

# PROJET D'ETABLISSEMENT 2021 - 2025



LA CHARTREUSE – DAG – Novembre 2020

Le nouveau Projet d'Etablissement (PE) 2021-2025 du Centre Hospitalier La Chartreuse prévoit, à partir de l'analyse de l'existant, d'adapter l'organisation des moyens à la demande de soins tout en se préparant à l'expression des nouvelles attentes sanitaires et médico-sociales pour tous les âges de la vie.

Ce Projet d'Etablissement décline plus précisément les futures orientations médicales qui en constituent le socle.

L'adaptation des activités de notre Hôpital se concrétise déjà par la création en mai 2020 (décision de la CME du 14 mai 2020) de nouveaux pôles cliniques, intégrant la création de nouvelles structures (plateforme d'orientation psychiatrique, Intermède, ...). Cette nouvelle organisation permettra à l'établissement de continuer pleinement à jouer son rôle au niveau local, départemental (PTSM21) et au sein du GHT tant dans la prise en charge de la santé mentale que du secteur handicap, de la personne âgée et des activités médicales transversales.

Il convient également de déployer l'action du Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier La Chartreuse en tenant compte du contexte Covid actuel et à venir amenant à revoir certaines de nos pratiques (j'adresse d'ailleurs mes remerciements et mes félicitations à tout le personnel de l'établissement pour son implication et sa bonne gestion de la crise) mais aussi du contexte législatif et réglementaire notamment sur la nouvelle tarification en psychiatrie, dont la mise en application est prévue en 2021.

L'évolution recherchée de ce nouveau Projet d'Etablissement intègre également le souci constant de l'amélioration des conditions de travail des personnels, la démographie médicale, la qualité des prestations offertes tout en situant l'action de chacun au service des patients ou résidents avec une préoccupation d'efficacité des moyens y compris au sein du GHT.

Au final, la réussite de notre Projet d'Etablissement 2021-2025 dépendra de l'implication de chaque professionnel du CH La Chartreuse mais également des partenaires institutionnels : Etat, organismes d'assurance maladie, collectivités territoriales.

Puisse la lecture de ce Projet d'Etablissement vous apporter les clefs de compréhension sur le développement de notre Hôpital pour les 5 années à venir.

Un Projet d'Etablissement a besoin de l'engagement de tous pour vivre et grandir. Je sais pouvoir compter sur l'engagement de chacune et chacun d'entre vous et vous en remercie.

Emmanuelle COINT

Présidente du Conseil de Surveillance

## INTRODUCTION

Conformément à l'article L.614-3 du Code de la Santé publique, le projet d'établissement établi pour une durée de 5 ans, « définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. ».

« Il définit dans le cadre des territoires de santé les actions de coopération (GHT et PMP, etc.) et la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (CLS ; CLSM, etc.) ; il prévoit les moyens en lits et places, en personnels et équipements de toute nature dont il doit disposer pour réaliser ses objectifs. ».

Le projet d'établissement 2021 - 2025 tient compte du cadre réglementaire défini au niveau national notamment par :

- La Loi « Ma santé 2022 » et ses 3 orientations pour la santé mentale,
- L'instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale,
- La réforme en cours de la tarification des établissements de santé mentale (mise en œuvre prévue en 2021)

Le Projet d'établissement 2021 - 2025 s'insère également au niveau territorial dans les 14 orientations définies par le Projet Médical Partagé (PMP) 2017 - 2021 du GHT 21/52 et dans les 4 orientations transversales et pistes d'actions définies par le Projet Territorial de Santé Mentale 2019 - 2023. Ce cadrage est précisé dans le chapitre I.4 du PE.

Le Projet d'Etablissement 2021 - 2025 du CH La Chartreuse est composé de 7 projets dont 6 déclinés à partir du projet médical :

- Le projet médical
- Le projet des usagers
- Le projet psychologique d'établissement
- Le projet de soins de rééducation et médico-technique
- Le projet qualité et sécurité des soins
- Le projet social
- Le schéma directeur des systèmes d'informations
- Le projet logistique économique et technique

Elaboré en une année de l'automne 2019 à l'automne 2020, le Projet d'Etablissement a été mis en œuvre en plusieurs étapes selon la démarche de gestion de projet :

- Réalisation du bilan de l'ancien Projet d'Etablissement 2015 - 2019,
- Analyse sur plusieurs années des indicateurs d'activité (voir chapitre I : introduction et diagnostic au PE),
- Réflexion collective par thématiques en groupes et sous-groupes, avec restitution au Comité de pilotage par les trinômes (médecins/directeurs/cadre supérieur de santé) coordonnateurs des groupes projet,
- Coordination de la démarche par un comité de pilotage dédié, réuni mensuellement.

Les principes suivants ont guidé l'élaboration du projet d'établissement :

- Un management participatif (plus de 200 professionnels inscrits dans l'ensemble des groupes) ayant permis des échanges fructueux dans les groupes de travail, les comités de pilotage, les réunions spécifiques du collège médical,
- Un suivi coordonné par un comité de pilotage pluridisciplinaire réuni plusieurs fois entre le 5 novembre 2019 et l'automne 2020,
- Une volonté de faire émerger des projets opérationnels, grâce à une formalisation sous forme de fiches projet facilitant l'efficacité de la mise en œuvre,
- Des échanges interactifs au moyen d'un espace intranet partagé dans lequel chaque chef de projet et référent de groupe pouvait poster des documents et d'une foire aux questions.

La composition nominative du Comité de Pilotage a fait l'objet d'une décision signée du Directeur le 24 janvier 2020.

Le Projet d'Etablissement s'appuie également sur un nouveau découpage des pôles, qui sera effectif au 1er janvier 2021 et impactera les orientations de celui-ci en termes d'organisation médicale et soignante.

Pour ce qui est de la psychiatrie adulte, ce découpage n'est plus fondé sur la base des secteurs mais sur celle du parcours patient, avec un pôle intra hospitalier, un pôle extra hospitalier et un pôle dédié à la réhabilitation psychosociale qui regroupe les unités de patients au long cours et les structures médico-sociales.

L'analyse des indicateurs d'activité démontre sur 5 ans, une certaine baisse de l'activité (pour l'intra hospitalier) de psychiatrie adulte et des spécificités sur les patients pris en charge :  
Alors que la file active globale a légèrement baissé de 1.2% entre 2014 et 2019, la lourdeur des patients a augmenté :

- Le nombre de journées d'hospitalisation de détenus a augmenté de + 160% entre 2015 et 2019,
- Le nombre de patients en SDDE a augmenté de + 19.8% entre 2014 à 2019,
- Le taux de patients au long cours dans les unités d'entrée se situe depuis des années entre 15 et 20%.

Les restructurations mises en œuvre en application du contrat de performance, les renforts de lits dans certaines unités (Plateforme d'Orientation Psychiatrique (POP) et ajouts de lits dans certaines unités d'entrée) ont abouti globalement à une réduction de 31 lits de psychiatrie adulte entre 2014 et 2019.

Les restructurations ont touché également le secteur médicosocial qui a été réduit de 16 lits entre 2014 et 2019 (fermeture de 15 lits à OASIS et réduction d'1 lit à Arc en Ciel).

Ce nouveau Projet d'Etablissement 2021-2025 aspire à déterminer une nouvelle capacité en lits mais aussi une meilleure articulation avec les structures extra hospitalières, tant sur la coordination des parcours de soins que sur son implantation et son organisation.

C'est aussi la feuille de route du Centre Hospitalier, au sein du GHT et du PTSM, intégrée dans la politique de santé mentale qui jalonnait l'ensemble de ces projets.

Dr Gérard MILLERET,  
Président de la CME

François MARTIN,  
Directeur

## TABLE DES MATIÈRES

<b>EDITORIAL</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>5</b>
<b>1°PARTIE – INTRODUCTION ET DIAGNOSTIC AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>7</b>
<b>I- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>7</b>
<b>II- BILAN DE L'ANCIEN PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019</b>	<b>10</b>
<b>III- CADRE REGLEMENTAIRE INTERNE : ORGANISATION POLAIRE ET CONTRATS DE POLE</b>	<b>15</b>
<b>IV- EVOLUTION DES EFFECTIFS</b>	<b>17</b>
<b>V- EVOLUTION DES BUDGETS DE 2015 À 2019</b>	<b>18</b>
<b>VI- ANALYSE DE L'ACTIVITÉ</b>	<b>20</b>
<b>VII-SYNTHESE DU DIAGNOSTIC : POINTS FORTS ET POINTS D'AMELIORATION</b>	<b>47</b>
<b>2°PARTIE - PROJET MEDICAL</b>	<b>49</b>
<b>I- METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL</b>	<b>49</b>
AXE 1 : LES OBJECTIFS DU PROJET MÉDICAL.....	49
AXE 2 : DEFINITION DES ORIENTATIONS DU NOUVEAU PROJET MEDICAL .....	50
AXE 3 : LES GROUPES DE RÉFLEXIONS THÉMATIQUES .....	52
AXE 4 : MODALITES DE SUIVI DU PROJET MÉDICAL .....	53
<b>II- AXES STRATÉGIQUES</b>	<b>54</b>
AXE 1 : EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE.....	54
AXE 2 : POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE L'HOPITAL DANS SA MISSION DE PILOTAGE DE LA FILIERE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE .....	56
AXE 3 : LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE FACE À DE NOUVEAUX DÉFIS .....	57
<b>III- - LES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL</b>	<b>62</b>
AXE 1 : IDÉES FORCES GÉNÉRALES.....	62
AXE 2 : IDÉES FORCES PSYCHIATRIE .....	67
AXE 3 : LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS.....	67
<b>IV- PROJETS PAR POLES</b>	<b>70</b>
AXE 1 – EXTRA-HOSPITALIER.....	70
AXE 2 – INTRA-HOSPITALIER.....	79
AXE 3 –INTERSECTEUR PERSONNES AGEES (ISPA) .....	85
AXE 4 – PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT .....	90
AXE 5 - REHABILITATION.....	99
AXE 6 –ACTIVITÉS MEDICALES TRANSVERSALES .....	107
<b>3°PARTIE - PROJET DES USAGERS</b>	<b>117</b>
<b>I-INTRODUCTION</b>	<b>117</b>
<b>II- DIAGNOSTIC DE L'EXISTANT ET ANALYSE DU CONTEXTE</b>	<b>117</b>
<b>III- PROJETS À DÉVELOPPER</b>	<b>118</b>
<b>IV- MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS</b>	<b>120</b>
<b>4°PARTIE - PROJET PSYCHOLOGIQUE D'ETABLISSEMENT</b>	<b>122</b>
AXE 1 – EXTRA-HOSPITALIER.....	122
AXE 2 – INTRA-HOSPITALIER.....	124
AXE 3 – FILIERE PERSONNES AGEES .....	125
AXE 4 – PEDOPSYCHIATRIE .....	125
AXE 5 – REHABILITATION.....	126
AXE 6 – ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES .....	127
AXE 7 – FORMATION INFORMATION RECHERCHE .....	128
AXE 8 – ADMINISTRATIF.....	130
AXE 9 – INSTITUTIONNEL TRANSVERSAL.....	130

<b>5°PARTIE- AUTRES PROJETS ET FONCTIONS SUPPORT</b>	<b>135</b>
<b>I- METHODOLOGIE</b>	<b>135</b>
AXE 1 - CADRAGE POUR LES GROUPES DE REFLEXIONS THEMATIQUES PAR LES DIRECTIONS REFERENTES .....	135
AXE 2 - SUIVI DES PROJETS .....	135
<b>II- PROJET DE SOINS, DE RÉÉDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE</b>	<b>136</b>
AXE 1- L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES POUR AMÉLIORER L'OFFRE .....	136
DE SOINS .....	136
AXE 2- LE MANAGEMENT DURABLE .....	137
AXE 3 - LES PRATIQUES INNOVANTES .....	137
AXE 4 – LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS.....	137
AXE 5 – RENFORCER ET DEPLOYER LA CULTURE D'AMELIORATION DE LA QUALITE.....	138
<b>III- PROJET QUALITE, RISQUES</b>	<b>143</b>
<b>IV- PROJET SOCIAL</b>	<b>149</b>
AXE 1 - ASSEOIR ET RENFORCER LA POLITIQUE DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL.....	150
AXE 2 - PORTER ET ÉCRIRE UNE POLITIQUE DE GRH PERMETTANT DE RÉPONDRE AUX OBLIGATIONS DE LA LOI DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE TOUT EN PRENANT EN COMPTE LES ATTENTES DES INDIVIDUS ET LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....	155
<b>V- PROJET LOGISTIQUE, ECONOMIQUE ET TECHNIQUE</b>	<b>165</b>
AXE 1 : PROJET LOGISTIQUE .....	165
AXE 2 : PROJET ECONOMIQUE .....	169
AXE 3 : PROJET TECHNIQUE .....	173
<b>VI- PROJET DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER ET DU SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION</b>	<b>177</b>
AXE POLITIQUE ET MANAGÉRIAL .....	177
AXE MÉDICAL .....	178
AXE ADMINISTRATIF, LOGISTIQUE ET TRAVAUX.....	179
AXE TECHNIQUE .....	181
 <b>6°PARTIE - PLANNING DE RÉALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT</b>	<b>184</b>
<b>I- CALENDRIER PREVISIONNEL</b>	<b>184</b>
<b>II- PROJECTION CIBLE DE L'ORGANISATION PREVISIONNELLE POUR 2025 DES POLES</b>	<b>190</b>
 <b>7°PARTIE - FINANCEMENT PLURIANNUEL 2021-2025</b>	<b>191</b>
<b>I- LE CADRE FINANCIER</b>	<b>191</b>
<b>II- LE PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL</b>	<b>192</b>
 <b>CONCLUSION</b>	<b>194</b>
 <b>GLOSSAIRE</b>	<b>195</b>
 <b>ANNEXES</b>	<b>198</b>
 <b>ANNEXE 1 - DECISION N°2020/05 PORTANT COMPOSITION ET MISSIONS DU COMITE DE PILOTAGE EN VUE DE L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2020-2024</b>	<b>199</b>
 <b>ANNEXE 2 - LITS ET PLACES AUTORISÉS ET INSTALLES 2020 ET PROJECTION 2025</b>	<b>202</b>
 <b>ANNEXE 3 - CIRCUIT DE GESTION DE PROJET</b>	<b>206</b>

## 1°PARTIE – INTRODUCTION ET DIAGNOSTIC AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

### Références réglementaires :

- Loi n° 2009 - 879 du 21 juillet 2009 : hôpital ; patients, santé et territoires
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Rapport relatif à la santé mentale de Michel LAFORCADE (octobre 2016)
- Instruction du 16/01/19 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale
- Projet Régional de Santé juillet 2018 – juillet 2028
- Projet Territorial de Santé Mentale 2019-2023
- Projet Médical Partagé 2017-2021 du GHT 21/52
- Projet d'Établissement du Centre Hospitalier La Chartreuse 2015 – 2019
- Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019 – 2024
- Nouveau contrat CPOM signé en juin 2019
- Contrat de Performance 2016-2020 (annexe au CPOM) signé en novembre 2016
- Rapport d'observations de la chambre régionale des comptes reçu le 7 juin 2019
- Rapport de certification HAS de février 2020
- Rapports annuels d'activité et de gestion

## I- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Etablissement public de santé mentale de référence du département de la Côte d'Or, il assure la couverture de 5 secteurs de psychiatrie de l'adulte (308 500 habitants) et d'un inter secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, couvrant un bassin de population de 274 359 habitants dont 67 000 de moins de 18 ans<sup>2</sup>.

Etablissement polyvalent de 384 lits et 222 places, il propose 1 offre de soins diversifiée à la fois psychiatrique, médicale et médico – sociale.

Le CH La Chartreuse est équipé en janvier 2020 de 616 lits et places répartis de la manière suivante :

- Psychiatrie : 269 lits et 178 places
- Médecine : 20 lits
- Médico-social: 95 lits et 54 places

Avec la mise en œuvre du contrat de performance, 31 lits de psychiatrie ont été supprimés entre 2014 (date dernière autorisation) et 2019, avec la fermeture et/ ou transformation de plusieurs unités de psychiatrie.

### Lits et places autorisés 2014-2020 et lits et places installés 2014-2020<sup>1</sup> :

	Autorisation 2016		Autorisation 2020	
	Places	Lits	Places	Lits
<b>Total Psychiatrie Adultes et Enfants</b>	<b>188</b>	<b>290</b>	<b>178</b>	<b>269</b>
<b>Total Médico-Social</b>	<b>22</b>	<b>95</b>	<b>54</b>	<b>95</b>
<b>Total Médecine</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Total Général Etablissement Adultes et Enfants</b>	<b>210</b>	<b>387</b>	<b>232</b>	<b>384</b>
<b>Total Lits et Places</b>	<b>597</b>		<b>616</b>	

<sup>1</sup> Source : J. Fiszka (Capacitaire installé au 31/12)

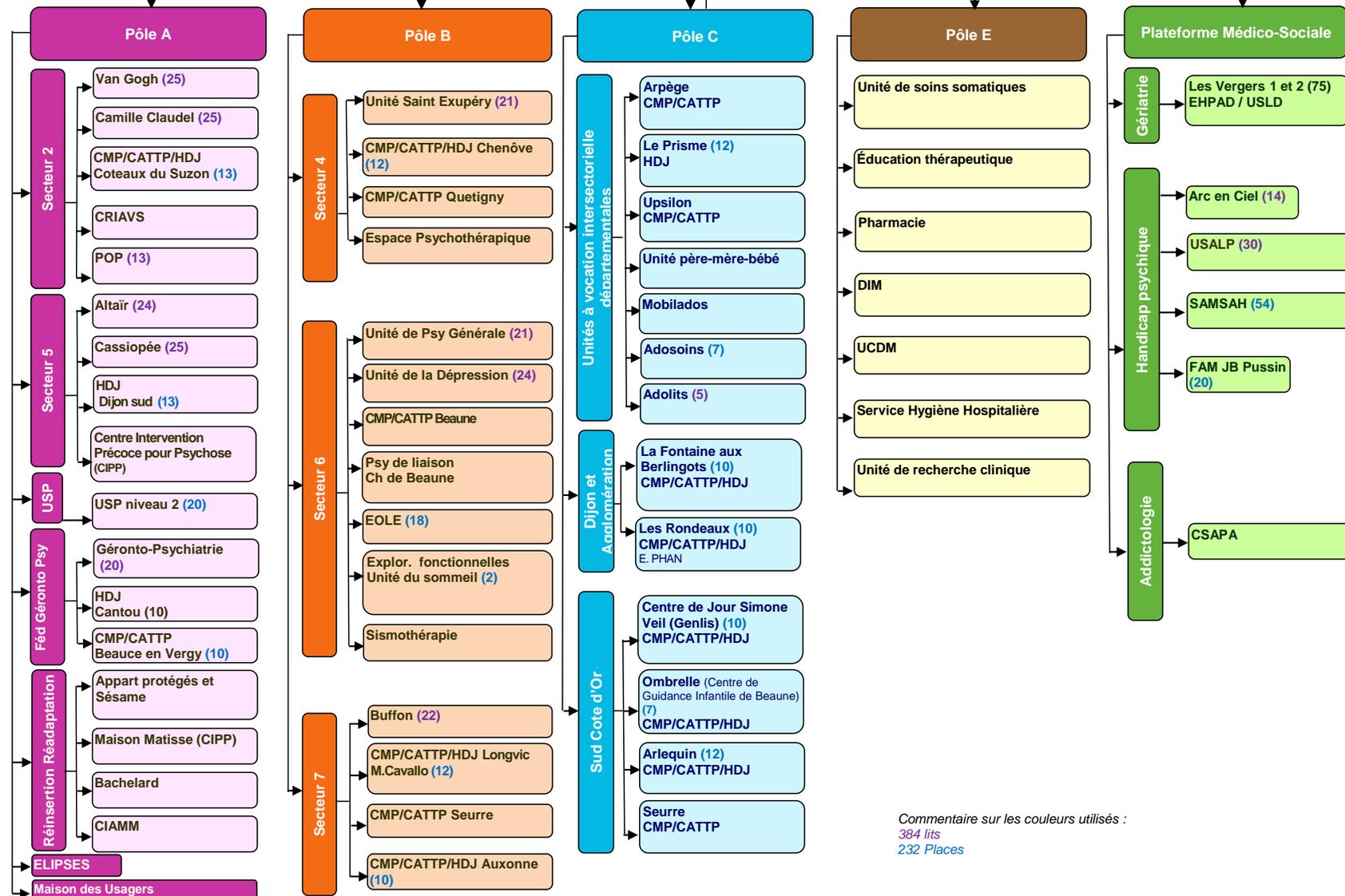
<sup>2</sup> Source : Insee 2013

### Lits et places installés en janvier 2020

	Lits	Places	Total lits et places
Psychiatrie de l'adulte	264	110	374
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5	68	73
Médecine	20		20
Lits et places médico-sociaux	95	54	149
• EHPAD (33 lits)	33		33
• USLD (42 lits)	42		42
• Foyer d'Accueil Médicalisé JB PUSSIN (20 lits)	20		20
• SAMSAH « le Trait d'union » (54 places)		54	54
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>232</b>	<b>616</b>

Ces statistiques des lits intègrent 28 lits non conformes en termes d'hôtellerie et de dignité (14 en psychiatrie adulte et 14 à l'unité Arc en Ciel).

