte du domaine déclaré lors du dépôt du dossier. (arbitrages possibles).

Les 5 domaines sont les suivants :

D1 : Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie : prime possible de 357 K€

D2 : Dossier Patient Informatisé (DPI) interopérable : 457 K€

D3 : Prescription électronique alimentant le plan de soins : 392 K€

D4 : Programmation des ressources et agenda du patient : 257 K€

D5 : Pilotage médico-économique : 257 K€

IV. PREVISIONNEL HOPITAL NUMERIQUE

Le CH la Chartreuse met tout en œuvre pour l'atteinte des prérequis pour septembre 2014.

Elle sera ensuite à même de pouvoir postuler pour l'un des domaines les plus avancés. Un dépôt de dossier sera possible en septembre sur le domaine D5 compte tenu du bon avancement du projet lié au déploiement du module décisionnel de Cpage-i.

L'établissement pourra envisager de poursuivre ses actions sur le domaine D3 en 2015, lorsque la prescription des demandes d'examen de biologie sera bien avancée ainsi que les prescriptions des actes infirmiers de radiologie.

Les domaines D4 et D1 seront ensuite à déployer. Nous pourrions planifier le domaine D2 lorsque la maturité du DMP sera avancée au niveau national et régional.

V. LES SEPT ORIENTATIONS DU SDSI

Le prochain SDSI doit prévoir :

- les projets naturellement déclinés par les directions de l'hôpital,
- les projets liés à Hôpital Numérique
- les projets d'adaptation aux exigences de la Certification, très liés à Hôpital Numérique.

Cette perspective assurera un niveau de maturité suffisant pour être réactif à tout nouveau projet extérieur à l'établissement :

- ➔ projet de télémédecine
- ➔ projet de serveur d'identité régional
- ➔ toute autre déploiement inter-établissements.

AXE 1 - MANAGER LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

Le système d'information s'enrichit régulièrement de nouveaux projets demandant au service informatique et Télécoms ainsi qu'aux directions demandeuses, des ressources humaines importantes. Une politique managériale du SI s'impose et progresse afin que les projets soient pertinents, cohérents, bénéfiques, réalisés et connus.

L'ingénieur, responsable du service informatiques et télécoms rend compte mensuellement de l'avancement des projets au DSIO ainsi qu'au Directeur de l'établissement. Il pilote les projets du SDSI en étroite collaboration avec les directions demandeuses et l'équipe technique du service informatique. Le collège du Système d'Information Hospitalier (CSIH) a été créé en juillet 2014 améliorant ainsi la gouvernance du SI.

Des journées d'information sur la thématique du système d'information seront régulièrement organisées invitant le personnel à s'enrichir sur la culture informatique.

En complément aux projets du SDSI, les membres du service informatique et télécoms apportent leur contribution aux réunions transversales organisées sur les thématiques de l'identité-vigilance, la qualité, la certification, la gestion des risques et des vigilances, les EPP, l'EPRD ... Ils interviennent également aux réunions organisées par nos éditeurs (CRIH Grenoble, GIP Cpage, AGFA) afin de maîtriser la politique engagée par nos prestataires.

L'ingénieur représente la direction et participe activement à la politique régionale du SI. Elle est vice-présidente du collège des DSIO, membre du conseil exécutif du GCS e-santé Bourgogne participant ainsi à la politique et aux actions menées en région.

1. Mettre en œuvre une sécurité accrue des équipements d'infrastructure

L'inondation de l'Ouche en mai 2013 a mis en évidence le risque d'indisponibilité du système d'information. La montée rapide des eaux a démontré à quel point les systèmes peuvent être vulnérables bien que très sophistiqués. Le précédent SDSI prévoyait la sécurité de l'infrastructure informatique en elle-même. Il convient maintenant de sécuriser l'environnement extérieur à cette infrastructure, très lié aux aléas climatiques (crues) ou aux aléas accidentels (incendie).

Il faut toutefois signaler que les conséquences liées à l'inondation auraient pu être bien plus importantes car aucun équipement informatique n'a été inondé mais il s'en est fallu de 3 cm ... Une inondation des serveurs ou des équipements de stockages de données aurait nécessité le réapprovisionnement du matériel et une restauration des données de sauvegarde pouvant prolonger l'interruption de service de plusieurs jours.

La délocalisation de la salle serveur et des ressources d'énergies associées (onduleurs) est donc un dossier prioritaire dans ce SDSI. Il est prévu de délocaliser la téléphonie et une partie de l'infrastructure informatique dans les locaux du secteur 6, situés juste au-dessus des locaux actuels. Cet avantage géographique permet de s'affranchir de la refondre totale de la partie réseau (reprise alors nécessaire de tous les câbles de dessertes téléphonie et des fibres optiques en provenance de chaque bâtiment). Toutefois une adjonction de fibres sera prévue afin d'assurer une haute disponibilité du réseau.

La deuxième partie de l'infrastructure informatique sera délocalisée dans les locaux de l'ancienne Chartreuse. La partie sauvegarde sera quant à elle située dans les locaux techniques de l'USALP.

2. Renouveler les équipements obsolètes

Le CH sera attentif au renouvellement des postes de travail obsolètes. Une première opération concernera 130 clients légers. La mise en concurrence de diverses maintenances devra être réalisée notamment les photocopieurs, la centrale téléphonique, l'infrastructure.

3. Evoluer la technologie de déploiement des postes vers les clients légers

Afin d'accroître la sécurité et la maintenance des déploiements d'applications, il est envisagé de migrer progressivement les postes de travail vers le système d'exploitation Seven ainsi que vers la publication d'applications au travers de la technologie TSE version 2008. Cette technologie aura l'avantage de progresser vers les recommandations de bonnes pratiques de sécurité par l'abandon des sessions réseau génériques au profit de connexions utilisateurs nominatives. Le paramétrage sera structuré et figé au niveau du serveur et non pas au niveau du poste de travail. L'installation d'application sera grandement accélérée.

4. Sensibiliser à la sécurité du système d'information

Des actions de sensibilisation du personnel devront être menées auprès de l'établissement afin que chacun mesure les enjeux liés à la sécurité du système d'information et son rôle au sein de l'institution.

5. CNIL

Poursuivre le cas échéant, les travaux de déclaration des données sensibles informatisées auprès de la CNIL.

Vidéosurveillance des entrées de l'établissement

Des caméras de surveillance seront disposées aux deux entrées du site principal. Le système permettra une relecture des images en cas d'incident majeur.

AXE 3 - DEPLOYER LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE ET ACCEDER AUX DONNEES MEDICALES

1. Cristal-Link

Le collège SIH, réuni le 9 juillet 2014, a réaffirmé son choix de conserver l'application Cristal-Net, récemment renommé Cristal-Link par le CRIH de Grenoble. Cristal-Link reste l'application au cœur de tout processus médical et de soin.

Les déploiements en cours de Cristal-Link vont se généraliser : transmissions ciblées, gestion des rendez-vous et des agendas médecins.

De nouvelles informatisations vont également voir le jour : la prescription de demande d'examens (biologie, radiologie, ..), la bureautique médicale, la commande de produits pharmaceutiques, le dossier médical.

Compte tenu des enjeux du programme hôpital numérique, des priorités seront données aux projets visant à l'atteinte des domaines fonctionnels (résultats d'imagerie, outil de planification des ressources, ...).

2. Archives médicales

Une application de gestion des dossiers médicaux va également voir le jour. L'objectif est d'informatiser au sein d'une application dédiée et unique, l'ensemble des salles d'archives ainsi que les archives vives dispersées dans les centres opérationnels et les structures distantes. Le flux de demande de dossier et la traçabilité du dossier seront des fonctionnalités disponibles de l'application.

1. Cpage-i

La politique du CH la Chartreuse vise à promouvoir les déploiements de ses deux applications métiers : Cpage (Cpage-i) et Cristal-Link.

Cpage est le référentiel unique de structure, d'identité et de mouvement patient. Cristal-Link reste l'application médicale pivot interfacée avec le référentiel. Les autres applications doivent impérativement être interoperables avec le référentiel Cpage.

Cpage, qui progressera rapidement en version Cpage-i restera donc une application importante du système d'information. C'est pour cette raison que le CH La Chartreuse poursuivra sa collaboration avec le GIP Cpage, en tant que site pilote pour l'expérimentation de la nouvelle version en Cpage-i. Des projets ont permis de finaliser en 2014 la mise en production de l'application **Cpage-i Tutelle** ainsi que le processus **Achat-i** du module Economat-Finances.

Les projets vont se poursuivre en 2014-2015 sur **Cpage-i RH** avec une fonctionnalité nouvelle permettant d'intégrer toute pièce bureautique agent dans l'application.

De nouveaux processus du module Economat (amortissement, investissement, emprunts, clôture, recettes diverses) sont également prévus en 2015.

Cpage-i patient devra également être mis en place ainsi que l'application **Cpage-i Ordre de mission**.

Le domaine D5 de Hôpital Numérique sera atteint dès la mise en production de la nouvelle application **Cpage-i Décisionnel** à l'automne 2014. Cet entrepôt de données sera source d'informations pour les Responsables et Assistants de Pôle, les assistants de gestion et moyen de communication budgétaire avec l'administration de l'établissement. Les informations d'activité, de ressources humaines et de dépenses médicales et logistiques seront centralisées et standardisées.

2. Chronos

Les travaux de paramétrage de l'application chronos vont se poursuivre. L'interface Chronos vers Cpage sera améliorée assurant des échanges en temps réel et ce dès la mise en place de Cpage-i RH terminée. La mise en œuvre d'une version plus récente sera envisagée.

3. Sphinx

La nouvelle version de Sphinx permettra la publication des enquêtes avec une consolidation automatique des données saisies par l'utilisateur.

4. Gestion des risques

L'établissement se dotera d'un logiciel de gestion des risques afin de centraliser les déclarations de non conformités constatées par les services (pharmacie, laboratoire, autre ...) ainsi que les fiches d'évènements indésirables.

AXE 5 - COMMUNIQUER (INTRANET / INTERNET)

Le portail intranet SharePoint devra être plus largement utilisé par les directions notamment pour faciliter le partage d'information au sein d'un service ou de groupes de travail transversaux. Le travail collaboratif sera ainsi amélioré.

Le site internet du CH la Chartreuse sera déployé fin 2014 (www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr). Il sera accompagné d'un changement du nom de domaine d'adresse de messagerie (prenom.nom@chlcdijon.fr)

AXE 6 - SE CONNECTER A DES RESEAUX EXTERIEURS

1. Se connecter aux portails applicatifs de nos partenaires

Un travail avec le CHU de Dijon permet aux médecins habilités de l'établissement de consulter les résultats de biologie produits par le CHU pour nos patients.

Un travail est en cours pour accéder directement depuis le PACS de Louis Neel aux comptes rendus d'imagerie ainsi qu'aux images illustratives.

D'autres collaborations devront s'organiser dès lors que les portails applicatifs de nos prestataires seront ouverts à ce type d'échange sécurisé.

2. Le GCS E-Santé Bourgogne

Le GCS E-Santé Bourgogne est implanté à Chalon. Il assure la maîtrise d'ouvrage de la politique régionale des systèmes d'information de la région en lien direct avec l'ARS et les établissements membres. Le CH La Chartreuse est impliqué dans la politique du GCS par sa participation active aux différentes instances (Assemblée générale, Conseil Exécutif, comité de projets) ainsi qu'aux groupes de travail (politique de sécurité des systèmes d'information, réseau VPN de santé, télémédecine, ...). Les travaux du GCS e-Santé Bourgogne apporteront ces prochaines années des bénéfices à l'établissement. Les marchés qu'il organise permettront au CH la Chartreuse :

- de renouveler le cas échéant l'opérateur VPN (réseau Net'San T Bourgogne / opérateur Adista),
- de commander des outils de visioconférence et d'audioconférence
- de déployer des projets de télémédecine (télé-psychiatrie, télé-dermato), DMP
- de s'inscrire dans les démarches d'usage de l'application Trajectoire adaptée au handicap ou à la personne âgée,
- de participer aux travaux liés à la politique du système d'information en région (sécurité, serveur d'identité régional)
- d'échanger des données médicales sécurisées avec nos partenaires (CHU, maison de santé, etc ...).

3. Plateforme ATIH

La plateforme de l'ATIH s'enrichit régulièrement de nouveaux modules. Actuellement, elle met à disposition :

- PLAGE : plateforme de gestion des utilisateurs et des établissements
- SNATIH : Système nationale d'information sur l'hospitalisation
- CABESTAN
- BILAN SOCIAL
- DIPI : Dossier d'instruction des projets d'investissement immobilier
- QUALHAS ; Qualité Haute Autorité de Santé
- BILANLIN : Bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales
- I-SATISFACTION
- OSIS : Observatoire des systèmes d'information de santé
- DIPISI ; Dossier d'instruction des projets d'investissement en système d'information

Le DSIO est responsable des habilitations distribuées pour chacun des modules. Un travail doit être mené pour reprendre chacun des modules et s'assurer que l'attente de l'ATIH auprès du CH La Chartreuse est satisfaite. En effet, des données doivent régulièrement être apportées sur ces outils de l'ATIH.

4. Echanges de données avec les prestataires extérieurs

Le CH La Chartreuse restera attentif aux diverses plateformes d'échanges existantes ou à venir telles que l'ANFH pour la formation continue, la publication des marchés, l'ARS, les échanges de données informatisées (commandes EDI de la pharmacie) , les échanges avec la trésorerie, etc ...

La Direction des Services Economiques et Techniques a plusieurs projets d'informatisation pour répondre au mieux aux besoins des unités de soins et autres services médicotechniques, logistiques et administratifs dont les plus importants sont certainement la mise en place d'une Gestion des demandes d'intervention (GDI) et la mise en place d'une Gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO).

1. La gestion informatisée des demandes d'intervention (GDI)

La gestion informatisée des demandes d'intervention a pour objet de donner un accès clair et efficace à l'offre de services de la DSET, de garantir la traçabilité des actions entreprises pour satisfaire les demandes et le traitement des incidents de démarche qualité : demandes non ou mal satisfaites, non réponse à une demande, réponses dans un délai excessif, etc...

Elle permettra également de clarifier le chemin d'accès pour accéder à l'offre de services (module intranet) et selon son objet : demande courante, demande particulière non procédurée, recours hiérarchique en cas de dysfonctionnement.

De plus, elle calculera la valeur des interventions effectuées par les différents collaborateurs, par prestation et type de prestation, de telle sorte que le service puisse s'orienter progressivement vers les domaines d'activité à valeur ajoutée différentielle par rapport à la sous-traitance. Ceci permettra de mettre en œuvre une facturation interne des prestations dans le cadre de budgets de service délégués ou pour justifier l'attribution de moyens supplémentaires.

Le secteur d'activité prioritaire concerné est celui de la maintenance réglementaire et courante des matériels et des installations, puis celle des demandes de petits travaux (les grosses opérations font l'objet d'un traitement spécifique). Les demandes d'intervention à charge de la DSET sont de nature diverse. En conséquence la GDI et le traitement des incidents Qualité couvriront l'ensemble de l'offre de service de la DSET.

2. La gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO)

Au stade de l'informatisation, le logiciel de gestion des demandes d'intervention devra, si possible, être intégré à la GMAO et à la Gestion du patrimoine immobilier, mais susceptible de prendre en charge des demandes d'intervention de toute nature suivant un catalogue formalisé ou d'expression semi libre.

La GMAO assurera la traçabilité des demandes et interventions, sera une aide à la décision, à la constitution du plan d'équipement et sera en lien avec la gestion des contrats. De plus, elle planifiera les interventions des techniciens. Pour la gestion des travaux ; la GMAO sera l'outil de constitution, de chiffrage, de planification et du suivi de la réalisation du plan de travaux.

La GDI et la GMAO devront s'inscrire dans le système d'information en place, avec toute l'interopérabilité nécessaire pour s'interfacer avec CPage-i.

VI. CONCLUSIONS

Le SDSI décline de nombreux projets qui enrichiront notre système d'information pour que ce dernier soit performant, fiable, productif et apprécié des utilisateurs du CH La Chartreuse.

Il vise à s'adapter aux exigences de la politique nationale et assurer son intégration en temps voulu vers des collaborations extérieures permettant d'apporter notre édifice au parcours de santé des patients.

7. PROJET LOGISTIQUE

I. INTRODUCTION

1. Généralités

La production d'un projet de service par la DSET est contemporaine de la réalisation du projet d'établissement.

En fournissant bâtiments, fournitures et services nécessaires à l'exercice des activités hospitalières, la DSET permet aux missions de soins de s'accomplir et aux autres fonctions support et de management de s'exercer.

-----0-----

Absorbés par la gestion quotidienne, les cadres du service ont besoin de points de repère pour orienter leur action et atténuer le sentiment d'incertitude du lendemain pour libérer la motivation et l'initiative.

Cette incertitude, normale dans un environnement global en perpétuelle évolution, est plus accentuée que par le passé, car l'établissement se situe en fin d'un cycle de rénovations de ses installations entrepris au début des années 1990, qui devrait l'obliger à repenser ses implantations immobilières et ses organisations. La situation économique globale accentue la pression sur la maîtrise des coûts, plus spécifiquement encore dans le domaine logistique, et pourrait raviver les interrogations sur le bien-fondé des structures de gestion traditionnelles de cette fonction support.

Il y a donc nécessité d'entreprendre une réflexion approfondie conduisant à des réformes du fonctionnement.

⇒ Ces réformes doivent démontrer la capacité d'adaptation du service, son aptitude à produire un service quotidien au moindre coût, selon les standards de qualité courants actuellement, et à être par ailleurs un point d'appui pour les décisions stratégiques en matière de gestion du patrimoine immobilier de l'établissement, qui a pour caractéristiques d'inclure des bâtiments hospitaliers pavillonnaires de valeur inégale, des structures extérieures disséminées dans le département et un patrimoine historique considérable.

Les circonstances sont plus favorables à cette évolution qu'il y a quelques années: ce changement sera opéré non seulement pour des motifs économiques et d'amélioration de la qualité de service, mais également pour répondre à une attente des cadres du service.

Cette démarche participative est d'ores et déjà programmée sur un minimum de 16 mois, elle comprend des évolutions qui justifient et fondent pleinement une nécessaire communication à visée interne vers l'ensemble des collaborateurs et externe en direction des clients du service qui seront parmi les principaux bénéficiaires de ce travail.

2. Organisation actuelle

⇒ Le Service Technique comprend un Bureau d'Etudes dont les membres sont pour la plupart responsables d'un secteur de maintenance composé d'ateliers spécialisés : Gros œuvre / second œuvre, Electricité-Matériels-Garage, Plomberie Chauffage, Sécurité Incendie, Espaces Verts.

⇒ Le Secteur d'activité Administration Générale et Logistique comprend 1 Secrétariat, 1 Cellule marchés publics, 1 Chargé de mission Relations Clients Fournisseurs, 3 Cellules achats : Hôteliers et matériel, Fournitures techniques, Alimentation, et des unités de production ou de service : Restauration, Logistique (Transports, Déchets, Vaguemestre, Magasins, Linge, Nettoyage, Standard. Une Equipe sécurité du site est en projet.

3. Structure de projet

Il comprend un Comité de pilotage composé du Directeur, de son adjoint et de l'ingénieur et un Comité technique regroupant les techniciens supérieurs et techniciens des différentes fonctions logistiques et de gestion.

Planning :

- Choix d'un consultant : septembre 2012 (Appui Consultants).
- Elaboration de fiches projets thématiques : de septembre 2012 à avril 2013, par le Comité de pilotage, examen critique et première synthèse avec le consultant de la DSET.
- Sélection de projets : janvier 2013. Cette sélection de projets recouvre néanmoins la quasi-totalité des activités de la DSET. Transmission au directeur de l'établissement en janvier 2013.
- 2^{ème} synthèse et détermination d'un axe prioritaire du projet de service : mai 2013. Cette synthèse a été présentée le 18 juin 2013 au directeur et pré-validée au cours d'une réunion avec l'attaché, l'ingénieur, les TSH présents concernés.
- Journée de travail le 11/09/2013 avec l'ensemble des cadres de niveau N-1 et -2: Approfondissement et validation définitive de l'axe prioritaire du projet de service.
- Présentation de l'état d'avancement du projet au CHSCT : le 17 septembre 2013.
- Publication le 21/3/2014 d'un marché de recherche d'une AMO : Assistance à Maîtrise d'Ouvrage préalable à l'informatisation de la Gestion des Demandes d'Intervention (GDI) et de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO). La GMAO doit être fondée sur une Gestion de Patrimoine. Le marché sera notifié dans le courant de l'été 2014.

Durée prévisionnelle des travaux: 16 mois dont la moitié consacrée à la recherche et à la mise en place d'un progiciel.

Etapas suivantes :

- Présentation de l'état d'avancement du projet au directeur : fin août 2014
- Approfondissement des fiches projet avec les cadres concernés : septembre 2014
- Transmission à la direction des affaires générales pour le 30/09/2014
- Validation prévue en Directoire élargi entre ½ novembre et ½ décembre
- Validation par les instances entre janvier et mars 2015
- Préparation de la communication au niveau de l'établissement : celle-ci, comportant de nombreux aspects de gestion de la qualité de service et de relation client-fournisseur, s'étalera sur plusieurs mois au fur et à mesure de la mise en œuvre des composantes du projet de service.

4. Présentation de l'organigramme de projet

La DSET doit accentuer ses efforts en modifiant son organisation et en renforçant ses compétences dans plusieurs domaines :

⇒ Au niveau organisation, l'essentiel découlera du projet GDI GMAO (horizon mars 2016), qui impliquera notamment une gestion centralisée des incidents de qualité.

Les services techniques, en distinguant la Fonction Maintenance, qui est sa mission essentielle, permettront en conséquence l'émergence de la Fonction Travaux Neufs et Rénovation, car le projet GDI GMAO comprend une composante de base Gestion du Patrimoine (Plans numérisés et base de données matériels).

⇒ Dans le domaine des compétences il faut envisager un contrat de mission pour un responsable Achats, ainsi que préconisé dans le Programme de Professionnalisation des Achats fortement soutenu par les autorités de tutelle, d'un Technicien qualifié dans le domaine du chauffage moderne, d'un Ingénieur en restauration.

Les recrutements de personnel qualifié se font de plus en plus difficiles malgré le niveau de sous-emploi actuel, car les rémunérations du secteur public, notamment hospitalier, ne sont absolument pas au niveau de celles du secteur privé. Ce handicap doit être comblé au moins sur quelques points essentiels, et il faudra en tirer les conséquences pour les agents méritants sous statut public.

⇒ Ces évolutions doivent se faire au minimum à budget constant, et suivre le cadre de maîtrise qui pourrait être fixé pour faire face aux tensions budgétaires apparues récemment dans l'établissement.

⇒ Des gains de productivité sont programmés dans le secteur du nettoyage. D'autres ont été enregistrés dans la Fonction Linge, d'autres sont à étudier, dans le domaine de la Restauration et de la Logistique, par le biais notamment de la gestion du présentisme et le développement de la polyvalence (gestion active des compétences).

⇒ Le service DSET (Direction des Services Economiques et Techniques est sous la responsabilité d'un Directeur assisté d'un Attaché d'Administration et d'un Ingénieur responsable des Services Techniques.

Le personnel est réparti suivant 5 niveaux hiérarchiques :

- 1/ Directeur
- 2/ Ingénieur Attaché
- 3/ Technicien - Adjoint des cadres - Cadre Supérieur de santé
- 4/ Technicien Agent de maîtrise
- 5/ Maître-ouvrier, OPQ, Agent d'entretien, Agent administratif.

Le projet GDI GMAO se traduira par les évolutions de l'organigramme suivantes :

⇒ D'une part le secrétariat regroupera la Gestion des demandes d'Intervention avec une hotline, le recueil centralisé et le traitement des incidents (Gestion de la Qualité de service), le Budget, le Contrôle de Gestion et la Gestion des Remplacements. (3 à 4 personnes, par redéploiement progressif sur l'ensemble du service).

⇒ D'autre part les Services Techniques seront réorganisés sous la responsabilité de l'Ingénieur autour :

- ✓ D'un pôle Travaux (Ingénieur, Bureau d'Etudes et Travaux, Equipe Rénovations et Remises en état Urgentes

- ✓ D'un pôle Maintenance regroupant toutes les spécialités actuellement réparties dans les différents ateliers confié au TSH chargé actuellement du Génie Electrique à l'exception des Espaces Verts et Maintenance et rénovation des dispositifs de sécurité (incendie et appels d'urgence). Cette évolution, avec l'investissement, la compétence qui est nécessaire pour le faire aboutir, et les bénéfices que l'institution peut en retirer justifient pleinement, sous condition naturellement de réussite, la transformation du poste de TSH en poste d'ingénieur dans un délai de 18 mois à compter du lancement du projet d'AMO.

- ✓ Dans le cadre du Bureau d'Etudes, la Gestion de l'Energie fera l'objet d'une mission spécifique confiée au TSH responsable actuellement de l'atelier Chauffage Plomberie qui verra son effectif renforcé par le recrutement d'un Technicien qualifié pour faire face aux exigences techniques actuelles.

⇒ D'autres évolutions sont à noter :

- ✓ Avec le départ quasi simultané du TSH et du Technicien en Cuisine, le poste de responsable sera confié de préférence à un ingénieur. Les postes d'adjoints actuellement au niveau agent de maîtrise évolueront vers un grade de technicien.

- ✓ Le Service logistique sera à nouveau placé sous la responsabilité du TSH qui le gérait jusqu'en 2010; En conséquence, le poste de responsable de l'équipe transport sera transféré au SCNH.

- ✓ Lors de sa constitution l'Equipe sécurité du site sera placée sous la responsabilité du responsable logistique car plusieurs connexions avec les fonctions logistiques constitueront une partie des tâches quotidiennes de cette unité (distribution du courrier, astreintes entre 16 heures et 18 heures...)