Une nouvelle capacité en lits et places est à redéfinir dans le cadre du dossier de renouvellement de l'autorisation de lits de psychiatrie à transmettre à l'ARS.



## II- BILAN DE L'ANCIEN PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019

Le CH La Chartreuse connaît une forte dynamique de gestion de projet, le précédent CPOM prévoyait près de 80 projets. En ce qui concerne les projets de pôle, près de 50% d'entre eux ont été réalisés entre 2015 et 2019.

A celui-ci se sont ajoutés le CPO en 2016 (arrêt en 2020), le Projet Médical Partagé du GHT en 2017, puis le Projet Territorial de Santé Mentale en 2019.

### A- RESTRUCTURATIONS SANITAIRES EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Plusieurs restructurations, fermetures, transformations ou créations d'unités sanitaires ont été réalisées dans le cadre de l'ancien projet d'établissement, les plus importantes étant :

- 1<sup>er</sup> juillet 2016 : fermeture de l'unité Rameau
- Janvier 2017 : transformation de l'unité Schotte en unité de réhabilitation
- Janvier 2017 : transformation de l'unité Bellevue puis fermeture
- 1<sup>er</sup> janvier 2017 : fermeture du laboratoire et signature d'une convention de prestation d'analyses avec le CHU
- 2017 : création du CIPP (Centre d'Intervention Précoces Pour Psychoses)
- 2018- 2020 : création du centre référent de réhabilitation psychosociale Bourgogne de niveau 2
- Juillet 2018 à décembre 2019 : transformation progressive de l'unité d'accueil de 5 lits en une unité d'accueil et d'hospitalisation courte en une Plateforme d'Orientation Psychiatrique (POP), permettant une centralisation de toutes les admissions et comportant 13 lits, dont 5 lits de courte durée, adossés à une Equipe de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile (ESPID) fin 2019 avec dispositif Vigilant'S en cours de développement.

Ces restructurations ont permis le renforcement de l'ambulatoire (exemple : ESPID), l'optimisation des orientations des patients pour réduire les hospitalisations et ont abouti à réduire la capacité d'hospitalisation de 30 lits.

Une unité « hôpital en tension » a été créée dans l'unité libérée par la fermeture de Rameau. Cette unité n'a pas été mise en action depuis plus d'un an.

### B- RENFORCEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

- Avril 2019 à Janvier 2020 : ouverture progressive du dispositif départemental INTERMEDE
- En application des orientations définies dans le cadre du GHT et du PTSM, une filière de soins départementale pour les adolescents a été créée : il s'agit du dispositif INTERMEDE, constitué de 3 unités :
  - o Avril 2019 : MOBIL'ADO : équipe mobile en lien avec l'équipe de liaison inter secteur du CHU
  - o Septembre 2019 : ADO'SOINS : unité d'accueil et de soins intensifs ambulatoire (7 places)
  - o Janvier 2020 : ADO'LITS : ouverture de 5 lits d'hospitalisation complète.

### C- RESTRUCTURATIONS MEDICO-SOCIALES

Plusieurs restructurations, fermetures, transformations ou créations d'unités médico-sociales (ou de patients au long cours) ont également été réalisées dans le cadre de l'ancien projet d'établissement, en application de son axe 8 et de l'axe 3 du contrat de performance :

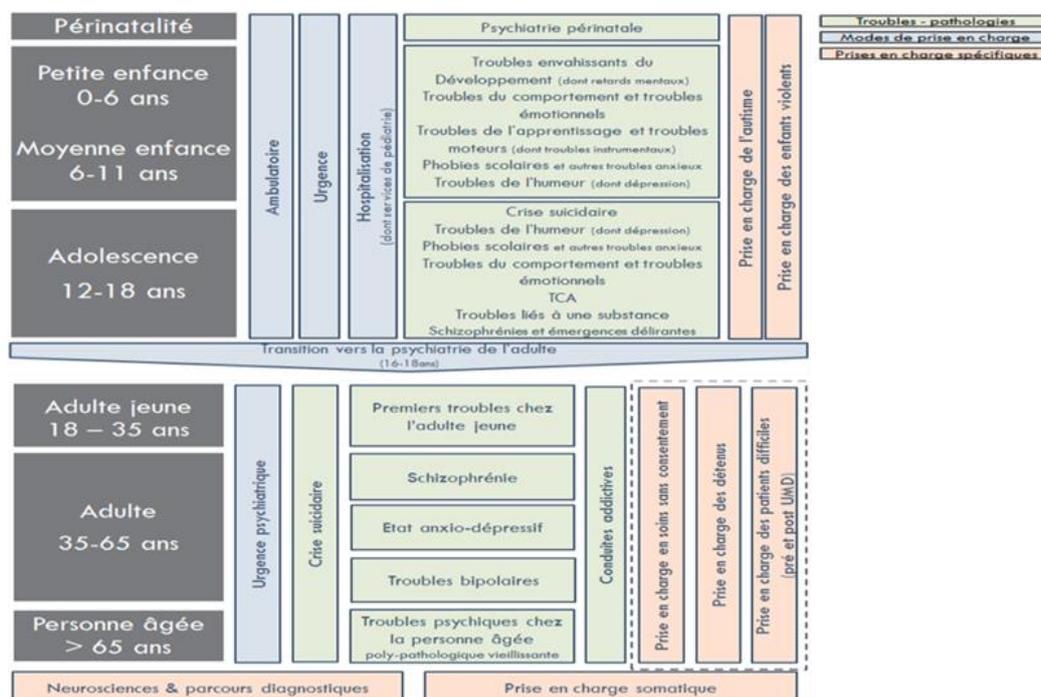
- 1<sup>er</sup> janvier 2016 : création d'une plateforme médico-sociale
- 2015 à 2017 : extension des places du SAMSAH de 22 à 42 places en 2015, puis extension à 54 places en décembre 2017
- Septembre 2016 : signature pour 4 ans de 2 conventions tripartites Vergers (EHPAD+USLD)
- 2016 / 2020 : constitution du dossier d'autorisation pour la construction d'une MAS de 60 places autorisées en août 2019, en contrepartie de la fermeture de 2 unités comportant 48 lits : USALP et Arc en Ciel. 12 places supplémentaires seront octroyées par l'ARS à moyens nouveaux (72 000€/lit).

- Octobre 2018 : fermeture d'OASIS (15 lits) et suppression d'un lit à Arc en Ciel.
- Avril 2019 : fermeture du foyer / CATTP Lucie en Carrois, dont la capacité d'accueil a été de 20 résidents

En conclusion, sur le médico-social, ces restructurations conduites entre 2016 et 2019, ont abouti à une réduction de 16 lits sanitaires de psychiatrie, à la fermeture d'un foyer / CATTP de 20 places et à concrétiser le projet de construction de la MAS, qui ouvrira fin 2022.

## D- CONTRIBUTIONS DE L'ETABLISSEMENT A LA POLITIQUE SANTE MENTALE

Les objectifs médicaux de prise en charge reposent sur trois portes d'entrée principales dans les parcours : l'âge, les troubles – pathologies, les modes de prise en charge généraux ou spécifiques. Ils ont été étudiés et résumés dans le cadre des travaux avec nos partenaires de la manière suivante :



Nous avons souhaité que ce cadre de réflexion perdure dans la dynamique du projet médical 2019 et c'est pourquoi il a été repris dans chaque groupe de réflexion.

L'objectif étant de structurer des parcours de prise en charge cohérents et répondant aux besoins de la population.

Le projet d'établissement s'inscrit dans plusieurs projets pluriannuels successifs qui visent à améliorer la structuration de ces parcours de soins, en tenant compte de la politique santé mentale :



- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2007-2012 et le Contrat de Performance des Organisations (CPO) 2016
- Le Projet Médical Partagé (PMP) du GHT signé en juillet 2017 et qui regroupe les orientations définies par les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie : CH La Chartreuse, CHU Dijon Bourgogne, CH Robert Morlevat, CH Haute Marne.
- Le PTSM 2019 – 2023 qui regroupe les orientations définies par l'ensemble des acteurs de la Santé Mentale du département 21
- L'accord cadre CHU-CH La Chartreuse.

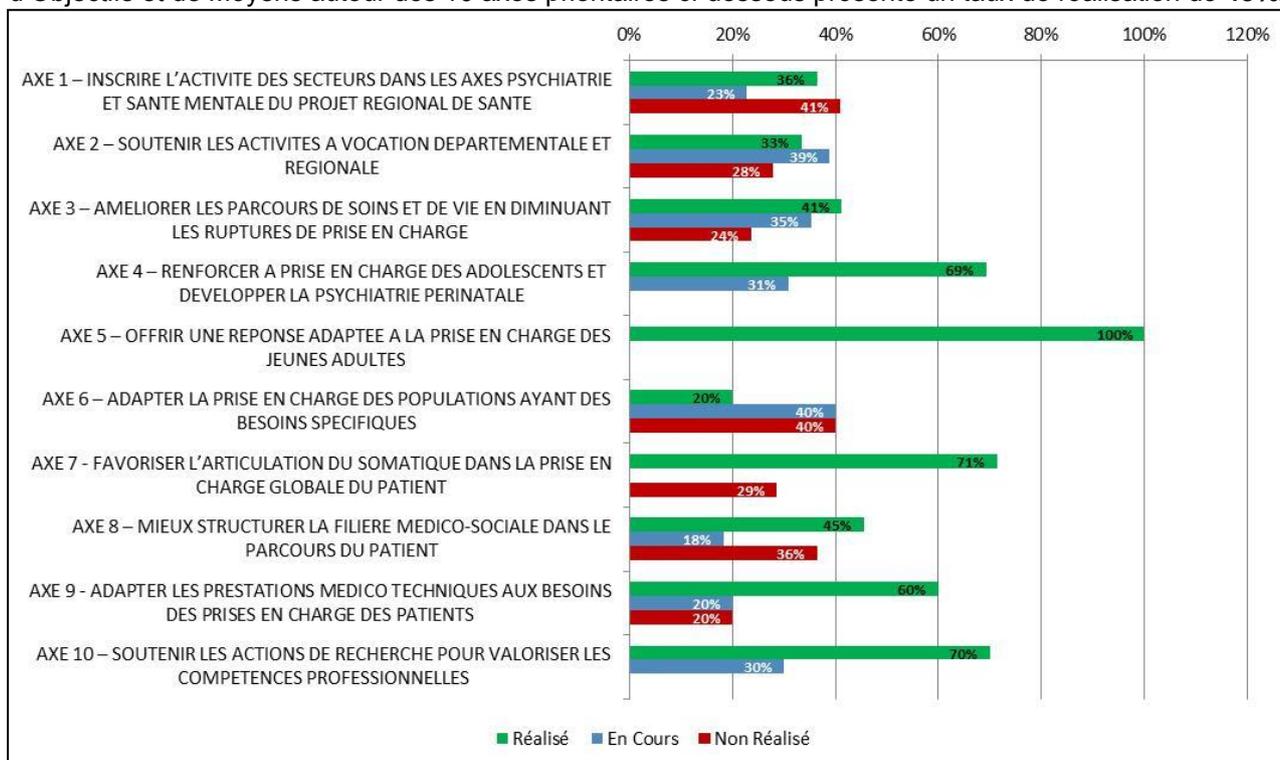
## 1. Les CPOM de 2017 à 2019 et le CPO

Depuis 2007, le CH La Chartreuse a signé 3 contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens avec l'ARS, qui lui ont permis de mettre en œuvre de nouvelles activités tout en bénéficiant des moyens financiers nécessaires :

- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007- 2012 signé le 23/03/2007
- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2012 - 2017 signé en 2012, qui comportait 11 orientations et 57 fiches actions
- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019 - 2024, contrat socle du nouveau Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé le 28/06/2019, comportant 7 orientations stratégiques destinées à décliner les orientations du schéma régional de santé 2018 – 2023.

Le Contrat de Performance des Organisations 2016 – 2020 est l'avenant n°2 au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ; il a été signé en novembre 2016 ; son plan d'actions comportait 4 axes et 18 mesures. L'axe 1 du Le Contrat de Performance des Organisations « **Optimisation des structures d'hospitalisation, ambulatoires et plateau technique et optimisation des dépenses de personnel** » a été le fondement des restructurations des années 2016 à 2019. Le Contrat de Performance des Organisations n'est plus opérationnel depuis janvier 2020, au vu du suivi des préconisations de l'ARS.

Le bilan du précédent projet médical 2014-2019, élaboré d'après les orientations Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens autour des 10 axes prioritaires ci-dessous présente un taux de réalisation de **48%**.



## 2. Le Projet Médical Partagé de la filière psychiatrique du GHT21-52

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, date de signature de la convention constitutive, le CH La Chartreuse est membre du GHT 21-52 composé de 9 établissements sanitaires, dont le CHU est l'établissement support.

Les axes du futur Projet d'Etablissement 2020-2024 doivent s'insérer dans les orientations du Projet Médical Partagé (PMP), élaborées par des groupes de travail au cours des années 2017 et 2018.

Le Projet Médical Partagé est basé sur l'analyse des parcours de soins pour toutes les tranches d'âge selon une méthodologie adaptée à cette discipline médicale particulière, à son organisation territoriale et à la richesse des partenariats établis avec le champ social et médico-social.

Ces travaux ont abouti au tome 2 du Projet Médical Partagé (volet psychiatrie et santé mentale) dédié aux orientations du Projet Médical Partagé de la filière psychiatrie et santé mentale.

Le volet santé mentale, comporte 14 fiches actions sélectionnées parmi 90 actions proposées. Les orientations définies par le Projet Médical Partagé sont les suivantes :

- **Enfants et adolescents**

- o Développer la psychiatrie périnatale,
- o Prévenir et coordonner la prise en charge des phobies scolaires.
- o Prévenir la crise suicidaire et développer le dispositif d'accueil en urgence,
- o Développer un réseau de soins pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

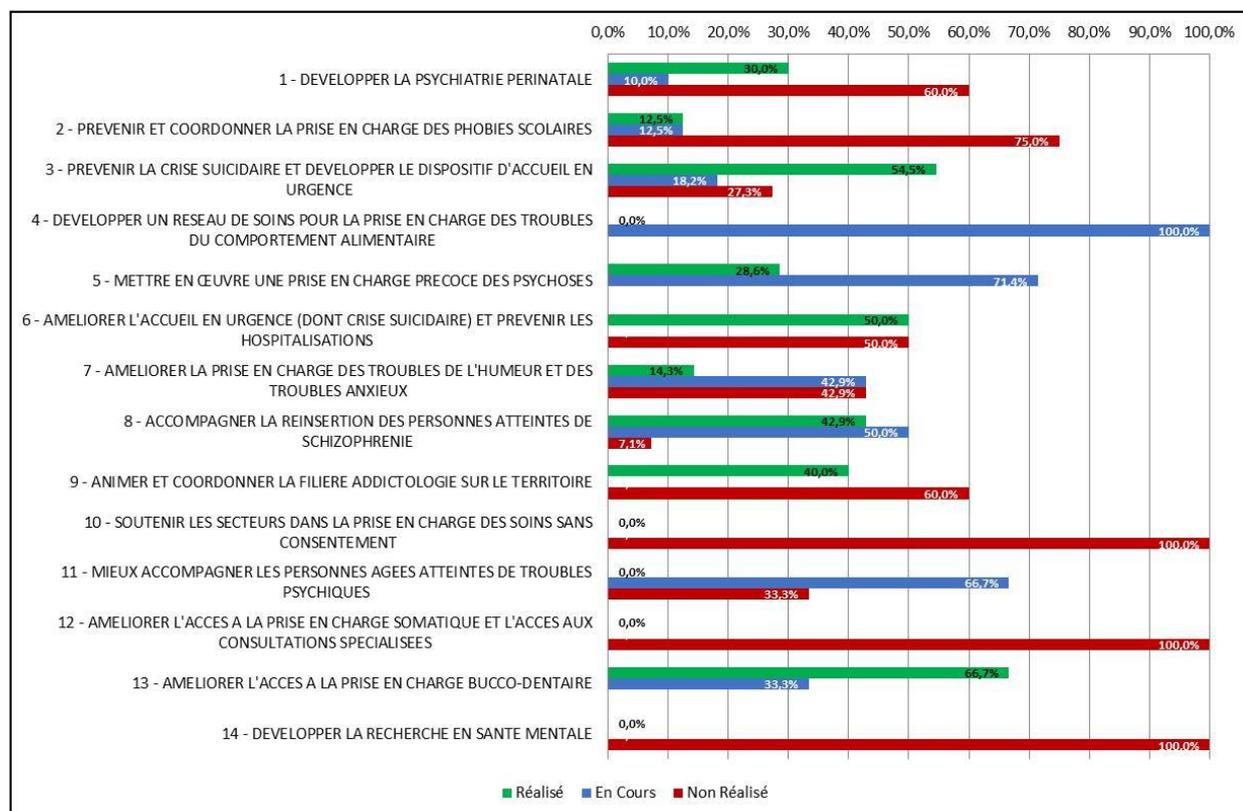
- **Adultes**

- o Mettre en œuvre une prise en charge précoce des psychoses,
- o Améliorer l'accueil en urgence (dont crise suicidaire) et prévenir les hospitalisations,
- o Améliorer la prise en charge des troubles de l'humeur et troubles anxieux,
- o Accompagner la réinsertion des personnes atteintes de schizophrénie,
- o Animer et coordonner la filière addictologie sur le territoire,
- o Soutenir les secteurs dans la prise en charge des soins sans consentement,
- o Mieux accompagner les personnes âgées atteintes de troubles psychiques,
- o Améliorer l'accès à la prise en charge somatique et l'accès aux consultations spécialisées,
- o Améliorer l'accès à la prise en charge bucco-dentaire.

- **Axe transversal**

- o Développer la recherche en santé mentale.

A la fin de l'année 2019, le taux de réalisation des 14 actions du Projet Médical Partagé 2017-2022 de la filière psychiatrique du GHT est de **33%**



L'étude de la mise en œuvre des projets médicaux montre certaines caractéristiques générales :

- Une orientation vers les dispositifs ambulatoires : équipes mobiles, HDJ et consultations,
- La volonté de développer plateaux techniques et centres de ressources,
- La volonté de développer les réseaux de prise en charge (addictologie, trouble du comportement alimentaire, bucco-dentaire, jeunes psychoses, ...).
- Un souci de décloisonnement avec les filières somatiques (gériatrie, mère-enfant, somatique, pédiatrie, médecine générale, ...)
- Une orientation des dispositifs lourds vers des structures supra sectorielles (ex : UMD, MAS) ou vers le secteur médico-social pour favoriser la réinsertion des personnes.

A l'exception des actions de santé publique et des équipes mobiles, le Projet Médical Partagé ne s'intéresse que peu à la prévention. Cela s'explique par une dynamique centrée autour des acteurs du sanitaire et un besoin d'ouverture sur les partenariats dans certains secteurs.

**C'est pourquoi nous considérons l'importance de s'investir à la fois dans le Projet Médical Partagé du GHT et le Projet Territorial de Santé Mentale pour mieux inscrire nos projets dans les parcours de vie.**

### 3. Le Projet Territorial de Santé Mentale 2019- 2023

L'article 69 de La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, donne aux acteurs du territoire la possibilité d'élaborer un PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale). Un Comité de pilotage a été constitué pour représenter les acteurs sanitaires et médico sociaux du département de la Côte d'Or.

L'enjeu du PTSM est la coordination intersectorielle et multi partenariale à l'échelle du territoire, pour favoriser la prise en charge du patient dans une logique de parcours sans rupture (décret du 27 juillet 2017) le PTSM favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social et médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire.

Une démarche de diagnostic a été réalisée, de l'été 2017 à janvier 2018, à partir des 5 portes d'entrée du parcours définies par l'ANAP.

La demande a regroupé de manière très large tous les acteurs du territoire et une centaine d'institutions y ont contribué.

Une démarche intégrative a été mise en œuvre, incluant les axes du PMP du GHT, les schémas départementaux, ainsi que les dynamiques locales (CLS et CPTS).

Au final, le PTSM décline 10 fiches actions reprises dans le CTSM (Contrat Territorial de Santé Mentale) signé le 11 octobre 2019. De nombreuses actions du PTSM seront intégrées au futur Projet d'Etablissement 2021 – 2025, compte tenu de la couverture territoriale de l'établissement.

- **Actions transversales prioritaires**
  - Favoriser l'interconnaissance des acteurs autour des dispositifs existants
  - Développer un plan de formation à destination de tous les acteurs intervenant auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale
  - Proposer une coordination des acteurs
  - Développer la co-intervention
- **Les pistes d'actions par segments d'âge**
  - Soutenir la parentalité/prévention/détection précoce
  - Adolescent : Mettre en œuvre des actions de prévention dans les dispositifs de droit commun
  - Adolescent : Définir des actions de coordination des situations complexes
  - Adultes : Organiser la prévention et la gestion de la crise (fiche actions n°8)
  - Personnes âgées : Organiser une astreinte téléphonique des psychiatres
  - Personnes âgées : Organiser une offre de dispositifs d'apaisement

### 4. Accord Cadre CHU-CH La Chartreuse

Depuis de nombreuses années, le CHU de Dijon et le CH La Chartreuse conduisent ensemble des actions de coopération qui ont été formalisées sous forme d'accords cadre :

- Décembre 2008 : signature de la 1<sup>ère</sup> convention de coopération, regroupant l'ensemble des conventions entre les 2 établissements.