II. ORIENTATIONS DU PROJET DE SERVICE

Les orientations du projet de service logistique s'articulent autour de 3 axes système et 4 orientations opérationnelles:

1. Axes système

- ⇒ Axe 1 : Développer les outils et compétences internes indispensables à l'évolution du service
- ⇒ Axe 2 : Utiliser les outils qualité au service de la relation client fournisseur
- ⇒ Axe 3 : Afficher les performances réalisées et s'adapter

2. Orientations opérationnelles

- ⇒ Axe 4 : S'inspirer des concepts du développement durable pour gérer les fonctions support
- ⇒ Axe 5 : Faire reconnaître la place essentielle de la fonction maintenance dans le fonctionnement de l'établissement
- ⇒ Axe 6 : Moderniser l'outil de gestion du patrimoine immobilier et la réalisation des travaux
- ⇒ Axe 7 : Poursuivre la rénovation des fonctions logistiques

AXE N° 1 : DEVELOPPER LES OUTILS ET COMPETENCES INTERNES INDISPENSABLES A L'EVOLUTION DU SERVICE

- Centraliser la gestion des demandes d'intervention et du recueil des incidents
- Déterminer et mettre en place les moyens en personnel correspondant aux compétences et au volume de travail requis
- Réviser les processus clés
- Développer la gestion documentaire comme support à l'action et à l'évaluation
- Promouvoir des règles d'administration communes au personnel du service

1. Centraliser la gestion des demandes d'intervention et du recueil des incidents

○ CONTEXTE :

Un très grand nombre d'entreprises et de collectivités se sont dotées d'un moyen d'enregistrement, d'orientation et de traitement des incidents.

A l'expérience depuis près d'un an, il faut constater que la remontée d'informations à partir des unités de la DSET ne correspond pas aux incidents réellement survenus. L'absence de support informatisé rend la collecte d'informations beaucoup trop pesante. De plus le temps consacré et les perturbations immédiates dans l'activité générées par le traitement des appels téléphoniques ne sont pas évalués.

○ PROPOSITION :

✓ Mettre en place au niveau du secrétariat une organisation centralisée, appelée GDI pour Gestion des demandes d'intervention, permettant de recueillir, d'orienter les demandes et de traiter les demandes particulières et les incidents résultant du traitement des demandes. Ce dispositif comprendra une hotline.

2. Déterminer et mettre en place les moyens en personnel correspondant aux compétences et au volume de travail requis

○ CONTEXTE :

Les constats effectués depuis plusieurs années montrent que certains postes précis exigent des compétences particulières pour que les résultats évoluent favorablement : Achats, Maintenance des installations de chauffage, Nettoyage des locaux, Sécurité du site.

○ PROPOSITION :

Déterminer et mettre en place des moyens en personnel adaptés par le recrutement et la formation. Offrir des conditions de rémunération attractives permettant d'obtenir un retour sur investissement calculé sur les actions entreprises.

3. Réviser les processus clés

○ CONTEXTE :

La DSET, tout en ayant connu de nombreux changements d'organigramme, départs et arrivées de personnel, n'a pas mis en œuvre d'examen systématique de ses circuits de travail dans les secteurs impactés par les principaux projets du Projet de Service.

La révision des processus, centrée sur le résultat à atteindre au moyen d'un questionnaire (qui fait quoi comment pour qui), permet de projeter l'organisation cible et de rationaliser les tâches et circuits.

○ **PROPOSITION :**

Réviser les processus :

- Cette méthode sera employée dans le cadre du projet GDI GMAO et chaque fois que nécessaire lorsque une validation de l'organisation ou une évolution est nécessaire;
- La Direction Qualité sera impliquée selon ses disponibilités dans ces études.

4. Développer la gestion documentaire comme support à l'action et à l'évaluation

○ **CONTEXTE :**

L'expérience montre que la manière d'accomplir les tâches d'un service support a tendance à évoluer de manière sensible dans le temps et selon la conception personnelle des agents qui se succèdent à un poste. Si l'on y prend garde, l'initiative personnelle des agents, et les exigences évolutives des clients, finissent par transformer considérablement le service rendu et la manière de le rendre, en positif comme en négatif. Les problèmes qui surgissent avec le temps ne trouvent pas nécessairement de solutions adéquates et cohérentes. La gestion documentaire maîtrisée reliée au management de la qualité, est un outil au service du client comme du fournisseur, de la pertinence et de la cohérence de l'action.

○ **PROPOSITION :**

Développer la gestion documentaire comme support à l'action quotidienne et à l'amélioration continue de la qualité.

5. Promouvoir des règles d'administration communes

○ **CONTEXTE :**

La DSET est une "société de service" aux compétences multiples. Les réponses à apporter et actions à mener doivent être coordonnées et cohérentes dans le temps. Il convient pour aller dans ce sens de définir des règles de comportement facilitant le recueil de l'information, l'analyse et l'accomplissement des tâches quotidiennes.

○ **PROPOSITION :**

Définir et promouvoir des règles d'administration et de comportement communes, applicables dans le fonctionnement interne de la DSET et dans les relations avec les clients et les fournisseurs.

Améliorer la gestion de la relation client fournisseur.

Pratiquer l'évaluation, l'audit, l'amélioration continue de la qualité, concevoir une documentation au service de l'action.

Pérenniser le fonctionnement de la CHLT, Commission Hôtelière Logistique et Technique.

1. Améliorer la gestion de la relation client fournisseur

○ CONTEXTE :

Présente en filigrane dans la plus grande partie des actions réalisées par le personnel de la DSET, cette relation client fournisseur n'est pourtant ni explicitement reconnue en tant que telle par les parties prenantes, ni établie sur des bases contractuelles équilibrées.

Le principal obstacle à une relation client/fournisseur reconnue et équilibrée est le caractère particulier du fournisseur DSET vis-à-vis de ses clients. Institué et reconnu par la réglementation hospitalière, c'est un fournisseur obligé, dont les clients aimeraient occasionnellement s'affranchir. Les clients se fondent sur leur expérience personnelle privée de consommateur "qui peut choisir, librement et sans délai, sur le marché ce dont il estime avoir besoin sans mesurer les contraintes spécifiques du cadre professionnel.

Le second point est que le client ordinaire paye de ses propres deniers ce qu'il a commandé. L'absence d'implication financière vis-à-vis de ses demandes est le second obstacle sérieux à une bonne RCF.

Le troisième obstacle est que le fournisseur ne peut lui-même se soustraire à la demande de son client : il est obligé dans les 2 sens. Ceci donne lieu à de nombreuses difficultés et incompréhensions.

Le quatrième est d'ordre sémantique : la relation client fournisseur est confondue avec une relation marchande car sa terminologie est issue de ce secteur d'activité, alors qu'elle désigne en fait l'ensemble des conditions à remplir pour qu'une relation soit contractuelle et demeure équilibrée et satisfaisante pour les 2 parties.

○ PROPOSITIONS :

- Etablir faire connaître et mettre à disposition, l'offre de service de la DSET, avec ses circuits, supports, conditions, règles de gestion et recours.
- Privilégier chaque fois que c'est utile, le recueil des besoins sur le terrain : matériel travaux fournitures et services spécifiques.
- Assurer une présence sur le terrain dont la fréquence maintient la relation et le lien au profit des véritables clients de l'institution que sont les patients, tout en apportant aux personnes qui sont à leur service les fournitures et services dont ils ont besoin pour accomplir leur mission.

2. Pratiquer l'évaluation, l'audit, l'amélioration continue de la qualité, concevoir une documentation au service de l'action

○ CONTEXTE :

Nous avons constaté dans le traitement approfondi de plusieurs dossiers : Système d'appel d'urgence, utilisation des lits médicalisés, fonction linge, restauration, traitement du linge patient, que les appréciations portées sur la qualité du service de la DSET avaient du mal à être étayées et objectivées.

Pour répondre aux demandes de ses clients internes, la DSET a en conséquence élaboré une fiche projet et commencé au printemps dernier sa mise en œuvre avec une formation des cadres à la réalisation de la documentation, à l'audit, à laquelle la Direction Qualité a participé. Un premier audit de formation a été réalisé à la Laverie.

○ PROPOSITION :

Développer l'outil Qualité au service du dialogue entre cadres de la DSET et clients

➤ Les enjeux :

- Renouveler rénover et étendre aux professionnels de la DSET la démarche qui avait présidé à la création d'un groupe d'auditeurs internes issus des services de soins.
- Diffuser la culture qualité dans un service ayant connu l'arrivée à des postes de responsabilité de personnels non formés à cette technique mais néanmoins en charge de relations client fournisseur.
- Donner une vision élargie des modes de réponse aux exigences des clients dans le cadre d'une relation RCF équilibrée.
- Etre capable grâce à une perception élargie de son rôle de fournisseur, d'arbitrer les demandes entre réponse à court terme et amélioration de l'organisation et performance à moyen terme.

➤ Les objectifs du projet :

- Former le personnel d'encadrement administratif logistique et technique pour qu'il soit capable de contribuer sensiblement à la construction d'un plan d'audit particulier, au repérage des critères d'audit significatifs, et au délaissement des critères obsolètes inscrits dans les procédures anciennes, ou dans les pratiques professionnelles non écrites (quitte à s'écarter légèrement du cadre méthodologique rigoureux de construction d'un plan d'audit)
- Former à la déontologie de l'audit, à l'approche par la preuve, à faire la part des choses, à la construction de plans d'action cohérents et maîtrisés,
- Former au repérage, au-delà de la documentation interne existante, d'objectifs d'amélioration souhaitables, issus des réflexions internes au service, et de la confrontation avec les attentes légitimes des clients, nourrir ainsi la démarche d'audit d'une démarche prospective à délivrer au moment du rapport,
- Rééquilibrer une démarche qualité hospitalière centrée sur la gestion des risques et donnant libre cours à l'exigence à sens unique du client consommateur vers une démarche qualité centrée sur la relation client fournisseur et à la satisfaction raisonnée des besoins exprimés,
- Accompagner par quelques exemples concrets de réalisation d'audits sur le terrain afin de valider les apprentissages théoriques.
- Réviser et compléter la procédure d'audit.

3. Pérenniser le fonctionnement de la CHLT, Commission Hôtelière Logistique et Technique

○ CONTEXTE :

La matière logistique ne faisant l'objet d'aucune représentation dans les instances officielles, la Commission Hôtelière a été mise en place en 2011 pour, dans un premier temps, "favoriser une meilleure analyse des problèmes rencontrés dans les domaines hôteliers, logistiques et techniques", c'est-à-dire dans une logique de gestion des risques plutôt que dans une logique d'amélioration continue de la qualité.

Elle est devenue progressivement un lieu d'échange, c'est-à-dire d'expression, pour les clients et pour la DSET, qui a besoin de faire connaître et valider l'évolution de son offre de service. C'est à ce titre qu'aujourd'hui, elle a été désignée comme instance de validation du présent Projet de Service.

Actuellement, le traitement des incidents a fait l'objet d'une nouvelle procédure instituant un recours préalable au cadre responsable de l'activité, de recours si besoin au secrétariat du directeur adjoint. Ce n'est qu'en cas de non réponse, de récurrence ou de gravité particulière que la rédaction d'une procédure doit être engagée.

Le rôle de la CHLT est désormais le suivant :

- Examiner et donner un avis sur les organisations et propositions d'amélioration de l'offre de service de la DSET,
 - Analyser les points de vue des réclamants après audition éventuelle.
 - Proposer des priorités d'action issues de l'analyse de l'écoute client,
 - Programmer elle-même des actions d'amélioration et en assure le suivi,
 - Etablir un bilan annuel de ces actions.
 - Examiner :
 - les signalements issus des FEI et les synthèses d'exploitation de ces fiches,
 - les synthèses des enregistrements des incidents logistiques,
 - les différentes sources d'information provenant de l'écoute client
 - Déclencher et suivre des actions d'évaluation.

○ PROPOSITION :

Pérenniser le fonctionnement de la CHLT au service du maintien et du développement de la qualité de service de la DSET.

AXE N° 3: AFFICHER LES PERFORMANCES REALISEES ET S'ADAPTER

1. Développer la comptabilité analytique et le suivi d'indicateurs
2. Généraliser la comparaison avec les résultats des organisations comparables et avec les offres fournisseurs
3. Mettre en place la facturation interne des prestations
4. Prendre en compte ses incidences sur les missions confiées à la DSET

○ CONTEXTE :

1. Développer la comptabilité analytique et le suivi d'indicateurs

Maintes fois projetée la mise en place dans l'établissement d'une comptabilité analytique semble proche d'être réalisée avec en outre la mise en place dans le cadre de la filière C.Page d'une version améliorée de Business Object facilitant le reporting. Elle devra être accompagnée d'un paramétrage adapté de l'application de GEF support aux extractions de données. Ces travaux iront dans le sens de la fiabilisation des comptes.

2. Généraliser la comparaison avec les résultats des organisations comparables et avec les offres fournisseurs

La comparaison avec les résultats d'autres organisations hospitalières nous a montré la difficulté à obtenir des résultats réellement significatifs, par exemple lorsque l'ex MEAH a effectué en 2008 un audit sur la restauration à la suite duquel nous avons compris que la méthode d'établissement des coûts, bien que largement diffusée dans les hôpitaux, laissait place à des marges d'appréciation conséquentes liées à l'aspect déclaratif des paramètres pris en compte (indicateurs d'activité et de temps de travail).

Néanmoins l'objectif consistant à établir des comparaisons les plus sincères possibles demeure essentiel pour guider dans la recherche de la performance, sachant que l'aspect prix de revient doit toujours être mis en rapport avec l'appréciation qualitative des résultats obtenus.

3. Mettre en place la facturation interne des prestations

Ces comparaisons valent encore plus si elles peuvent être ramenées au coût d'un catalogue de prestations facturables en interne, ce qui sera le cas si le logiciel de GMAO retenu le permet.

4. Prendre en compte ses incidences sur les missions confiées à la DSET

Dès lors l'objectif d'orientation de l'activité de maintenance et de réalisation de petits travaux soit en régie soit en sous-traitance deviendra une réalité avec le soutien des professionnels concernés qui ont pu débattre de ces propositions pendant la période d'élaboration initiale du projet de service.

○ PROPOSITIONS :

- Participer à la mise en place de la CAE et déterminer les indicateurs pertinents à suivre reflétant l'activité de la DSET.
- Organiser la gestion comptable pour en faciliter le retraitement analytique. Cette opération a été initiée avec le paramétrage des fichiers produits sous C.Page.
- Participer au processus de fiabilisation des comptes qui touche à la gestion du patrimoine, aux imputations comptables et donne la possibilité d'améliorer la position de l'établissement dans les négociations financières avec les fournisseurs.

- Etablir des comparaisons de coûts avec les organisations comparables et avec les offres fournisseurs en utilisant le support informatique de la GMAO.
- Dans cadre de la mise en place d'un logiciel de gestion de patrimoine et de la maintenance, prévoir le transfert de données pour établir la facturation interne des prestations qui viendra compléter avec des données concrètes le contenu des contrats de pôle et orienter les décisions de leurs responsables lorsqu'ils font appel aux fonctions support.
- Tirer les enseignements des données issues de la GMAO pour faire évoluer la régie et la sous-traitance au bénéfice de l'établissement.



Faire face aux contraintes énergétiques futures

Professionaliser la fonction achats afin de conjuguer performance économique, éco responsabilité et sécurité juridique

Développer la fonction RH suivant les critères du développement durable

1. Faire face aux contraintes énergétiques futures

○ CONTEXTE :

Toutes les informations sur le sujet convergent sur au moins un point : Le coût de l'énergie va aller en augmentant dans de fortes proportions. Il convient donc de prendre à temps les orientations nécessaires pour relativiser autant que faire se peut la part de l'énergie dans le budget de l'établissement; C'est ce qui a été fait depuis le milieu des années 90 avec le renouvellement progressif des installations chaque fois que la rentabilité de l'investissement était assurée à brève échéance (quelques années au plus).

Dans le contexte économique qui ne manquera pas de surgir, l'établissement sera confronté à des pressions pour orienter sa politique d'achat selon diverses solutions : adhésion à un groupement d'achat d'énergie brute, contractualisation avec un exploitant d'un réseau local de distribution de chauffage, ...

L'établissement doit acquiescer préalablement à toute décision, qui sera nécessairement un engagement à long terme compte tenu des investissements à amortir en termes de réseaux, la certitude absolue d'avoir déterminé la meilleure solution, correspondant à ses propres contraintes (obligation d'une double source de production propre aux EPS) et à ses propres intérêts (coûts à moyen et long terme, continuité de service, nécessité de maintien d'une équipe de maintenance pour l'ensemble des fonctions de l'atelier, chaufferies annexes comprises).

Ceci nécessite des études extrêmement précises, des déplacements sur site, et la validation des conclusions par des experts indépendants.

Le moment venu l'établissement pourra faire face à toute pression qui tendrait à lui faire accepter des choix contraires à ses intérêts, économique (les acteurs économiques sont des groupes de niveau international) ou politique (les collectivités locales sont elles-mêmes engagées par des contrats avec lesdites sociétés qu'elles pourraient souhaiter voir étendre au plus grand nombre de clients possible).

○ PROPOSITIONS :

- Mettre en place une Cellule Energie sous la responsabilité du TSH chargé actuellement des travaux et de la maintenance dans ce secteur;
- Pour mener à bien cette tâche, le secteur maintenance doit être renforcé par le recrutement d'un technicien Bac +2 compétent en gestion de l'énergie et des automatismes qui sont présents à tous les niveaux dans les installations actuelles, production, régulation, distribution, reporting.
- Le TSH gardera un lien permanent avec son atelier non seulement en appui technique en cas de difficulté particulière, pour contribuer à la formation des personnels, mais également détecter les améliorations à apporter aux systèmes en fonction des rapports de fonctionnement et d'incident effectués par le personnel de l'atelier, fonction en lien directe avec le projet de Cellule Energie.

2. Professionnaliser la fonction achats afin de conjuguer performance économique, éco responsabilité et sécurité juridique

○ CONTEXTE :

La fonction achats est la raison d'être de la DSET, puisqu'au travers de cette activité, c'est l'ensemble de la mise à disposition de locaux fournitures et services qui est engagé, selon les règles de l'achat public, pour permettre le fonctionnement matériel de l'établissement.

L'existence de cette fonction est contemporaine de la création de l'établissement : elle a connu de nombreuses évolutions, mais reste étroitement liée à l'existence d'une réglementation très encadrante.

Un Guide d'Achat et d'application du code des marchés a été réalisé, diffusé auprès des professionnels concernés, et mis en œuvre. Son apport essentiel a été de formaliser l'expression des besoins et la méthode de dépouillement des offres.

○ PROPOSITIONS :

Aujourd'hui il convient de traiter d'autres aspects de cette fonction en la professionnalisant ainsi que le recommandent les directives officielles.

Les objectifs affichés sont tout autant tournés vers :

- L'obtention de gains liés à l'acte d'achat proprement dit, en revitalisant notamment le processus de négociation, en joignant notre potentiel d'achats à celui d'autres partenaires,
- Que vers l'attention à porter à la définition de ces besoins, aux organisations que les achats supportent et en ce sens, les gains sont autant à espérer de la révision des organisations que des achats eux-mêmes.

C'est le constat qui a pu être fait dans le domaine de la fonction linge, qui est pressenti dans celui de la restauration. C'est la raison pour laquelle la conception du projet de service s'appuie sur des "Axes systèmes" qui servent de référence à la conception des actions à mener.

Les acheteurs sont tout à fait conscients des progrès qui pourraient être accomplis et attendent d'être sollicités pour que leur expérience professionnelle et les initiatives qu'ils souhaitent développer soient prises en compte et mises en œuvre dans la pratique quotidienne de leur métier.

La professionnalisation est nécessaire car un acheteur rompu à la définition des besoins à la planification des achats, et surtout à la négociation avec les fournisseurs pourra intégrer les règles de l'achat public, alors que la réciproque demanderait un effort et un temps beaucoup plus importants.

Le recrutement extérieur d'un personnel contractuel pour cette mission est indispensable.

3. Développer la fonction RH suivant les critères du développement durable

○ CONTEXTE :

- La DSET fait sienne les engagements pris en matière de ressources humaines concernant plus particulièrement les politiques managériales et sociales qui se doivent de favoriser la prise de responsabilité, l'implication et la motivation et d'être attractive pour les salariés avec une : ambiance au travail sereine, le souci de l'équité entre salariés, une mobilité réussie, une formation adaptée, et la promotion des règles d'hygiène et de sécurité.

- Pour gérer les ressources humaines de la DSET suivant ces principes, il convient en tout premier lieu de prendre acte d'un certain nombre de points régissant les activités du service :
 - La diversité des activités mises en œuvre exige des compétences particulières, parfois avec un tout petit effectif de spécialistes dans chaque métier concerné.
 - La continuité de service concerne un certain nombre d'activités qui ne peuvent être différées ou reportées : standard, la distribution des repas, du courrier, certaines maintenances, la production de repas, le restaurant du personnel, ne souffrent pas d'interruption.
 - L'absentéisme a un caractère aléatoire marqué, avec des occurrences d'effets cumulatifs ponctuels dans une ou plusieurs unités, avec une incidence lourde dès que l'effectif global habituel est proche du minimum fonctionnel.
 - Le personnel qualifié a tendance à se raréfier dans certains métiers, compte tenu du niveau et des possibilités d'évolution du salaire proposé dans la fonction publique hospitalière.
 - Il existe un nombre non négligeable de personnels souffrant d'inadaptations chroniques: difficulté d'adaptation à la technicité actuelle des tâches, incidence du vieillissement et des risques physiques sur l'exercice d'activités manuelles exigeantes.
 - La contrainte économique interne et externe impose une pression de plus en plus ferme sur les budgets disponibles et les prix de revient.

- Pour assurer la tenue de ses activités et faire face à ces contraintes, la DSET a besoin du support de la DRH, pour :
 - Dans la perspective de l'idée de "durabilité", que ses propositions soient comprises globalement et soutenues dans un contexte de moyen et long terme et,
 - Dans l'idée de continuité de service, que ses moyens soient adaptés en temps et en heure avec rapidité et souplesse.
 - PROPOSITIONS :

- Les points clés de la solution se résument à quelques propositions qui sont autant de points d'appui à la construction d'un contrat client fournisseur :
 - Définir un effectif de moyen terme stable, des règles d'affectation et la correspondance en ressources budgétaires incluant une forte proportion des besoins de remplacement annuels.
 - Gérer les plannings et donc anticiper sur le niveau de présence en tendant chaque fois que possible vers un effectif normal, oscillant entre le minimal et le confort.
 - Identifier les ressources et les compétences des agents et leur volonté de s'inscrire dans une démarche de polyvalence afin de réguler les besoins de remplacement.
 - Déterminer les postes clés nécessaires à l'évolution du service et mettre en place les recrutements indispensables, dans un cadre statutaire ou contractuel, avec le maximum de sécurité et de pertinence : achats, restauration, gestion de l'énergie, ainsi que les perspectives de redéploiement possibles, avec le planning correspondant.
 - Plus généralement, développer une documentation sur les règles de gestion des ressources humaines sur laquelle s'appuyer pour concrétiser les solutions et fluidifier la gestion des demandes adressées à la DRH en tant que service support : les thèmes en sont la gestion des effectifs, du budget, le recrutement, l'évaluation et la discipline, les remplacements ...

AXE N° 5 - FAIRE RECONNAITRE LA PLACE ESSENTIELLE DE LA FONCTION MAINTENANCE DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

1. Identifier l'encadrement, les compétences et les effectifs nécessaires
2. Etudier et mettre en place des circuits de travail adaptés
3. Mettre en place un outil de traitement des demandes de maintenance
4. Valoriser le coût des interventions et mettre en place la facturation interne

○ CONTEXTE :

1. Identifier l'encadrement, les compétences et les effectifs nécessaires

Ainsi que développé et exposé aux partenaires sociaux au printemps 2014 et aux collaborateurs du service pendant la période d'élaboration du projet de service, la Fonction Maintenance a été choisie pour être l'axe prioritaire du projet de service.

Ceci en raison des enjeux économiques liés à cette fonction, du fait que le bon fonctionnement de ce secteur est le corollaire du confort des patients et du personnel : ventilation, chauffage, entretien des locaux et du matériel, installations sanitaires.

Les personnels exerçant dans ce secteur espèrent que cette fonction sera reconnue, pour les évolutions de carrière, la formation professionnelles et la qualité de vie au travail qui en résulteront.

La maintenance au sens large est l'activité qui génère la plus grande part des demandes d'intervention adressées à la DSET, qui mobilise les effectifs les plus nombreux après la restauration, qui est la plus essentielle au maintien en fonctionnement de l'hôpital. Elle ne bénéficie pourtant d'aucune facilité en termes de système d'information, aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée auprès des clients, aucune analyse n'a été menée pour prévoir les qualifications, formations et effectifs qui seront nécessaires à moyen terme.

C'est le secteur qui est le plus menacé par les perspectives d'économies à réaliser dans les prochaines années sans que sa rentabilité réelle ait été mesurée par rapport à la sous-traitance. Des contraintes réglementaires et techniques fortes pèsent sur les actions à mettre en œuvre car les objets de maintenance sont généralement porteurs de risques potentiels : matériel biomédical, installations techniques à risque (gaz électricité), véhicules...

2. Etudier et mettre en place des circuits de travail adaptés

Une validation précise des circuits de travail les plus adaptés, la mise en évidence des niveaux de responsabilité, un support informatisé absolument essentiel à la réalisation du projet et un fort soutien de la part du personnel de la DSET et de la Directrice des Ressources Humaines sont les conditions de succès de cette entreprise.

3. Mettre en place un outil de traitement des demandes de maintenance

En informatisant cette fonction et en étendant la gestion des DI aux demandes de toute nature, la DSET se dotera d'un outil permettant de bien définir son offre de service, mettra au point avec ses clients les règles de gestion indispensables à des relations clients-fournisseurs équilibrées, améliorera sensiblement la qualité des réponses aux demandes d'intervention. La GDI est un projet très fortement lié et complémentaire à l'axe Fonction Maintenance.

4. Valoriser le coût des interventions et mettre en place la facturation interne

Ces activités peuvent être définies de manière précise, tracées enregistrées et évaluées financièrement ce qui laisse augurer d'une analyse comparative relativement aisée par rapport à l'intérêt d'une éventuelle sous-traitance, et d'une intégration contributive au dispositif de la nouvelle gouvernance dans son volet gestion des budgets de service (cf. orientation 3.3).

Les 3 axes système sont tous sollicités pour contribuer à l'émergence de cette fonction et à sa consolidation pérenne : révision des processus, gestion centralisée des incidents, gestion documentaire, gestion de la RCF, recherche de la performance.... et mobilisation des cadres autour du projet. C'est aussi ce qui fait l'intérêt de l'investissement dans ce projet.

○ PROPOSITIONS :

- Mettre en place un secteur d'activité maintenance avec :
 - Un responsable et des effectifs spécifiques et
 - Les compétences adéquates,

Pour traiter l'ensemble de la maintenance des matériels, dont le biomédical, et des locaux, espaces verts et systèmes de secours exceptés.

- Se doter de l'outil informatique correspondant à ce secteur d'activité (GMAO) et gérer les demandes d'intervention selon les critères qui seront définis pour l'ensemble de la DSET
- Valoriser le coût des interventions et mettre en place la facturation interne et faire évoluer les champs d'intervention générant la plus forte valeur ajoutée pour l'établissement.

AXE N° 6 - MODERNISER L'OUTIL DE GESTION DU PATRIMOINE IMMOBILIER ET LA REALISATION DES TRAVAUX

1. Mettre en place une gestion de patrimoine informatisée adaptée au contexte de l'établissement
2. Adapter l'organisation, les effectifs et les compétences pour faire face à ces enjeux

- **CONTEXTE :**

1. Mettre en place une gestion de patrimoine informatisée adaptée au contexte de l'établissement
-

La gestion du patrimoine est l'activité consistant à planifier les études et les interventions sur le bâti, et par extension sur le matériel. Compte tenu du volume d'affaires traité, et de l'état de développement des progiciels informatiques sous forme de bases de données, nous avons réalisé qu'il était préférable de fonder l'informatisation de la fonction maintenance sur un socle de gestion de patrimoine. En effet, par rapport à de grandes organisations qui sont à l'origine de la création de ces progiciels de GMAO, la quantité de matériel demeure modeste, les contraintes techniques peu élevées. La gestion de patrimoine va permettre de décrire tout le patrimoine bâti de manière numérique et d'y intégrer le matériel à entretenir.

Il existe 2 enjeux :

- L'un de gestion quotidienne des opérations de travaux, grandes et petites liés à la numérisation des données, à leur disponibilité, à leur facilité de transmission aux maîtres d'œuvre, et à leur possible ordonnancement selon des critères de priorité propres à l'établissement.
- L'autre stratégique, avec la possibilité d'ici peu d'années de communiquer au chef d'établissement des éléments d'aide à la décision extrêmement précieux sur les orientations alternatives à prendre en matière de maintenance, de rénovation ou de construction de locaux. Ceci étant important dans le contexte de l'établissement fonctionnant avec des bâtiments de statut très divers sur le plan fonctionnel et historique, en acquisition ou en location.

Sur le plan de l'organisation interne à la DSET, le bureau d'études verra son rôle se spécifier dans la prise en charge de la fonction Travaux, aisément identifiable, qu'il s'agisse de grandes ou de petites rénovation ou de constructions neuves.

2. Adapter l'organisation, les effectifs et les compétences pour faire face à ces enjeux

Par déduction et en conséquence de l'identification de la fonction maintenance, une équipe travaux de quelques agents directement reliée au bureau d'études verra le jour. Les recrutements à ce niveau, internes ou externes, devront également être adaptés pour faire face aux contraintes spécifiques du chantier (cf. 3.4 et 5.4).

- **PROPOSITIONS :**

- Mettre en place une gestion de patrimoine informatisée adaptée au contexte de l'établissement;
- Adapter l'organisation, les effectifs et les compétences pour faire face à ces enjeux.

La fiche concerne la plupart des fonctions de base logistiques dont la DSET a la charge, exceptée la maintenance traitée de manière spécifiquement dans la fiche n° 5.

1. Fonction restauration

○ CONTEXTE :

Le projet Restauration est, comme le projet Maintenance, à la croisée de la plupart des problématiques de l'évolution de la fonction logistique : Méthodes de production, Coûts, Management, Evaluation de la satisfaction des clients, Santé des consommateurs, Gestion des effectifs et du présentisme. Déjà largement engagée sur ces différents terrains, elle ne bénéficie pas de la même attention dans le cadre de ce projet de service bien que ce soit le premier poste de dépense de la DSET. Cette activité est d'une nature particulièrement complexe, et le choix du prochain responsable devra être fait avec le plus grand soin pour concrétiser les objectifs rapportés ci-après.

○ PROPOSITIONS :

- Mettre en place des circuits de travail conformes aux exigences actuelles en matière de maîtrise sanitaire dans l'unité de production et dans les unités de consommation. Obtenir l'agrément permettant la vente de plats à de nouveaux clients, rechercher ces nouveaux clients et passer contrat.
- Evoluer vers de nouvelles méthodes de fabrication, économes en énergie, augmentant le temps d'utilisation des matériels et facilitant la gestion des effectifs et l'organisation du travail du personnel, en mesurer les incidences sur les coûts
- Revoir le plan et les méthodes de nettoyage afin de minimiser les incidents sur le matériel, d'obtenir de meilleurs résultats sur les analyses de surface et si possible, de gagner en efficacité
- Cerner au mieux les attentes et besoins des patients et des soignants en ne négligeant ni la dimension thérapeutique ni la composante plaisir de l'alimentation,
- Maîtriser les coûts après en avoir cerné l'origine précise.
- Mieux faire connaître cette activité au personnel de l'établissement.

Dans le cadre de l'orientation Développement durable, réfléchir aux possibilités de développer l'utilisation de produits frais et à la réorientation de nos sources d'approvisionnement.

2. Fonction linge

○ CONTEXTE :

La fonction linge a été largement restructurée. Pour mémoire voici quels en étaient les objectifs :

- Améliorer sensiblement la qualité de service auprès des unités (étape 1).
 - Mettre en place un référent fonction linge pour l'ensemble de l'établissement chargé de veiller aux approvisionnements, et au bon usage du linge (F)
 - Calculer explicitement les dotations et gérer les stocks de linge correspondants (F)
 - Réduire le nombre de livraisons et de ramassages de linge au strict nécessaire (F)
 - Augmenter les quantités de linge en circulation afin de réduire les risques de rupture (E)
 - Sensibiliser les utilisateurs aux bonnes pratiques professionnelles : usage du linge propre, mise au sale, gestion du stock des lingeries
 - Automatiser le tri du linge professionnel afin de diminuer le nombre de fois où ce linge est manipulé jusqu'à son destinataire final

Ces 2 derniers points restent à réaliser

- Remettre en ordre le circuit linge et faciliter les livraisons en fonction des besoins définis (étape 2)

Ceci nécessite le passage en location entretien :

- Obtenir du prestataire par contrat d'assurer la fourniture correspondant aux besoins définis en toutes circonstances. Transférer en conséquence les achats de linge hôtelier au prestataire.
- Faire préparer les armoires de dotations par le prestataire en évitant ainsi les manipulations successives du linge propre (ceci a été réalisé par anticipation dans le cadre du marché actuel)
- Prendre en charge les transports à partir des locaux du prestataire de façon à réduire les ruptures de charge et le coût global de la prestation (idem préparation des armoires)
- Améliorer les conditions de travail :
 - Réduire le nombre de manipulations d'armoires, diminuer le nombre de livraisons, le nombre de ruptures de charge, éliminer les manipulations successives du linge, (réalisé)
 - Améliorer les conditions matérielles de livraison en bordure des unités afin de réduire les risques d'accidents du travail des chauffeurs et de faciliter le travail: quais, accès réservés. (Réalisé)
 - Remplacer les matériels : armoires plus petites, camion plus adapté, (réalisé)
- Maîtriser les coûts dans un contexte de marché concurrentiel :
 - La réorganisation du service et la négociation avec le prestataire dans un contexte concurrentiel entraînent une amélioration sensible de la qualité de la prestation à un coût quasiment identique au coût actuel
 - Le cahier des charges a été rédigé et le marché publié en août 2014 pour une attribution début novembre.

⇒ Proposition :

- ✓ Poursuivre la mise en œuvre du projet

3. Fonction transport

○ CONTEXTE :

La fonction transport est un point essentiel du fonctionnement quotidien de la DSET : elle met un point final indispensable à différentes prestations préparées dans plusieurs unités de la DSET et ne souffre pas la moindre interruption de service. Il n'existe pas de projet de restructuration de cette activité, mais elle fait l'objet d'une attention particulière pour adapter les moyens humains et matériels aux besoins du service. C'est une activité exigeante sur le plan physique qui devrait faire l'objet d'une plus grande reconnaissance statutaire vis-à-vis du personnel.

○ PROPOSITION :

Accompagner l'évolution de cette fonction transversale en termes de moyens matériels, de personnel et de qualification.

4. Gestion des déchets

La gestion des déchets a été traitée à diverses reprises ces dernières années. La veille consiste à assurer la continuité de la prestation et à parfaire les modes de traitement au fur et à mesure que les opportunités se présentent, comme par exemple le contrat qui a été passé pour le traitement des déchets verts avec restitution de terreau en retour par le fournisseur.

○ PROPOSITION :

Assurer la continuité de la prestation et parfaire les modes de traitement

5. Service de nettoyage

○ CONTEXTE :

Le service de nettoyage a fait l'objet d'un audit externe : nous en sommes à la mise en œuvre des recommandations de l'audit :

○ ⇒ PROPOSITION :

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations de l'audit dans le cas du groupe de travail constitué

- Responsabiliser le personnel par secteur géographique,
- Résoudre les problèmes de matériel et de locaux
- Obtenir un minimum de productivité nette de 200 m²/h,
- Organiser le contrôle qualité
- Transférer une fois ces résultats obtenus les effectifs correspondant à la Direction des Soins Infirmiers.

6. Fonction magasin

○ CONTEXTE :

Après le départ du précédent responsable, la fonction magasin a connu quelques difficultés de fonctionnement résolues avec la prise de fonction d'un nouveau responsable expérimenté. Par ailleurs, une communication sur le dispositif de gestion actuel des commandes des unités dans le cadre du plan de régulation budgétaire a montré les distorsions importantes de consommation dans des unités comparables sur des produits courants. Ceci doit nous conduire nécessairement à revoir la façon de commander et de distribuer les fournitures hôtelières.

○ PROPOSITIONS :

- Professionnaliser la fonction
- Documenter les règles de gestion et sécuriser la gestion des produits au sens large,
- Centraliser l'ensemble des magasins hôteliers sur un seul site
- Utiliser chaque fois que possible le dispositif de préconsolidation de commande
- Normaliser le dispositif d'approvisionnement des unités et des livraisons avec le support de la nouvelle application C.Page : identification des demandeurs et des catalogues de produits auxquels ils ont accès, mise en place des droits à commander, organisation des livraisons et du stockage intra unité à l'image de ce qui a été fait pour les lingeries d'unité.

7. Sécurité intérieure du site

Il s'agit à la fois d'une évolution et d'une création, car la sécurité du site fait déjà l'objet de diverses mesures assumées soit par le personnel de l'établissement soit par le recours à une société de surveillance, mais il n'existe pas de continuité chronologique dans l'accomplissement de cette mission, notamment le weekend.

○ CONTEXTE :

Le site hospitalier de la Chartreuse est à la fois une étape touristique et environnementale importante de l'agglomération dijonnaise pour les passionnés d'architecture et d'art. Par ailleurs la politique d'ouverture de l'établissement vers son environnement, le développement d'activités de communication et d'accueil de manifestations à caractère culturel nécessite la mise en place d'une surveillance plus précise du site et d'une capacité d'orientation des visiteurs et d'intervention rapide

en cas de nécessité.

○ **PROPOSITIONS :**

- Développer une équipe de 1ère ligne fonctionnant 24h/24 pour :
 - Coordonner l'ensemble des fonctions de surveillance autour d'un même responsable identifié, sachant que les installations incendie et les moyens de communication d'urgence sont traités dans le cadre de la maintenance
 - Centraliser la gestion des accès et la supervision du site (vidéosurveillance) aux agents de sécurité dont le QG est situé au standard.
 - Structurer l'ensemble des missions autour de procédures claires, sans faille et optimiser le fonctionnement.
- Compléter les missions de sécurité par des tâches opérationnelles nécessitant des déplacements non urgents sur le site afin d'optimiser le potentiel temps disponible : distribution du courrier, réponse de premier niveau aux demandes d'intervention hors présence des services techniques etc.

III. CONCLUSION

En nous sollicitant pour réfléchir et formaliser un projet de service, avec une entière liberté de conception, la direction de l'établissement nous a donné l'occasion de bâtir un programme consistant et cohérent, avec quelques propositions susceptibles de remettre en jeu le cours habituel des activités traditionnelles du service.

Les cadres du service à qui le détail des objectifs et leurs conséquences ont été présentés, ont adhéré et participé à cette démarche. En 2015, tous les personnels de la DSET bénéficieront du même niveau d'information.

La discussion a été riche et a permis une co-construction du plan d'actions.

Autre point positif : les principes et outils de gestion de la qualité, et dans le cas de la DSET, de la qualité de service, sont plus présents dans les esprits et ce travail pédagogique commence à porter ses fruits. Cette prise de conscience reste naturellement à consolider, mais nous avons œuvré pour qu'elle le soit en formant du personnel à l'audit et en réalisant nous-mêmes un premier, dont les recommandations sont actuellement en cours de mise en application.

Le Projet de service est aussi une composante importante du projet d'établissement pour le bon fonctionnement de notre Centre Hospitalier.

GLOSSAIRE

AEQ	Agent d'Entretien Qualifié
AES	Accident d'Exposition au Sang
AMO	Assistance à Maitrise d'Ouvrage
ANFH	Association pour la Formation Hospitalière
ANI	Accord National Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAE	Contrat Avenir Emploi
CAR	Compte Administratif Retraité
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CET	Compte Epargne Temps
CGOS	Comité de Gestion des Oeuvres Sociales
CGRV	Comité de Gestion des Risques et des Vigilances
CHLT	Commission Hôtelière Logistique et Technique
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Santé et des Conditions de Travail
CLACT	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COFIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRIH	Centre Régional d'Informatique Hospitalière
CRPV	Comité Réflexion Prévention Violence
CSIH	Comité du Système d'Information Hospitalier
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIH	Délegué Interrégional Handicap
DIM	Département d'Information Médicale
DPC	Développement Professionnel Continu
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSET	Direction des Services Economiques et Techniques
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DSIO	Direction du Système d'Information et de l'Organisation
DUER	Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels
EDI	Echange de Données Informatisées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPI	Equipements de Protection Individuels
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FIPG	Fédération Interpolaire de Psychiatrie Générale
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS	Groupe de Coopération Sanitaire
GDI	Gestion des Demandes d'Intervention
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HC	Hospitalisation Complète
HJ	Hospitalisation de Jour
HN	Hospitalisation de Nuit
HN	Hôpital Numérique
HPST	Hopital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IQCL	Indice de Qualité des Comptes Locaux
IRP	Instance Représentative du Personnel
MCO	Médecin Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MMC	Manutention Manuelle de Charges
MO	Maitre Ouvrier
OPQ	Ouvrier Professionnel Qualifié
OSIS	Observatoire des Systèmes d'Information de Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PES	Protocole d'Echange Standard
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PIF	Plan Individuel de Formation
PRAPS	Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSM	Plan Régional de Santé Mentale
PSIRMT	Programme de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Technique
QVT	Qualité de Vie au Travail
RCF	Relation Client Fournisseur
RCTT	Règlement Commun du Temps de Travail
RPS	Risques Psychosociaux
RSE	Responsabilité Sociétale de l'Entreprise
RTS	Guide du retraitement comptable
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAN	Espace de stockage
SCNH	Service Central de Nettoyage et d'Hygiène en milieu Hospitalier
SDSI	Schéma Directeur du Système d'Information
SEDEP	Service Déficients Profonds
SHOB	Surface Hors d'œuvre Brut

SI	Systeme d'Information
SIH	Systeme d'Information Hospitalier
SST	Santé et Sécurité au Travail
T2A	Tarifcation A l'Activité
TJP	Tarifs Journaliers de Prestations
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TSH	Technicien Supérieur Hospitalier
USALP	Unité de Soins et d'Accompagnement Long Personnalisé
USLD	Unité de Soins Longue Durée
VAP	Valorisation des Activités en Psychiatrie

ANNEXES

- Annexe 1 - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (Annexes 1 à 12)
- Annexe 2 - Liste des projets de pôle par orientation du CPOM (2012)
- Annexe 3 - Liste des actions retenues dans le cadre du projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement
- Annexe 4 - Projets repris dans le projet médical 2015-2019 et ayant fait l'objet d'une première estimation financière lors des travaux préparatoires au CPOM en 2012
- Annexe 5 - Fiches projets Qualité Sécurité des Soins
- Suivre les objectifs en termes de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôle
 - Conduire le programme d'action de l'établissement en matière de qualité et risques
 - Améliorer les résultats des indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)
 - Mettre en œuvre la méthode du patient traceur dans chaque filière sur le patient traceur
 - Publier le document unique actualisé
 - Organiser la centralisation des contrôles internes
 - Améliorer le dispositif de prévention du risque infectieux
 - Informatiser le circuit des évènements indésirables
 - Améliorer la sécurité médicamenteuse avec un programme d'actions
 - Mettre en place la cartographie des risques à priori
 - Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes
 - Obtenir une certification sans réserve
- Annexe 6 - Charte d'engagement dans le Développement Durable
- Annexe 7 - Programme EPP de 2014 à 2015
- Annexe 8 - Synthèse des comités de management de la qualité et des risques
- Annexe 9 - Cartographie des processus de l'établissement

ANNEXE 1

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

ANNEXE 1: LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT AU REGARD DU PRS DE BOURGOGNE

Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au 01/01/2012

Quelle est la place de l'établissement dans la gradation de l'offre de soins? Des missions spécifiques sont-elles accomplies par l'établissement?

Des filières de soins sont-elles privilégiées avec d'autres acteurs de l'offre (sanitaire ou médico-social)

Des missions de service public sont-elles attribuées à l'établissement? (cf.annexe 9)

1- Place de l'établissement dans l'offre de soins

Le Centre Hospitalier de la Chartreuse est autorisé à pratiquer des activités de psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Les activités de psychiatrie générale s'exercent en hospitalisation complète, de jour et extra hospitalière (CMP et CATTP) et dans des structures de réinsertion réhabilitation sur un territoire correspondant à 5 secteurs regroupés en deux pôles d'activité médicale et une fédération interpolaire.

Les activités de psychiatrie infanto juvénile s'exercent en activité de jour et extra hospitalière (CMP et CATTP).

Le CH participe au dispositif d'urgence psychiatrique dans le cadre d'une convention avec le CHU.

Le Centre Hospitalier de la Chartreuse gère des dispositifs à vocation régionale ou à rayonnement au-delà de son territoire de référence : CRIAVS, SMPR, unité de sismothérapie et sommeil.

Les missions spécifiques

Le Centre Hospitalier de la Chartreuse gère des structures répondant aux besoins de personnes spécifiques : détenus (SMPR), précarité (équipe mobile), addictologie (cure de sevrage en alcoologie et équipe de liaison), déficients profonds (deux unités), géronto psychiatrie (1 unité et HJ), patients pris en charge au long cours (1 unité).

Pour le contrôle judiciaire des prises en charge psychiatriques adultes sans consentement, l'établissement dispose d'une salle d'audience au sein de l'établissement.

Les filières de soins sanitaires

La filière psychiatrie est gérée en étroite collaboration avec le CHU et le CH de Beaune (psychiatrie adulte, CMP, CATTP, Hopital de jour et pour la Psychiatrie infanto juvénile CMP, CATTP, Hopital de jour et équipe de liaison).

Les filières médico sociales

Le Centre Hospitalier de la Chartreuse dispose de structures médico-sociales pour la prise en charge de personnes handicapées psychiques.

Pour l'enfance, l'ISCO assure le lien avec les associations gestionnaires de structures pour enfants inadaptés (temps de médecin psychiatre dans le temps d'intérêt général, coordination pour les prises en charge).

En particulier, le CH participe au fonctionnement de l'UET de Fleurey sur Ouche.

Pour les adultes, le CH dispose d'un SAMSAH en partenariat avec la SDAT et d'un FAM. Il dispose d'unités pour patients déficients profonds qui pourrait relever de la filière médico-sociale.

Pour les personnes âgées, le CH dispose d'une unité de gérontopsychiatrie, d'un centre opérationnel avec des compétences médicales et une équipe pluridisciplinaire, de structures extra sectorielles.

Elle travaille en partenariat avec la FEDOSAD et met à disposition des postes de soignants. Le CH gère une structure pour personnes âgées (Long séjour EHPAD) qui travaille en réseau avec les autres structures de la filière.

ANNEXE 1: LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT AU REGARD DU PRS DE BOURGOGNE

Propositions à retenir au contrat : quelles évolutions à 5 ans sont envisagées?

Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise

- 1) Conforter le dispositif d'accueil en urgence
- 2) Offrir un accueil adapté et spécialisé:
 - pour les personnes souffrant de dépression
 - pour les personnes souffrant d'addictions
 - pour les jeunes adultes (Créer une structure adaptée en extra sectoriel et Créer une structure adaptée en intra hospitalier)
 - pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques (Créer une équipe mobile de gérontopsychiatrie)
- 3) Développer des CLSM
 - Conforter le CLSM des communes périphériques du Grand Dijon, avec le CHU
 - Créer un CLSM pour Dijon ville, en lien avec les ateliers santé ville

Positionner la Chartreuse dans une dynamique territoriale et régionale

- Développer les actions du CRIAVS et créer les antennes départementales
- Conforter le SMPR en lien avec l'UCSA (Cf. accord cadre CHU)
- Préparer un projet de centre territorial de sismothérapie et de sommeil, (Cf. accord cadre CHU)
- Développer des actions de recherche, en lien avec le CHU (CCOMS, Centre de psychothérapie)
- Développer des actions de santé publique (Projet bucco dentaire, Soins somatiques aux personnes handicapées, Prévention du suicide, Prévention des risques psychosociaux)
- Développer un projet culturel et patrimonial

Développer la prise en charge des enfants et des adolescents

- Soutenir le projet d'équipe de liaison maman-bébé CHU
- Conforter les partenariats enfance handicap psychique
- Conforter les missions et le rayonnement de l'Adosphère
- Consolider la filière ados avec le CHU
- Soutenir l'UET Fleurey sur Ouche
- Assurer le lien entre la pédopsychiatrie et la structure jeunes adultes (Cf. accord cadre CHU)

Conforter les missions départementales

- Humaniser les unités fermées et diminuer les hospitalisations supérieures à 90 jours
- Créer des petites unités pour déficients profonds (Rechercher des partenariats et monter des formations adaptées)
- Conforter la filière gérontopsy (Création d'une unité sud cote d'or)
- Améliorer la prise en charge en milieu carcéral et supprimer les hospitalisations de détenus par augmentation des transferts vers UHSA
- Permettre l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (ELIPSES, liens entre PASS et ELIPSES, CHRS)
- Entendre le SAMSAH et externaliser le FAM
 - * Augmenter le nombre de places du SAMSAH et son déploiement territorial
 - * Créer un FAM externalisé de 40 places
- Développer l'intégration par le logement pour les personnes handicapées psychiques
 - * Augmenter le nombre de places en appartements protégés
 - * Développer des formules type familles gouvernantes et résidence accueil
- Mettre en place un dispositif de coordination type centre de ressources handicap psychique

ANNEXE 1: LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT AU REGARD DU PRS DE BOURGOGNE

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible nationale (si existante)	Cible régionale	Cible établissement						Responsable	
				Valeur initiale	Valeur cible						
					N	N+1	N+2	N+3	N+4		N+5
Orientation N°1 : Apporter une réponse à la problématique de la permanence des soins ,en cohérence avec le schéma cible du SROS											
Conforter le dispositif d'accueil en urgence, renforcer l'écoute téléphonique et organiser l'articulation avec UHCD et copilottage des SSC en lien avec le CHU	Augmenter le nombre de passages et diminuer la part de l'hospitalisation			3343 passages /77%						3500 passages /67%	Dr Lavault
Orientation N°2 : Utiliser la télémédecine pour répondre aux besoins de santé locaux											
Télé conseil et télé expertise (pédiatrie, Joux la Ville, CRIAVS, gérontopsychiatrie)	Signature de la convention en 2013										B Madelpuech
Orientation N°3 : Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prise en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation											
Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions (CHU): - Renforcement de l'activité CMP et création d'un CATTP en addictologie - Sevrage aux subsances illicites - Formaliser, améliorer et développer l'éducation thérapeutique en addictologie	Part des lits spécialisés/total des lits de psychiatrie générale			15%	15%	20%	20%	25%	30%		Dr Philippot
Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les jeunes adultes : - Améliorer la prise en charge des 18-25 ans (Création d'un CMP)	Part des lits spécialisés/total des lits de psychiatrie générale			-	-	-	-	-	30%		Dr Capitain
Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques (Augmenter la file active en gérontopsychiatrie et créer une équipe mobile de gérontopsychiatrie)	Part des lits spécialisés/total des lits de psychiatrie générale			-	-	20%	-	-	-		Drs Taillandier/ Ysetti
Développer les CLSM pour Dijon Ville et Grand Dijon : - Conforter le CLSM des communes périphériques du Grand Dijon, avec le CHU - Améliorer l'offre de soins ambulatoire des patients du secteur de Quetigny - Créer un CSLM pour Dijon ville, en lien avec les ateliers santé ville	CLSM créé			1	1	1	2	2	2		Dr Milleret / Dr Capitain
Finaliser l'accord cadre avec le CHU incluant les conventions concernant le laboratoire et l'hygiène	Nombre de réunions de suivi			12	12	12	12	12	12		B Madelpuech

ANNEXE 1: LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT AU REGARD DU PRS DE BOURGOGNE

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible nationale (si existante)	Cible régionale	Cible établissement						Responsable
				Valeur initiale	Valeur cible					
					N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Orientation N°5 : En pédopsychiatrie, formaliser avec les deux autres établissements des protocoles et modalités de prise en charge des enfants et adolescents permettant de répondre aux situations de crises et au suivi des patients en lien avec les structures sociales et médico-sociales										
Consolider la filière ados avec le CHU et Semur en Auxois et les partenaires médico sociaux par l'ouverture d'un CMP orienté sur les troubles nutritionnels et les jeunes suicidants	File active			67	72	77	82	87	92	Dr Besse
Conforter les missions et le rayonnement sur le territoire de l'Adosphère par la création d'une équipe mobile de l'Adosphère	File active			982	1000	1030	1050	1100	1150	Dr Massabie
	Part de file active hors grand Dijon			21%	23%	24%	25%	30%	33%	
Soutenir le projet d'équipe de liaison maman-bébé CHU : Création d'une équipe mobile	Nombre de consultation			20 patients 118 consults	40 patients 200 consults	50 patients 350 consults	60 patients 400 consults	70 patients	80 patients	Dr Leclercq
Conforter les partenariats avec les structures sociales et médico sociales	Nombre de conventions			10 formalisées	12	14	16	18	20	Dr Besse / Dr Pingaud
Orientation N°6 : Conforter les missions départementales de soutien et sécuriser et compléter les prises en charge										
Développer les soins somatiques pour l'ensemble de l'établissement	Nombre de consultations									Dr Royer Rigaud
Assurer la réorientation de certains patients dans des structures correspondant à leur état de santé notamment les déficients profonds et assurer la transformation en MAS	MAS financée			-	-	-	-20	-20	-20	Drs Beauvalot/Capitain/Labopin Mrs Weyrich / Lemouel
Augmenter le nombre de places du SAMSAH et son déploiement territorial et mettre en place un dispositif de coordination type centre de ressources "handicap psychique"	File active (places)			22	30	30	38	46	50	Dr Capitain / Mme Descaves / M. Espinosa
Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	File active (places)			20	20	20	20	20	42	Dr Petit
Contribuer à diminuer les hospitalisations supérieures à 90 jours par la recherche d'autres modalités de soins que les unités de psychiatrie générale	Nombre de patients dont le séjour est > à 90 jours dans les unités de psychiatrie générale			20%	19%	18%	17%	16%	15%	Drs Petit/Pommier/Serot/Taillandier Mme Castelluccio/Mme Forey/M. Weyrich
Développer des actions de recherche	Nombre d'actions réalisées			1	1	1	2	2	3	Drs Capitain/Milleret
Développer des actions de santé publique	Actions de sensibilisation des professionnels			3	3	4	4	5	5	Dr Besse

ANNEXE 2 : DEVELOPPER LES COOPERATIONS TERRITORIALES

p27 du guide de contractualisation

Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au 01/01/2012

Cette annexe n'a pas vocation à être exhaustive, mais à fixer des objectifs majeurs en vue de la réalisation d'actions de coopération prioritaires sur le territoire sur les 5 prochaines années.