- Novembre 2017 : signature du 2<sup>ème</sup> accord-cadre le 9/11/2017 comportant 3 chapitres et 10 annexes reprenant les conventions spécifiques.

Cet accord cadre a permis le renforcement de la coopération intégrant les axes de travail du GHT créé en 2016 dans de nombreux domaines de la prise en charge des patients. Exemple : addictologie, stages croisés, organisation partagée de la permanence des soins (gardes partagées aux urgences psychiatriques du CHU), projet de création d'un pôle neurosciences etc.

Il devra être actualisé à l'aune de ce nouveau projet d'établissement.

### III- CADRE REGLEMENTAIRE INTERNE : ORGANISATION POLAIRE ET CONTRATS DE POLE

#### 1. La politique de contractualisation interne

Une politique de contractualisation interne est mise en œuvre depuis 2007. Les contrats de pôle permettent de décliner les orientations stratégiques de l'établissement au sein des pôles.

Une délégation de gestion avec intéressement à la qualité et sécurité des soins a été mise en œuvre. L'intéressement a fonctionné de 2009 à 2013 (dernière année de l'intéressement) et a permis aux pôles d'utiliser une somme d'argent à l'achat d'équipements.

Les contrats de pôle ont favorisé la démocratie interne car les conseils de pôle se sont réunis régulièrement depuis l'année 2008.

Actuellement, il s'agit de la 5ème génération des contrats de pôle, les derniers ayant été signés à l'été 2017.

La prochaine contractualisation succèdera au projet d'établissement pour les années 2021 à 2025.

#### 2. Le périmètre des pôles actuels

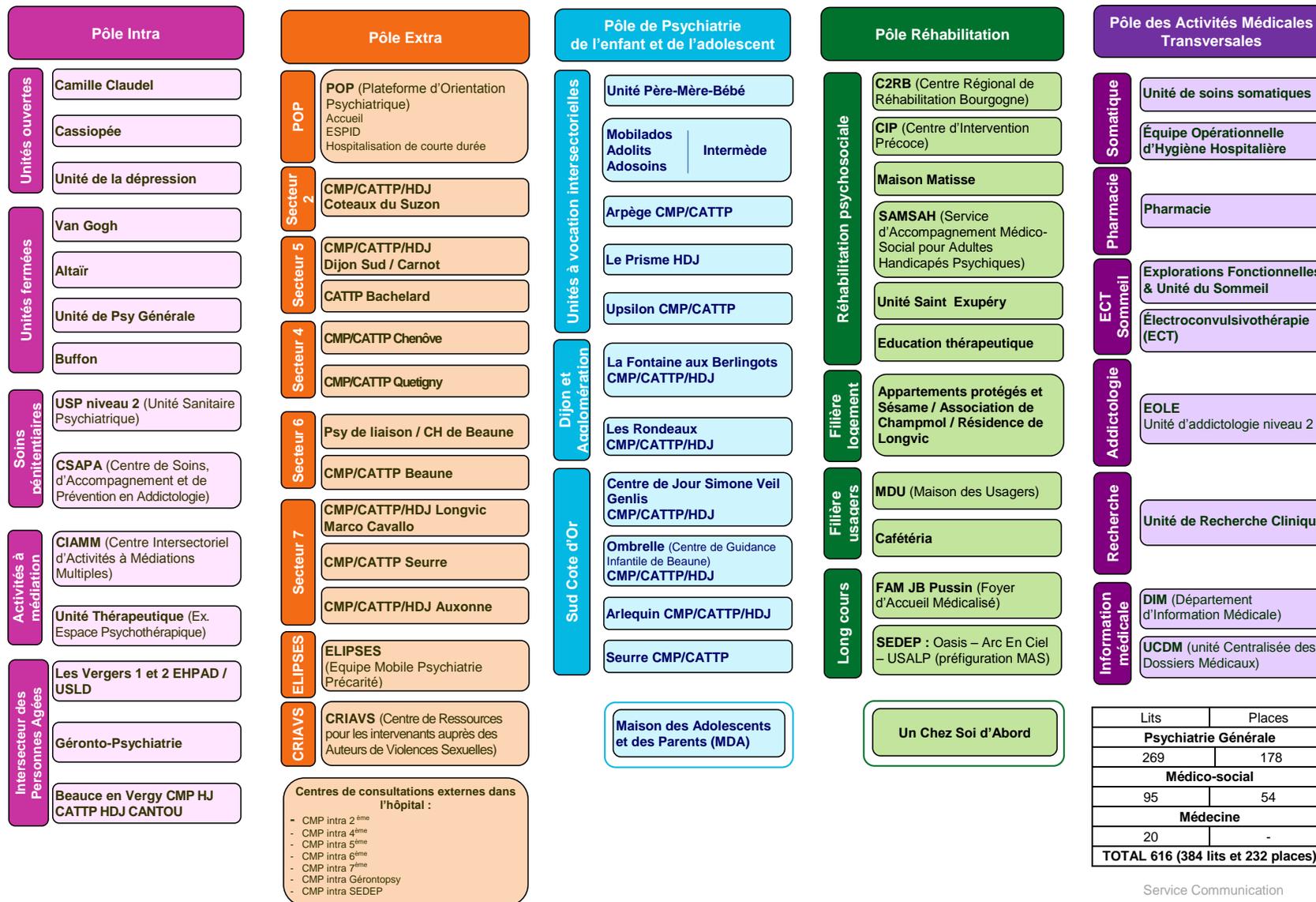
L'organisation polaire actuelle, en place depuis 2012 est fondée sur l'organisation des secteurs de psychiatrie et a été complétée en 2016 par une plateforme médico-sociale.

Elle comporte 6 pôles :

- 4 pôles cliniques dont 1 «pôle médico-social»
- 1 pôle somatique et médico – technique
- 1 pôle fonctions support

Le nouveau **Projet d'Etablissement 2021-2025** déclinera le nouveau périmètre des pôles, fondé, pour la partie clinique, sur les parcours des patients.

Cette nouvelle organisation prévisionnelle a constitué le fil rouge de la réflexion des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement. Elle est représentée dans l'organigramme suivant.



## IV- EVOLUTION DES EFFECTIFS

### Evolution des effectifs de 2015 à 2019 (en ETPR : effectifs moyens rémunérés)

	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution	Ecart en valeur absolue
	ETP					2015/2019	2015-2019
Administratif	119,3	120,19	117,31	112,7	105,02	-11,97%	-14.3
Soignant - Educatif	798,71	781,04	784,58	772,22	766,6	-4,02%	-32.11
Technique	117,96	111,71	104,43	101,85	101,04	-14,34%	-16.9
Médico-technique	8,93	6,25	6,42	7,91	6,55	-26,65%	-2.3
<b>SOUS TOTAL PNM</b>	<b>1044,9</b>	<b>1019,19</b>	<b>1012,74</b>	<b>994,68</b>	<b>979,21</b>	<b>-6,29%</b>	<b>-65.7</b>
Médecins	52,52	52,34	52,12	52,4	51,79	-1,39%	-0.7
<b>TOTAL</b>	<b>1097,42</b>	<b>1071,53</b>	<b>1064,86</b>	<b>1047,08</b>	<b>1031</b>	<b>-6,05%</b>	<b>-66.4</b>

Données extraites du Bilan social : Le Personnel médical ne comptabilise ni les étudiants ni les internes. Le Personnel non médical comprend tous les types de personnels conformément à l'INSTRUCTION N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Globalement, en 5 ans de 2015 à 2019, les effectifs totaux, y compris les personnels médicaux, ont baissé de 6.05% soit une baisse de 66.42 ETPR, qui s'explique par :

- Une baisse de 0.73 ETP médecins
- Une baisse de 65.69 ETP pour les personnels non médicaux dont 32.11 soignants et éducatifs

Notons que depuis 2020, le nombre d'internes est limité à 15 maximum sur le CH La Chartreuse (toutes disciplines confondues).

En valeur absolue, c'est la catégorie des personnels soignants et éducatifs qui a permis d'économiser le plus d'agents : 32 ETP en moins représentant une baisse de 4%.

Le taux de réduction concernant les personnels médico – techniques : 2.38 ETP en moins (représentant une baisse de 26%) est peu significatif car il concerne un très petit échantillon de 9 personnels.

Les personnels techniques ont fortement diminué, puisqu'ils sont passés de 117 à 101 soit une réduction de 17 ETP (représentant 14% de cette catégorie de personnels).

Les personnels administratifs, ont fortement diminué, puisqu'ils sont passés en 5 ans de 119 à 105 ETP soit une baisse de 14 ETP (représentant 12% de cette catégorie de professionnels).

Explications concernant l'évolution des effectifs non médicaux entre 2015 et 2019			
Années concernées	Evolution des ETPR	Evolution	Fermetures, transformations ou créations d'unités
De 2015 à 2019	Passent de : 1044.9 à 979.21	- 65.69	Evolution globale sur 5 ans
2015 à 2016	Passent de : 1044.9 à 1019.19	- 25.71	- extension SAMSAH fin 2015 : + 20 places soit 3 ETP non médicaux créés - fermeture de la Villa des Perrières en 2016 - 1 <sup>er</sup> juillet 2016 fermeture de Rameau
2016 à 2017	Passent de : 1019.19 à 1012.74	- 6.45	- 1 <sup>er</sup> janvier 2017 : transformation puis fermeture de Bellevue - 1 <sup>er</sup> Janvier 2017 : fermeture du laboratoire
2017 à 2018	Passent de : 1012.74 à 994.68	- 18.06	- octobre 2018 : fermeture d'Oasis - baisse progressive des effectifs de Lucie en Carrois
2018 à 2019	Passent de : 994.68 à 979.21	- 15.47	- avril 2019 : fermeture de Lucie en Carrois - Avril 2019 : ouverture de Mobil'Ados - Septembre 2019 : ouverture Adosoins

## V- EVOLUTION DES BUDGETS DE 2015 À 2019

### A. BUDGET PRINCIPAL « H »

DEPENSES - BUDGET PRINCIPAL							
Libellé	CA 2015	CA 2016	CA 2017	CA 2018	CA 2019	% évolution 2019/2018	% évolution 2019/2015
Titre 1 - dépenses de personnel	51 436 563,73	50 417 377,43	51 443 442,11	51 136 295,07	50 772 545,22	-0,71%	-1,29%
Titre 2 Dépenses médicales	1 187 723,55	1 406 692,03	1 296 197,66	1 359 579,35	1 250 260,86	-8,04%	5,27%
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	5 983 088,29	5 527 052,61	5 573 744,52	5 662 318,89	5 401 598,11	-4,60%	-9,72%
Titre 4 - Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	3 628 975,68	3 565 932,95	3 583 427,17	3 827 784,56	3 934 488,15	2,79%	8,42%
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>62 236 351,25</b>	<b>60 917 055,02</b>	<b>61 896 811,46</b>	<b>61 985 977,87</b>	<b>61 358 892,34</b>	<b>-1,01%</b>	<b>-1,41%</b>

La lecture du tableau comportant l'évolution des dépenses du budget H de 2015 à 2019, démontre une bonne maîtrise du budget principal de l'hôpital entre 2015 et 2019, puisque les dépenses ont baissé globalement de 1.41 %. On peut constater ici, l'impact des efforts de restructurations et fermetures d'unités mis en œuvre dans le cadre du contrat de performance, principalement dans les années 2016 à 2018.

**Baisse des dépenses du titre 1** : Les dépenses de personnel représentent 83.02% de l'ensemble des dépenses du budget H (Le titre I représente en 2019, 50.7 M d'euros, dans un budget principal total de 61.3 M d'euros).

Les effectifs totaux ont baissé de 66.42 ETP entre 2015 et 2019, ce qui explique en grande partie, la baisse des dépenses de personnel de - 1.29 %.

Cette baisse de plus de 1% sur 83% des dépenses du budget H, impacte fortement celui-ci. La bonne maîtrise des effectifs et la réduction marquée du titre I sont un des facteurs essentiels de la réduction des dépenses du budget H sur ces 5 années.

**Baisse des dépenses du titre 3** : Un deuxième facteur explicatif de cette baisse doit être recherché dans la réduction assez sensible du titre 3, intitulé "charges à caractère hôtelier et général ". Le titre 3 représente en 2019, 8.49% du budget H.

En 5 ans, de 2015 à 2019, le titre II a régressé de 5.983 K€ à 5.401 K€ soit une baisse de 9.72%, qui explique la réduction des dépenses globales du budget H. Cette baisse, particulièrement marquée en 2019, s'explique par une politique volontariste d'optimisation des dépenses à caractère hôtelier entreprise depuis plusieurs années par la DSET.

**Augmentation des dépenses du titre 2** : sur 5 ans, les dépenses médicales augmentent de + 5.27% (soit + 62 537 euros). On constate que ce poste de dépenses a fortement augmenté en 2016 car le compte 6 111 : Sous-traitance à caractère médical augmente de +185.000€. Cela s'explique par le fait que tous les actes de laboratoires sont sous-traités à l'extérieur à compter de 2016, date de fermeture du laboratoire. Ensuite, les dépenses du titre 2 baissent à partir de 2016.

**Augmentation des dépenses du titre 4** : amortissements, provisions, charges financières. Ce poste de dépenses augmente de + 305 512 euros soit une augmentation de + 8.4%. Cette progression, particulièrement importante en 2018 et 2019 provient du rattrapage de la provision pour le Compte Epargne Temps (CET) : 297 K€ en 2018 et 281 K€ en 2019.

## B. BUDGETS ANNEXES

DEPENSES - BUDGETS ANNEXES							
Libellé	CA 2015	CA 2016	CA 2017	CA 2018	CA 2019	% évolution 2019/2018	% évolution 2019/2015
USLD	2 403 838,76	2 571 361,01	2 601 243,69	2 732 739,88	3 209 559,24	17,45%	33,52%
EHPAD	1 415 838,07	1 428 111,02	1 531 165,13	1 462 577,62	1 924 267,18	31,57%	35,91%
CSAPA	171 959,70	174 780,93	174 229,33	174 100,16	175 821,71	0,99%	2,25%
SAMSAH	656 216,78	749 363,81	754 198,61	716 235,09	722 192,57	0,83%	10,05%
FAM	1 117 692,39	1 034 962,74	1 017 307,01	1 023 834,15	1 276 140,43	24,64%	14,18%

Le montant total des budgets annexes a fortement augmenté en 2019. Cette forte augmentation s'explique en partie par la politique de sincérité des comptes souhaitée par l'ARS et par la chambre régionale des comptes dans son rapport du 7 juin 2019 et qui a conduit à réajuster les remboursements des budgets annexes au budget H.

## C. BUDGET PRINCIPAL ET BUDGETS ANNEXES

Evolution des comptes de résultats consolidés de 2015 à 2019						
Libellés	CF 2015	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	Cumul sur 5 ans
H Budget Principal	-1 922 386	-182 519	-1 685 472	-1 177 632	1 408 037	-3 559 972
B Budget USLD	4 071	1 552	4 564	-173 576	-643 740	-807 129
E Budget EHPAD	1 227	1 366	2 885	-45 204	-446 892	-486 618
P0 Budget CSAPA	559	309	484	706	5 357	7 415
P1 Budget SAMSAH	850	1 745	1 431	60 481	90 904	155 411
P2 Budget FAM	3 497	862	777	2 825	-166 158	-158 197
<b>Budgets annexes</b>	<b>10 204</b>	<b>5 834</b>	<b>10 141</b>	<b>-154 768</b>	<b>-1 160 529</b>	<b>-1 289 118</b>
<b>Résultats consolidés</b>	<b>-1 912 182</b>	<b>-176 685</b>	<b>-1 675 331</b>	<b>-1 332 400</b>	<b>247 508</b>	<b>-4 849 090</b>

Le solde des budgets consolidés est déficitaire de 2015 à 2018 et devient excédentaire en 2019 (+ 247 508). Le redressement du résultat du budget H et, notamment en 2019, est dû pour sa très grande part à l'opération sincérité des remboursements des budgets annexes au budget principal, à la demande de l'ARS.

Le résultat consolidé est également positif du fait des efforts importants engagés en 2019 sur les personnels non médicaux et non soignants.

Pour résumer, le redressement financier est lié :

- Aux remboursements d'activité d'intérêt général
- A l'impact des remboursements de budgets annexes
- A des versements de fin d'année non attendus au titre de l'accompagnement CPO
- Au dégel intégral des mises en réserve prudentielles de l'année.

## VI- ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

### A. PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

#### 1. Caractéristiques populationnelles



La Côte d'Or compte 529 761 habitants qui se répartissent sur un territoire de 8 763 km, soit une densité de 48 hab./km<sup>2</sup>.

Le taux annuel de variation de la population est de + 0.3%. Entre 2008 et 2013, on constate une progression plus importante de la part des + de 60 ans (25% en 2013 contre 22% en 2008 – sources INSEE).

La ville de Dijon compte 153 003 habitants avec une densité de 3 786 hab./km<sup>2</sup>. On note une progression du nombre d'habitants de + 0.2% par an.

Concernant la psychiatrie de l'adulte, le département est divisé en plusieurs secteurs géographiques :

- Le CH La Chartreuse gère **cinq secteurs géographiques** (secteurs 2.4.5.6.7)
- Le CHU gère le **secteur 1**
- Le CH de Semur en Auxois gère le **secteur 3**.

#### Répartition de la population par secteurs<sup>2</sup>

Code Secteur Adulte	Nom du secteur	Population >18 ans	superficie (km <sup>2</sup> )	Densité (nb hab./km <sup>2</sup> )	file active 2016	part population
21G01	CHU Dijon	63 312	1 664	38	3 731	5,90%
21G02 & 21G05	CH La Chartreuse Dijon Nord et Sud	127 724	40	3 161	2 919	2,30%
21G03	CH Semur en Auxois	49 194	3 596	14	1 639	3,30%
21G04	CH La Chartreuse 4ème Secteur	53 353	645	83	1 743	3,30%
21G06	CH La Chartreuse 6ème Secteur	59 953	1 715	35	2 437	4,10%
21G07	CH La Chartreuse 7ème Secteur	67 476	1 103	61	1 865	2,80%
<b>Total Côte d'Or</b>		<b>421 011</b>	<b>8 763</b>	<b>48</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>

Il est à noter que la totalité des secteurs de prise en charge n'atteignent pas le seuil de 70 000 habitants. Par ailleurs, certaines structures sont à l'opposé du lieu d'habitation par rapport au lieu de prise en charge.

#### Evolution prévisionnelle de la population en Bourgogne Franche Comté d'ici 2024<sup>3</sup>

Selon les données du logiciel Omphale de l'Insee, en 12 ans, de 2014 à 2025, la population de Bourgogne Franche Comté aura augmenté de 1.91% et la population de Côte d'Or de 3.01%.

Selon ces mêmes données, en 5 ans de 2021 à 2025, la population du département de la Côte d'Or aura augmenté de + 5 000 habitants soit un taux faible de + 0.009%. La population augmentera de manière sensiblement plus importante dans les 24 communes de Dijon Métropole que dans les zones rurales.

<sup>2</sup> Extrait Annexe Projet Médical Partagé GHT 21-52 filière psychiatrie et santé mentale 2017

<sup>3</sup> Insee - Source : Insee, Omphale 2017.

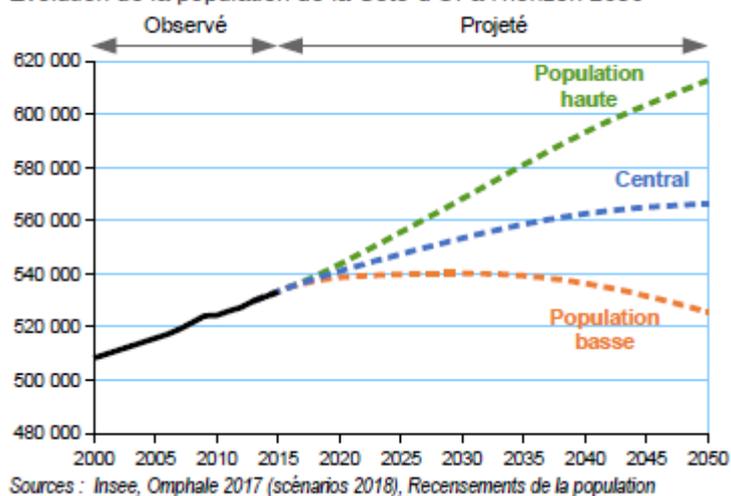
Population en milliers													
Libellé	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	% augm 2014 / 2025
Bourgogne-Franche-Comté	2 826	<b>2 832</b>	<b>2 838</b>	<b>2 844</b>	2 849	2 854	2 859	2 863	2 867	2 871	2 876	2 880	1,91%
<b>dont Cote d'or</b>	<b>532</b>	<b>533</b>	<b>535</b>	<b>537</b>	<b>538</b>	<b>540</b>	<b>541</b>	<b>543</b>	<b>544</b>	<b>546</b>	<b>547</b>	<b>548</b>	<b>3,01%</b>

#### Evolution prévisionnelle de la population de la Côte d'Or d'ici 2050<sup>4</sup>

A l'horizon 2050, selon le scénario qui prolonge les tendances démographiques récemment observées, la Côte-d'Or deviendrait le département le plus peuplé de la région, avec 36 600 habitants de plus qu'en 2013. Cette hausse de la population s'expliquerait par un excédent migratoire durable accompagné d'un excédent naturel, toutefois en décroissance progressive.