Décrire les principales étapes, les perspectives du projet, les accompagnements attendus. Les projets en cours ou à venir majeurs devront figurer.

Quels sont/seront les bénéfices attendus en terme de réponse au besoin de santé de la population. Les domaines concernés par des besoins de coopération identifiés au sein du PRS et du SROS

Précisez quel champ d'activité est concerné?

Quelle forme de convention est envisagée? GIE/ GCS/CHT autres....

L'établissement a développé des coopérations territoriales très ouvertes dans le cadre du CPOM. Il poursuivra sa mission à périmètre identique ou proche durant le prochain CPOM.

Cette coopération territoriale se traduit par un cadre organisationnel adapté, filière après filière et projet après projet (accord cadre avec CHU, projets spécifiques avec les CH de Semur en Auxois, de Beaune... et partenariats diversifiés avec les associations gestionnaires de structures médico sociales...).

Le point d'ancrage le plus stratégique est l'accord cadre avec le CHU. Celui-ci comporte les volets thématiques suivants : Urgences psychiatriques, CUMP, hospitalisation psychiatrique adulte, prise en charge des patients sous contrainte, unité CHU Chartreuse pour patients chroniques, addictologie, prise en charge des détenus, équipe mobile de soins palliatifs, sismothérapie, pharmacie, laboratoire, formation des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues, IFSI et recherche.

Avec Semur, la collaboration porte sur la prise en charge en pédopsychiatrie et l'Adosphère et les soins bucco dentaires.

Avec Beaune, la collaboration porte sur la prise en charge infanto juvénile et sur les adultes.

Des coopérations existent sur la filière gériatrique avec Auxonne et Seurre et le GCS Amplitude. Pour ce dernier, la collaboration porte sur le handicap psychique.

(MAS de Vitteaux). Les coopérations devraient conduire à la création d'une CHT territoriale.

Propositions à retenir au contrat : quelles évolutions à 5 ans sont envisagées?

A compléter par l'établissement (sur la base du diagnostic précédemment établi, sélectionner les axes les plus importants à décliner)

(A noter que dans cette annexe, ne seront opposables à l'établissement que les engagements qui le concernent, les engagements des autres établissements sont inscrits pour rappel).

Objectifs opérationnels	Calendrier	Contributions des partenaires (processus de mise en œuvre de la coopération)	Outil pour la mise en œuvre	Indicateur de suivi
Orientation N°7 : Mettre en œuvre , participer et adhérer à la CHT de cote d'or				
Mettre en place le projet de CHT et développer les coopérations territoriales pour améliorer la prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques : - convention Beaune - convention SEMUR - convention Amplitude - convention Auxonne - convention Seurre - CHU Accord cadre	2013	Repartition des filières de prise en charge selon SROS	Plan d'actions	PV de réunion
Orientation N°10 : Travailler à l'accréditation des activités biologiques				
Obtenir l'accréditation du laboratoire et organiser la liaison avec le CHU	2013-2016	Collaboration avec le CHU à définir dans l'accord cadre et convention adhoc avec d'autres partenaires	Conventions et dépôt de dossier COFRAC	Dépôt du dossier d'accréditation COFRAC en 2014

Observations de l'établissement

Le CH gère un portefeuille d'une centaine de conventions avec des structures médico sociales, notamment. (Cf. fichier en annexe). Parmi celles-ci, l'accord cadre avec le CHU revisité, sera l'action la plus structurante.

ANNEXE 3 : AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS
Orientation N°9 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins
Evaluation et proposition des indicateurs à retenir
cf programme qualité joint

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible nationale (si existante)	Cible régionale	Valeur initiale	Valeur fin de contrat					
				Année N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	
I. Management de la qualité et de la sécurité des soins										
Suivre les objectifs de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôles	Pourcentage de contrats de pôle ayant des objectifs de qualité et sécurité des soins			100%						
Conduire le programme d'actions de l'établissement en matière de qualité et risques	Transmission du programme à l'ARS			oui						
II. Amélioration de la qualité des soins										
Améliorer les résultats des Indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)	Indicateur tenue du dossier patient (TDP)	80%		72%	79%					80%
	Indicateur Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC-2)	80%		35%	41%					80%
	Indicateur dépistage des troubles nutritionnels (DTN-1)	80%		59%	69%					80%
	Indicateur traçabilité de la douleur (TRD)	NA PSY		71%	69%					80%
Mettre en œuvre la méthode du patient traceur dans chaque filière sur le patient traceur	Nombre de filières identifiées et analysées			Programme validé par les instances	9					1 EPP / filière identifiée
	Nombre d'actions de formation-information conduites sur le patient traceur				8	4	2	2	2	

III. Sécurité des soins (2/2)									
Améliorer le dispositif de prévention du risque infectieux	Indicateur Composite de Lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN-2)			A	A				A
	Indicateur de Consommation de Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA-2)			B	A				A
	Indicateur de lutte contre la diffusion de Staphylocoques Aureus Résistants à la Méthicyline (SARM)			C	NA				A
	Score agrégé de maîtrise du risque infectieux			B	B				A
Informatiser le circuit des Evénements Indésirables	Circuit automatisé			0	1	1	1	1	1
Améliorer la sécurité médicamenteuse avec un programme d'actions	Conformité au décret (rapport d'inspection pharmaciens inspecteurs)			Un plan d'action post visite	66%	80%	80%	80%	80%
Mettre en place la cartographie des risques à priori	Cartographie validée par les instances				0	1	1	1	1
	Nombre de risques placés sous assurance qualité				50%	100%	100%	100%	100%
Publier le document unique actualisé	Document unique validé par les instances			Document unique existant	0	1	1	1	1
Organiser la centralisation des contrôles internes	Procédure de centralisation des contrôles publiée			Contrôles effectués	0	1	1	1	1
IV. Les usagers									
Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes	Nombre d'actions de communication conduites auprès des usagers								
	Nombre de représentants des usagers, différents impliqués dans les instances				1	2	3	4	5
V. La certification									
Obtenir une Certification sans réserve	Rapport de certification 2014-2015					1			

ANNEXE 5 : Faire progresser le pilotage interne de l'établissement

Evaluation et proposition des indicateurs à retenir (1/2)

La qualité du pilotage interne peut s'évaluer à travers plusieurs dimensions; la soutenabilité financière, la nouvelle gouvernance, les outils de pilotage, les process internes et les SI.

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Valeur initiale Année N	Valeur fin de contrat N+5	Indicateur retenu au CPOM ? (O/N)	Source	Observations, précisions
Assurer la soutenabilité financière de l'établissement	Situation financière					
	Résultat comptable	1 003 000	0	O	HOSPIDIAG	la valeur de l'année n correspond à une opération sincérité des comptes avec reprise sur provision.
	Taux de marge brute	4,50%	4,50%	N	HOSPIDIAG	le taux de marge brute a diminué depuis 2009 (6,1% en 2009 ; 5,3 en 2010) il dépend de la maîtrise des dépenses et du niveau des recettes de titre 2 : stabilité prévue sur les 5 ans.
	Taux d'indépendance financière	13,20%	13,20%	N	HOSPIDIAG	le taux d'indépendance financière a légèrement baissé par rapport à 2010, compte tenu des opérations d'investissement réalisées (hopital de jour ados et USALP) simulation de l'année n+5 dépend de la politique d'investissement.
	Durée apparente de la dette	28 mois	28 mois	N	HOSPIDIAG	Ce montant correspond à deux ans de capacité d'autofinancement pour le remboursement de la dette.
	Encours de la dette / total produits	9,20%	9,20%	N	HOSPIDIAG	Ce montant correspond à 96% de coefficient d'autofinancement
	CREP (O/N)	Non	Non	O	Etablissement	Une régulation budgétaire évite toute spirale déficitaire
Faire progresser le management interne et les outils de gestion	Nouvelle gouvernance					
	Nombre de contrats de pôle signés (en cours de validité / en cours d'exécution) / nombre total de pôles de l'établissement	6/6 fin 2011, signature des contrats de deuxième génération (pôles intersectoriels)	6/6	O	Etablissement	Un travail important a été mené pour la signature des contrats, en 2011. Ceux-ci portent sur les objectifs stratégiques et spécifiques, la gouvernance, le développement des relations contractuelles, les relations client fournisseur avec les directions fonctionnelles, les objectifs d'activité et de dépenses, l'amélioration de la qualité, les objectifs du système d'information et en santé publique, la gestion des ressources humaines, les locaux, les tableaux de bord, l'évaluation et l'intéressement.
	Le directeur a-t-il accordé aux chefs de pôle une délégation de signature afin d'engager les dépenses du pôle? (Oui / Non)	non	oui	N	Etablissement	Les contrats de deuxième génération se traduisent par une importante délégation de gestion, sans délégation de signature, afin de limiter le temps de gestion administrative des équipes de pôle et pour préserver le temps consacré à la clinique.
	Des projets de pôles ont-ils été réalisés?	Oui	Oui	O	Etablissement	Les formations à la gestion budgétaire et à la gestion de projet ont été réalisées, les assistants de gestion ont été désignés et les projets de pôle ont été formalisés sur le plan stratégique et sur les objectifs qualité.
	Les chefs de pôle sont-ils intéressés aux résultats de leur gestion? (O/N)	Oui	Oui	N	Etablissement	L'article 14 du contrat prévoit des modalités d'intéressement liés aux résultats financiers : 50 % des économies réalisées sont réaffectées en crédits d'investissement. Ces modalités sont en cours de révision.
	Dépenses des pôles engagées par les chefs de pôle par délégation de signature / total des dépenses de l'établissement	Non	Non	N	Etablissement	Compte tenu de la taille de l'établissement, la délégation de signature ne paraît pas pertinente et les directions fonctionnelles engagent les crédits pour le compte des pôles.
	La lutte contre l'exclusion sociale: Lien entre PASS et Ellipses , CHRS					
	Les actions de santé publique:Prévention du suicide, prévention tabagique	Oui	Oui	N	Etablissement	La compta analytique porte sur le budget H. Les autres budgets sont en cours de développement. (logiciel AGCA)
	Pourcentage de pôles cliniques disposant d'un compte de résultat analytique par pôle?	SO		N	Etablissement	Pas adapté à la psychiatrie car pas de recettes affectées par pôles.
	Conforter le SMPR et améliorer le lien avec UHSA :Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier	SO		N	Etablissement	Pas adapté à la psychiatrie car pas de recettes affectées par pôles.
	L'établissement dispose t'il d'un tableau de bord de gestion (qui contient à minima des indicateurs d'activité et de dépenses)	Oui	Oui	N	Etablissement	Un tableau de bord de suivi des dépenses de l'activité et des principaux paramètres de gestion des ressources humaines et logistiques est produit tous les mois.
	Si oui, à quelle fréquence de production (mensuelle, trimestrielle, annuelle)	mensuelle		N	Etablissement	
	Pourcentage de pôles cliniques et médico-techniques disposant d'un tableau de bord de gestion* mensuel? Trimestriel? Annuel?	100%		N	Etablissement	Chaque pôle dispose d'un tableau de bord de suivi des dépenses, de l'activité et des principaux paramètres de gestion des ressources humaines et logistiques, tous les mois.
L'établissement dispose t'il d'un ou plusieurs contrôleurs de gestion? (Oui/non)	Oui	Oui	N	Etablissement	Un contrôleur de gestion et 4 assistants de gestion (temps partiel) assurent le contrôle de gestion des pôles.	

ANNEXE 5 : Faire progresser le pilotage interne de l'établissement							
Stratégie d'optimisation des achats hospitaliers							
Faire progresser le management interne et les outils de gestion	L'établissement dispose t'il d'un responsable achat unique?	2	2		Etablissement	L'établissement a 2 responsables des achats, comme l'exige les dispositions réglementaires relatives au monopole pharmaceutique : le pharmacien et le directeur des services économiques et logistiques. Le contrôle des dispositions relatives au code des marchés publics sont sous l'autorité exclusive du directeur des services économiques.	
	L'établissement a-t-il mis en place un plan d'actions achat quantifié visant à faire des gains achats?	en cours	oui		Etablissement	Les actions récentes ont consisté, à formaliser un Guide d'Achat, qui définit une segmentation des fournitures et services, des procédures tenant compte des volumes d'achat. Du marketing achat et du sourcing, sont réalisés autant que de besoin pour certaines demandes. Des gains sur achat sont recherchés par une politique de normalisation et de globalisation des achats. Les objectifs principaux, à court terme de ce programme d'actions sont les suivants : - à terme de 12 mois les objectifs sont de réaliser des marchés pour les fournitures techniques, - de se rapprocher d'un groupement d'achats alimentaires se substituant aux anciens groupements qui avaient été supprimés après la mise en place d'UNI ACHATS, - de réaliser des économies sur le circuit linge avec la suppression probable de la lingerie d'établissement. 50 000 € (sur un budget de 400 000 €) ont déjà été obtenus sur le strict plan de la négociation des prix.	
	L'établissement participe t'il à au moins deux des groupements de commandes pour les achats suivants: médicaments, produits d'incontinence, dispositifs médicaux, linge (habillement), alimentaire, fournitures de bureau, consommables informatiques, produits d'entretien, déchets, maintenance d'équipements non médicaux (O/N)	2	4		Etablissement	Participation à 2 groupements Pharmacie et Déchets septiques. Une réflexion est en cours pour participer à un groupement de produits alimentaires et l'adhésion à UNIHA pour certains segments. Le CH utilise autant que de besoin l'UGAP pour les achats d'équipement et de prestations de services.	
Socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme hôpital numérique (2/2)							
Aller vers un SI cohérent et performant	Maîtrise du SI: existence d'un schéma directeur ou plan directeur	oui	oui		Etablissement	Le schéma directeur a été validé par les instances en 2009 et est régulièrement actualisé, jusqu'en 2013.	
	Maîtrise du SI: existence d'une gestion de portefeuille de projets	oui	oui		Etablissement	Le portefeuille de projets est analysé lors des revues de projet piloté par la Direction Générale	
	Socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme hôpital numérique: Pré-requis						
	"Identités-mouvements": atteinte des seuils d'éligibilité associés	oui	oui		Etablissement	OUI : P1-1 : L'identité du patient est saisie une seule fois dans Cpage et est ensuite répercutée dans l'application Cristalnet (RIMP, dossier de soin, dossier patient) ainsi que dans l'application de biologie. P1-2 : La cellule identito-vigilance se réunit chaque trimestre et est en mesure de fournir des statistiques. P1-3 : Les séjours et mouvements de patients sont envoyés de Cpage aux applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du RIMP. P1-4 : La structure définie dans l'application Cpage sert de référence aux autres applications qui sont mises à jour en temps utile.	
	"Fiabilité-disponibilité": atteinte des seuils d'éligibilité associés	non	oui		Etablissement	NON : P2-1 : Il existe un PRA mais il doit être actualisé. P2-2 : Les interventions de maintenance sont tracées mais pas de façon exhaustive. P3-1 : les procédures ne sont pas rédigées en totalité	
	"Confidentialité": atteinte des seuils d'éligibilité associés	non	oui		Etablissement	NON : P3-1 : La politique de sécurité est à affiner et la gestion des risques est à décrire. P3-2 : Une charte existe et est diffusée à la journée des nouveaux arrivants. P3-3 : Il n'existe pas, à ce jour, de procédure de diffusion auprès des patients sur les conditions d'utilisations des données de santé à caractères personnels P3-4 : les applications contenant des données médicales sont accessibles uniquement par un compte individuel. P3-5 : toutes les applications ne tracent pas les connexions.	
	Domaine "résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie": atteinte des valeurs cibles associées	non	oui		Etablissement	NON : Seuls radiologie et examens de biologie sont produits en interne, les autres demandes sont externalisées. Seules les comptes rendus d'examen seront informatisés (serveur de résultats) à court terme. Pour le reste le retour est sous format papier archivé dans le dossier médical.	
	Domaine "DPII et communication extérieur": atteinte des valeurs cibles associées	non	oui		Etablissement	NON - Cristalnet va devenir un logiciel DMP Compatible et permettra la création de DMP et le paramétrage de l'alimentation de DMP. Les comptes rendus ne sont pas disponibles dans le dossier médical informatisé donc l'objectif d'un DPII (dossier patient informatisé et interopérable) est à construire.	
	Domaine "pilotage médico-économique": atteinte des valeurs cibles associées	non	oui		Etablissement	Une réflexion est en cours sur l'évolution du système d'information de pilotage médicoéconomique (expérimentation GCS)	
	Domaine "prescription électronique alimentant le plan de soins": atteinte des valeurs cibles associées	non	oui		Etablissement	NON : D3-1 : La prescription de médicament est informatisée dans l'établissement. D3-2 : La prescription informatisée de demande d'examen de biologie est prévue à moyen terme. D3-3 : Pas de projet défini pour la prescription de demande d'imagerie. D3-4 : Pas de projet de prévu pour la prescription d'acte infirmiers. D3-5 : Le plan de soin informatisé alimenté par les prescriptions est déployé dans l'établissement.	
Domaine "programmation des ressources et agenda du patient": atteinte des valeurs cibles associées	non	oui		Etablissement	NON : D4-1 : seulement le plan de soin. D4-2 : hors sujet pour notre établissement. D4-3 : pas d'outil de planification pour les consultations externes. D4-4 : la gestion des rendez-vous est en test au service bloc médical pour les actes médico-techniques.		

ANNEXE 5 : Faire progresser le pilotage interne de l'établissement

Alimentation et mise à jour de l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS)						
Aller vers un SI cohérent et performant	Taux de complétude des données transmises via l'oSIS (menu Equipement: couverture fonctionnelle, parc logiciel, parc matériel, etc.)	100%	100%		Etablissement	Le responsable informatique renseigne les volets de l'observatoire oSIS chaque année
	Participation au déploiement du DMP (dossier médical personnel)					
	Création de DMP via une solution intégrée ou l'interface WEB	non	oui		Etablissement	Aucun DMP n'est créé à ce jour, en attente de compatibilité de la filière cristal net.
	Remontée de documents dans des DMP via une solution intégrée	non	oui		Etablissement	Pas d'alimentation de DMP possible, en attente de compatibilité de la filière cristal net. Et d'adaptation organisationnelle

Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au 1/01/2012 (à établir sur la base des indicateurs précédemment saisis)

Depuis 2009, l'infrastructure a été renouvelée et sécurisée (serveur ESX, virtualisation VMWARE, Baie de stockage SAN, robot de sauvegarde).
Le parc a été renouvelé (300 PC et 50 photocopieurs). Des mises à jour d'applicatifs ont été réalisées (Cuisine, Gestion électronique de documents, serveur de résultats et laboratoire, CPage pour la commande de produits et module économique).
Cristalnet a été actualisé sur certains modules (transmissions ciblées).

Observations, remarques sur les évolutions envisagées à 5 ans? Impacts potentiels (organisation, moyens, personnels...)

Un projet de déploiement du dossier patient informatisé sera réalisé au terme du contrat. Il comprend les comptes rendus d'hospitalisation, les observations médicales, la prescription connectée, la dictée numérique.
Un groupe projet accompagne cette démarche DIM, cadre soignant, pharmacien, IDE, médecin). Les infrastructures vont continuer leur évolution pour augmenter les capacités de stockage et leurs performances.
La sécurité du système sera améliorée avec la mise en place d'outils de filtrage Web.
L'interconnexion de sites est recherché par l'évolution des lignes opérateurs. La mise à jour de tous les modules de Cpage sera engagée vers CPagei (economat finance, tutelles, DRH).
La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences s'appuie sur le nouvel outil Gestform qui sera déployé partout.(Cf. annexe).
L'interopérabilité est recherchée avec le CHU (résultats de laboratoire, UCSA, SMPR). Le responsable informatique du CH participe activement aux travaux du GCS (Clonys santé, vidéoconférence, conseil exécutif, assemblée générale).

ANNEXE 6 : Optimiser la politique des ressources humaines

Evaluation et proposition des indicateurs à retenir

Tous ces indicateurs sont définis dans le guide de contractualisation

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Valeur initiale Année N	Valeur fin de contrat N+5	Indicateur retenu au CPOM ? O/N	Source	Observations, précisions
Gérer la masse salariale et l'évolution des effectifs	Taux d'évolution de la masse salariale (N-2 à N)	N-2 : 2,35 % N-1 : 3,54 % N : 1,7 %	2% par an	O	RIA Bilan social	A périmètre d'activité comparable les budgets doivent suivre l'évolution générale nationale de l'ordre de 2% (GVT notamment)
	Taux d'évolution des effectifs ETPR de N-2 à N	N-2 : 2,41 % N-1 : 3,19 % N : 1,15 %	Stabilité			A périmètre d'activité comparable les effectifs doivent rester stables
Prévenir et réduire l'absentéisme, Maîtriser le turn over	Taux d'absentéisme du personnel	Personnel médical : 3,12 % Personnel non médical : 6,54 %	PM <4 PNM <7	O		Le taux est variable selon les catégories de personnel; Un travail a été engagé vis-à-vis de la population des ASH dont le taux est particulièrement élevé(>10%)
	Taux de turn-over du personnel	Personnel médical : 2,94 % Personnel non médical : 8,36 %	PM <5 PNM: stabilité			Un turn over élevé a été constaté lié en partie aux départs à la retraite des IDE , en raison de la réforme LMD et de la réforme des retraites. Un taux de départ élevé de médecins est attendu pour les prochaines années en raison de la pyramide des âges.
Maîtriser l'évolution des dépenses	Taux d'évolution des dépenses consacrées au recrutement de personnels intérimaires N-2 à N	N-2 : 32,19 % N-1 : -47,63 % N : 31,66 %	Le montant devrait être stabilisé autour de 350 000€	O		En 2011 une clause spécifique de maîtrise de ces dépenses a été inscrite dans tous les contrats de pôle
Maitriser les CET et prendre en compte les évolutions réglementaires à venir	Nombre de jours stockés en CET (N-2 à N)	N-2 : 3219,5 N-1 : 3890 N : 4248,5	3000			L'arrivée au terme des 10 ans doit permettre de remettre les compteurs à zero,sous réserve d'une éventuelle évolution réglementaire. Une politique incitative forte est demandée aux cadres afin de satisfaire les demandes de congés des personnels.

Mettre en cohérence la gestion des heures supplémentaires et les besoins des étés de santé	Heures supplémentaires/ temps de travail additionnel (N-2 à N)	N-2 :452 N-1 : 258 N : 372	<400		<p>Ne concerne que des situations exceptionnelles du corps médical et correspond à l'anticipation de la prise en compte statutaire de l'évolution du temps de travail.</p> <p>Aide soignant, Psychiatre, Ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante médico administrative, personnel technique</p> <p>Cet indicateur est très fortement lié aux politiques nationales. Pas de conflit à caractère local observé ces dernières années.</p> <p>Le nombre d'AT est stable depuis 2010, dont la plus grande partie concerne les accidents de trajet et les phénomènes de violence. Par contre, on constate une progression du nombre de jours d'AT.</p>
Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	Nombre de métiers repérés comme sensibles ou en tension	6	0		
Repérer les conflits sociaux et analyser la qualité du dialogue social	Nombre d'heures ou de 1/2 journées de grève	513 h	500		
Santé et sécurité au travail	Nombre d'accidents de travail au cours de l'année N	106	stabilité		

Diagnostic : Contexte, situation de l'établissement au 1/01/2012 (à établir sur la base des indicateurs précédemment saisis)

L'établissement a construit un plan d'actions de mise en oeuvre de son projet de gestion des RH sur différents champs : recrutement, gestion des carrières, du temps, formation, dialogue social, amélioration des conditions de travail, accès aux prestations sociales...Ce plan d'actions s'inscrit dans une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences valorisant les métiers et le développement professionnel continu.

La réorganisation de la gestion des personnels interimaire reste un axe fort de notre politique, portée par chaque pôle dans son contrat.

Un effort particulier a été conduit pour la mise en place des réformes des retraites, le reclassement des personnels soignants et medico techniques, l'accompagnement des nouveaux professionnels par le tutorat et la consolidation des savoirs en santé mentale.

Un CLACT a été signé engageant l'établissement pour les 3 ans à venir.

Par ailleurs, des actions sont engagées vis-à-vis des métiers sensibles afin de procéder aux évolutions définies par le répertoire des métiers.

Le plan de formation est réorienté vers le soutien des politiques institutionnelles tout en garantissant aux agents le respect de leurs droits dans le domaine du DIF.

**ANNEXES AUTORISATIONS ET
PILOTAGE D'ACTIVITE**

Observations de l'établissement

Les autorisations pour le FAM et le SAMSAH sont susceptibles d'être révisées pendant la période. Elles seront liées aux capacités de financement des différents partenaires. L'objectif pour le FAM est d'ouvrir les 42 places au terme du contrat. Quant au SAMSAH, une première tranche de 50 places, permettant de répondre aux besoins dijonnais, est envisageable sous réserve d'augmenter les plages horaires H24, 365 jours et de l'obtention des crédits correspondants. L'extension à 90 places hors de l'agglomération dijonnaise, sera envisagée selon les financements CG21 et ARS.

LES INDICATEURS DE PILOTAGE D'ACTIVITE

Dans le cadre du SROS-PRS, les OQOS en volume d'activité du SROS 3, opposables à l'établissement de santé, sont remplacés par les indicateurs de pilotage d'activité (IPA).

Les IPA ne sont cependant plus opposables en tant que tels aux établissements de santé. L'accent est désormais mis sur la prévision et le pilotage des évolutions souhaitées, plus que sur la définition de quotas de production.

Ces indicateurs doivent être conçus comme des repères dans le suivi de l'activité de l'établissement.

Il s'agit cependant non pas de lister l'ensemble des autorisations mais bien de cibler les segments d'activité pour lesquels des enjeux territoriaux sont identifiés par l'ARS (accès aux soins, modes de prises en charge...)

Activité / mode de prise en charge	Cible de production de soins pour les établissements de santé constituant chaque territoire de santé (cible SROS)					
	Valeur initiale arrondie Année 2011	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
Hospitalisation complète	103 000 journées	103 000	103 000	102 000	101 000	100 000
Hospitalisation de jour	Adultes : 24500 journées Enfants : 5500 journées soit 30 000 journées	30 000	30 000	31 000	31 000	32 000
Hospitalisation de nuit	187 nuitées	190	190	190	190	190
CATTP	Adultes : 29000 séances Enfants : 13000 séances soit 42 000 séances	42 000	42 000	42500	42500	43 000
CMP	Adultes : 90 000 actes Enfants : 14 000 actes soit un total de 104 000 actes	104 000	104 000	104 000	105 000	105 000

Observations de l'établissement

L'établissement est engagé dans un plan d'actions visant à stabiliser et même réduire l'hospitalisation complète (suppression des lits d'appoint) par une politique encore plus dynamique de gestion des durées de séjour et la recherche de solutions adaptées en aval des hospitalisations (réinsertion réadaptation, réhabilitation, logement)

Une analyse continue des séjours de longue durée permet de rechercher des solutions de sortie adaptées aux pathologies concernées (FAM, maison communautaire, appartements protégés, résidence d'accueil, familles gouvernantes..).

Cette politique s'accompagne du développement de l'activité en hospitalisation de jour et CATTP.

Cette politique sera accompagnée de ré déploiement de moyens en interne.

Il est bien entendu que cette évaluation d'activité est réalisée à périmètre constant. Ces orientations seront inscrites dans les contrats de pôle.

Le Contrat intègrera les projets nouveaux validés par l'ARS tout au long des 5 années (autorisation d'ouverture sur l'hospitalisation complète ou partielle, ou autorisation d'ouverture de structures médico sociales)

ANNEXE 8 : LE FINANCEMENT : LA DAF

DOTATION DAF PSYCHIATRIE						Total	Observations
	2012	2013	2014	2015	2016		
Dotation sollicitée par l'établissement	50 372 939 €	51 400 00€	52 428 000	53 476 000	54 445 000		
Périmètre du financement (objet, destination)							
Engagements de l'établissement	/	/	/	/	/	/	
Conforter le dispositif d'accueil en urgence, renforcer l'écoute téléphonique et organiser l'articulation avec UHCD et copilotage des SSC en lien avec le CHU			240K€	240K€	240K€		
Télé conseil et télé expertise (pédiatrie, Joux la Ville, CRIAVS, gérontopsychiatrie)							50 K€ en investissement
Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions (CHU): - Renforcement de l'activité CMP et création d'un CATT en addictologie - Sevrage aux substances illicites - Formaliser, améliorer et développer l'éducation thérapeutique en addictologie			120 K€	120 K€	120 K€		
Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les jeunes adultes : - Améliorer la prise en charge des 18-25 ans (Création d'un CMP)			315 K€	315 K€	315 K€		
Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques (Augmenter la file active en gérontopsychiatrie et créer une équipe mobile de gérontopsychiatrie)			275 K€	275 K€	275 K€		
Développer les CLSM pour Dijon Ville et Grand Dijon : Conforter le CLSM des communes périphériques du Grand Dijon, avec le CHU			50K€	50K€	50K€		
Développer les CLSM pour Dijon Ville et Grand Dijon : Améliorer l'offre de soins ambulatoire des patients du secteur de Quetigny			-	-	-		
Développer les CLSM pour Dijon Ville et Grand Dijon : Créer un CSLM pour Dijon ville, en lien avec les ateliers santé ville							
Finaliser l'accord cadre avec le CHU incluant les conventions concernant le laboratoire et l'hygiène							
Sous total 1			1000K€				

	Positionner la chartreuse dans une dynamique régionale : CRIAVS			45K€	45K€	45K€		
	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU:Préparer un projet de centre territorial de sismothérapie (Cf. accord cadre CHU)			200K€	200K€	200K€		
	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU:Préparer un projet de laboratoire territorial de sommeil			100K€	100K€	100K€		
	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU:Création d'une consultation mémoire			100 K€	100 K€	100 K€		
	Développer un projet culturel et patrimonial et un projet socio-culturel							
	Conforter le SMPR en lien avec l'UHSA (Cf. accord cadre CHU) et améliorer la prise en charge en milieu carcéral							
	Mise en place d'une organisation avec le CHU et les autres CH psychiatriques pour la gestion des postes médicaux et des internes							
	Consolider la filière ados avec le CHU et Semur en Auxois et les partenaires médico sociaux par l'ouverture d'un CMP orienté sur les troubles nutritionnels et les jeunes suicidants			180K€	180K€	180K€		
	Conforter les missions et le rayonnement sur le territoire de l'Adosphère par la création d'une équipe mobile de l'Adosphère			100K€	100K€	100K€		
	Soutenir le projet d'équipe de liaison maman-bébé CHU : Création d'une équipe mobile			330 K€	330 K€	330 K€		
	Conforter les partenariats avec les structures sociales et médico sociales			60K€	60K€	60K€		
	Développer les soins somatiques pour l'ensemble de l'établissement			25K€	25K€	25K€		
	Assurer la réorientation de certains patients dans des structures correspondant à leur état de santé		Redéploiement	Redéploiement	Redéploiement	Redéploiement		
	Augmenter le nombre de places du SAMSAH et son déploiement territorial et mettre en place un dispositif de coordination type centre de ressources "handicap psychique"		200 K€	200 K€	200 K€	200 K€		
	Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)		-	-	500K€	500K€		
	Contribuer à diminuer les hospitalisations supérieures à 90 jours par la recherche d'autres modalités de soins que les unités de psychiatrie générale							
	Sous total 2			1340K€	1840K€			

Mettre en place le projet de CHT et développer les coopérations territoriales pour améliorer la prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques : - convention Beaune - convention SEMUR - convention Amplitude - convention Auxonne - convention Seurre - CHU Accord cadre								
Suivre les objectifs en terme de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôles								
Conduire le programme d'actions de l'établissement en matière de qualité et risques								
Améliorer les résultats des Indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)								
Mettre en œuvre la méthode du patient traceur dans chaque filière sur le patient traceur								
Publier le document unique actualisé								
Organiser la centralisation des contrôles internes								
Améliorer le dispositif de prévention du risque infectieux								
Informatiser le circuit des Événements Indésirables								
Améliorer la sécurité médicamenteuse avec un programme d'actions								
Mettre en place la cartographie des risques à priori								
Organiser la centralisation des contrôles internes								
Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes								
Obtenir une Certification sans réserve								

Observations générales de l'établissement

La priorité est donnée à la finalisation des objectifs du précédent Projet d'établissement sous réserve d'un cofinancement des opérations à 50 %.
Une unité pour jeunes adultes de 12 places est envisagée.

L'activité des 18 lits de l'unité Eole concerne essentiellement l'alcoolologie. En 2011, 2 lits ont été individualisés par redéploiement pour assurer des sevrages complexes en addictologie.
196 patients ont été pris en charge en 2011 au cours de cures de 4 semaines de post sevrage. 48 patients, pris en charge, résident hors Bourgogne. La consolidation de cette activité nécessite un apport de moyens supplémentaires (Cf. tableau)

La dimension territoriale des activités du centre de sismothérapie (640 actes en 2011) pourrait être reconnue par la création d'une unité spécialisée dans cette activité en partenariat avec le CHU.

Les activités du laboratoire du sommeil peuvent être développées pour répondre à la demande (249 actes ont été réalisés en 2011)

Les extensions d'autorisation du FAM et du SAMSAH ont déjà bénéficié d'avis favorables de la commission concernée.

ANNEXE 8 : LE FINANCEMENT : LE FIR

Eu égard au droit communautaire, l'attribution de crédits par l'ARS est désormais subordonnée à la signature d'un engagement contractuel. (objectifs, proportion, transparence, évaluation)
Les financements concernés sont les suivants (MIG-AC-FMESPP-FIQCS-FIR-DAF-Fonds de prévention santé);

Merci de bien vouloir compléter les lignes correspondantes aux dotations FIR attendues par l'établissement

AUTRES DOTATION FIR						
	2012	2013	2014	2015	2016	Observations
Dotation sollicitée par l'établissement	140 000 €	140 000 €	140 000 €	140 000 €	140 000 €	
Coût supporté par l'établissement	190 000 €	190 000 €	190 000 €	190 000 €	190 000 €	Solde à la charge de l'établissement
Périmètre du financement (objet, destination)	Permanence des soins 30 000€ : (UMAO astreinte PH) Education thérapeutique 50 000 € (médicaments, alcool, tabac, soins somatiques) 1 IDE Projet bucco dentaire 60 000 € (0, 6 PH)					
Engagements de l'établissement	Permanence des soins 100 000 € (1 PH année) Education thérapeutique 50 000 € (0,5 PH pharmacien) Projet bucco dentaire 40 000 € (AS assistante dentaire)					
Modalités d'évaluations proposées	Indicateurs à construire, après validation du projet et selon référentiels en vigueur					

ANNEXE 9 : LES MISSIONS DE SERVICES PUBLICS (MSP)
Orientation N°11 : Renforcer les missions du service public confiées à l'établissement
Contexte
Liste des MSP de l'établissement

	O/N	Financement de la MSP attendu			Coût supporté par l'établissement	Modalités d'évaluation proposée	Précisions, Observations
		Tarifs prestation	FIR	DAF			
La Permance Des Soins en établissement (PDSE)	O		30 000 €		750 000 €		Cf. FIR Le fonctionnement de l'UMAO CMP renforcé est à la charge du CH
L'enseignement universitaire et post-universitaire - Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	O			526 000 €			Internes
Développer des actions de recherche, en lien avec le CHU (CCOMS, Centre de psychothérapie)	O			25 000 €	25 000 €		Enquête OMS (0,5ETP qualité financé par le CH doit être complété)
Mettre en place la formation initiale et le DPC du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence	O	O	O		320 000 €		2,1% hors DPC. Le CH finance sur ses ressources propres les actions hors plan de formation et donc hors finacement ANFH.
Développer des actions de santé publique et action d'éducation pour la santé (54) : - Identification d'une activité de dépistage et prise en charge des patients diabétiques au sein du CH en intra et extra (54bis) - Développement des soins d'éducation thérapeutique (54ter) - Création d'un lieu de soins avec une plateforme d'éducation thérapeutique à la Villa des Perrières pour les secteurs 2 et 5 (78) Les actions de santé publique : - Création d'une activité pour la prévention du suicide - éducation thérapeutique (56) - Développement d'une activité d'aide au sevrage tabagique pour l'ensemble des patients de la Chartreuse en intra et extra (56bis) Développer le projet buccodentaire - Organisation de l'activité de soins pour augmenter le nombre de patients pris en charge (17) - Création d'une unité fonctionnelle « Médecine Buccodentaire » (17bis) - Programme de recherche épidémiologique / état buccodentaire en psychiatrie (17ter) -Dépistage buccodentaire (17.4)	O		110 000 €	Prévention du suicide, prévention tabagique: 20 000 €	90000 € Prévention du suicide, prévention tabagique: 30 000 €		Diabète,Alcool, tabac, suicide, santé bucco dentaire : (Dr SALVAY, DENIS, assistante... / FIR) Prévention du suicide, prévention tabagique : Conférences - Le CH affecte 0, 5 ETP pour l'organisation de séances d'information et de formation. Le besoin correspond à un renfort de 0, 5 ETP
Lutte contre l'exclusion sociale : - permettre l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (ELIPSES , liens entre PASS et ELIPSES,CHRS) - Création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatrique (PASS)	O			50 000 €	250 000 €		Equipe ELIPSES (1 travailleur social en plus est attendu) L'equipe actuelle comprend 3 travailleurs sociaux soignants et 1 PH
Optimiser la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement	O			25 000 €	30 000 €		Surcout loi du 5/07 détenus (0,5 IDE est demandé pour le renfort des unités fermées, la surveillance des détenus) + 1 secrétaire a été recrutée pour la gestion et le suivi du bureau des soins sans consentement

Sous total 3

FIR : 140 K€ DAF : 646K€

TOTAL GENERAL (hors FAM)
FIR : 140 K€ DAF : 2986K€

Observations, remarques

Les actions suivantes méritent d'être reconnues et soutenues :

- permanence des soins en établissement
- recherche
- développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence
- actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (consultation mémoire,
- lutte contre l'exclusion sociale ou en faveur des personnes demandeurs de droit d'asile
- actions de santé publique (prévention du suicide, addictions, soins somatiques en santé mentale, soins bucco-dentaires...)
- prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
- soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu psychiatrique

ANNEXE 10 : LES ACTIVITES SOUMISES A RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE

Nature de l'activité	Etablissement est concerné (O/N)	Date d'effet de la reconnaissance	Capacité identifiée	Caractéristiques des unités concernées	Engagements pris par l'établissement
Unités de Soins Palliatifs et/ou Lits identifiés soins palliatifs (LISP)	N				
Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC)	N				
Unités de surveillance continue adulte (USC)	N				
Unités de surveillance continue pédiatrique (USCP)	N				
Unités Neuro-Vasculaires (UNV)	N				
Unités de chambres stériles en hématologie	N				
Unités d'addictologie pour la prise en charge des sevrages complexes	O	2013	18 lits à Eole	Sevrage complexe en alcoologie sur le mode de cure de 4 semaines	Partenariat avec le CHU et expérimentation d'un financement total ou partiel T2A , après étude de faisabilité.

Observations, remarques?

Un dispositif d'engagement contractuel des patients dans la démarche garantit le succès des cures. Un accueil médical et suivi personnalisé sont réalisés ; des soins infirmiers d'accompagnement sont dispensés pour atténuer les risques liés au sevrage. Des séances d'information sont réalisées (alcool, dépendance, rechute) ; des séances de remise en forme sont proposées (relaxation, vidéo expression, rencontres d'associations...)

ANNEXE 11 : Rappel des engagements contractuels de l'établissement hors CPOM

Pour rappel, cette annexe n'est pas opposable au CPOM et les engagements contractuels sont ici mis en annexe du CPOM **pour information.**
Elle doit être mise à jour à chaque nouvelle convention

Il convient de lister l'ensemble des contrats engageant l'établissement avec l'ARS et éventuellement un tiers, quelque soit le secteur d'activité concernée (non restrictif)

Tous les contrats encore en cours à compter du 1er janvier 2012 sont à inscrire

Nature du contrat	Etablissement est concerné (O/N)	Date d'engagement	Date de fin d'engagement
Contrat retour à l'équilibre	N		
Contrat de bon usage du médicament et des pratiques professionnelles	N		
Contrat de performance	N		
Convention tripartite	O	01/07/2007	30/06/2013
Convention télémedecine	N		
Convention FMESPP	N		
Autres, préciser.... : CLACT	O	2011	2015

Observations, remarques?

Le CH prévoit le renouvellement à échéance de la convention tripartite selon les modalités préétablies par le CG21 et l'ARS.
La loi de financement de SS 2012 a prorogé d'un an toutes les conventions tripartites venant à expiration. Un renouvellement est prévu en 2014 (courrier ARS 25/04/2013)

ANNEXE 2

Liste des projets de pôle par orientation du CPOM

Liste des projets de pôle par orientation du CPOM 2012-2016

N° FICHE	INTITULE	CONTRATS DE POLE 2011	CPOM 2013	REFERENTS
Orientation n°1 : Apporter une réponse à la problématique de la permanence des soins, en cohérence avec le schéma cible du SROS				
1	Conforter le dispositif d'accueil en urgence UMAO, renforcer l'écoute et organiser l'articulation avec UHCD et copilotage des SSC en lien avec le CHU	A/B	X	Dr LAVALT
Orientation n°2 : Utiliser la télémedecine pour répondre aux besoins de santé locaux				
2	Utiliser la télémedecine pour répondre aux besoins de santé locaux - télé conseil et télé expertise	A/B/F	X	M. MADELPUECH Dr CAPITAIN
Orientation n°3 : Conforter la place de la psychiatrie adulte dans l'agglomération dijonnaise en lien avec le CHU afin d'améliorer notamment l'organisation dans les filières de prise en charge depuis la prévention jusqu'à la réadaptation				
3	Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions (CHU) : Renforcement de l'activité CMP et création d'un CATTP en addictologie	B	X	Dr PHILIPPOT
3bis	Sevrage aux substances illicites	B	X	Dr PHILIPPOT
3ter	Formaliser, améliorer et développer l'éducation thérapeutique en addictologie	B	X	Dr PHILIPPOT
4+75	Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les jeunes adultes : Améliorer la prise en charge des 18-25 ans (Création d'un CMP) Prise en charge des jeunes patients à problématiques complexe en liaison avec la résidence E. Herriot	A A	X X	Dr CAPITAIN / Dr MARTIN
5+38	Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques (Augmenter la file active en gérontopsychiatrie et créer une équipe mobile de gérontopsychiatrie)	A	X	Dr TAILLANDIER / Dr YSETTI
6	Humaniser les unités fermées - Bellevue 2013 et Buffon 2014	A/B/F		Drs CAPITAIN / MILLERET
7	Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes souffrant de dépression	A/B		Drs GIROD / BEAUVALOT
8	Développer les CLSM pour Dijon Ville et Grand Dijon : Conforter le CLSM des communes périphériques du Grand Dijon, avec le CHU	B	X	Dr MILLERET
8bis	Améliorer l'offre de soins ambulatoire des patients du secteur de Quetigny	B	X	Dr MILLERET
8ter	Créer un CLSM pour Dijon ville, en lien avec les ateliers santé ville	A	X	Dr CAPITAIN
10	Finaliser l'accord cadre avec le CHU incluant les conventions concernant le laboratoire et l'hygiène	F	X	M. MADELPUECH
11	Développer les consultations de victimologie	A		Dr CAPITAIN
12	Création d'un centre des psychothérapies	B		Drs LEREUIL / REYNAUD
Orientation n°4 : Positionner le CH La Chartreuse dans une dynamique régionale pour la formation et le recrutement de professionnels et au travers de centres de ressources (CRIAIVS, SMPR, CSAPA), et d'activités dont la couverture régionale voire inter-régionale est à coordonner avec d'autres établissements (sismothérapie, sommeil, recherche,...)				
13	Développer les actions du CRIAIVS et créer les antennes départementales	A	X	Dr CHAMBERT
15	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU : - Préparer un projet de centre territorial de sismothérapie (Cf. accord cadre CHU)	B	X	Dr DIDI ROY
16	- Préparer un projet de laboratoire territorial de sommeil	B	X	Dr DIDI ROY
20	- Création d'une consultation mémoire	B	X	Dr DIDI ROY
23	Prévention des risques psychosociaux	F		Mme LORRIAUX
24	Développer un projet culturel et patrimonial et un projet socio-culturel	F		M. MADELPUECH
58	Conforter le SMPR en lien avec l'UHSA (Cf. accord cadre CHU) et améliorer la prise en charge en milieu carcéral	A	X	Dr MEYER
80	Mise en place d'une organisation avec le CHU et les autres CH psychiatriques pour la gestion des postes médicaux et des internes	A/B	X	M. MADELPUECH
Orientation n°5 : En pédopsychiatrie, formaliser avec les 2 autres établissements des protocoles et des modalités de prise en charge des enfants et adolescents permettant de répondre aux situations de crises et au suivi des patients en lien avec les structures sociales et médico-sociales				
25	Consolider la filière ados avec le CHU et Semur en Auxois et les partenaires médico sociaux par l'ouverture d'un CMP orienté sur les troubles nutritionnels et les jeunes suicidants	C	X	Dr BESSE
26	Contribuer à conforter les missions et le rayonnement sur le territoire de l'Adosphère par la création d'une équipe mobile de l'Adosphère	C	X	Dr MASSABIE
27	Soutenir le projet d'équipe de liaison maman-bébé CHU : création d'une équipe mobile	C	X	Dr LECLERC
28	Conforter les partenariats avec les structures sociales et médico sociales	C	X	Drs BESSE/PINGAUD
31	Créer une activité de thérapie familiale	C		Drs BESSE/PINGAUD/DORLET

Liste des projets de pôle par orientation du CPOM 2012-2016

N° FICHE	INTITULE	CONTRATS DE POLE 2011	CPOM 2013	REFERENTS
Orientation n°6 : Conforter les missions départementales de soutien et sécuriser et compléter les prises en charges				
22	Développer les soins somatiques pour l'ensemble de l'établissement	E	X	Dr ROYER ROGAUD
32	Assurer la réorientation de certains patients dans des structures correspondant à leur état de santé notamment les déficients profonds et assurer la transformation en MAS	FIPG	X	Drs BEAUVALOT/CAPITAIN/ LABOPIN Mrs WEYRICH/LE MOUEL
33 33bis	Augmenter le nombre de places du SAMSAH et son déploiement territorial et mettre en place un dispositif de coordination type centre de ressources handicap psychique	FIPG	X	Dr CAPITAIN Mme DESCAVES / M. ESPINOSA
34	Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	FIPG	X	Dr PETIT
35	Développer des formules type familles gouvernantes et résidence accueil (chercher porteurs pour le logement)	FIPG		Dr PETIT / M.WEYRICH
36	Développer l'intégration par le logement pour les personnes handicapées psychiques Augmenter le nombre de places en appartements protégés	FIPG		Dr CAPITAIN / Mme DESCAVES
37	Contribuer à diminuer les hospitalisations supérieures à 90 jours par la recherche d'autres modalités de soins que les unités de psychiatrie générale	FIPG	X	Dr POMMIER
60	Améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles démentiels : création d'un mini PASA	D		Dr LOMBARD
62	Projet automate pharmacie	E		M. VAILLEAU
Orientation n°7 : Mettre en œuvre, participer et adhérer à la CHT de Côte d'Or				
42	Mettre en place le projet de CHT et développer les coopérations territoriales pour améliorer la prise en charge des patients nécessitant de soins psychiatriques : - Convention Beaune - Convention Semur - Convention Amplitude - Convention Auxonne - Convention Seurre	F	X	Dr CAPITAIN B MADELPUECH
Orientation n°9 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins				
	Suivre les objectifs en terme de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi déclinés par pôle	F	X	M. MADELPUECH / Mme JACQUINOT
	Conduire le programme d'action de l'établissement en matière de qualité et risques	DQRU DAG	X	Mmes JACQUINOT / MICHEL
	Améliorer les résultats des indicateurs de Performance et d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS)	Tous	X	Dr MAACH / Dr BEAUVALOT/Mme ASDRUBAL / Dr MOULARD Mrs VAILLEAU / Mme POURNAIN
	Mettre en œuvre la méthode du patient traceur dans chaque filière sur le patient traceur	F	X	Mme FOREY / Dr LABOPIN
	Publier le document unique actualisé	F	X	Mme LORRIAUX
	Organiser la centralisation des contrôles internes	DQRU DAG	X	Mmes JACQUINOT/ MICHEL
	Améliorer le dispositif de prévention du risque infectieux	F	X	Mrs VAILLEAU / BOUCHUT
	Informatiser le circuit des Evènements Indésirables	Tous	X	Mmes ROMÉY / MICHEL
	Améliorer la sécurité médicamenteuse avec un programme d'actions	Tous	X	Dr SEROT / M. VAILLEAU
	Mettre en place la cartographie des risques à priori	F	X	Dr MARTIN BERTHOLE / Mme DI LORETO
	Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes	F	X	Mmes JACQUINOT/ GIRAULT
	Obtenir une Certification sans réserve	DQRU DAG	X	Mmes JACQUINOT / MICHEL
Orientation n°10 : Travailler à l'accréditation des activités biologiques				
48	Obtenir l'accréditation du laboratoire et organiser la liaison avec le CHU	E	X	Mme COFFART
Orientation n°11 : Assurer les missions de service public confiées à l'établissement				
49	La Permanence des soins en établissement	A/B	X	Dr CAPITAIN
50	L'enseignement universitaire et post-universitaire - Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers	F	X	Mme LORRIAUX