Dans le scénario central, 52 % des habitants auraient entre 20 et 64 ans en 2050, soit plus de la moitié de la population, la plus forte proportion des départements de la région. En 2050, plus du quart des habitants de la Côte-d'Or pourraient être âgés de 65 ans ou plus, et 17 %, de 75 ans ou plus. Ces parts seraient parmi les plus faibles de la région et assez proches de celles de la France métropolitaine.

Évolution de la population de la Côte-d'Or à l'horizon 2050



Le nombre de personnes âgées d'au moins 75 ans pourrait presque doubler entre 2013 et 2050, passant de 49 900 en 2013 à 73 900 en 2030 puis à 95 600 en 2050.

#### Répartition de la population de la Côte d'Or à l'horizon 2050

Évolution de la population par département à l'horizon 2050										
	Population en 2050	Variation 2013-2050	Moins de 20 ans		20-64 ans		65 ans ou plus		dont 75 ans ou plus	
			Part en 2050 (%)	Variation 2013-2050 (en points)	Part en 2050 (%)	Variation 2013-2050 (en points)	Part en 2050 (%)	Variation 2013-2050 (en points)	Part en 2050 (%)	Variation 2013-2050 (en points)
Côte-d'Or	566 400	+ 36 600	21,3	- 2,2	51,8	- 6,5	26,9	+ 8,7	16,9	+ 7,5

<sup>4</sup> Insee - Source : Insee, Omphale 2017.

## 2. Activité et Prévalence

### a. Evolution de l'activité de psychiatrie de l'adulte de 2014 à 2019 (avec SMPR)

Année	File Active	Nouveaux patients (n-1)	% nouveaux patient	Nb Journées HC	Nb journées HTP	Nb actes CATTP	Nb actes CMP	DMH (pôles A et B)
2014	10 022	4376	43,66%	93 303	18 460,0	21 782	91 872	32,50
2015	9 901	4123	41,64%	94 489	18 363,0	20 147	85 746	32,94
2016	9 831	4169	42,41%	90 671	15 158,5	26 293	82 513	31,61
2017	9 793	4184	42,72%	86 779	16 813,5	35 529	86 629	35,93
2018	10 199	3195	31,33%	88 387	16 123,5	39 234	87 461	37,21
2019	9 899	2910	29,40%	86 735	16 676,5	29 434	85 938	37,35
<b>Tx d'évol 2019/2014</b>	<b>-1.2%</b>	<b>-33.5%</b>	<b>-14.3%</b>	<b>-7%</b>	<b>-9.6%</b>	<b>+35%</b>	<b>-6.5%</b>	<b>+14.9%</b>

En 6 ans, de 2014 à 2019, la file active de psychiatrie de l'adulte a baissé de 1.23%. Après avoir augmenté de 4.2% en 2018 par rapport à 2017, la file active a retrouvé son niveau de 2015.

Il est difficile de commenter l'évolution du nombre et du taux de nouveaux patients car l'indicateur pour les nouveaux patients a changé à partir de 2019 (en comparaison avec les données 2018). Depuis 2019, sont pris en compte les nouveaux patients depuis 2007 (mise en place du recueil médicalisé en psychiatrie) et non plus les patients par rapport à N-1.

Depuis 2015, le nombre de journées d'hospitalisation complète baisse régulièrement pour atteindre 86 735 journées en 2019. Cet indicateur a baissé de 6 568 journées entre 2014 et 2019, soit une chute de **7%**. Cette baisse s'explique, entre autre, par la fermeture de Rameau en juillet 2016. A noter la transformation de Schotte et Bellevue en janvier 2017.

En 6 ans, le nombre de journées d'hospitalisation partielle baisse régulièrement pour atteindre 16 676,50 journées en 2019. Cet indicateur a baissé de 1 783,50 journées entre 2014 et 2019, soit une chute de **9.6%**.

En 6 ans, le nombre d'actes de CATTP augmente de +35 %. Il passe de 21 782 à 29 434 actes. Cependant, le nombre d'actes de CATTP a baissé en 2019 par rapport à 2018.

Les nouvelles consignes de codage ont favorisé l'augmentation des CATTP, notamment dans les unités avec une activité exclusive de CATTP : Lucie en Carrois, Matisse, entre 2016 et 2018.

La fermeture de Lucie en Carrois en 2019 a fait chuter le nombre de CATTP

En 6 ans, le nombre d'actes de CMP baisse de - 6.46% : il passe de 91 872 à 85 938 actes en 2019.

La DMH (durée moyenne d'hospitalisation) augmente en 6 ans de +14.9%, pour atteindre 37.35 jours en 2019. L'importance de la DMH s'explique en partie par le taux important de patients chroniques dans les unités de psychiatrie active (15% à 25% selon les périodes de l'année).

A titre d'exemple, sur les 9 unités d'entrée (y compris géro-psi-chiatrie) en 2018 et en 2019, le nombre moyen mensuel de patients chroniques a été de 30.

**b. Répartition des diagnostics par FA et type de prise en charge du Centre Hospitalier pour l'année 2019**

Diagnostic	Nb Actes	%	Nb Jrs TC	%	Nb Jrs TP	%	H	F	Total
F0 : Troubles mentaux organiques liés à l'utilisation de substances psychoactives	532	0,38%	2923	3,36%	116,5	0,54%	64	70	134
F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	15374	10,93%	7082	8,14%	1393	6,50%	679	248	927
F3 : Troubles de l'humeur	33625	23,91%	35019	40,26%	7063,5	32,94%	1065	689	1754
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	29236	20,79%	22012	25,31%	5147,5	24,00%	1154	2115	3269
F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs de stress	18795	13,36%	5303	6,10%	1861	8,68%	892	1098	1990
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3339	2,37%	464	0,53%	285	1,33%	120	338	458
F7 : Retards mentaux	5604	3,98%	2317	2,66%	1134,5	5,29%	341	330	671
F8 : Troubles du développement psychologique	1998	1,42%	8248	9,48%	435	2,03%	91	63	154
F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence	5675	4,04%	1253	1,44%	1376,5	6,42%	259	70	329
R40 à R69 : Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	13568	9,65%	571	0,66%	2366	11,03%	639	452	1091
Z00, Z02, Z03 : Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins	6035	4,29%	147	0,17%	123	0,57%	471	872	1343
Autres ou non renseigné	343	0,24%					55	86	141
<b>Total</b>	<b>140637</b>	<b>100,00%</b>	<b>86978</b>	<b>100,00%</b>	<b>21446,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>5723</b>	<b>6006</b>	<b>11729</b>

Nous constatons que les pathologies suivantes constituent plus de 50 % du nombre de prises en charge total :

- Troubles de l'humeur,
- Troubles névrotiques,
- Schizophrénie.

**3. Répartition du nombre des journées HC par origine géographique**

**Répartition du nombre des journées HC par origine géographique**

	2018			2019		
	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL
21G01	539	341	880	1 299	301	1 600
21G02	9 021	9 582	18 603	8 581	8 443	17 024
21G03	879	30	909	288	18	306
21G04	6 372	3 752	10 124	4 605	3 313	7 918
21G05	17 317	10 941	28 258	21 771	11 740	33 511
21G06	5 589	4 362	9 951	3 817	3 563	7 380
21G07	6 523	4 232	10 755	6 263	3 083	9 346
21I01	369	4	373	90		90
21I02	641	74	715	207	24	231
21I03						
21P01	132	33	165	43		43
21Z03	3 193	1 443	4 636	678	352	1 030
Autre département	2 189	850	3 039	1 150	533	1 683
Non Renseigné	453	25	478	4 660	2 156	6 816
<b>TOTAL (dédoubleonné)</b>	<b>53 217</b>	<b>35 669</b>	<b>88 886</b>	<b>53 452</b>	<b>33 526</b>	<b>86 978</b>

#### 4. Lits et indicateurs de tension

##### a. Lits et places installés en janvier 2020 (intégrant les lits non conformes)

UNITES DE SOINS	Secteur	Mode de prise en charge	Nb de lits	Nb de places
Van Gogh	2	HC	25	
Camille Claudel	2	HC	25	
POP	2	HC/CATTP	13	10
Les Côteaux du Suzon	2	HDJ		13
Altaïr	5	HC	24	
Cassiopée	5	HC	25	
Dijon Sud HJ	5	CATTP/HDJ		13
Carnot	5	CATTP/HDJ		
Géronto-psychiatrie	5	HC	20	
Beauce en Vergy	5	CMP/CATTP/HDJ		10
Cantou	5	CATTP/HDJ		10
Bachelard		CATTP		
Matisse		CATTP		
ARDOR		Atelier thérapeutique		
USP (maison d'arrêt)		HDJ		20
<b>TOTAL POLE A</b>			<b>132</b>	<b>76</b>
Chenôve	4	CMP/CATTP/HDJ		12
Quétigny	4	CMP/CATTP		
Unité de Dépression	6	HC	24	
Unité de Psychiatrie Générale	6	HC	21	
Beaune	6	CMP/CATTP		
Sismothérapie	6	Activité technique médico		0
Buffon	7	HC	22	
Saint Exupéry	7	HC	21	
Seurre	7	CMP/CATTP		
Auxonne	7	CMP/CATTP/HDJ		10
Longvic	7	CMP/CATTP/HDJ		12
<b>TOTAL POLE B</b>			<b>88</b>	<b>34</b>
<b>TOTAL POLES A et B</b>			<b>220</b>	<b>110</b>
Arc en ciel			14	
USALP			30	
<b>TOTAL PMS (lits psychiatrie)</b>			<b>44</b>	
<b>TOTAL PSYCHIATRIE ADULTE</b>			<b>264</b>	<b>110</b>
ADOLITS		HC	5	
ADOSOINS				7
CGI Ombrelle		CMP/CATTP/HDJ		7
Rondeaux		CMP/CATTP/HDJ		10

Arpège		CMP/CATTP/HDJ		
Prisme		HDJ		12
Arlequin		CMP/CATTP/HDJ		12
Genlis		CMP/CATTP/HDJ		10
Fontaine aux Berlingots		CMP/CATTP/HDJ		10
Upsilon		CMP/CATTP		
Seurre		CMP/CATTP		
<b>TOTAL POLE C</b>			<b>5</b>	<b>68</b>
<b>TOTAL PSYCHIATRIE DE L'ADULTE ET ENFANT</b>			<b>269</b>	<b>178</b>
EOLE (addictologie)			18	
Unité du sommeil			2	
<b>TOTAL MEDECINE</b>			<b>20</b>	
<b>TOTAL MEDECINE ET PSYCHIATRIE</b>			<b>289</b>	<b>178</b>
Vergers (33 EHPAD + 42 USLD)			75	
FAM Pussin			20	
SAMSAH				54
CSAPA		CMP		
<b>MEDICO-SOCIAL</b>			<b>95</b>	<b>54</b>
<b>Total PSYCHIATRIE-MEDECINE-MEDICO SOCIAL</b>			<b>384</b>	<b>232</b>

#### **b. Réduction des lits de psychiatrie de l'adulte de 2014 à 2019**

Réduction globale de 31 lits dans l'ensemble des unités de psychiatrie de l'adulte

Sur 5 ans, **de décembre 2014 à décembre 2019**, en tenant compte de toutes les unités de psychiatrie financées par la DAF, y compris les unités au long cours du SEDEP, d'USALP, de St Exupéry et de la Plateforme d'Orientation Psychiatrique, **le nombre de lits a baissé de 31**, conformément au tableau ci-dessous.

Cette réduction globale s'explique par de nombreux facteurs, en particulier, par :

- La fermeture des 2 unités Rameau et Bellevue
- Des adjonctions de lits dans toutes les unités d'entrée
- Des réductions de lits de patients chroniques (fermeture de Oasis ; réduction des lits à Arc en Ciel).

Il est à noter que de nouveaux projets ont permis de développer le capacitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à compter de 2020 (5 lits Adolits).

EVOLUTION DES LITS DE PSYCHIATRIE ADULTE ENTRE 2014 ET 2019				
UNITES DE SOINS	Nb de lits autorisés 2014	Lits Fermés ou créés	Date Fermeture ou création	Nb de lits autorisés décembre 2019
Van Gogh	21	4		25
Camille Claudel	22	3		25
UMAHCO	5	8	Dont	13
			accueil : 6	
			courte durée : 5	
			sécurisées : 2	
ALTAIR	22	2		24
Cassiopée	21	4		25
Géronto-psychiatrie	18	2		20
<b>TOTAL POLE A</b>	<b>109</b>	<b>23</b>		<b>132</b>
Jacques Schotte	21	- 21	31/01/2017	0
Bellevue	21	- 21	03/03/2017	0
Unité de Dépression	22	2		24
Unité de Psychiatrie Générale	22	- 1		21
Buffon	20	2		22
Rameau	20	- 20	01/07/2016	0
Saint Exupéry	0	21	Ouverture 31/01/2017	21
<b>TOTAL POLE B</b>	<b>126</b>	<b>- 38</b>		<b>88</b>
USALP	30			30
OASIS	15	- 15	Fermeture OASIS octobre 2018	0
ARC en Ciel	15	- 1	Travaux AEC	14
<b>TOTAL PMS</b>	<b>60</b>	<b>- 16</b>		<b>44</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>295</b>	<b>-31</b>		<b>264</b>

\*intégrant les lits non conformes

La capacité totale réelle des lits de psychiatrie de l'adulte est passée de : **295 lits en décembre 2014** (dont 60 lits de patients chroniques) **à 264 lits en décembre 2019** (dont 65 lits de patients chroniques) **soit une baisse de 31 lits de psychiatrie de l'adulte.**

c. Etat des lits de psychiatrie installés en 2020 et projection du capacitaire

ETAT DES LITS DE PSYCHIATRIE INSTALLÉS EN 2020 ET PROJECTION DE CAPACITAIRE SUITE AUX TRAVAUX			
Unités	Lits installés	dont lits non conformes	Projection des lits conformes suite travaux (1)
Van Gogh	25	2	22*
Camille Claudel	25	2	25
Plateforme d'Orientation Psy.	13	0	13
Altair	24	1	23**
Cassiopee	25	2	23
Géronto-psychiatrie	20	2	18
<b>TOTAL POLE A</b>	<b>132</b>	<b>9</b>	<b>124</b>
Unité de la Dépression	24	2	22
Unité de Psychiatrie Générale	21	1	20
Buffon	22	2	20***
Saint Exupéry	21	0	21
<b>TOTAL POLE B</b>	<b>88</b>	<b>5</b>	<b>83</b>
<b>TOTAL POLES A et B</b>	<b>220</b>	<b>14</b>	<b>207</b>
USALP	30		30
Arc en Ciel	14	14	14
<b>TOTAL PMS</b>	<b>44</b>		<b>44</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>264</b>	<b>28</b>	<b>251</b>

\* : dont 3 chambres d'isolement

\*\* : dont 2 chambres d'isolement

\*\*\* : voir projet USIP

(1) Explications concernant les travaux de mise en conformité des lits : En 2020, 2 lits non conformes vont être mis en conformité à C. Claudel.

L'autre unité concernée par des travaux est l'Unité de la Dépression. Les deux lits non conformes vont être enlevés. Ils seront compensés par la création d'une chambre double à la place de la chambre d'isolement actuelle pour une fin de travaux début 2021. Ils ne sont pas mis en exergue dans ce tableau 2020, car les travaux n'interviendront qu'en 2021.

**Le projet d'établissement aspire à reconnaître ces 251 lits de psychiatrie conformes en 2020**, suite à la mise en conformité de 3 lits et à la suppression des autres lits non conformes.

Pour cela, des travaux de mise en conformité des 14 lits permanents non conformes sont planifiés à partir de 2020.

L'objectif est d'offrir des conditions hôtelières dignes pour l'ensemble des patients hospitalisés.

Un suivi précis de leur taux d'occupation est en cours de réalisation, dont l'évaluation permettra de conforter la suppression de certains lits aujourd'hui non conformes.

Notons que la capacité de la géronto-psychiatrie est à définir à l'aune des propositions qui seront présentées par l'inter secteur personnes âgées dans le cadre du projet d'établissement.

#### d. Non-conformité de 28 lits

##### 14 lits non conformes dans les unités de psychiatrie et 14 lits non conformes à Arc en Ciel

Pour faire face aux tensions sur les lits créés par les fermetures de 31 lits dans des unités d'hospitalisation complète de psychiatrie de l'adulte, 14 lits supplémentaires ont été ajoutés dans toutes les unités d'entrée, au cours des années 2018 et 2019.

Par ailleurs, les 14 lits ouverts à Arc en Ciel après travaux en octobre 2018, suite à la fermeture d'Oasis, ne bénéficient pas de douches et pas de sanitaires dans les chambres. Pour l'ensemble du service, il existe 2 douches et 3 sanitaires collectifs.

Les 14 lits non conformes des unités de psychiatrie sont installés dans des bureaux ou des salles de visite ou en lits supplémentaires dans des chambres prévues pour seulement 1 ou 2 lits. En conséquence ces lits ne possèdent parfois ni sonnette, ni cabinet de toilette (voir tableau ci-dessous).

Les constats de non-conformité ont été inscrits dans le rapport de certification HAS reçu en février 2020. Les 14 lits non conformes d'Arc en Ciel seront « solutionnés » par la construction (neuve) d'une MAS, qui devrait ouvrir fin 2022.

#### e. Tensions sur les lits : ouverture de l'unité « hôpital en tension »

Au cours de l'année **2018**, l'unité « **hôpital en tension** » a été ouverte pendant 18 jours.

Au cours de l'année **2019**, l'unité « **hôpital en tension** » a été ouverte 9 journées représentant une file active de 48 patients ayant transité par cette unité.

2018			2019		
Date d'ouverture	Date de fermeture	nombre total de journées	Date d'ouverture	Date de fermeture	nombre total de journées
08/03/2018	13/03/2018	6	24/01/2019	25/01/2019	2
16/05/2018	17/05/2018	2	20/03/2019	21/03/2019	2
24/06/2018	26/06/2018	3	01/04/2019	05/04/2019	5
20/11/2018	21/11/2018	2			
30/11/2018	04/12/2018	5			
	nbre de jours	18		nbre de jours	9

Le nombre de journées d'occupation de cette unité «hôpital en tension» est très faible et relève d'une utilisation à caractère exceptionnel.

f. Evolution des lits/ journées/taux d'occupation en psychiatrie adulte entre 2017 et 2019 des pôles A et B

Evolution des lits/ journées/taux d'occupation en psychiatrie adulte entre 2017 et 2019 (pôles A et B)									
Unités	Indicateurs 2017			Indicateurs 2018			Indicateurs 2019		
	Lits installés 2017	Journées 2017	Taux occupation 2017	Lits installés 2018	Journées 2018	Taux d'occupation 2018	lits installés 2019	Journées 2019	Taux d'occupation 2019
Van Gogh	21	7 464	98.15%	25	8 308	91,05%	25	7 639	83,70%
C Claudel	21	7 989	104.20%	25	8 413	92,20%	25	8 197	89,80%
ALTAIR	21	8 103	105.31%	25	8 675	95,07%	24	8 224	93,90%
POP	3	1 260	115.07%	9	2 069	62,98%	13	2 598	54,75%
Cassiopée	21	7 750	101.07%	25	8 093	88,70%	25	8 073	88,50%
Géronto psy	18	6 443	98.37%	20	6 898	94,50%	20	6 697	91,70%
<b>Total pole A</b>	<b>105</b>	<b>39 009</b>	<b>102.23%</b>	<b>129</b>	<b>42 576</b>	<b>90,41%</b>	<b>132</b>	<b>41 428</b>	<b>85,99%</b>
Unité Dépression	22	7 517	93.59%	24	7 749	88,50%	24	7 677	87,60%
UPG	21	7 509	97.94%	24	7 549	86,18%	21	7 131	93,00%
Buffon	20	7 239	99.16%	22	7 664	95,44%	22	7 479	93,10%
Schotte	21	484	6.31%	0	0	0	0	0	0
Bellevue	20	1 029	14.09%	0	0	0	0	0	0
Saint Exupéry	21	6 210	81.02%	21	6 413	83,67%	21	6 690	87,30%
<b>Total pole B</b>	<b>125</b>	<b>28 475</b>	<b>62.40%</b>	<b>91</b>	<b>29 375</b>	<b>88,44%</b>	<b>88</b>	<b>28 977</b>	<b>90,20%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>67 484</b>	<b>80.38%</b>	<b>220</b>	<b>71 951</b>	<b>89.60%</b>	<b>220</b>	<b>70 405</b>	<b>87.68%</b>

Commentaires sur ces données

**2017 :**

Les unités Schotte et Bellevue ayant fermé en cours d'année, les données d'activité ne sont pas significatives. Ainsi, les indicateurs du Pôle B se trouvent impactés fortement.

**2018 comparé à 2017 :**

L'augmentation du taux d'occupation est liée à la formule de calcul puisque les lits des unités Jacques Schotte et Bellevue ne sont plus pris en compte.

**2019 comparé à 2018 :**

On constate une baisse du taux moyen d'occupation des lits en 2019, par rapport à 2018, en raison d'une baisse de ces deux indicateurs au niveau du Pôle A. En effet, malgré une augmentation du nombre de places liée au lancement de la Plateforme d'Orientation Psychiatrique, le nombre de journées a diminué dans ce pôle.