Liste des projets de pôle par orientation du CPOM 2012-2016

N° FICHE	INTITULE	CONTRATS DE POLE 2011	CPOM 2013	REFERENTS
51	Développer des actions de recherche, en lien avec le CHU (CCOMS, Centre de psychothérapie)	A/B/C/E/F	X	Drs CAPITAIN / MILLERET / BARRA
53	Mettre en place la formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leur domaine de compétence	F	X	Mme LORRIAUX
54	Développer des actions de santé publique et action d'éducation pour la santé (54) :	A/B	X	Dr CAPITAIN
	- Identification d'une activité de dépistage et prise en charge des patients diabétiques au sein du CH en intra et extra (54bis)	A/B/E	X	M. DUONG
	- Développement des soins d'éducation thérapeutique (54ter)	A/B	X	Dr MEYER
78	- Création d'un lieu de soins avec une plateforme d'éducation thérapeutique à la Villa des Perrières pour les secteurs 2 et 5 (78)	A/B	X	Drs GIROD / LESAGE
56	Les actions de santé publique :	A/B	X	Dr BESSE
	- Création d'une activité pour la prévention suicide - éducation thérapeutique (56)	A/B	X	Dr ROYER RIGAUD
	- Développement d'une activité d'aide au sevrage tabagique pour l'ensemble des patients de la Chartreuse en intra et extra (56bis)	A/B	X	Dr ROYER RIGAUD
17	Développer le projet bucco dentaire :	E		Dr DENIS
	- Organisation de l'activité de soins pour augmenter le nombre de patients pris en charge	E		Dr DENIS
17bis	- Création d'une unité fonctionnelle "Médecine Bucco dentaire"	E		Dr DENIS
17ter	- Programme de recherche épidémiologique / état bucco dentaire en psychiatrie	E		Dr DENIS
17.4	- Dépistage buccodentaire à EOLE	E		Dr ROYER RIGAUD
55	La lutte contre l'exclusion sociale :	FIPG	X	Dr VINCENT/ Mme JACQUEMIN
	- Permettre l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (ELIPSES , liens entre PASS et ELIPSES,CHRS)			
	- Création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatrique (PASS)			
57	Optimiser la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement	A	X	Dr CAPITAIN
58bis	Création d'un CMP spécifique pour patients sortant de la maison d'arrêt	A		Drs CAPITAIN / MEYER
Orientation n°12 : Objectifs stratégiques - projets de pôle				
64	Informatisation Archivage médical	E		Dr MAACH
65	Gestion du matériel biomédical	E		M. VAILLEAU
66	Recherche de locaux adaptés et surs pour la FAB et intégrer un accueil père mère bébé	C		Dr BESSE
67	Réaménagement des locaux d'Arlequin	C		Dr BESSE
68	Extension de l'unité Ombrelle	C		Drs BESSE / JACOB
69	Autonomiser le service de pédopsychiatrie de SEURRE de l'activité adulte	C		Drs BESSE / JACOB
70	Introduction de la gestion GPMC	F		Mme LORRIAUX
71	Développer de l'équipe infirmière pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité	FIPG		Dr VINCENT/Mme JACQUEMIN
72	Coordination avec les médecins généralistes	B		Dr MILLERET
73	Collocation "étudiants/patients stabilisés"	B		Dr MILLERET
74	Mise en place de familles gouvernantes	B		Dr MILLERET
76	Réunification du CMP Carnot et de l'HJ Dijon Sud	A		Dr SEROT
79	Consultations EMDR	C		Dr PINGAUD
81	Mise en place de la nouvelle gouvernance avec le positionnement d'un CSS à temps plein	D		Dr LOMBARD

ANNEXE 3

Liste des actions retenues dans le cadre du projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
AXE 1 – INSCRIRE L'ACTIVITE DES SECTEURS DANS LES AXES PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE			
SOUS SECTION 1 - EXTRA HOSPITALIER			
O.1 Maintenir un travail de proximité			
Maintenir et optimiser l'offre de soins extra hospitalière (CMP-CATTP-HDJ) : <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir la réponse de « 1ère ligne » de l'IDE - Organiser le premier recours par la coordination et la communication entre les différents acteurs. - Développer les temps de synthèses/ lien entre l'IDE du CMP et le patient hospitalisé pour préparer la sortie. 			X
Développer les partenariats avec les autres acteurs : familles, représentants des usagers, liens intra/extra, services sociaux,...	N° 8 / bis / ter		
Travailler en collaboration avec les médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Développer le lien intra-extra (préparation à la sortie) et la communication avec les médecins généralistes. - Mettre en place un dispositif de télémedecine avec les médecins généralistes (maisons de santé). 	N°2	N°72 (B)	
O.2 Améliorer la prévention			
Evaluer l'intérêt d'une IDE coordinatrice pour réaliser l'activité de prévention et le lien avec les CMP.			X
Définir un projet de traitements et d'interventions précoces concernant les troubles de la personnalité			X
O.3 Réduire les délais d'attente			
Adapter l'organisation des structures pour réduire les délais d'attente : <ul style="list-style-type: none"> - Développer l'offre de soins en temps de psychologue et de praticiens hospitaliers pour répondre aux nouvelles demandes qui ne nécessitent pas de consultations de psychiatrie. - Mettre en place les entretiens infirmiers préalables lorsqu'un accès direct à la consultation médicale n'est pas possible 			X
O.4 Spécialiser certaines consultations spécifiques au sein des CMP			
Créer des consultations spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Consultations addictions, en lien avec l'offre existante - Consultations victimologie - Consultations addictologie par le CSAPA en milieu pénitentiaire - Consultations suivi post pénales 	N°3 bis	N°11 (A) N° 58bis (A)	X
Elargir l'offre de soins par des thérapies comportementales et cognitives ou thérapie familiales <ul style="list-style-type: none"> - Sous réserve d'une étude des moyens et la définition du rôle du CMP sans la prise en charge psycho-sociale. 			X
O.5 Optimiser les organisations			
Redéfinir le rôle du CMP : <ul style="list-style-type: none"> - mieux définir les indications, - affirmer la présence intensive dans le milieu (SIM) des équipes de CMP pour prévenir les situations aiguës, - affirmer le rôle équipe mobile pour : <ul style="list-style-type: none"> o le suivi intensif dans le milieu, o les situations d'urgence nécessitant des interventions à domicile. 			X
Réaliser une analyse des besoins de la population sur le territoire afin d'adapter l'implantation des structures extra hospitalières : <ul style="list-style-type: none"> - Implantation des CMP. - Répartition des moyens en personnel paramédical et médical. <ul style="list-style-type: none"> o Définir la place du CLSM 			X

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
O.6 Rationaliser les couts des locaux pour les structures extra hospitalières			
Envisager la question de manière globale (patrimoine et les activités) relatives au parc immobilier : effectuer une projection selon les perspectives en termes d'activité - Etablir des scénarios d'évolution des structures (1 groupe de travail dédié + un consultant)			X
Etudier la mutualisation des locaux possible avec d'autres structures : Hôpital d'Auxonne, Seurre, cabinets de groupe, structures communales - Etre moteur dans ce projet auprès de l'ARS			X
Clarifier la facturation des actes dans les structures extra hospitalières (en lien avec le projet de gestion)			X
SOUS SECTION 2 - INTRA HOSPITALIER			
O.1 - Conforter la place de l'UMAO au sein de l'organisation			
Mettre en place le projet lié à la mise en place d'une écoute téléphonique à l'UMAO et le faire connaître.	N°1		
Reprendre les rencontres et réunions d'échange pour améliorer les relations en amont avec le SRAU de Dijon et celui de Beaune - Organiser des stages terrain pour améliorer la compréhension mutuelle du fonctionnement des structures - Communiquer sur le fonctionnement de l'UMAO et le plateau technique associé	N°1		
En aval échanger avec les services d'hospitalisation pour fluidifier la prise en charge des patients - S'adapter aux variations des flux d'entrée à l'UMAO : revoir la visibilité de la disponibilité des lits en temps réel pour gérer les flux d'entrée et les lits d'appoints. - Travailler avec les unités en intra pour organiser une prise en charge plus rapide. - Adapter les moyens pour faire face à l'irrégularité des flux de patients.			X
O.2 - Organiser les filières de prise en charge			
Organiser la prise en charge de la géro-psycho-geriatrie : - Créer une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie	N°5	N°38 (B)	
Différencier la prise en charge pour les patients ayant des pathologies chroniques non stabilisées.			X
O.3 - Développer des structures et des soins adaptés à l'évolution des besoins			
Organiser la prise en charge des situations de crise			X
Réfléchir à l'opportunité de développer des dispositifs de transition et de préparation à la sortie - Mettre en place un « contrat » pour garder le lien avec le patient et suivre sa prise en charge au long cours.			X
Mieux programmer les sorties			X
Réfléchir à l'organisation interne des unités fermées : - redéploiement des spécificités - rénovation et adaptation des locaux	N°57	N°6 (A/B/F)	X
Remettre à disposition des patients hospitalisés en unité de psychiatrie générale un ensemble d'activités à Médiations Multiples (CIAMM)			X
Développer les partenariats et formaliser des conventions pour assurer la prise en charge des suites d'hospitalisations.			X
Augmenter le nombre de places en appartements protégés		N°36 (FIPG)	
Développer l'accompagnement des familles			X
O.4 - Réaliser une étude des besoins de la population			
Réaliser une étude démographique des besoins de la population (clinique) et des secteurs, rapport urbain/rural, découpage sectoriel, lien avec les subsistances...			X
Poursuivre la recherche de solutions pour augmenter le nombre de places dans les structures existantes en s'appuyant sur des études approfondies			X

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
AXE 2 – SOUTENIR LES ACTIVITES A VOCATION DEPARTEMENTALE ET REGIONALE			
O.1 - Conforter EOLE dans ses missions			
Faire vivre la Fédération inter hospitalière d'addictologie	N°3		
Elaborer un projet architectural pour potentialiser les surfaces de soins disponibles.			X
O.2 - Répondre à la vocation départementale du SAMSAH			
Procéder à l'extension de 26 places sur l'agglomération dijonnaise	N°33		
Création d'une antenne de 12 places sur Semur			
O.3 - Assurer le développement territorial du CRIAVS			
Positionner la Chartreuse dans une dynamique régionale	N°13		
O.4 – Développer l'espace psychothérapique			
Répondre au besoin en termes de :		N°12 (B)	
- Thérapies familiales		Cf. axe 1	
- Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC)			
- Neuropsychologues			
O.5 – Développer les explorations fonctionnelles			
Sismothérapie et laboratoire sommeil:			
- Définir les coopérations avec le CHU et sur la région pour le laboratoire sommeil et la sismothérapie.	N°15 N°16		
- Développer la télémédecine pour certaines situations (ex : narcolepsie).	N°2		
Consultation mémoire	N°20		
O.6 - Conforter le SMPR en lien avec l'UHSA et améliorer la prise en charge en milieu carcéral			
Conforter le rôle du SMPR dans ses missions	N° 58		
Engager un travail partenarial et pluridisciplinaire autour de la personne détenue avec les unités hospitalières spécialement aménagées			
O.7 - Soutenir le projet de création d'un CREHPSY dans le cadre de l'amélioration du parcours handicap psychique			
Accompagner la création d'un CREHPSY :	N° 33bis		
- Identifier des référents départementaux.			
- Maintenir des effectifs suffisants.			
- Travailler en lien avec le centre de documentation et le réseau AscodocPsy.			
- Travailler en partenariat avec la justice dans chaque département.			
AXE 3 – AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE EN DIMINUANT LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE			
O.1 - Favoriser la continuité de la prise en charge médicale			
Distinguer psychiatrie et la santé mentale sur ce point et revoir l'articulation entre elles			X
Mettre en place une organisation avec le CHU et les autres CH psychiatriques pour la gestion des postes médicaux et des internes	N° 80		
O.2 - S'adapter à la variabilité de l'état psychique de la personne (situation de crise)			
Promouvoir des interventions dans les situations de crise			X
Créer une équipe mobile à l'UMAO (cf. axe 1)	N°1		
O.3 - Augmenter le recours aux soins psychiatriques dans les Etablissements Sociaux ou Médico Sociaux (ESMS)			
Etablir des conventions			X

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
O.4 - Favoriser l'autonomie et la participation à la vie sociale			
Développer la culture à l'hôpital	N°24		
Organiser le recours aux GEM ; SAMSAH, SAVS			X
Conduire des actions avec CATTTP Bachelard			X
O.5 - Diminuer les points de rupture dans le parcours de vie au moment d'une « ré-hospitalisation » d'un résident d'un ESMS			
Agir sur les facteurs contributifs des points de rupture : <ul style="list-style-type: none"> - Permanence de l'action des SAVS ou des éducateurs référents lors des hospitalisations - Réponses de prise en charge différenciées selon l'état mental (nuit/ jour, etc...) - Soutien des projets de la FIPG - Organiser une filière médico-sociale à l'intérieur de la Fédération ou d'un pôle médico-social autonome - Formalisation de conventions 			X
O.6 - Assurer la continuité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes			
En lien avec le projet de service des Vergers			X
O.7 - Réduire les difficultés d'accès au travail			
Liens avec les ESAT (GOELAND) et structures de travail adapté Liens avec la MDPH Soutien en milieu ordinaire			X
AXE 4 – RENFORCER A PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE			
O.1 - Renforcer la filière adolescents vers une prise en charge spécifique des jeunes suicidants et anorexiques			
Renforcer les moyens de l'unité Upsilon lui permettant de développer un accueil spécifique pour les jeunes suicidants et pour les adolescents avec des troubles du comportement alimentaire (TCA) <ul style="list-style-type: none"> - En lien avec l'HDJ pour adolescents Le PRISME - En lien avec la pédiatrie de Dijon et de Beaune - En lien avec l'adosphère 	N° 25		
Renforcer les moyens de l'unité Arlequin lui permettant de développer l'unité du soir « Ado soir » <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer un partenariat avec les collèges et lycées afin de développer la prévention en santé mentale chez les jeunes de 12 à 18 ans - Développer les liens avec l'adosphère 	N° 69		
Répondre à la problématique des 16 -18 ans (repérage, accueil et soins) à Beaune, à Genlis et en plaine de Saône. <ul style="list-style-type: none"> - Proposer des synthèses communes autour des situations pour les adolescents entre 16 et 18 ans, accueillis en psychiatrie adulte. 			X
O.2 - Développer la psychiatrie périnatale			
Développer les consultations « père - mère – enfant au sein du CH La Chartreuse	N° 27		
Aménager des locaux adaptés pour la consultation père – mère – enfant existante sur le CH.		N°66 (C)	
Créer une équipe mobile en périnatalité avec des postes médicaux et paramédicaux (psychologue, musicothérapeute, infirmier(e)...) <ul style="list-style-type: none"> - Coordonner le relai des CMP de pédopsychiatrie autour de cette prise en charge. - Articuler le dispositif avec les maternités et les crèches. - Développer les réseaux partenariaux (PMI, CAMSP...) pour identifier les personnes à risque et proposer des prises en charge. 	N° 27		
Mettre en place des groupes de réflexions et/ou de recherche avec les équipes de maternité et PMI.			X

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
AXE 5 – OFFRIR UNE REPONSE ADAPTEE A LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ADULTES			
O.1 - Développer un centre spécialisé dans l'accueil et la prise en charge ambulatoire des psychoses débutantes (secteur 5)			
Envisager la mutualisation des espaces des CMP Carnot et Dijon centre, les intervenants étant dédiés aux différentes activités. Proposer une évaluation complète et globale pluri disciplinaire de chaque patient (entretien psychiatrique, neuropsychologique, évaluation de l'autonomie.....) Mettre en place des programmes de réhabilitations psycho sociale comprenant notamment remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales, programme de psycho éducation, soutien à l'emploi Assurer le suivi intensif dans le milieu (case manager) Développer le soutien aux familles (groupes, intervention réseau pro famille) Développer un véritable réseau de soin avec le secteur médico-social et l'appui de la MDPH Mettre en place des actions de sensibilisation destiné au public	N°4		
O.2 - Coordonner les soins au sein des unités intra hospitalières (secteur 5 et secteur 2)			
Intervention d'une équipe spécialisée au sein des unités pour assurer un relais et une évaluation Spécialiser le soin au sein des unités du pôle	N°4		
O.3 - Organiser un partenariat avec la maison communautaire CATTP Matisse			
O.4 - Développer un axe de recherche en partenariat avec d'autres établissements régionaux			
AXE 6 – ADAPTER LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS AYANT DES BESOINS SPECIFIQUES			
O.1 - Répondre aux besoins des porteurs de maladies chroniques			
Identifier une activité de dépistage et de prise en charge des patients diabétiques en intra et en extra	N°54		
O.2 - Répondre aux besoins des personnes atteintes d'un handicap			
Mieux répondre aux besoins de soins, favoriser le développement et l'accès aux nouvelles thérapeutiques ou dispositifs permettant de prévenir ou de compenser le handicap ; Assurer un accueil spécifique de qualité ; Assurer les droits à l'accessibilité des locaux, à l'information et à la prévention ; Renforcer la continuité de la prise en charge entre tous les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médicosocial.			X
O.3 – Améliorer l'accompagnement des personnes détenues			
Conforter le SMPR en lien avec l'UCHSA et améliorer la prise en charge en milieu carcéral. – Liens avec le CRIAVS	N°58		
Développer des actions d'éducation thérapeutique	N°54ter		
Assurer le suivi grâce aux CMP			X
Identifier un CMP post carcéral (cf. axe 1) – si moyens		N° 58 bis (A)	
O.4 - Personnes démunies			
Lutter contre l'exclusion sociale et permettre l'accès aux soins pour les personnes : – Accompagner les situations de précarité par la création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatriques (liens entre PASS et ELIPSES, CHRS)	N°55		
Améliorer le partenariat avec le CMP (projet de 2 IDE supplémentaires sur Dijon 1/2tps ELIPSES 1/2tps CMP dijonnais)		N° 71 (FIPG)	
O.5 – Améliorer la prise en charge des personnes âgées			
Par la mise en place d'un réseau, dans le cadre d'un projet futur d'un pôle avec le long séjour (plateforme médico-sociale cf. axe 8)			X
Par la création d'une 2ème unité de gérontopsychiatrie (Cf. axe 1)		N°38 (B)	

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
AXE 7 - FAVORISER L'ARTICULATION DU SOMATIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT			
O.1 - Renforcer les soins somatiques dans la prise en charge globale des patients			
Améliorer la coordination entre les psychiatres et les internes de psychiatrie avec la médecine somatique.	N° 22		
Intégrer les somaticiens dans les projets de sortie et assurer le relais somatique avec les médecins traitants	N°22		X
Informatiser le dossier du patient pourrait permettre un meilleur partage des informations utiles à une prise en charge globale.	X		
Améliorer certaines prises en charges spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Par un projet de télédermatologie : s'intégrer dans la mise en place de la télédermatologie organisée par l'ARS en Bourgogne. - Pour la prise en charge bucco-dentaire, assurer le suivi du patient en intra tout en maintenant son autonomie en développant une offre intermédiaire de consultation. - Pour la tabacologie : création d'une unité fonctionnelle spécifique, valorisant l'activité. Redynamiser la lutte contre les infections (prévention et prise en charge) grâce au dynamisme de la nouvelle EOHH.	N°2 N° 56 X	En cours (E) N° 17 (E)	
O.2 - Optimiser l'organisation autour de cette prise en charge			
Diététique : <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'intégration des diététiciennes dans toutes les décisions prises liées à l'alimentation (institutionnelles) - mise à disposition de locaux pour les ateliers d'ETP, développer les ateliers de cuisine thérapeutique. Transport patient : la qualité de la prise en charge des transports pourrait être améliorée par une réflexion sur les effectifs (recrutement d'un ambulancier supplémentaire), mais aussi sur le matériel et les équipements disponibles.			X
Kinésithérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser l'implantation des salles de kinésithérapie - Augmenter les surfaces dédiées Evaluer la fonction « intendante » : <ul style="list-style-type: none"> - Recenser les activités des intendantes et envisager une réattribution des missions et rôles liés à cette fonction. - Mettre en lien cette action avec les besoins identifiés sur les approvisionnements et circuits de navettes. 			X
AXE 8 – MIEUX STRUCTURER LA FILIERE MEDICO-SOCIALE DANS LE PARCOURS DU PATIENT			
O.1 - Clarifier le rôle, les missions et le positionnement des structures de la Fédération au sein du CH			
Réaffirmer la position de la Fédération pour préserver ce qui a été créé dans l'intérêt des patients. <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une concertation avec les autres pôles. - Définir une politique de réinsertion Créer une plateforme regroupant les structures médicosociales		X	
O.2 - Développer la capacité des structures médico-sociales de la Fédération			
Augmenter le nombre de places du SAMSAH	N° 33		
Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé	N° 34		
Développer des formules type familles gouvernantes et résidence accueil	N° 35		
O.3 - Coordonner les structures pour proposer des solutions graduées de prises en charges adaptées			
Mettre en place des sorties progressives et par étapes, autour de structures dédiées.			X
Renforcer le lien entre les structures et la réflexion autour du projet d'autonomisation du patient et par la mise en place d'un « contrat ».			X
Contribuer à diminuer les hospitalisations de plus de 90j par la recherche d'autres modalités de soins	N° 37		X (CIAMM FIPG)
Favoriser la préparation à la réinsertion professionnelle (atelier Ardor - pré ESAT)			X (FIPG)
O.4 - Renforcer les partenariats avec le médico-social			
Renforcer le partenariat avec le médico-social pour organiser la prévention <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser des conventions de partenariat avec les structures. 			X

Liste des actions retenues dans le projet médical et correspondance avec les projets de l'établissement (projets de pôle et CPOM)

OBJECTIFS	PROJETS CPOM	PROJETS DE POLE	AUTRES PROJETS
AXE 9 - ADAPTER LES PRESTATIONS MEDICO TECHNIQUES AUX BESOINS DES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS			
O.1 – Sécuriser le circuit du médicament			
Finaliser le projet d'automatisation de la pharmacie. – Déployer les moyens nécessaires à la mise en place d'un circuit de livraison des médicaments (navettes). – Assurer en parallèle une présence pharmaceutique régulière au niveau des unités tant des pharmaciens que des préparateurs, pour sécuriser d'autres points du circuit : tenue des armoires, conseil aux équipes.		N° 62 (E)	
Améliorer la qualité de l'information sur les traitements sur l'ensemble du parcours patient : conciliation pharmaceutique à l'entrée du patient, analyse des traitements inappropriés et des ordonnances de sorties, utilisation du DP (dossier pharmaceutique).			X
Poursuivre l'effort sur l'éducation thérapeutique (2 pharmaciens formés) en lien avec le groupe multidisciplinaire créé dans l'établissement.			X
Renforcer la coopération avec la PUI du CHU dans le domaine de l'approvisionnement des dispositifs médicaux stériles dans un souci de rationalisation et d'économie.	N°10 (accord cadre)		
O.2 - Informatiser les archives médicales			
Développer l'informatisation pour permettre la transmission des informations utiles aux patients et à une prise en charge globale.		N° 64 (E)	
Développer les indicateurs de pilotage en temps réel.	Cf. projet de gestion		
O.3 - Soutenir les activités du laboratoire pour l'obtention de l'accréditation			
Soutenir les activités du laboratoire pour l'obtention de l'accréditation COFRAC. – Renouveler les automates et contractualiser leur maintenance avant l'envoi du dossier d'accréditation en avril 2015	N° 48		
Transférer l'activité de bactériologie vers le CHU			X
AXE 10 – SOUTENIR LES ACTIONS DE RECHERCHE POUR VALORISER LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES			
O.1 - Soutenir les actions de recherche et valoriser les compétences professionnelles.			
Participer à des protocoles de recherche clinique en lien avec le CHU dans le cadre des programmes régionaux de recherche clinique (addictologie, périnatalité, ...) Participer à des travaux de recherche en lien avec le centre collaborateur OMS de Lille. Créer un centre des psychothérapies en lien avec la faculté de psychologie de l'université de Dijon, en vue de développer des thématiques de recherche sur les modes de prise en charge psychothérapique et l'inscription de ces psychothérapies dans le parcours clinique des patients. Effectuer une étude en pédopsychiatrie sur la prise en charge de la périnatalité. Effectuer des actions de recherche dans le champ de la prise en charge somatique des patients (douleur, troubles métaboliques...) Recherche actions et dispositif de formation pour la prise en charge buccodentaire des patients. Effectuer des actions de recherche dans le champ des relations justice psychiatrie travaux observatoire des modes de coordination entre les services de psychiatrie l'autorité judiciaire (soins sans consentement, expertise, ...)	N°51		
O.2 - Développer une activité de recherche concernant des populations ciblées			
Conduire un projet d'occulométrie			X
Conduire un projet de recherche en périnatalité			X
O.3 - Développer la collaboration avec le CHU			
S'inscrire dans le projet de révision de l'accord cadre	N°10		

ANNEXE 4

**Projets repris dans le projet médical
2015-2019 et ayant fait l'objet d'une
première estimation financière lors
des travaux préparatoires au CPOM
en 2012**

ANNEXE 3 : Projets repris dans le projet médical 2014-2019 et ayant fait l'objet d'une première estimation financière lors des travaux préparatoires au CPOM en 2012

Projets de pôle & CPOM

Effectifs valorisés (référence CPOM - septembre 2012)

N° fiche	INTITULE	Projet de Pôle	CPOM	Praticien Hospitalier et vacation médicale		Cadre de santé		IDE/ISP		Psychologue et neuropsychologue		Assistante sociale		AS (AMP)		AMA		ASHQ		Educateur spécialisé		Ergothérapeute		Psychomotricien		Autres		TOTAL	
				ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût	ETP	Coût
AXE 1 – INSCRIRE L'ACTIVITE DES SECTEURS DANS LES AXES PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU PROJET REGIONAL DE SANTE																													
SOUS SECTION 1 - EXTRA HOSPITALIER																													
3	Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions : Renforcement de l'activité CMP et création d'un CATTTP en addictologie		X	0,5	50 K€			2	80 K€	0,2	8 K€					0,2	6 K€											2,9	144 K€
3bis	Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions : Sevrage aux substances illicites		X	0,5	50 K€			2	80 K€																			2,5	130 K€
3ter	Développer une offre de soins différenciée pour les personnes souffrant d'addictions : Formaliser, améliorer et développer l'éducation thérapeutique en addictologie		X	0,2	20 K€			0,2	8 K€																			0,4	28 K€
8 ter	Créer un CLSM pour Dijon ville, en lien avec les ateliers santé ville		X					1	40 K€																		1	40 K€	
58bis	Création d'un CMP spécifique pour patients sortant de la maison d'arrêt	X		1	100 K€			1	40 K€	1	40K€											1	50 K€				4	230 K€	
SOUS SECTION 2 - INTRA HOSPITALIER																													
1	Conforter le dispositif d'accueil en urgence UMAO, renforcer l'écoute et organiser l'articulation avec UHCD et copilotage des SSC en lien avec le CHU		X	1	100 K€			2	80 K€	1	40 K€	0,5	20 K€															4,5	240 K€
5	Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques (Augmenter la file active en gérontopsychiatrie et créer une équipe mobile de gérontopsychiatrie)		X	1	100 K€			3	120 K€	1	40 K€			0,5	15 K€													5,5	275 K€
AXE 2 – SOUTENIR LES ACTIVITES A VOCATION DEPARTEMENTALE ET REGIONALE																													
15	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU : Préparer un projet de centre territorial de sismothérapie (Cf. accord cadre CHU)		X					1,5	60 K€																			1,5	60 K€
16	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU : Préparer un projet de laboratoire territorial de sommeil		X	1	100 K€			2,5	100 K€	1	40 K€			1	30 K€													5,5	270 K€
20	Développer une plateforme technique régionale avec le CHU : Création d'une consultation mémoire		X	1	100 K€																						1	100 K€	
AXE 3 – AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE EN DIMINUANT LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE																													
AXE 4 – RENFORCER A PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE																													
25	Consolider la filière ados avec le CHU et Semur en Auxois et les partenaires médico sociaux par l'ouverture d'un CMP orienté sur les troubles nutritionnels et les jeunes suicidants		X	1	100 K€			1	40 K€											1	40 K€							3	180 K€
27	Soutenir le projet d'équipe de liaison maman-bébé CHU : création d'une équipe mobile		X	0,5	50 K€	1	40 K€	3	120 K€	0,5	20 K€	0,5	20 K€	0,5	15 K€					1	40 K€			0,5	15 K€			7,5	320 K€
28	Conforter les partenariats avec les structures sociales et médico sociales (arpège - autisme)		X	0,2	20 K€			1	40 K€					0,5	15 K€													1,7	75 K€
AXE 5 – OFFRIR UNE REPONSE ADAPTEE A LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES ADULTES																													
4	Développer une offre de soins différenciée : Offrir un accueil adapté et spécialisé pour les jeunes adultes : Améliorer la prise en charge des 18-25 ans (Création d'un CMP)		X	1	100 K€			3	120 K€	0,5	20 K€	0,5	20 K€			0,5	15 K€			1	40 K€							6,5	315 K€
AXE 6 – ADAPTER LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS AYANT DES BESOINS SPECIFIQUES																													
AXE 7 - FAVORISER L'ARTICULATION DU SOMATIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT																													
22	Développer les soins somatiques pour l'ensemble de l'établissement		X	1	100 K€											0,5	15 K€												
AXE 8 – MIEUX STRUCTURER LA FILIERE MEDICO-SOCIALE DANS LE PARCOURS DU PATIENT																													
32	Assurer la réorientation de certains patients dans des structures correspondant à leur état de santé notamment les déficients profonds et assurer la transformation en MAS		X	0,3 (somatien) + 2 vacations/ semaine (Psychiatre)	30 K€			11	440 K€	1 vacation	1 vacation			16	560 K€			8	160 K€	6	240 K€							41,3	1430 K€
33	Augmenter le nombre de places du SAMSAH et son déploiement territorial et mettre en place un dispositif de coordination type centre de ressources handicap psychique		X					1	40 K€					1	30 K€										2 travailleurs sociaux			2	70 K€
34	Développer le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)		X																					40,2 ETP pour 40 places (estimation 2008)					
AXE 9 - ADAPTER LES PRESTATIONS MEDICO TECHNIQUES AUX BESOINS DES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS																													
48	Obtenir l'accréditation du laboratoire		X	8 vacations de biologiste												0,5	15 K€							3 techniciens de labo			0,5	15 K€	
AXE 10 – SOUTENIR LES ACTIONS DE RECHERCHE POUR VALORISER LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES																													
TOTAL				9,2	920 K€	1	40 K€	33,2	1408K€	4,9	208K€	1,5	60K€	16,5	575K€	4,7	141K€	8	160K€	9	360 K€	1	50 K€	0,5	15K€				

ANNEXE 5

Fiches projet Qualité Sécurité des Soins

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Suivi des indicateurs qualité et sécurité par pôle
Chefs de projet : B.MADELPUECH – M.DUPONT

Définition du projet	Suivi mise en œuvre		Réévaluation
DAG	DAG	DG	DAG-DG
2009	semestrielle	Mensuel	Tous les 4 ans

Enjeux :

- S'assurer de l'appropriation des indicateurs de qualité et sécurité par les responsables de pôle
- Faire vivre la culture qualité et sécurité au travers des contrats de pôles

Objectifs poursuivis :

- Veiller à l'utilisation des indicateurs de pôle dans le pilotage interne en les inscrivant dans les contrats de pôle et en évaluant les résultats 2x/an.
- Suivre l'évolution de ces indicateurs annuellement.
- Suivre les actions mises en œuvre, par la validation des plans d'actions correctives, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Utilisateurs :

- Chefs de pôles
- CSS
- Direction fonctionnelle
- Direction générale

Livrable attendu

- Tableau de bord d'indicateurs par pôle annexés aux contrats.

Calendrier espéré

- Mensuel : rencontre Direction générale
- Semestriel : rencontre Direction fonctionnelle

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS

Pilotage : COPIL Qualité Risques

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
COPIL DP -CLIN	CME Directions	COPIL DP CLIN	CME Directions	Pôles Directions	COPIL DP - CLIN	COPIL DP CLIN	COPIL DP CLIN	Pôle Directions
2012	2013	2013	2013	2013	2013-2017	Annuel	Annuel	2013-2017

Enjeux :

Intégrer les indicateurs généralisés au pilotage de l'établissement :

- en termes de qualité de la prise en charge via le Comité de Pilotage du dossier patient (*axe n°1 TDP - axe n°2 DEC*)
- en termes de lutte contre la douleur, via le CLUD (axe n°3)
- en termes de dépistage des troubles nutritionnels, via le CLAN (axe n°4)
- en termes de maîtrise du risque infectieux, via le CGRV-CLIN (axe n°5)

Permettre au personnel encadrant de s'approprier les tableaux de bord de qualité et sécurité des soins pour le pilotage des services et dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Mesurer l'efficacité des actions menées dans les différents pôles et cibler les axes d'amélioration.

Communiquer auprès du grand public sur la qualité et la sécurité des prestations fournies par l'établissement et répondre au besoin de transparence de l'information auprès des usagers.

Objectifs poursuivis :

1. Assurer le pilotage de l'établissement sur la base d'indicateurs de qualité et sécurité des soins.
2. Communiquer les résultats aux professionnels et aux usagers.
3. Examiner les résultats globaux comparés à la moyenne nationale au sein des instances et réunions de direction.
4. Atteindre les taux cibles nationaux.
5. Assurer une cotation A ou B sur l'ensemble des critères impactés par les indicateurs généralisés

Utilisateurs : Equipe de direction

- Encadrement
- Professionnels
- Patient, entourage et représentants des usagers
- Instances

Livrable attendu

Cotation en A sur les critères en lien avec des indicateurs généralisés lors de la prochaine certification.

Obtenir un score de conformité de 80% sur l'ensemble des indicateurs généralisés.

Calendrier espéré

Présentation en CME : 26 mars 2013-03-28

Examen par le COPIL Qualité : avril 2013

Mise en place d'actions correctives : 2013-2017

Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : CLIN - COPIL dossier patient - CME

Etapes pour la réalisation

Actions d'amélioration : suivi trimestriel dans le Comité dédié

Communication : une action de communication générale par trimestre

+ sensibilisation systématique des nouveaux arrivants + amphis A.M.A

+ sensibilisation par l'EOH (en continu)

Formation: annuelle prévue au plan de formation

Evaluation: Staff EPP dossier Patient biannuel

Recueil indicateurs maîtrise du risque infectieux : annuel – Recueil indicateurs dossier patient : biannuel

Audits cliniques ciblés : en fonction des besoins (douleur – IMC, ...)

+ Cf. fiches projets par axe : n°1TDP– N°2 DEC – N°3 TRD– N°4 DTN – N°5 Maîtrise du risque infectieux

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS

Axe n°1 : Tenue du dossier du patient (TDP)

Chef de projet : Dr Maach

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
GT	DS/CME	GT	DS/CME	DS/CME	GT	COFIL DP	GT	DS
2010	2010	2011	2011	2011	2011-2014	Trimestriel	Trimestriel	2012-2014

	2010	2011
Tenue du dossier patient	67%	72%
Document d'un médecin relatif à l'admission	84%	70%
Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées	29%	43%
Trace de la modalité d'hospitalisation à l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (HO-HDT)	20%	67%
Présence d'un examen psychiatrique fait par un médecin dans les 24 heures suivant l'admission avec un contenu minimum	51%	70%
Présence d'un suivi médical hebdomadaire psychiatrique du patient au cours du séjour	79%	75%
Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies au cours de l'hospitalisation	94%	98%
Conformité de la rédaction du traitement de sortie	68%	78%
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval	51%	56%
Dossier organisé et classé	85%	84%

Enjeux :

Faire évoluer les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient ».

Favoriser la coordination de l'information via le dossier patient.

Répondre aux enjeux d'amélioration du dossier en lien avec la traçabilité des professionnels.

Objectifs poursuivis :

Garantir un contenu de dossier médical et soignant fiable, par la présence de l'exhaustivité des informations qui doivent y figurer,

1. Faciliter et sécuriser les informations par une informatisation efficace permettant un accès en continu aux informations utiles,
2. Faciliter l'accès aux informations à tous les acteurs professionnels, par cette même informatisation,
3. Sécuriser nos méthodes de rangement, d'archivage et de circulation des dossiers,
4. Faciliter l'accès au dossier, selon la réglementation en vigueur.

Clients et partenaires :

- Médecins
- Secrétaires médicales
- Personnel paramédical
- Pharmacie Personnel du bureau des entrées
- DIM - UCDM
- Service informatique

Livrable attendu

Levée de la recommandation en mai 2014
Contenu du dossier exhaustif par rapport à la réglementation (indicateur HAS)
Informatisation du dossier patient dans tous les secteurs
Circulation des dossiers respectant la confidentialité (enveloppe cacheté – fiche de suivi)
Révision du mode de classement des archives
Accès du patient à son dossier dans les délais réglementaires

Calendrier espéré

Réunion COPIL Dossier Patient : Sept. 2012
Staff EPP Dossier patient : Janvier 2013
Examen par le COPIL Dossier patient: Janvier 2013
Mise en place d'actions correctives : 2013- 2014
Evaluation des actions menées : Suivi trimestriel en COPIL dossier patient
Nouvel audit IPAQSS : 2014

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS

Axe n°2 : Délai d'envoi du courrier (DEC) & Sortie du patient

Chef de projet : Dr Maach

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	Mise en œuvre
Copil DP	DS/CME	Copil DP	DS/CME	DS/CME	Copil DP	Copil qualité	GT DP	DS – Copil DP
2010	2010	2011	2011	2011	2012	2013	Trimestriel	2013-2014

	2010	2011
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	30	35

Enjeux :

Faire évoluer les résultats de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation »
Garantir la fiabilité de la communication des éléments d'information nécessaires à la continuité des soins.
Améliorer la coordination médecins généralistes / psychiatres

Objectifs poursuivis :

1. Organiser la sortie ou le transfert en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient
2. Associer les professionnels d'aval à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseau ville hôpital, etc.)
3. Associer le patient et son entourage à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert
4. Transmettre aux professionnels d'aval les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge dans les règles de confidentialité
5. Remettre au patient les documents nécessaires à son suivi
6. Remettre aux correspondants d'aval un courrier de fin d'hospitalisation dans les délais réglementaires
7. Evaluer la qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval
8. Evaluer la pertinence des orientations à la sortie ou lors d'un transfert
9. Mettre en œuvre des actions d'amélioration

Clients et partenaires :

- Médecins
- Secrétaires médicales
- Personnel paramédical
- Cadres de santé
- CME
- Médecins généralistes

Livrable attendu

- Courrier de sortie conforme et transmis dans les délais réglementaires présent dans le dossier
- Evaluation de la qualité des informations transmises
- Evaluation de la pertinence des orientations à la sortie
- Traçabilité dans le dossier de la participation du patient et/ou de son entourage
- Double de l'ordonnance de sortie dans les dossiers
- Mise en application des recommandations du Staff EPP Dossier Patient

Calendrier espéré

Réunion Copil Dossier Patient : Sept. 2012

Examen par le Copil Qualité : Oct. 2012

Staff EPP DP : Janvier 2013

Renvoi de trames de courrier de sortie + infos en CME + infos courriers PH : 1er semestre 2013

Mise en place d'actions correctives et recommandations du staff EPP : 2013 – 2014

Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : trimestriel COPIL Dossier Patient

Nouvel audit IPAQSS : 2014

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS

Axe n°3 : Lutte contre la douleur et traçabilité (TRD)

Chef de projet : Dr BEAUVALOT/S ASDRUBAL

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CLUD	DS/CME	CLUD	DS/CME	DS/CME	CLUD	CLUD/DIM	CLUD	DS-CLUD
2010	2010	2011	2011	2011	2012	2012	2013	2013-14

Traçabilité de la douleur dans le DP (sans échelle)	2010	2011
	16%	47%

Enjeux :

Faire évoluer les résultats de l'indicateur « Traçabilité de la douleur dans le DP (sans échelle) ».

Répondre à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Faire évoluer les pratiques en termes de prise en charge de la douleur en santé mentale.

Objectifs poursuivis :

1. Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables
2. Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé
3. Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité
4. Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques, dites rebelles

Utilisateurs :

- Personnel soignant, cadre de santé
- Praticien Hospitalier
- Président de CME
- Directrice des soins

Livrable attendu

Levée de la recommandation lors de la certification 2014 :

- Education du patient à la prise en charge de la douleur,
- Traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier,
- Soulagement de la douleur en le traçant dans le dossier,
- Mise à la disposition des professionnels de moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants,
- Appropriation et utilisation des outils par les professionnels
- Evaluation régulière de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge de la douleur

Calendrier espéré

Réunion CLUD : Sept. 2012

Examen par le Copil Qualité : Oct. 2012

Formation du personnel : Nov. 2012 ; puis plan de formation annuel

Mise en place d'actions d'amélioration : 2013

Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : suivi trimestriel CLUD

Communication : Calendrier annuel de passage des membres du CLUD dans les unités + amphis de sensibilisation

Evaluation des pratiques : Nouvel audit clinique ciblé « traçabilité de la douleur » : 1er semestre 2013

Audit indicateur TRD en 2014 dans le cadre du recueil des indicateurs généralisés HAS

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS
Axe n°4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)
Chef de projet : S. Moulard

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CLAN	DS/CME	CLAN	DS/CME	DS/CME	CLAN	Copil	CLAN	DS/CME
2010	2010	2011	2011	2011	2011	2012	2013	2013-14

	2010	2011
Poids noté dans le dossier au cours des 7 premiers jours, accompagné d'une seconde notification du poids pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours	50	59
Poids noté dans le dossier au cours des 7 premiers jours, accompagné d'une seconde notification du poids pour les séjours supérieurs ou égaux à 21 jours et un calcul d'IMC dans les 7 jours suivant l'admission	23	35

Enjeux :

Améliorer l'indicateur HAS « Dépistage des troubles nutritionnels ».

Les pathologies en lien avec les troubles nutritionnels constituent de véritables enjeux en termes de santé publique. Une prise de conscience de l'importance de la nutrition à l'hôpital est indispensable pour faire évoluer les cultures et mieux former les professionnels sur les bonnes pratiques. Les troubles nutritionnels peuvent être causés par une alimentation insuffisante, déséquilibrée ou excessive, ou par une mauvaise absorption ou assimilation des nutriments par l'organisme. Ils concernent l'ensemble de la population, mais plus particulièrement le sujet âgé, la femme enceinte, l'enfant, l'adolescent et le patient atteint de troubles psychiatriques.

Si le régime alimentaire n'en est pas la cause directe, l'alimentation (et l'état nutritionnel qui en résulte) participe de façon essentielle au développement et à l'expression clinique de nombreuses pathologies : diabète, dyslipidémies, cancers, ostéoporose, etc.

La rupture de l'organisation habituelle de la vie domestique semble constituer un facteur particulièrement défavorable, et est particulièrement marquée lors de l'hospitalisation.

Les étapes de la prise en charge comportent :

- le dépistage - diagnostic ;
- le dépistage d'un trouble nutritionnel, lequel repose principalement sur des éléments simples, comme la mesure du poids et le calcul d'un indice de masse corporelle (IMC) ;
- la surveillance et la prescription ;
- l'éducation thérapeutique.

L'indicateur HAS "Dépistage des troubles nutritionnels" évalue la réalisation, avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles, à l'admission, chez les patients adultes (poids, IMC, variation du poids avant l'hospitalisation).

Objectifs poursuivis :

1. Identifier les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique
2. Organiser la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN
3. Mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel (patients et entourage)
4. Tracer les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels dans le dossier patient
5. Evaluer la qualité du dispositif de prise en charge
6. Mettre en œuvre des actions d'amélioration

Utilisateurs :

Cadres de santé	Personnel soignant	Personnel des cuisines
DSETL	Médecins	Diététicienne

Livrable attendu

Traçabilité du poids et de l'IMC dans le dossier patient	Formation du personnel
Actions de communication (amphi à prévoir)	Evaluation

Calendrier espéré et étapes pour la réalisation

Réunion du CLAN : Sept. 2012

Examen par le Copil Qualité : Oct 2012

Mise en place d'actions correctives : 2013 - 2014

Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : suivi trimestriel par le CLAN

Nouvel audit IPAQSS : 2014

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Assurer la continuité et coordination de la prise en charge des patients et mettre en œuvre la méthode du parcours patient traceur

Pilotes : Dr CAPITAIN – C.COQUAZ

Chef de projet : A. FOREY /A. LABOPIN

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
Parcours patient	DS/CME	Parcours patient	DS/CME	DS/CME	Parcours patient	COPIL Qualité	GT	DS/CME
2011	2011	2011	2011	2012	2012	2012	2013	2013-2017
						Auto évaluation HAS à blanc	Méthode d'évaluation du patient traceur	Nouveau mandat GT

Enjeux :

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures. La continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).

La continuité s'apprécie selon les axes suivants :

- l'accessibilité et la qualité de l'information ;
- la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et une équipe pluri professionnelle ;
- une planification des soins cohérente dans le temps ;
- l'organisation mise en place pour assurer la permanence des soins ;
- une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes.

Nouvel enjeu Certification 2014 : Application de la méthode d'évaluation du « patient traceur » lors de la prochaine visite de certification. L'établissement doit mettre en œuvre une méthodologie permettant d'identifier et d'évaluer les parcours types de prise en charge.

Objectifs poursuivis :

1. Définir des règles de présence ainsi qu'un système de garde et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.
2. Mettre en place des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs
3. Définir des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité + intervenants extérieurs
4. Assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient
5. Rechercher des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite
6. Désigner un professionnel référent pour la prise en charge du patient
7. Evaluer la continuité et la coordination de la prise en charge, notamment au regard des événements indésirables
8. Mettre en œuvre des actions d'amélioration
9. Organiser le déploiement d'une méthode d'évaluation du patient traceur par pathologies traceuses et par processus :
 - i. en lien avec les évaluations de pratiques professionnelles (chemins cliniques)
 - ii. en lien avec la démarche de prévention des risques
10. Former les acteurs
11. Organiser des simulations de parcours patient et planifier des audits de processus

Utilisateurs :

Cadres de santé Médecins
Personnel soignant Direction qualité - Risques

Livrable attendu

Cartographie des parcours patients identifiés, maîtrisés et sécurisés.

Calendrier espéré et étapes pour la réalisation

Réunion groupe parcours patient : mars 2013
Examen par le COPIL Qualité : avril 2013
Nouveau mandat et nouvelle composition du groupe de travail « parcours patient » : mai 2013
Lancement des travaux du groupe : 2ème semestre 2013
Suivi des actions du groupe parcours patient : trimestriel

Etapes pour la réalisation

Validation de la fiche par le COPIL Qualité du 17 avril 2013
Suivi 1 fois par trimestre

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Gérer et prévenir les risques professionnels

Chef de projet : Mme Lorriaux

Définition du projet	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CHSCT	CME					
2013	2013	2013-2014				

Enjeux :

Répondre à la réglementation en matière de prévention des risques professionnels.
Intégrer la gestion des risques professionnels dans le cadre de la gestion des coordonnée et globalisée des risques.
Assurer les conditions optimales en termes de santé et sécurité au travail.
Améliorer la qualité de vie au travail.
Permettre aux professionnels d'être acteurs de leur sécurité en connaissance des risques associés à leurs postes.

Objectifs poursuivis :

1. Intégrer la gestion et la prévention des risques professionnels et psychosociaux à la démarche globale de gestion des risques de l'établissement : appliquer une méthodologie de gestion des risques commune.
2. Mettre en œuvre les outils de prévention des risques professionnels (approche a priori)
 - Via le document unique
 - Via des évaluations de risques
3. Mettre en place des outils de gestion des risques professionnels (approche a posteriori)
 - Système de remonté d'information sur les risques professionnels et psychosociaux
 - Analyse des accidents et/ou presque accidents
4. Former les acteurs à l'étude des postes à risques
5. Publier le document unique actualisé

Clients :

- Les professionnels
- La direction
- Les organisations syndicales

Partenaires

- DRH
- DQRU-DAG
- CGRV-CLIN
- CHSCT

Livrables attendus

Document unique actualisé annuellement et diffusé.
Plan de prévention des risques professionnels diffusé et validé par les instances.
Personnes formées à l'observation des postes à risques et méthodologie commune.

Étapes pour la réalisation

- Evaluation des risques psycho sociaux : 2013
- Evaluation des autres types de risques par l'observation des postes de travail : 2013-2014
- Mettre à jour le document unique : 2014

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Centralisation des contrôles de sécurité sanitaire
Chefs de projet : M.DUPONT – A.CLAVEL

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
DQRU	Direction Générale	DQRU Directions	Direction Générale	Directions	Directions	Directions	Directions	Directions
2012	2013	2013	2013	2013	2013-2017	Annuel	Annuel	2013-2017

Enjeux :

Etre en conformité avec la réglementation relative à la sécurité sanitaire et rechercher la sécurité optimale des patients et des professionnels.

Répondre à la procédure de certification dans le cadre de la transmission de la fiche interface HAS – ARS.

Répondre aux exigences de prévention des risques dans le cadre du volet sécurité du CPOM.

Objectifs poursuivis :

1. S'assurer de l'application des obligations légales et réglementaires en vigueur.
2. Permettre le suivi des actions à conduire après réalisation de contrôles de sécurité grâce à l'identification des responsables par domaine de sécurité.
3. Elaborer un outil de partage de l'information faisant mention des principales recommandations et/ou décisions ; permettant de hiérarchiser les actions au regard de priorités définies.
4. Etablir un lien avec la gestion préventive des risques, au travers de la cartographie.

Utilisateurs :

- Direction générale
- Equipe de direction
- Responsables par domaines de sécurité

Livrable attendu

Tableau de suivi partagé avec accès sécurisé des intervenants (suivi en continu)

Archivage informatisé des contrôles internes – externes

Calendrier espéré

Présentation en CME : 26 mars 2013-03-28

Examen par le COPIL Qualité : avril 2013

Mise en place d'actions correctives : 2013-2017

Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : CLIN - COPIL dossier patient – CME

Etapes pour la réalisation

Janvier-février 2013 : recensement de la réglementation applicable et identification des référents par domaines de sécurité

Février-mars 2013 : création d'un outil, mise en test

Juin 2013 : bilan du test et retour auprès des autres utilisateurs

Septembre 2013 : mise en ligne de l'outil partagé et renseignement par les référents + présentation en réunion de Direction

Novembre 2013 : Bilan des recommandations / décisions liées aux contrôles de sécurité interne / externe

Décembre 2013 : dépôt de la fiche interface HAS-ARS dans SARA

2013-2017 :

Validation/priorisation des actions par les Directions compétentes

Actions d'amélioration en continu

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Amélioration des indicateurs généralisés HAS

Axe n°5 : Maîtrise du risque infectieux

Chef de projet : JL.VAILLEAU – P.BOUCHUT

Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CGRV-CLIN	CME	EOH-CLIN	CGRV-CLIN	CGRV-CLIN		
2013	2013	2013-2014	2013-2014	2014		

	2011
Score agrégé	B
Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN-2)	A
Indicateur de consommation des solutions hydro alcooliques (ICSHA-2)	B
Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICATB)	A
Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes	C

Enjeux :

Répondre au tableau de bord national de lutte contre les infections nosocomiales.

Démontrer l'engagement et la mobilisation de l'établissement dans la mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise du risque infectieux.

Evaluer la performance de l'établissement au regard des scores moyens et scores cibles nationaux.

Objectifs poursuivis :

- Faire du tableau de bord de maîtrise du risque infectieux un outil de gestion et de pilotage des actions à mettre en œuvre : rôle d'alerte et de mesure
- Informer les usagers sur la sécurité des soins prodigués à l'hôpital.
- Identifier les axes à améliorer dans le cadre du programme de maîtrise du risque infectieux.
- Atteindre les scores cibles nationaux pour chaque indicateur

Utilisateurs :

- Professionnels
- Usagers

Livrable attendu

Programme annuel du CLIN tenant compte des résultats des indicateurs :

- ICALIN-2
- ICSHA-2
- ICATB
- ICBMR
- Score agrégé

Calendrier espéré et étapes pour la réalisation

Porter les résultats à la connaissance des professionnels et des usagers : janvier 2013

Communiquer les résultats 2011 aux instances : mars 2013

Diffuser le programme annuel du CLIN tenant compte des résultats des indicateurs : Mars 2013

Mettre en œuvre le programme d'action correspondant : EOH + CLIN

Suivre l'avancement des actions : trimestriel CGRV-CLIN

Mesurer l'efficacité des actions : rapport annuel d'activité du CLIN

Evaluation : annuelle

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Informatiser le circuit des événements indésirables

Chefs de projet : I.ROMEY GUILLAUMIN – A.CLAVEL

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CGRV	DG	DQRU	DG / DAFSI	DQRU-SI	DQRU			
2012	2013	2013	2013	2014	2014			

Enjeux :

- Initier une impulsion dans la culture de gestion des risques
- Assurer la transparence et le partage de l'information
- Responsabiliser les acteurs de terrains « gestionnaire de risques » de leurs secteurs
- Appropriation des indicateurs GDR dans le pilotage des secteurs
- Faire de la gestion des risques, un levier d'évolution mis en cohérence avec les projets d'établissement

Objectifs poursuivis :

- Informatiser l'« intégralité du circuit des EI
- Donner à l'encadrement les moyens de gérer les risques de leurs secteurs de manière autonome
- Approfondir l'analyse des EI, être plus pertinent dans le choix des actions et amorcer le retour d'information
- Améliorer l'évaluation du programme gestion des risques

Utilisateurs :

- Responsabiliser les utilisateurs
- Donner les outils pour utiliser les indicateurs de gestion des risques
- Former et initier une plus grande culture de gestion des risques

Livrable attendu

- Circuit de signalement (traitement, analyse, production statistique et suivi des actions) informatisé
- Acteurs formés

Calendrier espéré

- Choix du logiciel : 2013
- Déploiement informatique : 2014

Les freins

- Dépend de la volonté des acteurs et compréhension des enjeux
- Mise en œuvre longue et mobilisant de nombreuses ressources
- Cout financier du logiciel
- Faisabilité technique

Les leviers

- Certification V2014
- CPOM
- Programme sécurité patient 2013
- Cartographie des risques

Ressources à mobiliser

- Financières : DG / DAFSI
- Techniques : Service informatique
- Méthodologiques : Cellule d'analyse – Gestionnaire de risques – RAQ
- Humaines : Tous les professionnels

Organisation à mettre en place

- Choix d'un logiciel : cahier des charges
- Révision du circuit des responsabilités
- Validation des outils méthodologiques : grilles, gravité, matrices ...
- Affirmer le rôle de gestion des risques dans les missions des cadres responsables de service

Etapes pour la réalisation - 2013-2015

- Evaluation des besoins
- Cahier des charges
- Choix logiciel
- Formation gestionnaire
- Déploiement informatique
- Ajustement technique
- Présentation / Communication
- Accompagnement de l'outil sur le terrain

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Chefs de projet : Dr SEROT / JL.VAILLEAU

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
COPIL médicament	CTE - CME - DIRECTOIRE - CS	COPIL médicament	CME	COPIL médicament				
2012	Oct-2012	2012	2012	2013-2014				

Enjeux :

Le projet répond à une double attente :

- Se conformer aux échéances de réalisation fixées par les textes réglementaires (2 ans)
- Préparer la certification 2014 pour être en mesure de répondre favorablement à tous les critères.