Ainsi le nombre de journées (pôle A + Pôle B) a baissé de 1546 soit une réduction de (-2.15%).

g. Evolution du taux de ré hospitalisation

**Evolution du nombre et du taux de ré hospitalisation à 7 jours de 2017 à 2019 (1)**

POLE	Service	2017			2018			2019			2019/2017
		Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Evolution du taux en nbre de points
A	Van Gogh	256	23	8,98%	264	22	8,33%	283	20	7,07%	-1.91
	Camille Claudel	355	11	3,10%	358	35	9,78%	364	20	5,49%	+ 2.39
	Géronto-psychiatrie	188	8	4,26%	175	7	4,00%	164	6	3,66%	- 0.6
	Altair	179	11	6,15%	224	20	8,93%	172	17	9,88%	+ 3.73
	Cassiopée	346	17	4,91%	342	24	7,02%	309	18	5,83%	+ 0.98
<b>Total Pôle A</b>		<b>1324</b>	<b>70</b>	<b>5,29%</b>	<b>1363</b>	<b>108</b>	<b>7,92%</b>	<b>1292</b>	<b>81</b>	<b>6,27%</b>	<b>+ 0.98</b>
B	Unité de la Dépression	431	30	6,96%	440	34	7,73%	438	15	3,42%	-3. 54
	Unité de Psychiatrie Générale	184	10	5,43%	274	18	6,57%	225	13	5,78%	+ 0.35
	Buffon	330	20	6,06%	236	13	5,51%	234	15	6,41%	+ 0.3
<b>Total Pôle B</b>		<b>945</b>	<b>60</b>	<b>6,35%</b>	<b>950</b>	<b>65</b>	<b>6,84%</b>	<b>897</b>	<b>43</b>	<b>4,79%</b>	<b>-1.56</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2269</b>	<b>130</b>	<b>5,73%</b>	<b>2313</b>	<b>173</b>	<b>7,48%</b>	<b>2189</b>	<b>124</b>	<b>5,66%</b>	<b>-0.07</b>

(1) : Il s'agit ici des ré hospitalisations à 7 jours (nombres de sorties suivies d'une réhospitalisation dans les 7 jours). Cet indicateur est fonction du nombre de sorties et non pas fonction du nombre de patients.

Le taux de réhospitalisation sur la période observée est plutôt faible car il représente moins de 8% des sorties pour chacun des pôles et pour l'ensemble des deux pôles. Toutefois, pour l'unité Altair, le taux augmente sur toute la période et approche des 10% pour l'année 2019.

Même si ce taux a été en augmentation sur l'année 2018, il revient, en 2019, sur le même niveau que 2017.

### Evolution du nombre et du taux de ré hospitalisation à 90 jours de 2017 à 2019

Pôle	Service	2017			2018			2019			2019 / 2017
		Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Nb Sorties	Nb Rehosp	Tx Rehosp	Evolution du taux en nbre de points
A	Van Gogh	256	97	37.89%	264	98	37.12%	283	90	31.80%	- 6.09
	Camille Claudel	355	79	22.25%	358	92	25.70%	364	90	24.73%	+ 2.48
	Géronto-psychiatrie	188	34	18.09%	175	44	25.14%	164	35	21.34%	+ 3.25
	Altair	179	55	30.73%	224	84	37.50%	172	48	27.91%	- 2.82
	Cassiopée	346	105	30.35%	342	98	28.65%	309	89	28.80%	- 1.55
<b>Total Pôle A</b>		<b>1324</b>	<b>370</b>	<b>27.95%</b>	<b>1363</b>	<b>416</b>	<b>30.52%</b>	<b>1292</b>	<b>352</b>	<b>27.24%</b>	<b>- 0.71</b>
B	Unité de la Dépression	431	86	19.95%	440	82	18.64%	438	73	16.67%	- 3.28
	Unité de Psychiatrie Générale	184	53	28.80%	274	80	29.20%	225	59	26.22%	- 2.58
	Buffon	330	84	25.45%	236	72	30.51%	234	63	26.92%	+ 1.47
<b>Total Pôle B</b>		<b>945</b>	<b>223</b>	<b>23.60%</b>	<b>950</b>	<b>234</b>	<b>24.63%</b>	<b>897</b>	<b>195</b>	<b>21.74%</b>	<b>- 1.86</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2 269</b>	<b>593</b>	<b>26.13</b>	<b>2313</b>	<b>650</b>	<b>28.10%</b>	<b>2 189</b>	<b>547</b>	<b>24.99%</b>	<b>- 1.14</b>

En moyenne sur 3 ans, pour les 8 unités d'hospitalisation, le taux de ré hospitalisation à 90 jours a baissé légèrement de 1,14%.

Après avoir augmenté à 28,10% en 2018, il baisse à 24.99% en 2019. Cela signifie qu'un quart des sorties vont être ré-hospitalisées dans les 3 mois.

Le taux de ré hospitalisation à 3 mois est plus élevé sur le pôle A (27.24%) que sur le pôle B (21.74%). C'est l'unité Van Gogh qui enregistre un taux de réhospitalisation à 31.80 %. A noter que ce taux diminue depuis au moins 2017, sur cette unité.

A noter, en 2019, un écart important entre Van Gogh, unité fermée, avec un taux de près de 32 % et l'Unité de la Dépression, unité ouverte, avec un taux de près de 17 %.

## 5. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ADULTE HOSPITALISEE

### a. Taux élevé de patients chroniques dans les unités d'entrée

La proportion de patients au long cours, dans les 8 unités d'entrée (dont géro-psycho-geriatrie), dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 3 mois, avoisine 20% au cours des 2 dernières années et il a augmenté légèrement de 1.65 points entre 2018 et 2019 (voir tableaux ci-dessous)

**En 2018**, le taux de patients, dont la DMH est supérieure à 90 jours, se situe entre **15 et 24 % avec un taux moyen de 18.16 %**.

**En 2019**, le taux de patients, dont la durée de séjour est supérieure à 90 jours, se situe entre **16.8 et 24 %**, avec un **taux moyen de 19.82 %**.

Le projet de construction d'une MAS de 60 places est une des réponses à cette embolisation des lits de psychiatrie active par les patients « chroniques » car plusieurs patients bénéficiant d'une orientation MAS de la part de la MDPH pourront être admis dans cette MAS qui ouvrira fin 2022.

En mars 2020, 8 patients correspondent aux critères d'admission et bénéficient d'une orientation de la part de la MDPH.

2018 : Statistiques des patients au long cours dans les 8 unités d'entrée												
Année 2018	janv	fevr	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	sept	oct	nov	Déc
Patients présents	185	189	170	168	176	185	184	183	188	162	181	170
Dont Patients avec DMH sup 90 jours	30	32	25	26	26	27	27	30	32	38	40	36
<b>Taux de patients DMH sup 90 jours</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>23%</b>	<b>22%</b>	<b>21%</b>

2019 : Statistiques des patients au long cours dans les 8 unités d'entrée (source DIM)												
Année 2019	janv	fevr	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	sept	oct	nov	Déc
Patients présents	185	178	181	178	168	176	164	148	172	178	157	129
Dont Patients ayant 1 durée de séjour sup à 90 jours	35	34	32	30	36	40	38	28	31	31	31	31
<b>Taux de patients DMH sup 90 jours</b>	<b>19%</b>	<b>19%</b>	<b>17.6%</b>	<b>17%</b>	<b>21.4%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>19%</b>	<b>18%</b>	<b>17.4%</b>	<b>19.7%</b>	<b>24%</b>

#### Explications concernant les chiffres du tableau et leur source

Le tableau ci-dessus indique le nombre de patients totaux présents au 31 de chaque mois dans les 8 unités d'entrée de psychiatrie, ainsi que le nombre total des patients présents depuis plus de 90 jours (au sein de ce chiffre total) ;

Les 8 unités d'entrée sont les suivantes : Van Gogh, Camille Claudel, Géro-psycho-geriatrie, Altair, Cassiopée, Unité de la Dépression, Unité de Psychiatrie Générale, Buffon.

Ces chiffres ont été extraits de CPage par le DIM (tableaux transmis le 3 janvier 2020).

### b. Patients en soins sans consentement

Evolution des soins sans consentement (à la demande du Directeur) entre 2014 et 2019 selon le type de procédure												
	2019		2018		2017		2016		2015		2014	
Nombre admissions en SDDE	<b>626</b>	100%	<b>622</b>	100%	<b>584</b>	100%	<b>680</b>	100%	580	100%	502	100%
Nombre de SDDE Procédure NORMALE	<b>338</b>	54,08%	<b>309</b>	49,68%	<b>254</b>	43,49%	<b>308</b>	45,29%	305	52,59%	288	57,4%
Nombre de SDDE URGENCE	<b>84</b>	13,44%	<b>131</b>	21,06%	<b>139</b>	23,80%	<b>137</b>	20,15%	110	18,98 %	59	11,7 %
Nombre de SDDE PI	<b>204</b>	32,48%	<b>182</b>	29,26%	<b>191</b>	32,71%	<b>235</b>	34,56%	165	28,5 %	135	31%

En 6 ans de 2014 à 2019, le nombre d'admissions en soins sans consentement à la demande du directeur (SDDE) a augmenté de + 19.8 % (+ 124).

Parmi l'ensemble de ces admissions, le mode qui a le plus augmenté, ce sont les SDDE Urgence (soins sans consentement d'urgence), qui sont passés de 59 à 84 (+ 42%), procédures avec une demande de tiers et 1 certificat médical attestant que les soins sont nécessités par l'urgence.

Ensuite ce sont les SDDE PI (Soins sans consentement pour péril imminent), qui sont passés de 135 à 204 (+ 35%) : pas de tiers et un seul certificat fait par un médecin extérieur à l'hôpital.

### c. Patients détenus

Leur nombre augmente ainsi que les journées et durées de séjour

Evolution du nombre de patients détenus hospitalisés de 2015 à 2019						
Années	2015	2016	2017	2018	2019	Taux d'évolution
File active : nombre de détenus admis dans une année	25	34	15	24	39	+ 56%
Nombre de journées d'hospitalisation de détenus dans une année	184	304	116	219	479	+ 160%
Durée moyenne de séjour d'un détenu	7.36	8.94	7.73	9.13	12.28	+ 66,8%

Le nombre de détenus hospitalisés augmente chaque année depuis 2017, pour atteindre 39 détenus admis en 2019.

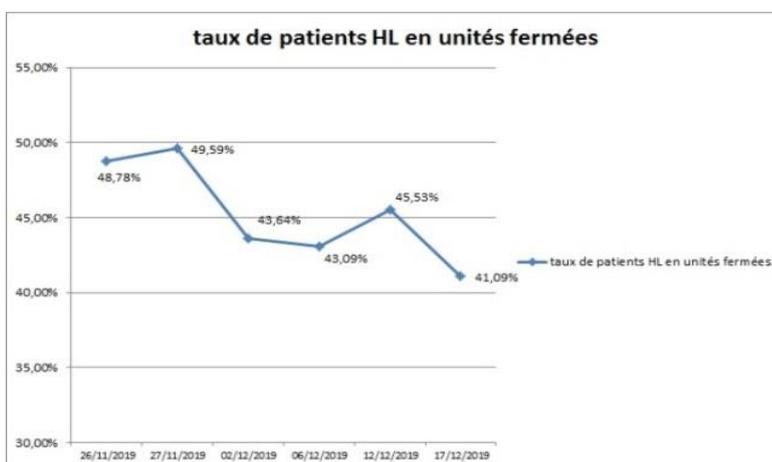
La durée moyenne d'hospitalisation de cette catégorie de patients augmente : elle passe de **7,73 jours en 2017 à 9,13 jours en 2018 et 12 jours en 2019.**

Cette augmentation est due, entre autre, à la difficulté de transférer ces détenus sur une UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée).

### d. Patients hospitalisés librement en unités fermées

**Taux de patients en hospitalisation libre dans les 5 unités fermées sur 6 jours donnés (Novembre – Décembre 2019)**

date	taux de patients HL en unités fermées
26/11/2019	48,78%
27/11/2019	49,59%
02/12/2019	43,64%
06/12/2019	43,09%
12/12/2019	45,53%
17/12/2019	41,09%
<b>Taux moyen</b>	<b>45.28%</b>



L'hospitalisation d'un patient en « hospitalisation libre » en unité fermée est causée :

- Dans la très grande majorité des cas, par des raisons cliniques
- Exceptionnellement par insuffisance de lits en unités ouvertes

Dans tous les cas, l'accord du patient est recueilli par écrit et celui-ci est tracé dans le dossier du patient.

L'hospitalisation en unité fermée d'un patient en soins libres est le résultat d'une réflexion clinique conjointe entre l'équipe paramédicale et le médecin d'accueil, qui se poursuit par une réévaluation dans l'unité d'hospitalisation au cours de synthèses pluridisciplinaires.

#### e. Suicides et tentatives de suicides de 2016 à 2019

Evolution des suicides et tentatives de suicides signalés de 2015 à 2019 (source : fiches d'évènements indésirables)			
	Tentatives de suicides	suicides	TOTAL
2016	4	0	4
2017	8	4	12
2018	6	1	7
2019	13	1	14
<b>moyenne</b>	<b>7.75 / an</b>	<b>1.5</b>	<b>9.25</b>

#### Conclusion

Il n'est pas possible de comparer ces nombres de suicides (moyenne 1.5/an) avec le taux national de 15.5 décès par suicide pour 100 000 habitants, car le nombre de suicides déclarés au CH La Chartreuse ne recouvre qu'une partie du total des suicides sur la population des secteurs de psychiatrie.

Sachant, d'autre part, que le taux de récurrence est particulièrement élevé en Côte d'Or, la prise en charge du suicide doit être une priorité du futur Projet d'Etablissement.

En effet, ces chiffres concernent uniquement les patients hospitalisés, pas ceux qui sont vus en ambulatoire ou HJ.

Il est à noter l'absence de codage précis des tentatives de suicide dans le recueil d'information médicale, ce qui ne permet pas de comptabiliser tous les cas.

### 6. ACTIVITE DES CMP-CATTP- HDJ

#### a. Hospitalisation de jour des unités extra hospitalières

Pôle	Service	Secteur	Nb de places d'HTP	File active 2018	File active 2019	évolution	Nb Journées 2018	Nb journées 2019	écart
Pôle A	Les Côteaux du Suzon	2	13	89	76	-13	1 204	1 586	382
	Beauce en Vergy	5	10	82	67	-15	2 263	2 485	222
	Cantou	5	10	42	43	1	1 184	1 322	138
	Dijon Sud	5	13	50	43	-7	2 305	2 462	157
	USP (Maison d'arrêt)	5	20	61	74	13	4 845	4 816	-29
<b>Pôle A</b>			<b>66</b>	<b>319</b>	<b>298</b>	<b>-21</b>	<b>11 801</b>	<b>12 671</b>	<b>870</b>
Pôle B	Chenôve	4	12	90	82	-8	595	656	61
	Quétigny	4		18	9	-9	37	13	-24
	UMRAHC	4		115	71	-44	2 337	1 858	-479
	Auxonne	7	10	19	19	0	181	241	60
	Longvic	7	12	6	0	-6	19	0	-19
<b>Pôle B</b>			<b>34</b>	<b>238</b>	<b>163</b>	<b>-75</b>	<b>3 169</b>	<b>2 768</b>	<b>-401</b>
<b>TOTAL</b>			<b>100</b>	<b>551</b>	<b>453</b>	<b>-98</b>	<b>14 970</b>	<b>15 439</b>	<b>469</b>

Entre 2018 et 2019, la file active des hôpitaux de jour du pôle A de psychiatrie adulte a baissé de 6.4% et celle du pôle B a baissé de 27%; La baisse des journées d'HJ (- 401 journées) est essentiellement liée à la **baisse des journées de l'UMRAHC (- 479 journées), suite à la mise en place de l'unité POP qui a été basculée sur le Pôle A.** Les autres unités ont plutôt augmenté leur activité ou baissé modérément.

Les journées de l'ensemble des hôpitaux de jour de psychiatrie de l'adulte ont augmenté de + 3.1% grâce à l'augmentation plus importante sur le Pôle A.

#### b. Activité ambulatoire totale de psychiatrie adulte (CMP et CATTP)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Taux évolution 2014 - 2019
<b>Pôle A</b>	64 691	57 000	60 506	64 087	66 753	66 402	+2.6%
<b>Pôle B</b>	46 334	46 518	46 311	50 428	49 134	45 005	-2.9%
<b>Pôle E</b>			271	318	318	411	
<b>Plateforme</b>	2 629	2 375	1 718	7 325	10 490	3 554	+35.2%
<b>Total adultes</b>	113 654	105 893	108 806	122 158	126 695	115 372	<b>+1.5%</b>

#### Commentaires :

Pour l'ensemble de l'hôpital, les actes EDGAR de CMP et CATTP ont augmenté de + 1,5% entre 2014 et 2019.

En ce qui concerne la plateforme médico-sociale, les actes EDGAR des années 2014 et 2015, ne peuvent pas être comparés avec ceux des années 2016 et suivantes pour des raisons structurelles car la Plateforme médico-sociale a été créée au 1er janvier 2016.

En effet, auparavant, les UF psychiatriques de la Plateforme médico-sociale étaient situées dans d'autres pôles. Par ailleurs, ce n'est qu'en 2018 que l'USALP est intégrée à la Plateforme médico-sociale. L'unité Lucie en Carrois ferme en avril 2019, ce qui explique la baisse du nombre d'actes EDGAR en 2019 par rapport à 2018. Ainsi à titre d'exemple, les actes EDGAR de CMP/CATTP de Lucie en Carrois passent de 8 710 actes en 2018 à 2 121 actes en 2019.

Ces raisons structurelles expliquent les chiffres très disparates d'une année sur l'autre.

#### Evolution des actes de CMP Adultes de 2014 à 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution actes 2014-2019
	Nb actes						
<b>ARDOR</b>	8						
<b>Auxonne CMP</b>	4 154	4 322	4 183	3 944	3 810	3 513	-15.4%
<b>Bachelard CMP</b>	1 587	1 684	439	3	33	1 798	+13.3%
<b>Beauce En Vergy CMP</b>	2 221	2 304	2 354	2 390	2 388	2 596	+16.9%
<b>Beaune CMP</b>	6 164	6 428	6 704	6 480	6 537	6 798	+10.3%
<b>Carnot CMP</b>	7 414	7 215	6 771	6 929	6 743	6 732	-9.2%
<b>Chenôve CMP</b>	6 594	7 701	7 898	8 833	8 323	7 966	+20%
<b>CIAMM</b>			23	3	5	3	
<b>CIPP CMP</b>			888	1 817	2 643	2 526	-
<b>CMP 2e Secteur</b>	1 673	1 819	1 892	1 527	1 573	1 388	-17,04%
<b>CMP 4e Secteur</b>	2 534	2 294	1 615	493	528	494	-80,51%
<b>CMP 5e Secteur</b>	3 620	3 761	3 692	3 550	3 675	3 162	-12,65%
<b>CMP 6e Secteur</b>	1 689	1 391	1 326	1 135	929	914	-45,89%

<b>CMP 7e Secteur</b>	1 487	1 180	766	413	331	347	<b>-76,66%</b>
<b>CMP Chartreuse Géronto-psy.</b>				4	1	5	
<b>CSAPA</b>	1 177	1 448	1 328	1 528	1 780	1 433	<b>+21.8%</b>
<b>Dijon Sud</b>	9	4	1	26	51	48	<b>433,33%</b>
<b>Domiciles Protégés</b>	10 604	3 708					<b>-100,00%</b>
<b>ELIPSES</b>	3 618	3 235	2 787	2 578	2 532	2 787	<b>-23%</b>
<b>Eole Consultation</b>	233	161	64	250	407	436	<b>+87%</b>
<b>Espace Psychothérapique</b>				69	75	117	
<b>Unité du Sommeil CMP</b>	1 028	1 094	1 286	1 338	1 741	1 466	<b>+42%</b>
<b>Les Coteaux du Suzon CMP</b>	8 108	7 944	8 527	7 954	8 264	7 778	<b>-4%</b>
<b>Longvic CMP</b>	5 389	5 717	5 910	6 923	6 538	4 987	<b>-7.5%</b>
<b>Lucie en Carrois</b>					546	28	
<b>Matisse CMP</b>	347	370	1 797	1 133	526	434	<b>+25%</b>
<b>Quétingny CMP</b>	6 341	5 923	5 932	7 560	7 500	6 998	<b>+10.4%</b>
<b>SESAME Appartements</b>	2 064	1 889	1 641	1 495	846	380	<b>-81%</b>
<b>Seurre CMP</b>	3 595	3 784	3 934	3 607	3 620	3 512	<b>-2%</b>
<b>Sismothérapie</b>	2	32	57	34	29	22	<b>+ 1000,00%</b>
<b>S.M.P.R. CMP</b>	8 637	8 760	8 964	10 915	12 222	12 236	<b>+41.7%</b>
<b>Tabacologie</b>			271	318	318	411	
<b>UMAHCO CMP</b>	1 215	1 244	1 463	2 150	1 917	1 762	<b>+45%</b>
<b>UMRAHC CMP</b>				1 230	1 030	1 336	
<b>POP Mobile</b>						1523	
<b>Villa des Perrières</b>	360	334					
<b>TOTAL</b>	91 872	85 746	82 513	86 629	87 461	85 936	<b>-6,46%</b>

Pour l'ensemble des 5 secteurs de psychiatrie de l'adulte, le total des actes de CMP, est passé de 91 872 actes en 2014 à 85 936 en 2019 soit une diminution de - 6 936 actes (- 6,46%).

A Matisse, la forte augmentation s'explique par un biais : la saisie des actes EDGAR de CMP n'a commencé que mi 2017.

#### **On constate une baisse assez importante entre 2014 et 2019 dans les CMP suivants :**

- Appartements SESAME : baisse de 81%
- ELIPSES : baisse de 23 %
- Auxonne : baisse de 15.4%
- Longvic : baisse de 7,5%
- Carnot : baisse de 9,2%
- Seurre : baisse de 2%

#### **On constate une hausse assez importante entre 2014 et 2019 dans les CMP suivants :**

- EOLE addictologie : + 87% (Attention, la hausse est due à un changement de saisie des actes qui auparavant étaient comptabilisé sur l'UF du CMP du 6ème secteur.)
- UMAHCO : + 45% surtout depuis 2017
- Unité du sommeil : + 42%
- SMPR : + 41,7%
- CSAPA : + 21,8%
- Chenôve : + 20%
- Matisse : + 25%
- Beauce en Vergy : + 16,9%

## Evolution des actes de CATTTP Adultes de 2014 à 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution actes 2014-2019
	Nb actes CATTTP						
Auxonne CATTTP	1 638	1 623	1 353	1 728	1 452	1 337	- 18.4 %
Bachelard CATTTP	6 796	6 375	7 705	8 422	9 089	6 907	+ 1.63 %
Beauce En Vergy CATTTP	109	94	124	86	76	142	+ 30.3 %
Beaune CATTTP	1 065	889	913	1 046	1 002	849	- 20.4%
Cantou					1		
Carnot CATTTP	1 244	969	983	992	973	892	-28.3%
Chenôve CATTTP	2 606	2 264	2 558	3 085	2 746	2 287	-12.2%
CIAMM CATTTP			1 175	1 472	1 598	1 543	
CIPP CATTTP			401	251	292	635	
CMP 2eme Secteur				1	3		
CMP 5eme Secteur			1	15	1	2	
CMP 6eme Secteur					1		
Dijon Sud CATTTP	1 095	1 116	1 181	1 577	1 585	1 954	+78.5%
Etude du Sommeil					12	14	
Les Côteaux Du Suzon CAT	1 683	1 925	2 207	1 565	2 677	2 408	+43%
Longvic CATTTP	1 573	1 137	1 321	1 417	1 757	1 105	-29.7%
Lucie en Carrois CATTTP	1 444	927	390	5 797	8 164	2 093	+44.9%
Matisse CATTTP	813	1 263	5 489	7 229	7 037	6 759	+ 731%
Quetigny CATTTP	57	470	391	428	249	168	+194.7%
Sésame Appartements	3	6					
Seurre	185	108	100	31	63	11	- 94%
UMRAHC CATTTP				384	454	328	
Villa des Perrières	1 471	981					
<b>TOTAL</b>	<b>21 782</b>	<b>20 147</b>	<b>26 292</b>	<b>35 526</b>	<b>39 232</b>	<b>29 434</b>	<b>35.13%</b>

### Augmentation globale du nombre d'actes de CATTTP sur 6 ans :

Sur l'ensemble de l'hôpital, le nombre d'actes EDGAR réalisés en CATTTP passe de 21782 en 2014 à 29434 en 2019, soit une augmentation de + 35,13%. Après avoir régulièrement augmenté jusqu'en 2018 (39232 actes), ils baissent en 2019 à 29434 actes. Cette baisse en 2019 par rapport à 2018, s'explique, entre autre, par la fermeture de Lucie en Carrois en avril 2019.

#### c. Délais du 1<sup>er</sup> rendez-vous en CMP

##### i. Les délais moyens du 1<sup>er</sup> rendez-vous en CMP augmentent entre 2015 et 2019

- Pour rencontrer une IDE, le délai est passé de 8 à 9,6 jours
- Pour rencontrer un psychiatre, le délai est passé de 30 à 51 jours (21 jours d'augmentation)
- Pour rencontrer une psychologue, le délai moyen est de 3 mois

Notons que les premiers entretiens sont effectués par l'IDE d'accueil, ce qui permet de réduire les délais, d'apporter une réponse rapide et une réorientation si besoin. Les patients peuvent être reçus le jour même en cas d'urgence

Les évolutions de délai d'une année à l'autre, ainsi que les disparités entre les structures, sont liées en grande partie aux effectifs présents au moment de l'enquête.

##### ii. Délai moyen du 1<sup>er</sup> rendez-vous en CMP adultes (en nombre de jours)

	2015	2017	2018	2019
Délai moyen 1er RDV IDE	6.2	11.6	10	9.6
Délai moyen 1er RDV psychiatre	29,5	35	45	51
Délai moyen 1er RDV psychologue	3 mois	3 mois	3 mois	3 mois

**iii. Délai moyen du 1<sup>er</sup> rendez-vous en sortie hospitalisation adultes (en nombre de jours)**

Le délai moyen du 1<sup>er</sup> rendez-vous en sortie d'hospitalisation augmente entre 2018 et 2019 :

- Pour rencontrer une IDE, le délai est passé de 8 à 11 jours
- Pour rencontrer un psychiatre, le délai est passé de 33 à 39 jours
- Pour rencontrer une psychologue, le délai est passé de 2.6 à 2 mois

	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Délai moyen 1er rendez-vous_infirmier	Non réalisé	Non réalisé	8	11
Délai moyen 1er rendez-vous_psychiatre	Non réalisé	Non réalisé	33	39
Délai moyen 1er rendez-vous_psychologue	Non réalisé	Non réalisé	78 (2,6 mois)	60 (2 mois)

## B- PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

### 1. Caractéristiques populationnelles du territoire<sup>5</sup>

La Côte d'Or compte 529 761 habitants, dont 108 750 habitants de moins de 18 ans, répartis sur un territoire de 8 763 km, soit une densité de 12.4 hab./km<sup>2</sup>.



Le département est divisé en **trois secteurs géographiques de psychiatrie infantile-juvénile** :

- Le Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CH La Chartreuse gère l'**inter secteur sud Côte d'Or**.
- Le CHU gère le **Secteur 1**.
- Le CH de Semur en Auxois gère le **Secteur 3**.

La commune de Dijon est couverte par les secteurs du CHU et du CH La Chartreuse et compte 25 279 habitants de moins de 18 ans.

*Nb : le découpage cantonal de 2015 ne correspondant pas aux délimitations de secteurs de la psychiatrie, il n'a pas été possible de différencier la population des deux secteurs infantile-juvéniles de Dijon.*

Code Secteur Adulte	Nom du secteur	Population <18 ans	superficie (km <sup>2</sup> )	Densité (nb hab./km <sup>2</sup> )	file active 2016	part population
21G01	CHU Dijon (hors Dijon)	18 400	1 599	12	975	
21G02	CH La Chartreuse(hors Dijon)	53 216	3 528	15	2 084	3,20%
21G01 & 21G02	Dijon (CHU et CHLS)	25 279	40	626	NA	
21G03	CH Semur en Auxois	11 854	3 596	3	419	3,50%
<b>Côte d'Or</b>		<b>108 750</b>	<b>8 763</b>	<b>12</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>

108 750 enfants (INSEE 2013) sont pris en charge par 3 secteurs en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En 2016, 3 478 mineurs ont été pris en charge dont 89% en ambulatoire, soit environ 9 enfants sur 10. L'hospitalisation à temps partiel représente 10% de la prise en charge et l'hospitalisation complète 1%

<sup>5</sup> source : PTSM 21 2019-2023 - Annexe 3 - pages 6 et Annexe 2 - pages 9 et Annexe 3 page 7

## 2. Présentation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre hospitalier La Chartreuse, (Inter secteur Sud de Côte d'Or), couvre un bassin de population de **274 359 habitants dont 66 988 correspondant à une population de moins de 19 ans.**

L'organisation des soins du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CH La Chartreuse s'appuie sur la population suivie que l'on peut décliner en 3 grands axes :

- **Un axe précoce (Périnatalité, unités des petits)**
- **Un axe enfance phase de latence 7/10 ans ; unités des moyens**
- **Un axe adolescence : le Centre de Soins Ambulatoires pour Adolescents (CASA)**

Répartition des structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent					
Secteur	Libellé	Mode de PEC	lits	places	Public accueilli
Beaune	CGI Ombrelle (Centre de Guidance Infantile)	CMP/CATTP/HDJ		7	Enfants de la naissance à 6 ans
Beaune	Arlequin	CMP/CATTP/HDJ		12	enfants de 7 à 18 ans
Dijon	Rondeaux	CMP/CATTP/HDJ		10	enfants de 7 à 12 ans (parfois jusqu'à 18 ans),
Intersectoriel	Prisme (intersectoriel)	HDJ		12	adolescents de 12 à 18 ans
Dijon	Fontaine aux Berlingots	CMP/CATTP/HDJ		10	enfants de la naissance à 6ans,
Genlis	Simone Veil (centre de jour)	CMP/CATTP/HDJ		10	Enfants de la naissance à 18 ans
Seurre	CMP-CATTP Seurre	CMP/CATTP/HDJ		0	Implanté sur le CMP adulte
Intersectoriel	UPSILON	CMP/CATTP		0	adolescents de 12 à 18 ans
Intersectoriel	ARPEGE	CMP/CATTP		0	Enfants autistes et TSA
Intersectoriel départemental	MOBIL'ADO	Equipe mobile		0	adolescents
Intersectoriel départemental	ADO' SOINS	HDJ		7	adolescents
Intersectoriel départemental	ADOLITS	HC	5		adolescents
Intersectoriel	Unité père, mère, bébé	CMP		0	Parents/bébé
<b>TOTAL PÔLE C</b>			<b>5</b>	<b>68</b>	

Nous avons représenté dans le tableau ci-dessus, l'ensemble des unités composant le pôle ISCO y compris le dispositif départemental INTERMEDE créé en janvier 2020.

Il faut mentionner aussi l'unité pédagogique qui fonctionne avec du personnel enseignant mis à disposition par l'Education Nationale affecté dans chaque site.

## 3. Les effectifs médicaux du pôle C

Année	2016	2017*	2018**	2019
Nombre de psychiatres en ETP	<b>8.77</b>	<b>9.21</b>	<b>8.91</b>	<b>8.37</b>

\*en 2017, 3 assistants sur 8 mois (au lieu de 2 en 2016 et en 2018)

\*\*en 2018, passage à 80% de plusieurs PH

#### 4. Evolution des indicateurs d'activité entre 2014 et 2018

Année	FA	nouveaux patients (n-1)	% nouveaux patients	Nb de journées d'HTP	Nb actes CATTTP	Nb actes CMP
2014	1 899	798	42,02%	3 872	14 142	12 745
2015	2 050	917	44,73%	3 871,50	15 341	14 138
2016	2 084	862	41,36%	3 898	14 595	14 448
2017	1 991	734	36,87%	3 739	13 261	13 587
2018	1 973	687	34,82%	3 721	14 493	13 277
2019	1 909	636	33,31%	4 770	12 571	12 694
Taux d'évolution 2014- 2019	<b>+ 0.50%</b>	<b>- 20%</b>	<b>- 8.7 %</b>	<b>+ 23%</b>	<b>- 11%</b>	<b>0,4%</b>

- La file active de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est stable de 2014 à 2019.
- Le taux moyen de nouveaux patients est de 33.31% en 2019.
- Le nombre de journées d'hospitalisation à temps partiel augmente de +23% entre 2014 et 2019.
- Le nombre d'actes de CATTTP diminue de 2014 à 2019.
- Le nombre d'actes de CMP est stable de 2014 à 2019.

#### 5. Evolution entre 2014 et 2019 de l'activité CMP et CATTTP par unité

##### Evolution des actes de CMP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution actes 2014- 2019
	<b>Nb actes</b>						<b>2014- 2019</b>
Ado Soins						26	
Arlequin CMP	2 722	3 052	2 908	2 893	2 446	2 210	<b>-18.8%</b>
Arpège CMP	58	63	73	80	90	73	<b>+25.8%</b>
CGI CMP	1 296	1 112	3 088	2 654	932	937	<b>-27.7%</b>
Chartreuse ISCO CMP	210	113	60	272	262	126	<b>-40.0%</b>
CMP Père-Mère-Bébé	230	561	701	632	932	914	<b>+297%</b>
Fontaine aux Berlingots CMP	750	996	947	961	920	645	<b>-14.0%</b>
Genlis CMP	2 497	2 915	3 088	2 654	2 653	2 838	<b>+13.6%</b>
Mobil Ados CMP						215	
Prisme CMP	707	704	784	684	791	552	<b>-21.9%</b>
Rondeaux CMP	1 677	1 331	1 211	1 318	1 061	850	<b>-49.3%</b>
Seurre ISCO CMP	721	673	544	376	492	404	<b>-43.9%</b>
Upsilon CMP	1 877	2 618	3 058	2 942	2 968	2 904	<b>+54.7%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12 745</b>	<b>14 138</b>	<b>14 448</b>	<b>13 583</b>	<b>13 277</b>	<b>12 694</b>	<b>-0.4%</b>

##### Commentaires concernant l'activité de CMP

De 2014 à 2019, on constate globalement pour l'ensemble des CMP, une légère baisse de l'activité de 0.4% entre 2014 et 2019 : d'abord, une augmentation jusqu'en 2016, puis une baisse qui peut en partie s'expliquer par une baisse de l'effectif médical à partir de 2018 (- 0.84 ETP moyens rémunérés entre 2017 et 2019. Voir tableau précédent) et par une baisse de l'activité de certains professionnels comme les psychologues.

### Evolution des actes de CATTP

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution actes 2014-2019
	Nb actes						
<b>Ado Soins</b>						13	
<b>Arlequin</b>	3 156	3 935	3 755	3 116	3 528	3 633	<b>15.11%</b>
<b>Arpège</b>	435	257	319	290	301	493	<b>13.33%</b>
<b>Genlis Centre De Jour</b>	1 485	1 460	1 239	1 444	1 994	1 772	<b>19.33%</b>
<b>Centre De Guidance CGI</b>	1 298	1 545	1 463	1 166	957	1 124	<b>- 13.4%</b>
<b>Chartreuse ISCO</b>	40						
<b>Fontaine aux Berlingots</b>	1 170	853	587	836	1 279	832	<b>-28.9%</b>
<b>Mobil Ados</b>						81	
<b>Rondeaux</b>	3 969	4 151	4 054	3 732	3 463	1 993	<b>-49.8%</b>
<b>Prisme</b>	76	164	216	36	154	63	<b>-17.1%</b>
<b>Seurre ISCO</b>	226	433	542	427	341	280	<b>23.89%</b>
<b>Père-Mère-Bébé</b>	93	388	403	401	449	442	<b>375.3%</b>
<b>Upsilon</b>	2 194	2 155	1 987	1 813	2 027	1 845	<b>-15.9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14 142</b>	<b>15 341</b>	<b>14 595</b>	<b>13 261</b>	<b>14 493</b>	<b>12 571</b>	<b>-11.1%</b>

Globalement, les actes de CMP ont baissé de 11.1% entre 2014 (14 142 actes) et 2019 (12 571 actes) ; il y a eu une forte augmentation en 2015, puis une baisse régulière chaque année.

### 6. Délai moyen du 1<sup>er</sup> rendez-vous médical

Délai moyen du 1er rendez-vous médical	2016 Délai de rdv	File active 2016	2018 Délai de rdv	File active 2018	2019 Délai de rdv	File active 2019
<b>Arpège</b>		25		30	41	27
<b>Fontaine aux Berlingots</b>	10	121	13	102	67	84
<b>Rondeaux</b>	42	220	38	192	49	150
<b>Upsilon</b>	32	-	36	506	50	538
<b>Prisme</b>	-	75	67	66	38	79
<b>Ombrelle</b>	48	163	41	109	50	127
<b>Seurre</b>	52	-	60	58	43	59
<b>Arlequin</b>	55	426	45	401	40	410
<b>Genlis</b>	104	374	100	351	63	330
<b>Moyenne du délai d'attente pour tous les CMP</b>	<b>49</b>		<b>50</b>		<b>49</b>	

De 2017 à 2018, pour l'ensemble des unités enquêtées, la moyenne annuelle du délai du premier rendez-vous avec le pédopsychiatre augmente, mais avec des évolutions contrastées d'un CMP à l'autre : dans certains, le délai se réduit ; dans d'autres, il augmente.

Ces délais globaux moyens annuels sont les suivants :

- 49 Jours en 2017
- 50 Jours en 2018
- 63 Jours en 2019

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le premier RDV est toujours réalisé par un médecin jusqu'en 2018.

Depuis 2019, l'accueil et l'orientation sont adaptés dans le cadre d'une étude réalisée par un groupe pluridisciplinaire.

L'augmentation de la moyenne du délai du 1<sup>er</sup> rendez-vous médical s'explique essentiellement par la baisse du nombre de pédopsychiatres.

## C- ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES

### 1. Médecine addictologique (unité EOLE)

#### a) Présentation

EOLE est une unité de médecine intersectorielle en addictologie de 18 lits, comportant 16 lits de sevrage complexe de niveau 2 et 2 lits de sevrage simple de niveau 1.

Le service de médecine addictologique (EOLE) prend en charge les personnes souffrant d'addictions liées à la consommation de substances psychoactives. La dépendance tabagique peut également être prise en charge au cours du séjour.

Le parcours de soins d'un patient en sevrage complexe dure 4 semaines (pour 18 lits). Les sevrages simples ont une durée variable de 5 à 11 jours (pour 2 lits).

L'objectif de l'unité est de réaliser, sous contrôle médical, le sevrage chez un sujet volontaire. Elle s'appuie pour cela sur l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et la mise en œuvre d'un programme d'**éducation thérapeutique au patient** spécifique intitulé « **Mieux vivre son addiction** ».

#### b) Indicateurs d'activité

La file active ambulatoire de psychiatrie augmente de 54.59 % en 6 ans entre 2014 et 2019 pour atteindre 286 patients en 2019. Le nombre d'entretiens individuels augmente de + 87.12% entre 2014 et 2019.

La file active d'hospitalisation T2A augmente de + 10.87% entre 2014 et 2019, pour atteindre 255 patients en 2019. Le nombre de journées T2A augmente de 2.73% entre 2014 et 2019.

**Tableau des indicateurs d'activité de médecine addictologique de 2014 à 2019**

Indicateurs concernant l'unité de médecine addictologie EOLE de 2014 à 2019							
indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Taux d'évolution entre 2014 et 2019
File active en hospitalisation (T2A)	230	238	233	243	246	255	+10.87%
Journées d'hospitalisation	5 680	5 756	5 654	6 011	6 051	5 835	+2.73%
File active ambulatoire de psychiatrie	183	146	44	161	251	286	+56.28%
Nombre d'entretiens individuels (il s'agit des actes liés aux consultations médicales et IDE)	233	161	64	250	407	436	+87.12%

#### c) Indicateurs financiers liés à l'activité T2A

**Tableau de l'évolution des recettes de T2A de médecine addictologie de 2014 à 2019**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
EOLE	1 264 652.45 €	1 370 036.32 €	1 402 022.00 €	1 449 358.00 €	1 518 858.96 €	1 528 695.91 €

Le dernier arrêté d'autorisation concernant l'addictologie date du 28 juillet 2017. Le service d'addictologie bénéficie d'une autorisation pour fonctionner en recettes T2A. Cette activité a «apporté» des recettes en augmentation régulière depuis 2014.

**COMPTE DE RESULTAT EOLE**

DEPENSES			RECETTES		
	2017	2 018		2 017	2 018
Personnel médical	179 160,00	191 545,00	Produits de la tarification	1 405 220,38	1 557 344,00
Personnel non médical	1 226 452,00	1 132 201,00	Produit tarification médecine	159 333,61	155 914,00
<b>T1 - Dépenses de personnel</b>	<b>1 405 612,00</b>	<b>1 323 746,00</b>	Forfait journalier	107 190,00	121 065,00
<b>T2 - Dépenses médicales</b>	<b>20 431,00</b>	<b>20 639,00</b>	Recettes diverses	4 338,34	5 671,00
<b>T3 - Dépenses hôtelières et générales</b>	<b>2 111,00</b>	<b>1 073,00</b>			
<b>T4 - Charges financières, amt, structure</b>	<b>1 568,00</b>	<b>3 099,00</b>			
<b>TOTAL CHARGES BRUTES</b>	<b>1 429 722,00</b>	<b>1 348 557,00</b>			
Logistique médicale	23 941,00	27 224,00			
SA médico-techniques	48 815,00	59 475,00			
Plateau soins somatiques		146 301,00			
		<i>En 2017, ces rubriques ont été ventilées directement dans les SA définitives</i>			
Plateau odontologie		7 503,00			
LGG	472 349,00	404 741,00			
<b>Sous-total charges indirectes</b>	<b>545 105,00</b>	<b>645 244,00</b>			
Charges de structure	58 813,00	54 999,00			
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2 033 640,00</b>	<b>2 048 800,00</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1 676 082,33</b>	<b>1 839 994,00</b>
RESULTAT (EXCEDENT)	0,00	0,00	RESULTAT (DEFICIT)	357 557,67	208 806,00
<b>TOTAL</b>	<b>2 033 640,00</b>	<b>2 048 800,00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2 033 640,00</b>	<b>2 048 800,00</b>

(source : RTC 2017 et 2018)

Cependant, les comptes de résultat 2017 et 2018 de l'unité d'addictologie (voir ci-dessus) démontrent que le budget de cette unité est déficitaire en 2017 de 357 558 euros et de 208 806 euros en 2018. Ces déficits annuels nous imposent de mener une réflexion quant à l'évolution de ce service et quant à la durée des cures de sevrage.