Il peut également porter implicitement une valeur ajoutée à la culture qualité et sécurité de l'établissement ainsi qu'une rationalisation des systèmes déjà en place.

Répondre à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé et à la **circulaire du 14 février 2012** qui liste les actions prioritaires à engager et les modalités de mise en œuvre privilégiant notamment une couverture systémique du processus.

Objectifs poursuivis :

- **Mettre en place la gouvernance** autour d'un **Copil stratégique**, d'un **Copil technique** en liaison permanente avec un **bureau opérationnel** conduit par le Groupe circuit du médicament le tout sous la Coordination du **responsable** désigné du système de management de la PECM
- Réaliser un **état des lieux** complet du circuit du médicament au CH (identification des acteurs et des responsabilités, recensement et analyse des travaux en cours)
- Procéder à une **étude des risques** (cartographie des risques, priorisation, identification de solutions correctives).
- **Formaliser et Elaborer un plan d'actions** en fonction de l'état des lieux et de l'étude des risques en intégrant un plan de communication, un plan de formation et un plan informatique.
- **Evaluer** le système et le plan d'actions et communiquer sur le retour d'expérience.
- **Diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses**

Utilisateurs :

Toute personne qui de près ou de loin intervient dans le circuit du médicament à savoir :

- Le patient tout au long de son parcours de soin
- Les acteurs cliniques et les acteurs opérationnels

Acteurs associés au projet :

- L'équipe de direction et le président de CME
- Le Coordonateur des RASS et le responsable du management de la PECM
- Le Pharmacien et le groupe circuit du médicament
- Equipe DQRU
- Les responsables des groupes ou instances concernées

Livrable attendu

Evaluation du processus

Cartographie des risques liés au processus de prise en charge médicamenteuse

Rédaction d'un manuel qualité

Calendrier espéré

2012-2013

Organisation en place

Ces acteurs se répartiront suivant leurs responsabilités au sein du Copil politique qui prendra toutes les décisions liées à la politique globale (réunions trimestrielles) au sein du Copil technique qui interviendra pour tout ce qui concerne l'expertise technique (réunion bimestrielle) et enfin au sein du bureau opérationnel en charge de la coordination du projet (réunion mensuelle).

Étapes pour la réalisation

Le projet est planifié sur un an et sera réalisé en 4 étapes :

Étape 1 (novembre 2012) : Formalisation **et validation du projet et de la gouvernance** par la CME puis la réalisation de l'**état des lieux** au vue des résultats de l'inspection.

Étape 2 (janvier 2013) : **Etude des risques**

Étape 3 (mars 2012) : Elaboration d'un **programme d'actions correctives** et d'un **manuel qualité lié à un système documentaire**.

Étape 4 (second semestre 2013) : **Evaluation et contrôle** des dispositifs engagés par le biais d'indicateurs puis communication sur le **retour d'expérience**.

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Mettre en place la cartographie des risques
Chefs de projet : P.MARTIN BERTHOLE / J.DI LORETO

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
COPIL Qualité	CGRV	GT	CME	GT	CGRV	COPIL		
2012	2013	2013	2013	2013-2014	2013-2014	2014		

Enjeux :

- Développer une culture de sécurité des soins et fédérer les acteurs autour de la sécurisation du parcours patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- Gérer les risques au travers d'une démarche préventive formalisée.
- Réaliser une investigation des risques à priori sur les parcours de soins

Objectifs poursuivis :

- Identifier les risques à priori
- Définir les secteurs à risque du CH (selon activités, secteurs, populations, types de risque...)
- Formaliser une démarche de gestion préventive des risques au travers d'une cartographie.

Clients :

- Equipe de Direction
- CME
- Encadrement (soins, administratif, technique)

Livrable attendu

- Typologie des risques : risques réglementés + risques déjà identifiés a posteriori + activités à risques de l'établissement
- Manuel méthodologique
- Cartographie des risques
- Plan de prévention des risques

Étapes et calendrier de la démarche

1. **Définir une typologie de risques – 2013**
2. **Etablir la liste des responsables par type de risque et identifier les risques règlementés - 2013**
 - Former les acteurs
 - Répertoire des contrôles règlementaires et les plans de prévention associés
3. **Définir une méthodologie et créer une cartographie modélisable à tout type de risque - 2013**
4. **Réaliser la cartographie des risques – 2013 / 2014**
 - Prioritairement sur les risques associés aux soins
 - Formation des personnes ressources sur les autres types de risque en parallèle
5. **Déploiement de la cartographie élargie à tous les types de risques - 2014**
 - Lancement des groupes de travail cartographie des risques (autres risques que soins)

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Améliorer l'implication des usagers et répondre à leurs attentes

Chef de projet : M.DUPONT - C.GIRAULT

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
CRUQ	CRUQ	CG	CME / CRUQ	DQRU	CRUQ	CRUQ	CRUQ	
2012	2013	2013	2013	2013	2013	Bilan annuel	2014	2014

Enjeux :

- Veiller au respect des droits des patients.
- Permettre aux représentants des usagers d'exercer pleinement leurs missions grâce à une information régulière et leur implication les projets en cours.
- Améliorer le partenariat association Représentant des Usagers / Etablissement

Objectifs poursuivis :

- Exploiter les sources d'informations internes pour anticiper les besoins des usagers
- Communiquer plus largement auprès des usagers et de leur entourage
- S'assurer de la mise à disposition des informations nécessaires aux patients et leur entourage
- Faciliter la réalisation des missions des Représentant des Usagers dans l'établissement

Utilisateurs :

- Patients.
- Représentants des usagers.
- Tous els professionnels.

Livrable attendu

- Patients satisfaits > 85 %.
- Représentativité des associations et de leurs représentants dans les instances et comités.
- Information données aux patients et à leur entourage conforme en intra et extra.

Calendrier espéré

- 2013 – 2014 ; puis organisation pérenne

Les freins

- Disponibilités des Représentants des Usagers.
- Adaptation de l'information aux patients non communicants.

Les leviers

- Règlementation
- Certification V2014
- CRUQ - Représentants d'usagers

Ressources à mobiliser

- L'ensemble des professionnels

Organisation à mettre en place

- Représentativité des Représentants des Usagers (au moins 2 par instances ou comités)
- Dispositif de recueil des attentes
- Analyse des commentaires Questionnaire de satisfaction (base action)

Etapes pour la réalisation

- Actualisation du livret d'accueil : 1er semestre 2013
- Etat des lieux 2013 : audit droits des patients dans les unités de soins (affichage, information donnée,...)
- Mise en œuvre d'un plan d'actions coordonnées par la CRUQ : 2013-2014

1, boulevard Chanoine KIR
B.P. 23314
21000 DIJON

Fiche projet - annexe 3 CPOM

Projet : Conduire le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et obtenir une Certification sans réserve en 2014

Chef de projet : M. DUPONT/G. MICHEL

Définition du projet	Validation	Définition Plan d'actions	Validation	Mise en œuvre	Suivi plan d'actions	Evaluation plan d'actions	Actualisation plan d'actions	mise en œuvre
COFIL Qualité	DSIRMT /CME	COFIL Qualité	DSIRMT /CME	DSIRMT /CME	COFIL Qualité	DSIRMT /CME	COFIL Qualité	GT-Directions Comités
2010	2010	2011	2011	2011	2012	2012	2013	2013-14

Enjeux :

Mettre en œuvre la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins rassemble les plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins permettant d'obtenir une certification sans réserve en 2014.

Objectifs poursuivis :

1. Mettre en œuvre les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les secteurs d'activité
2. Assurer le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité
3. Réajuster le programme en fonction des résultats des évaluations
4. Lever les recommandations de la certification V2010
5. Obtenir une certification sans réserve en 2014

Utilisateurs :

- Tous les professionnels de l'établissement
- HAS

Livrable attendu

Maintien de la Cotation en A lors de la prochaine certification (critère 8c)
Programme qualité risques diffusé et validé par les instances
Certification sans réserve en 2014

Calendrier espéré

Réunion groupe de coordination des pilotes : Oct. 2012
Examen par le COFIL Qualité : Oct. 2012
Mise en place d'actions correctives : 2013-2014
Evaluation des actions menées (état d'avancement plan d'actions) : COFIL Qualité

Étapes pour la réalisation

Validation de la fiche par le COFIL Qualité Risques
Autoévaluation à blanc (référentiel HAS V2011) : octobre 2012
Diffusion du programme d'action prioritaire 2013-2014 : janvier 2013
Modalités de suivi des actions :
- Suivi 1 fois par trimestre pour les plans d'actions prioritaires
- Suivi semestriel pour les axes de progrès
- Suivi annuel pour les axes maîtrisés
Autoévaluation finale : janvier 2014
Visite de certification : octobre 2014

ANNEXE 6

Charte d'engagement dans le Développement Durable

L'établissement s'engage dans le développement durable

Charte d'engagement - Principes généraux

Juin 2014

Engagement social et managérial



Déployer une **gouvernance et des pratiques managériales** durables et responsables

- ⇒ Communiquer autour de la stratégie et de la politique de l'établissement
- ⇒ Définir les organisations et des responsabilités
- ⇒ Favoriser la participation, l'implication et la motivation du personnel
- ⇒ Elargir la veille réglementaire



Adopter une **politique sociale attractive** pour les salariés

- ⇒ Améliorer les conditions et l'ambiance au travail
- ⇒ Veiller à l'équité entre les salariés
- ⇒ Développer la mobilité professionnelle, la formation et les compétences
- ⇒ Maintenir les conditions d'hygiène, de santé et de sécurité

Engagement économique



Réaliser des **investissements durables et responsables**

Assurer le **contrôle** et la **pérennité** de l'établissement



Intégrer des critères **d'éco-responsabilité et d'écoconception** dans la politique d'achats et dans l'étude des projets

Engagement environnemental



Assurer un suivi précis des réseaux d'eau afin de **réduire les consommations**



Maîtriser la consommation énergétique et promouvoir les bonnes pratiques (électricité, chauffage, gaz)



Optimiser le stockage et la valorisation des déchets



Limiter la pollution de l'eau et des sols en réduisant les rejets et les apports polluants



Diminuer l'impact des transports logistiques et déplacements des professionnels sur l'environnement



Favoriser la biodiversité par une gestion différenciée des parcs et jardins

ANNEXE 7

Programme EPP de 2014 à 2015



**Comité Technique d'Établissement
Commission Médicale d'Établissement
Conseil de Surveillance**

**EPP 2014-2015 :
Proposition de plan d'actions détaillé**

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, trois objectifs ont été retenus par le Comité de Pilotage pour la qualité et les risques et la CME du mois d'octobre 2014.

1. Mettre en œuvre les orientations 2014 – 2015

- Assurer le maintien des EPP en routine

Une réunion avec chaque pôle (cadre supérieur de santé, assistant de pôle et responsable de pôle) sera programmé une fois par an afin de faire un bilan avec eux et de voir comment les aider.

- Mettre en place le DPC

L'établissement s'est engagé dans la mise en œuvre du développement professionnel continu. Cette démarche obligatoire pour l'ensemble des professionnels par la loi du 21 juillet 2009 contribue au développement des compétences des professionnels. Envoyer aux praticiens hospitaliers le lien vers le site de la HAS.

- Développer les revues de pertinence des soins

La pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins et des hospitalisations aux besoins des patients. L'analyse de la pertinence évalue la prescription et/ou l'utilisation appropriée des soins et des hospitalisations. Améliorer la pertinence des soins et des hospitalisations permet de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge des patients

Les revues de pertinence des soins devront être développées. L'EPP sur la pertinence des hospitalisations de plus de 90 jours sera relancée en septembre 2014. Au préalable, une recherche bibliographique devra être réalisée par le centre de documentation.

- Déployer des méthodes d'évaluation des patients traceurs dans toutes les unités de soins (chemin clinique, revues de mortalité et morbidité, audits de processus)

L'objectif est d'évaluer au travers de l'expérience de soins d'un patient les modalités de sa prise en charge et donc les processus et les organisations qui s'y rattachent. Elle complète les audits de processus ou conduit à en réaliser à partir des constats effectués.

La méthode ne consiste pas à évaluer la pertinence des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques.

Le groupe parcours patient assure le suivi des évaluations patient traceur et la mise en œuvre des plans d'actions.

- Évaluer les processus à risque dans toutes les unités

L'élaboration de la cartographie des risques doit permettre d'identifier les pratiques à risque et les profils de risque dans le cadre de la méthode du patient traceur. Ce travail, piloté par le Docteur Martin Berthole et Madame Diloreto, coordonnatrices de la gestion des risques associés aux soins, est amorcé dans l'établissement.

- Évaluer les processus à fort enjeux d'amélioration

a/Dossier patient

Un audit clinique ciblé sera réalisée en octobre 2014 (recueil des indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient, au délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et à l'IMC). Un comité de pilotage prend les décisions concernant la gestion du dossier patient. Il doit se réunir en octobre 2014.

b/Circuit du médicament

Le plan d'actions est suivi par le groupe de travail circuit du médicament. Ce groupe analyse les erreurs médicamenteuses du CH La Chartreuse (Comité de Retour d'Expérience) Un comité de pilotage prend les décisions concernant la prise en charge médicamenteuse. Il doit se réunir en septembre 2014.

- Inclure l'EPP dans la démarche quotidienne de chaque pôle

Il est inscrit dans chaque contrat de pôle que « le pôle s'engage à réaliser au moins une EPP en continu, sur une pratique relevant de ses activités principales et répondant à des attentes spécifiques ».

Chaque pôle conduit des actions d'amélioration de la qualité propres à son organisation, au vu des évaluations réalisées en cours d'année. Les indicateurs relatifs à ces évaluations sont inscrits dans le tableau général des indicateurs qualité du pôle.

2. Accompagner et conduire les évaluations retenues par la CME

- Accompagner les évaluations concernant les nouvelles références du manuel de certification (avril 2011)

Pour les évaluations concernant les nouvelles références du manuel de certification, des rencontres par pôle seront programmées au 4^{ème} trimestre 2014 afin de voir comment les aider.

- Isolement/contention (P. Liebaut/J Lavault)
- Erreurs médicamenteuses (JL Vailliau)

- Accompagner les évaluations concernant les PEP et les indicateurs

Pour les évaluations concernant les nouvelles références du manuel de certification, des rencontres par pôle seront programmées au 4^{ème} trimestre 2014 afin de voir comment les aider.

- Maîtrise du risque infectieux (JL Vailliau)
- Audit dossier patient Long Séjour (M Lechenet)
- Prise en charge en CMP (P. Verot)

- Traçabilité de la douleur (Y. Beauvalot/S. Asdrubal)
- Dépistage des troubles nutritionnels (S. Moulard)
- Tenue du dossier patient/Sortie patient (S. Maach)
- Bon usage des antibiotiques (JL Vailliau)

c. Accompagner les évaluations nécessaires aux plans d'actions prioritaires HAS afin de préparer la certification 2014

- Identitovigilance (E. Coffart)

Des groupes de travail se réunissent une fois par trimestre pour assurer le suivi des actions prioritaires.

d. Accompagner sur le plan méthodologique les chefs de projet dont les EPP sont réalisées en continu

Pour les évaluations concernant les nouvelles références du manuel de certification, des rencontres par pôle seront programmées au 4^{ème} trimestre 2014 afin de voir comment les aider.

- **Audits cliniques**
 - Prévention du risque suicidaire (P. Besse)
 - Evaluation et prise en charge de la dénutrition chez le sujet âgé (M. Lechenet)
 - Hygiène bucco-dentaire (J. Dupuis)
- **Revue de pertinence**
 - Pertinence des hospitalisations de plus de 90 jours (F. Petit) : à relancer en sept 2014
- **Suivi des indicateurs**
 - Prévention des risques liés à la contention chez la personne âgée (M. Lombard)
 - Prévenir le risque de chute au long séjour (M. Lombard)
 - Contrôle de conformité Hospitalisation à la demande d'un tiers (Dr Lavault)
 - Prise en charge de la douleur chez la personne âgée (Dr Lechenet)
 - Contrôle des piluliers du Long Séjour (JL Vailliau)
 - Amélioration de la fiabilité des résultats de laboratoire

Validation par la CME du 14 octobre 2014

Visa :

ANNEXE 8

Synthèse des comités de management de la qualité et des risques

	Direction Qualité, Risques et Usagers	03-09-2014
	Comités Techniques et Groupes de Travail 2014-2015	

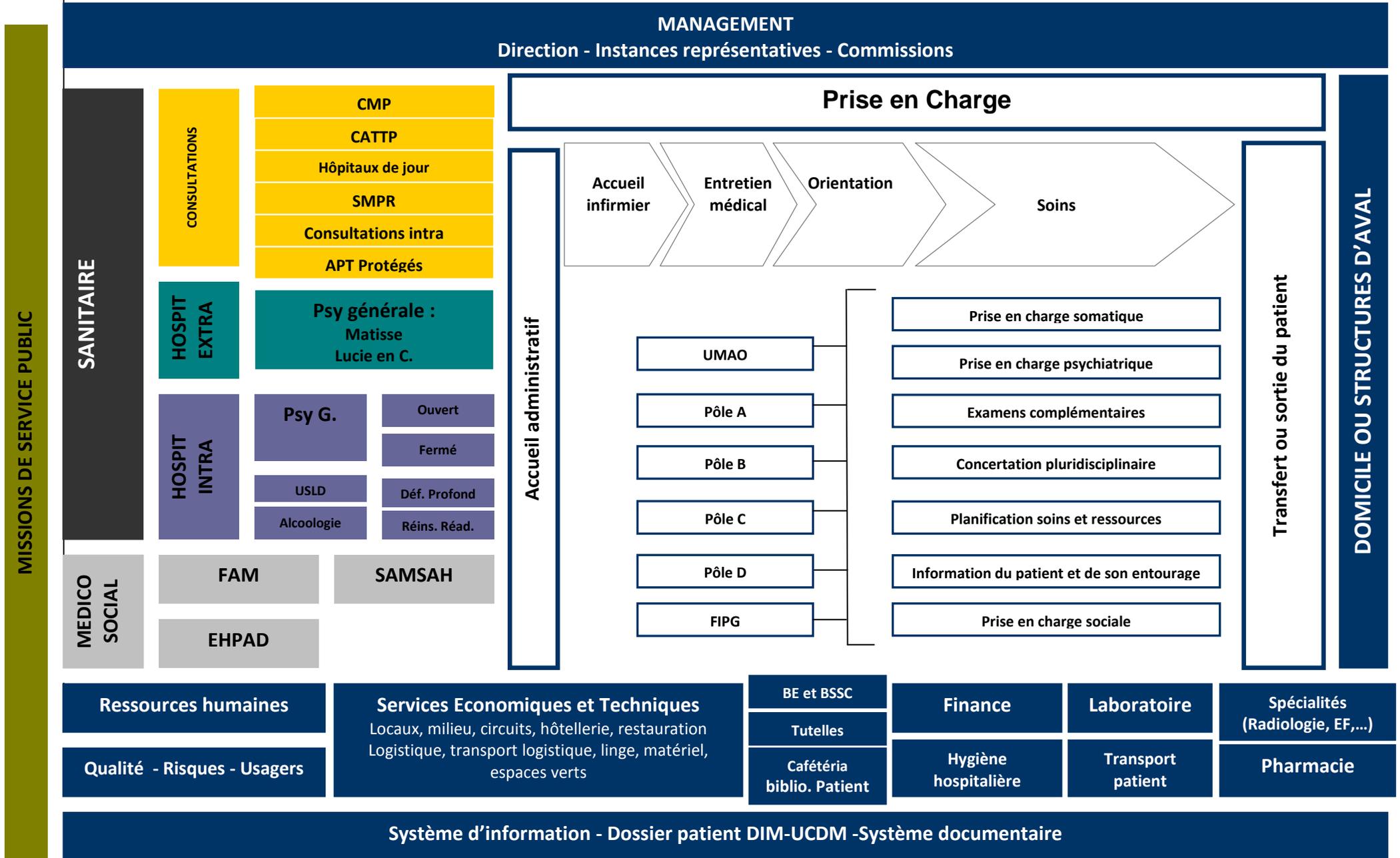
Stratégie / Pilotage	Instances	Nom du Président	Fonction	Date réunion 2014		Objectif
		COPIL Qualité	Dr CAPITAIN	Président de la CME	02-04-2014 11-06-2014	29-10-2014 10-12-2014
	CGRV / CLIN (Risques –Vigilances)	Dr MARTIN BERTHOLE	Médecin coordonnateur de la GDR	20-03-2014 06-06-2014	29-09-2014 12-12-2014	
	CRUQPC	Mme JACQUINOT *	Directeur de l'établissement Secrétaire générale	19-03-2014 28-05-2014	17-09-2014 03-12-2014	
	Comité Ethique	Dr ROYER RIGAUD	Responsable du Bloc médical	10-02-2014 12-05-2014	15-09-2014 1 ou 8-12-2014	
	Groupe EPP	Dr LOMBARD	Responsable Pôle D	04-06-2014	01-10-2014	
	CRPV (Prévention – Violence)	Mme BICHON	Directrice des soins	30-01-2014 10-04-2014	05-06-2014 08-09-2014	
	CHLT (Commission Hôtelière)	Mr BIBOULET	Directeur des services logistiques et techniques	04-04-2014 02-07-2014	17-10-2014	
	Collège SIH (Schéma Informatique)	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	09-07-2014 15-10-2014		
	Comité stratégique EPRD	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	28-02-2014 10-06-2014	10-10-2014	
	Copil Dossier Patient	Dr CAPITAIN Mr MADELPUECH	Président de la CME Directeur de l'établissement	06-05-2014 28-10-2014		
	Copil Stratégique Circuit du Médicament	Mr VAILLEAU Dr SEROT	Responsable Pharmacie Responsable Secteur 5	12-02-2014 10-09-2014		
	Copil Développement Durable	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	06-03-2014 24-06-2014		
	CLAN	Dr MOULARD	Responsable Secteur 7	20-03-2014 12-06-2014	18-09-2014 27-11-2014	
	CLUD	Dr BEAUVALOT	Responsable secteur 4	13-02-2014 05-06-2014	25-09-2014 04-12-2014	
	Groupe Parcours Patient	Dr CAPITAIN	Président de la CME	13-03-2014 24-06-2014	25-09-2014 04-12-2014	
	Groupe Cristal link (dossier patient)	Dr MAACH	Responsable DIM	21-02-2014 28-03-2014 04-04-2014 21-04-2014 13-06-2014 29-07-2014	08-08-2014 12-09-2014 17-11-2014 28-11-2014 19-12-2014	
	Comedims	Dr SEROT	Responsable secteur 5	08-10-2014 ??-12-2014		
	Groupe Cartographie des risques	Dr MARTIN BERTHOLE	Médecin coordonnateur de la GDR	23-01-2014 07-02-2014 21-02-2014 24-04-2014 14-05-2014	22-05-2014 02-06-2014 11-06-2014 25-06-2014	
	Collège archive dossier patient	Dr MAACH	Responsable DIM	22-01-2014 03-06-2014	10-06-2014 29-07-2014	
	Groupe fin de vie	Mme DUPUIS	CSS			
	Groupe Identitovigilance	Mme COFFART	Responsable Laboratoire	13-02-2014 26-05-2014 17-07-2014 09-09-2014	09-10-2014 13-11-2014 27-11-2014	
	Groupe Bienveillance	Mr LEMOUEL	CS	09-02-2014 11-06-2014	24-09-2014	
	Groupe Information en cas de dommages liés aux soins	Dr MURAT Mr TERRILLON	PH CS	20-02-2014		
	Comité de suivi des soins sans consentement	Mr FISZKA	Directeur des affaires financières – Système d'information	Mars 2014		
	Commission Médico / Administrative des admissions	Mr FISZKA	Directeur des affaires financières – Système d'information	2 fois en 2013		

* Par délégation du Directeur

ANNEXE 9

Cartographie des processus de l'établissement

CARTOGRAPHIE DES MACRO PROCESSUS



Accueil administratif

- UMAO
- Pôle A
- Pôle B
- Pôle C
- Pôle D
- FIPG

- Prise en charge somatique
- Prise en charge psychiatrique
- Examens complémentaires
- Concertation pluridisciplinaire
- Planification soins et ressources
- Information du patient et de son entourage
- Prise en charge sociale

Transfert ou sortie du patient

DOMICILE OU STRUCTURES D'AVANT

- MEDICO SOCIAL**
- FAM
 - SAMSAH
 - EHPAD

- Ressources humaines
- Services Economiques et Techniques
Locaux, milieu, circuits, hôtellerie, restauration
Logistique, transport logistique, linge, matériel, espaces verts
- BE et BSSC
- Tutelles
- Cafétéria biblio. Patient
- Finance
- Hygiène hospitalière
- Laboratoire
- Transport patient
- Spécialités (Radiologie, EF,...)
- Pharmacie

Système d'information - Dossier patient DIM-UCDM -Système documentaire