## 2. Unité du Sommeil

### 2-1 Présentation

L'unité de médecine du Sommeil est impliquée dans le repérage de différents troubles du sommeil. Il pratique un dépistage et des soins précoces pour tout type de troubles liés au sommeil ; il est accrédité par la SFRMS.

Cette Unité intersectorielle d'exploration du sommeil comportant 2 lits permet de :

- Réaliser des enregistrements du sommeil (consultations spécialisées préalables obligatoires),
- Répondre à la demande d'examen en électro physiologie, en électro – encéphalographie, en électro - myographie.
- Répondre à d'autres catégories d'examen

L'unité du sommeil permet de poser un diagnostic suite à des troubles du sommeil, de traiter des dépressions saisonnières, de participer à des évaluations de la personnalité etc ...

Les personnes accueillies sont soit des patients internes hospitalisés soit des patients adressés par des praticiens extérieurs.

### 2-2 Indicateurs d'activité de 2014 à 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Taux d'évolution de 2014 à 2019
<b>File active T2A (hospit)</b>			28	156	155	181	<b>+ 546 %</b> de 2016 à 2019
<b>Journées T2A</b>			52	305	289	305	<b>+ 486 %</b> de 2016 à 2019
<b>File active ambulatoire de psychiatrie</b>	471	510	546	601	799	781	<b>+ 65.81 %</b>
<b>Nombre d'entretiens individuels</b>	1 028	1 094	1 286	1 338	1 753	1 480	<b>+ 43.97 %</b>
<b>File active HC de psychiatrie</b>	120	133	106				
<b>Journées HC de psychiatrie</b>	236	258	206				

La file active a été de 181 patients en 2019, soit une augmentation de + 546 % entre 2016 et 2019 (pour la partie activité T2A). Le nombre d'entretiens individuels a augmenté de + 43,97% entre 2014 et 2019. A noter que l'activité Sommeil est passée en mode de financement à l'activité à partir du dernier trimestre 2016.

### 2-3 Evolution des recettes T2A de 2014 à 2019

Conformément au tableau ci-dessous, nous constatons que les recettes T2A perçues par le CH La Chartreuse sont relativement stables avec quand même une petite tendance à la baisse. Toutefois, en 2019, **l'unité du sommeil présente un déficit de 135 654 euros**. Toute extension de capacité devra être étudiée en fonction de la situation des recettes et dépenses de cette unité.

**Tableau de l'évolution des recettes de T2A de l'unité du sommeil de 2014 à 2019**

	2016	2017	2018	2019
<b>Sommeil</b>	41 432 €	339 578 €	277 921.85 €	276 661.31 €

<b>Unité du sommeil – Compte de résultat 2019</b>	
Total Charges directes	401 464.80 €
Total Charges indirectes	112 927.80 €
<b>TOTAL COÛT COMPLET</b>	<b>514 392.60 €</b>
Produits T2A	276 661.32 €
Ticket modérateur	71 969.03 €
Forfait journalier	9 760.00 €
Soins ambulatoires	17 528.80 €
Autres recettes	2 819.00 €
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>378 738.15 €</b>
<b>RESULTAT ACTIVITE DU SOMMEIL</b>	<b>- 135 654.45 €</b>

### 3. Unité de sismothérapie

L'unité ECT de La Chartreuse fonctionne au rythme de 2 journées d'activité par semaine avec une moyenne actuelle de 8 séances de sismothérapie par journée pour une moyenne de 90/92 journées d'activité par an.

	2017	2018	2019
FA	84	73	66
Nb actes CCAM	743	731	713

La file active oscille autour de 70 patients pris en charge par l'unité soit dans un contexte d'hospitalisation complète soit en hospitalisation de jour.

Dans un parcours classique, le patient suit une première cure dans le contexte d'une hospitalisation complète (1ere cure composée de 6 à 12 séances au rythme de 2/semaine). Ensuite, une phase de consolidation peut être recommandée dans un suivi extra-hospitalier avec des séances dites d'entretien réalisées au rythme variant de 1 séance/15 jours puis 1 séance/mois et enfin 1/6 mois. Le ratio quotidien des prises en charge est d'1/3 hospitalisation complète pour 2/3 d'hospitalisation de jour.

#### Origines géographiques 2018

Origine sectorielle	H	F	Total
21G01	1	1	2
21G02	4	7	11
21G04	2	7	9
21G05	2	2	4
21G06	6	8	14
21G07	2	10	12
Autre département	3	14	17
Non renseigné	2	2	4
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>73</b>

Au regard des sectorisations de patients pris en charge, 76 % sont domiciliés en Côte d'Or.

Répartition selon l'unité demandeuse (2018)

Unité demandeuse	File active	Nombre d'actes CCAM
Altair	1	6
Buffon	3	23
Camille Claudel	2	3
Géronto-psychiatrie	7	63
Sismothérapie (Patients Externes)	7	103
Unité de la Dépression	40	367
UMRAHC	3	14
Unité de Psychiatrie Générale	14	122
Vincent Van Gogh	3	30
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>731</b>

## VII- SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC : POINTS FORTS ET POINTS D'AMÉLIORATION

### A. POINTS FORTS

1. Un fort positionnement du CH La Chartreuse dans le Pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale et du Projet Médical Partagé du GHT 21 /52, filière psychiatrique.
2. Un dynamisme du CH La Chartreuse dans sa fonction de coordination du Centre Référent Régional de Réhabilitation Psychosociale de niveau 2 en Bourgogne.
3. Une Plateforme d'Orientation Psychiatrique (POP) structurée et complète qui organise de manière efficace l'accueil et l'orientation des patients grâce à l'unité d'accueil et d'observation de 8 lits, grâce à l'unité de courte durée de 5 lits et grâce à l'ESPID (Equipe de Soins Psychiatrique à Domicile).
4. Un maillage ambulatoire très complet du territoire aussi bien pour la psychiatrie de l'adulte (11 structures de CMP/CATTP et/ou HDJ) que pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (10 structures de CMP- CATTP et/ou HDJ).
5. Une structuration départementale de la filière psychiatrique de l'Enfant et de l'Adolescent et une offre de soins reconnue sur le territoire par les partenaires.
6. Un plateau technique et somatique de proximité incluant de nombreuses modalités de prises en charge (somatiques, pharmacie...).
7. Des activités de neuro psychiatrie reconnues (laboratoire du sommeil et électroconvulsivothérapie), avec un fort potentiel de développement (pôle de neuropsychiatrie envisagé avec le CHU, non concrétisé à ce jour).
8. Forte dynamique du CH La Chartreuse dans le Pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale et du Projet Médical Partagé du GHT 21 /52, filière psychiatrique.
9. Un fort partenariat avec les Représentants des Usagers.
10. Des structures spécialisées de proximité : pharmacie, centre de documentation, affaires juridiques...

## B. AXES D'AMÉLIORATION

1. **Tension sur les lits de psychiatrie** constatée à partir de 2017, en raison de la fermeture progressive d'une trentaine de lits ; cette tension a duré tout au long des années 2017, 2018 et début 2019. Ainsi l'unité « hôpital en tension » a été ouverte pendant 18 jours en 2018 et 9 jours seulement en 2019. A partir de décembre 2019 l'ouverture de la POP a permis une disponibilité quotidienne de lits (entre 20 et 40) au lieu de 10 lits maximum antérieurement.
2. **Non-conformité de 28 lits de psychiatrie** (dont 14 dans les unités d'entrée et 14 dans l'unité déficients profonds qui seront « solutionnés » par la future MAS) ce qui a valu à l'établissement d'être certifié **C** avec une recommandation d'amélioration pour la thématique « droits des patients » dans le cadre du rapport de certification de février 2020.  
L'HAS indique dans son rapport : « les conditions d'hébergement de certains locaux ne permettent pas au patient le respect de son intimité, de la confidentialité des informations et de la sécurité des patients : locaux non dédiés à l'hébergement de patient (salle de visite; bureaux médicaux) et locaux non équipés de paravents ni d'appel malade utilisés de façon permanente ou de façon ponctuelle dans plusieurs unités (l'unité de la dépression, Buffon, Van Gogh, Altair, Cassiopée, Camille Claudel et l'unité géro-psycho-geriatrie) ».
3. **Pourcentage important de patients en hospitalisation libre dans les 5 unités fermées** (situé autour de 45%) : cette problématique induit la nécessité d'une réflexion concernant la répartition des lits entre unités fermées et unités ouvertes. Ces patients ont des restrictions de liberté importantes car ils doivent obtenir l'autorisation d'un médecin pour pouvoir sortir du service.
4. **Plateforme médico-sociale** : nombre de lits du FAM insuffisant, organisation insuffisamment coordonnée des parcours entre les structures médico-sociales et les unités de psychiatrie, qu'il s'agisse d'unités au long cours ou d'unités d'entrée.
5. **Déficit budgétaire lié à l'activité de médecine en addictologie** (208 000 € en 2018) nécessitant une réflexion quant à l'augmentation éventuelle du nombre de lits.
6. Une redéfinition nécessaire des missions des structures extra hospitalières et de leur organisation
7. Un questionnement sur les durées d'hospitalisation et les ré hospitalisation pour adapter l'offre médico-soignante.
8. Absence de projet transversal concernant certaines fonctions socles de l'activité de l'hôpital :
  - Psychologues
  - Assistants de Service Social
9. Un positionnement et une structuration en filière de prise en charge à définir concernant :
  - La psychiatrie de la personne âgée
  - Les plateformes d'orientation et de gestion des cas complexes (enfants et adultes)
  - La réinsertion vers l'emploi et le logement, tenant compte des publics précaires
  - La prise en charge coordonnée des soins de psychothérapie
  - La prise en charge de l'autisme
  - La prise en charge des troubles du comportement alimentaire
  - La coordination des projets de recherche et de l'innovation en santé mentale

## 2°PARTIE - PROJET MEDICAL

### I- METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL

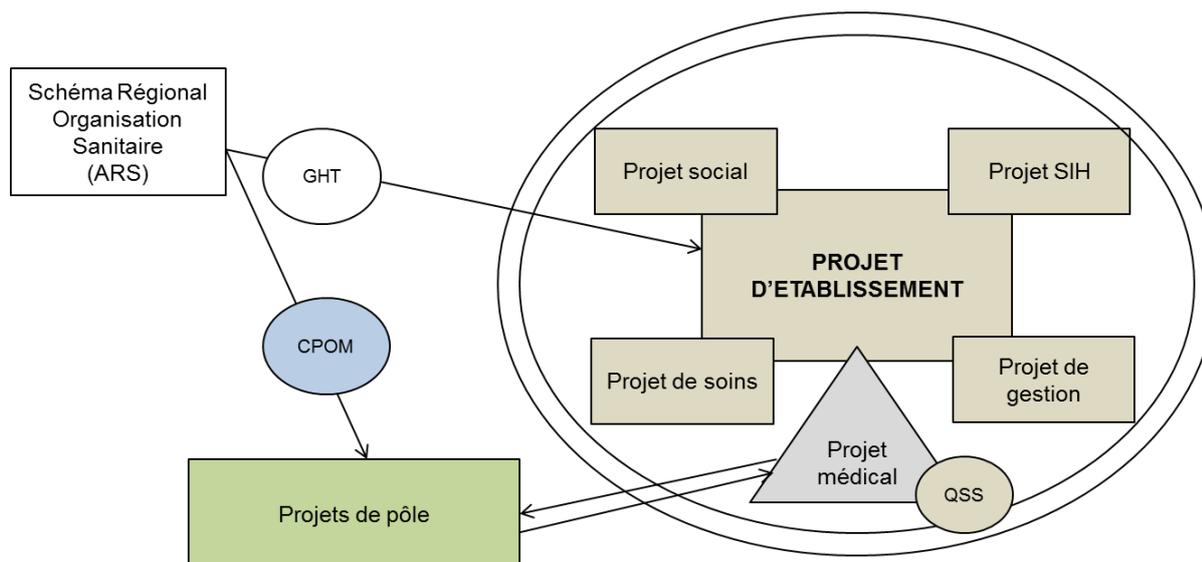
#### AXE 1 : LES OBJECTIFS DU PROJET MÉDICAL

##### En externe

- Une expression des ambitions et des valeurs de l'établissements
- Un outil de dialogue et de négociation avec les tutelles (PRS, CPO, GHT, ...)
- Valorisation et lisibilité des projets médicaux (financements, partenariats et attractivité)

##### En interne

- Projet médical = socle du projet d'établissement
- Base de la structuration des pôles et de l'organisation médico-soignante, définie dans les contrats de pôles



##### Le contenu attendu :

- Cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire-PRS / Projet Médical Partagé du GHT & PTSM
- Amélioration de la qualité et sécurité des soins
- Objectifs en matière de recherche et démarches innovantes

---

## AXE 2 : DEFINITION DES ORIENTATIONS DU NOUVEAU PROJET MEDICAL

### 1. Les orientations nationales : la feuille de route ministérielle relative à la santé mentale 2018

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Au sein de ces quatre axes, elle détermine onze domaines d'actions prioritaires déclinés en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap. Elle comporte un volet spécifique à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, ainsi que des objectifs propres à la Corse et à l'outre-mer.

La stratégie de santé mentale et la psychiatrie, incarnée par sa délégation ministérielle, prône une dynamique portée dans les territoires via le déploiement des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), action majeure des 10 mesures prioritaires 2019. L'établissement a pris pleinement sa part dans la mise en œuvre de cette mesure dont il assure le pilotage pour la Côte-d'Or.

Plusieurs leviers sont à mobiliser dans ce cadre : les appels à projets nationaux, le développement de l'offre en réhabilitation psycho-sociale, la structuration d'une offre de prise en charge du psycho-traumatisme, ...

Sur cet axe en particulier, la campagne 2019 a marqué une véritable rupture avec les campagnes des années précédentes. La dotation annuelle de financement a ainsi augmenté en 2019 de manière significative pour rattraper le retard pris dans les dernières décennies.

### 2. Les orientations du projet Régional de Santé 2018-2023

Le parcours régional santé mentale et psychiatrie évoque différentes caractéristiques qui marquent la région, d'une part une surmortalité par suicide avec un taux pour la partie Bourgogne de 17,3 % pour un taux national de 15,1 %, d'autre part, une densité de psychiatres en région Bourgogne Franche-Comté inférieure à la moyenne nationale : moyenne régionale de 17 pour 100 000 habitants versus moyenne nationale de 23 pour 100 000 habitants.

Par ailleurs, un rapport d'avril 2017 sur la psychiatrie des mineurs en France dresse un constat de crise au niveau de la recherche, de la prise en charge, du dépistage, aggravée par une saturation des structures. L'enjeu sera donc de développer le dispositif de soins et de prévention pour l'adapter aux besoins de la population dans le cadre d'un réseau élargi à l'ensemble des partenaires et tenant compte des spécificités en pédopsychiatrie telles que :

- Rôle central des missions de prévention précoce ;
- Transition de l'adolescence à l'âge adulte ;
- Importance du partenariat : famille, école, protection de l'enfance, social, justice et médicosocial ;
- Place majeure des dimensions psychologiques et développementales dans les pathologies présentées.

Il s'agit donc sur un territoire régional hétérogène d'optimiser les ressources existantes et de capitaliser les dynamiques pour répondre à six enjeux majeurs :

- Permettre à chaque personne présentant des troubles psychiques, quels que soient son âge, sa situation sociale et son lieu de vie, d'accéder aux soins, y compris sur le plan somatique et aux différents dispositifs de prise en charge et d'accompagnement requis par l'évolution de son état de santé ;
- Organiser et optimiser les démarches et actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le domaine de la santé mentale ;
- Mettre en place et assurer une prise en charge plus précoce des troubles psychiques ;
- Poursuivre la réduction du recours à l'hospitalisation complète ;
- Associer l'environnement familial de la personne en situation de handicap psychique à l'organisation des soins et soutenir les aidants familiaux par l'organisation d'ateliers « Profamille » ;
- Valoriser le soutien par les pairs usagers et par les associations d'entraide familiale.

Le projet d'établissement s'inscrit dans le cadre de ces orientations régionales.

### 3. Autres orientations

**Avec les données externes :** pour tenir compte de l'environnement de l'établissement en termes d'opportunités et de menaces (cf. partie I).

- Données populationnelles, contexte sanitaire, démographie médicale ;
- Projets de loi, réglementation ;
- Rapports, plans et programmes (Laforcade, Assurance maladie, ARS, ...), nationaux, régionaux, ...
- Projet médical partage de la filière psychiatrique du GHT 21-52 Projet Territorial de Santé Mentale ;
- Circulaires, appels à projets, ...

**Avec les données internes :** pour déterminer nos forces, faiblesses et potentialités (cf. partie I).

- Bilan du projet médical 2014-2019
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2016 / Contrat de Performance des Organisations (CPO) 2017-2022
- Projets de pôle / contrats de pôle
- Certif, avis de la Commission des Usagers (CDU), recommandations du Comité de Gestion des Risques et des Vigilances et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CGRV-CLIN) / CLAN / CLUD, sous-commission EPP, ...
- Diagnostic de l'existant : indicateurs d'activité, ressources, satisfaction, pratiques, qualité, sécurité, ...

**En tenant compte des interfaces :** pour anticiper les interactions et lever les points de rupture

- Filières
- Réseaux
- Parcours de soin
- Relations inter pôles/secteurs/unités

**Autres éléments à prendre en compte :**

- Lien avec les facultés
- Organisation et redéploiement des moyens nécessaires

### AXE 3 : LES GROUPES DE RÉFLEXIONS THÉMATIQUES

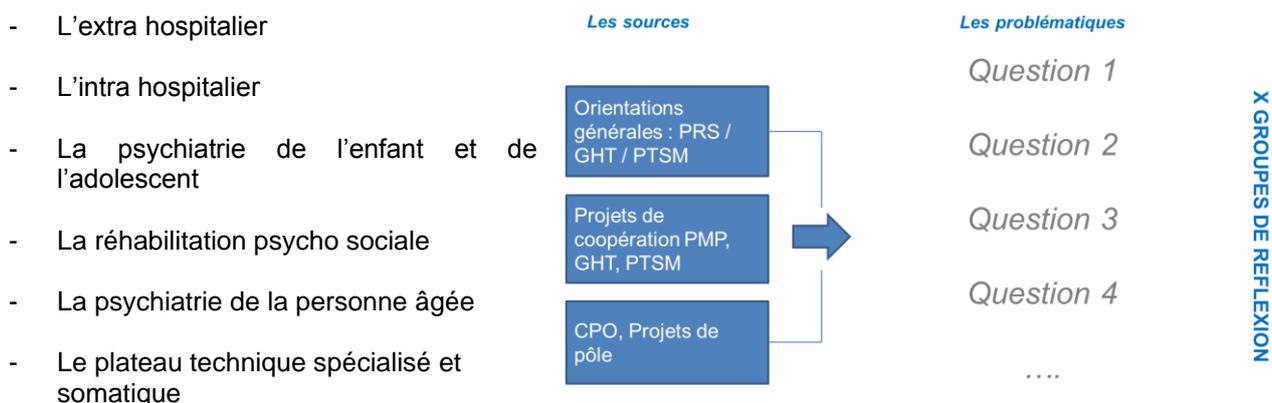
Deux axes de réflexion conjoints ont été proposés par le Directoire, pour une adaptation des prestations du Centre Hospitalier La Chartreuse aux besoins de la population, dans un contexte d'optimisation des organisations et un cadre financier contraint :

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

La méthode ainsi retenue vise à :

- Mettre en œuvre une concertation pluridisciplinaire autour du projet médical, en veillant à l'articulation avec les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).
- Mettre en place des groupes participatifs, pour chaque grande orientation du projet médical.
- Accompagnement possible par la Direction des Affaires Générales (DAG).

**Une organisation de la réflexion par grandes orientations du projet médical préfiguratrice des futurs pôles :**



Principaux indicateurs de la dynamique projet médical 2019	Nombre
Nombre de participants dans les groupes de travail	115
Nombre de réunions COPIL (novembre 2019-juillet 2020)	8
Nombre de réunions des groupes projet (global)	23
Nombre d'usagers présents dans les groupes	2
Nombre de médecins participant aux groupes	36
<i>dont psychiatres</i>	31
<i>dont somaticiens</i>	4
<i>dont médecin gériatre</i>	1
Nombre de psychologues participant aux groupes	7

Grâce à cette démarche collective, plusieurs aspects positifs ont pu être dégagés et des points de vigilance dont nous devons tenir compte

- Une implication très forte de la part de l'ensemble des professionnels.
- Beaucoup de complémentarité et de transversalité dans les réflexions des groupes projets.
- L'intérêt porté par les usagers et le collège des psychologues à contribuer au projet.
- Nécessité de mieux prioriser les projets dans le temps et selon leurs conditions de faisabilité
- Définir, chiffrer plus précisément la capacité en termes de personnels et de financements nécessaires à chaque projet.
- D'une manière globale, l'ensemble des médecins référents ont restitué la nécessité de mieux articuler les projets de l'hôpital avec le secteur libéral (axe en lien avec le PTSM).

---

#### **AXE 4 : MODALITES DE SUIVI DU PROJET MÉDICAL**

- Contenu révisable
- Mise en œuvre opérationnelle via les contrats de pôle
- Evaluation à 5 ans

## II- AXES STRATÉGIQUES

### AXE 1 : EVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale a cette particularité de devoir répondre à la fois à des enjeux sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ce qui rend son action complexe. Le projet médical s'inscrit dans cet environnement en perpétuelle évolution : légale, réglementaire, sociétale et thérapeutique.

Parmi les évolutions de la psychiatrie ces dernières années, plusieurs points ont été pris en compte dans le diagnostic externe à l'établissement :

- Une forte évolution de la demande des Usagers, partenaires et pouvoirs publics (troubles mentaux, populations spécifiques, problématiques sociales, ...).
- Des évolutions thérapeutiques (champ sanitaire) et une orientation vers les dispositifs innovants en santé mentale.
- Le développement de l'offre et des services médico-sociaux.
- L'impact du travail reconnu dans le champ social.
- Les évolutions portées par la loi quant à l'organisation territoriale de la psychiatrie et santé mentale (GHT et PTSM).
- L'impact de la réponse du financement de la psychiatrie.
- Le SEGUR de la santé en cours qui positionne les EPSM pour porter les filières psychiatriques et les impacts de la crise COVID-19.

Dans ce contexte, pour définir ses projets, l'établissement doit tenir compte :

- D'un cadre coopératif large.
- De l'association de l'Usager ou « personnes concernées par un trouble psychique ».
- Des évolutions thérapeutiques, de la recherche et des innovations en santé mentale.
- De la nouvelle tarification de psychiatrie annoncée pour 2021.
- Des évolutions à venir en termes de gouvernance (GHT, pôles, ...).

#### 1. Le cadre du GHT 21-52

**La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>6</sup>** visait la mise en œuvre sur chaque territoire d'une organisation graduée, allant de la prévention et du repérage, à l'ensemble des techniques de soins et prises en charge spécifiques, jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Cette mise en œuvre passant par la création de nouvelles structures publiques : les **Groupements Hospitaliers de Territoire**.

L'article 69 de la loi de santé a introduit le **concept de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale**. Le parcours devant répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants dans un ancrage territorial.

Pour la filière psychiatrique et les établissements porteurs qui connaissent un historique particulier d'organisation territoriale de l'offre<sup>7</sup>, la pertinence de l'intégration dans cette nouvelle structure publique a posé question, en particulier aux communautés médicales.

<sup>6</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>7</sup> La psychiatrie a cette particularité historique du secteur qui définit l'organisation des soins sur les territoires depuis la circulaire du 15 mars 1960

La crainte d'une perte d'identité au profit d'une hyper structure généraliste s'est manifestée lors de la question de l'adhésion au GHT. Cette crainte se fonde sur la peur de perdre le secteur psychiatrique, c'est-à-dire le fondement de l'organisation de soins de proximité.

L'établissement a toutefois fait le choix de rejoindre le **Groupe Hospitalier de Territoire 21-52 (GHT 21-52)** avec une gouvernance psychiatrique dédiée portée par l'établissement (mandat ARS), sur la base d'un **Projet Médical Partagé (PMP)** de la filière psychiatrie et santé mentale 2017 - 2022.

Ce projet constitue un cadre important du présent Projet Médical.

La dernière loi - Ma Santé 2022 - est venue renforcer le dispositif du GHT et vise la mise en place de Communautés Médicales de Territoire, actuellement en discussion.

Ce nouveau lieu de gouvernance doit aussi conduire la communauté médicale à se positionner dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

Si le cadre coopératif et la gestion de projet commune restent difficiles à mettre en œuvre, il a été démontré que la structuration de certaines filières de soins au niveau départemental avait pu voir le jour dans ce cadre.

Le constat après 3 ans de pratique du GHT nous amène à considérer qu'il est nécessaire :

- De poursuivre l'implication dans le GHT et de maintenir le mandat de l'établissement dans le pilotage de la filière ;
- De trouver des formules plus adaptées en termes de gestion de projets commune et simplifiée entre les structures ;
- De concrétiser les partenariats interfilières, notamment avec la filière gériatrique et somatique ;
- D'investir le champ du PTSM de Côte d'Or pour traiter les sujets de prévention en santé mentale et d'insertion des personnes dans les lieux de vie « ordinaires ».

## **2. Le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale de Côte d'Or**

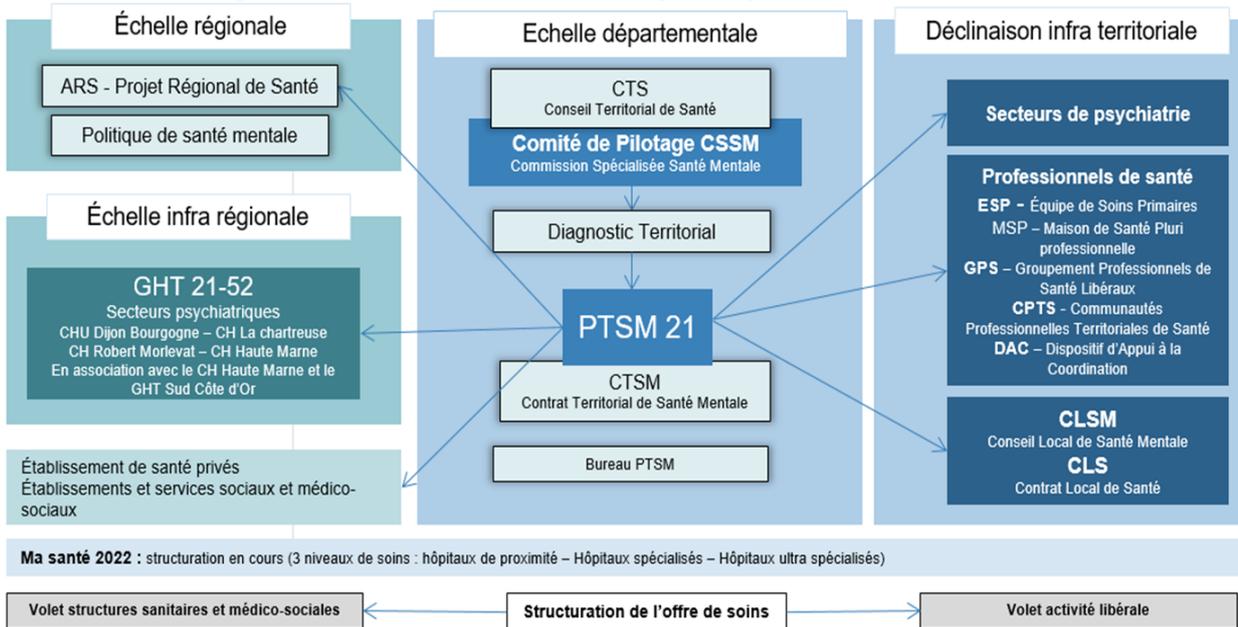
**La loi de santé 2016** a également introduit de nouveaux dispositifs d'organisation des soins en santé mentale qui visent à reconnaître la spécificité de cette prise en charge. L'article L. 3221-2 du code de la santé publique (CSP) explicite les différents dispositifs créés :

- Le projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ;
- Le diagnostic territorial partagé en santé mentale fait état des ressources disponibles, des insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité des services. Il préconise des actions pour y remédier ;
- Le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire pour définir l'action de ces derniers, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation ;
- Une communauté psychiatrique de territoire (CPT) peut être constituée entre établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. Les modalités de la création de cette dernière et son articulation avec les autres dispositifs ont été précisées par le décret n°2016-1445 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

**L'article 158 de la loi 2016** a mis en place de nouvelles instances territoriales de démocratie sanitaire: les conseils territoriaux de santé (CTS). Ces instances réunissant l'ensemble des financeurs, effecteurs, décideurs et usagers ont vocation à devenir les parlements territoriaux de santé (les conseils territoriaux de santé remplacent les conférences de territoires mises en place par l'article 118 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoire).

De cette instance est née la **Commission Spécialisée en Santé Mentale, issue du CTS**, mise en place en 2018 en Côte d'Or et chargée de piloter le Projet Territorial de Santé Mentale depuis la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale en octobre 2019.

### L'organisation territoriale de la politique de santé mentale

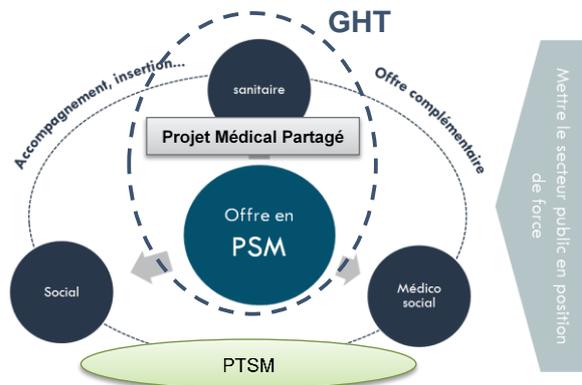


Compte tenu des évolutions induites via le PTSM et l'attente de nos financeurs, il semble indispensable de prendre en compte la perception de nos partenaires pour déterminer les modalités d'intervention les plus adaptées sur le territoire.

### AXE 2 : POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE L'HOPITAL DANS SA MISSION DE PILOTAGE DE LA FILIÈRE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Les enjeux pour la filière psychiatrique schématisés ci-dessus sont de trois ordres :

- Maintenir une offre de service public cohérente sur le territoire ;
- Articuler cette offre sanitaire avec les secteurs partenaires, qu'ils soient sociaux, médico sociaux ou libéraux, dans une logique de complémentarité, via un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), au niveau départemental ;
- Organiser la gouvernance de la filière pour permettre la mise en œuvre du projet sur le territoire, qu'il s'agisse du GHT et du PTSM – dispositifs obligatoires - et/ou d'une éventuelle Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT), dispositif spécialisé volontaire.



L'organisation territoriale en santé mentale et les nouveaux dispositifs de gouvernance des projets sur le territoire nous engagent à :

- Mettre en œuvre du Contrat Territorial de santé mentale (CTSM) signé en octobre 2019.

- Garantir l'accès à un « panier de soins et de services » indispensables pour répondre aux besoins de la population du territoire concerné par un PTSM.
- Définir une stratégie de prise en charge commune, graduée et en complémentarité avec les autres secteurs, acteurs de la santé mentale de la population.

Le **Projet Territorial de Santé Mentale** étant intervenu après l'élaboration du Projet Médical Partagé du GHT, à un niveau de découpage différent, a pu générer de l'incompréhension et un sentiment de dispersion dans ces démarches au niveau médical. Ce « foisonnement de dispositifs » génère aussi une confusion du champ décisionnel quant aux arbitrages financiers des projets (ARS, Directions d'établissements, partenaires du PTSM).

La Direction et la communauté médicale ont soulevé les difficultés liées à une superposition des dispositifs prévus dans le champ de la santé mentale, dès la mise en place de ces nouveaux dispositifs en 2018.

Toutefois, il semble y avoir consensus sur le niveau départemental retenu dans le cadre du PTSM, qui semble plus pertinent pour la mise en œuvre des projets que celui du GHT (proximité géographique et ARS commune).

Afin de permettre une articulation du projet médical avec le PTSM niveau départemental, il sera primordial d'engager un dialogue avec l'ARS afin de fixer les rôles de chacun dans un dispositif cohérent :

- Par un circuit transparent du financement des dispositifs santé mentale du PTSM et du GHT.
- Par un management clair des projets : orientations stratégiques du PRS, appui statistique pour la poursuite du diagnostic partagé, gestion concertée des APP et des autorisations.
- Par la mise en œuvre des facteurs de réussite de l'animation territoriale : favoriser le travail en réseau par la dématérialisation des dossiers et le déploiement de la visioconférence, apporter un appui administratif et un soutien aux leaders médicaux avec une gestion médico-administrative définie.
- En évitant les réunions en « doublon ».
- En laissant l'initiative aux équipes de terrain.
- Quid du positionnement / portage et implication dans les CLSM / CLS.

Les **Communautés Psychiatriques de Territoire** se rapprochent du dispositif des GHT mais sont toutefois plus larges au niveau de leur composition (acteurs du PTSM) et relèvent d'un dispositif volontariste (en opposition au GHT à caractère obligatoire).

Cette option n'a pas été retenue par la communauté médicale au cours du précédent projet médical, mais la pertinence d'un tel dispositif a été soulevée à plusieurs reprises.

Toutefois, l'intérêt d'une Communauté Psychiatrique de Territoire, dispositif intermédiaire entre le GHT et le PTSM n'a pas été étudié. A ce jour, il semblerait plus opportun d'investir une nouvelle forme de gouvernance des projets via les instances du PTSM 21.

---

### AXE 3 : LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE FACE À DE NOUVEAUX DÉFIS

La communauté médicale réaffirme dans ce projet médical le caractère innovant du modèle du secteur psychiatrique qui s'inscrit dans une perspective de « responsabilité populationnelle » depuis près de 60 ans, fondement de la graduation des soins psychiatriques.

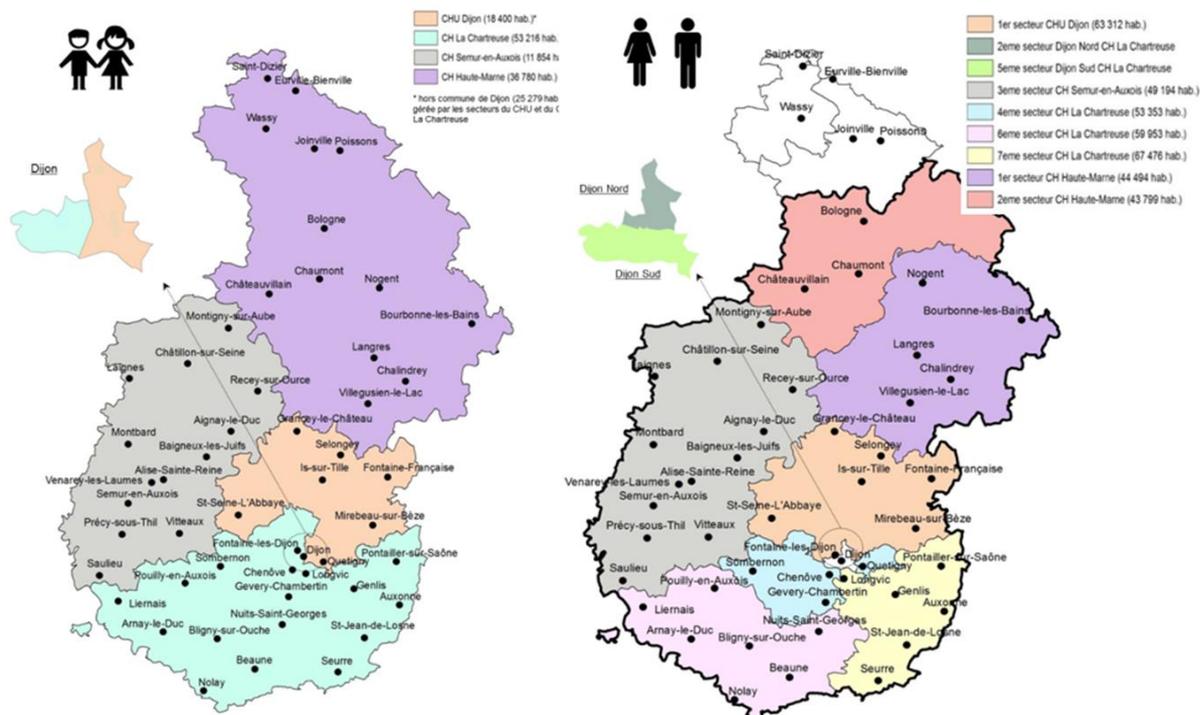
Considérant la force et l'originalité du secteur psychiatrique elle ne doit pas faire obstacle à la logique de parcours de soins ni constituer des « frontières » de prises en charge.

Le projet médical doit s'efforcer d'éviter cet écueil pour assurer l'équité des soins dispensés aux populations du territoire.

Dans ce contexte, le CH La Chartreuse a mis en place une démarche managériale qui implique l'ensemble des acteurs de l'hôpital afin d'assurer la qualité et la sécurité des prestations dispensées et la satisfaction des patients/résidents.

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins constitue une priorité institutionnelle et managériale. A travers cette politique la Direction et les Instances, particulièrement la CME, s'engagent à atteindre les objectifs fixés et à assurer la mise à disposition des ressources nécessaires à leur réalisation.

### Découpage des secteurs de psychiatrie du GHT 21-52



L'organisation sectorielle actuelle reste toutefois complexe, plusieurs options pourraient permettre de la simplifier (sous réserve de l'accord de l'ensemble des établissements détenteurs d'une autorisation de psychiatrie) :

- Révision du découpage sectoriel proportionnellement aux besoins et démographie,
- Création d'un département de psychiatrie (correspondant au département de la Côte d'Or, niveau de gouvernance le plus pertinent retenu par l'ARS dans le cadre des PTSM),
- Ces options doivent être soumises à un point de vigilance : la préservation de l'affectation des moyens de chaque secteur permettant d'assurer les soins de proximité.

Pour répondre à ces questions, il sera utile d'analyser les caractéristiques du territoire avec l'ensemble des partenaires.

Caractéristiques des secteurs de psychiatrie du territoire GHT 21-52 (base données 2016)

Secteurs/Etablissement	Population	Km <sup>2</sup>	Densité	Lits	Places	File active
<b>Secteurs enfants et adolescents</b>						
CHU Dijon (hors Dijon)	18 400	1 599	11,5	10	-	975
CH La Chartreuse(hors Dijon)	53 216	3 528	15,1	0	-	2 084
<i>Dijon (CHU &amp; CH LA CHARTREUSE– découpage sectoriel à l'intérieur d'une même aire urbaine)</i>	25 279	40	625,6	-	80	NA
CH Semur-en-Auxois	11 854	3 596	3,3	4 HDN	25	419
CH Haute-Marne	36 780	6 211	5,9	-	31	1 640
<b>TOTAL</b>	<b>145 529</b>	<b>14 974</b>	<b>9,7</b>	<b>14</b>	<b>136</b>	<b>5 118</b>

Secteurs adultes						
CHU Dijon	63 312	1 664	38	51	25	3 731
CHS La Chartreuse Dijon Nord & Sud	127 724	40	3 160,7	87	26	2 919
CH Semur-en-Auxois	49 194	3 596	13,7	38	25	1 639
CHS La Chartreuse 4ème Secteur	53 353	645	82,8	21	32	1 734
CHS La Chartreuse 6ème Secteur	59 953	1 715	35	63	0	2 437
CHS La Chartreuse 7ème Secteur	67 476	1 103	61,2	20	23	1 865
CH St Dizier secteur Langres	308 506	3 506	88,1	25	15	9 839
CH St Dizier secteur Chaumont	44 494	2 596	17,1	26	15	1 377
<b>TOTAL</b>	<b>774 012</b>	<b>11 269</b>	<b>68,6</b>	<b>331</b>	<b>161</b>	<b>25 541</b>

Essai de représentation des points de vigilance des secteurs de l'adulte réalisé dans le cadre des travaux préparatoires au PMP du GHT 21-52

Essai de représentation des points de vigilance des secteurs de psychiatrie de l'adulte  Source données: ORS / Données déclaratives établissements	Qualité de vie	75 et +	Contexte sanitaire et économique				Offre libérale sanitaire			Offre publique sanitaire	
			Personnes vivant seules	Taux de pauvreté	ALD pour troubles mentaux	Suicide (mortalité et TS)	Psychiatres	Psychologues	Médecins généralistes	Taux d'équipement en lit et place (pour 1000 hab)	
										Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel
CHU Dijon									0,8	0,4	
CHLC Dijon Nord & Sud									0,7	0,2	
CH Semur-en-Auxois									0,8	0,5	
CHLC 4ème Secteur									0,4	0,6	
CHLC 6ème Secteur									0,8	0	
CHLC 7ème Secteur									0,3	0,3	
CHHM Langres									0,6	0,3	
CHHM Chaumont									0,6	0,3	
Echelle de vigilance											
Très faible	Faible		Intermédiaire			Elevé		Très élevée			
<b>Contexte sanitaire et économique</b>	Qualité de vie dans les territoires de vie (selon l'Insee)										
	Population de moins de 20 ans										
	Population de 20 ans et plus										
	Population de 75 ans et plus										
	Taux de pauvreté pour un seuil à 60% du niveau de vie médian										
	Part des personnes vivant seules										
	ALD pour troubles mentaux										
	Hospitalisations en MCO pour tentative de suicide										
<b>Offre libérale sanitaire</b>	Médecins généralistes libéraux										
	Psychiatres libéraux										
	Psychologues libéraux										
<b>Offre sanitaire publique</b>	Taux d'équipement en lit et place en hospitalisation complète et à temps partiel										

Les secteurs se caractérisent par deux profils de territoires :

- Les secteurs ruraux dans lesquels les professionnels sont confrontés à des difficultés liées à la démographie médicale et aux contraintes de fonctionnement dues à la superficie du secteur couvert.
- Les secteurs urbains, dans lesquels on observe un fort accroissement de la demande et une organisation à clarifier avec les structures sociales et médico-sociales.

Une forte pression sur les lits d'hospitalisation (récemment amoindrie grâce à la création de la POP ?) des difficultés à trouver des solutions d'aval et à s'articuler avec les services d'urgences, conjuguées à une

démographie médicale inquiétante constituent les principales difficultés auxquelles l'établissement est confronté.

L'offre sectorielle est peu homogène au regard des besoins spécifiques de la population. Cette iniquité résulte du fait de l'histoire, des stratégies locales et des financements alloués pour accompagner la dynamique de projet sur les secteurs de l'hôpital et sur le territoire de Côte d'Or.

Ces constats nous amènent à considérer qu'il est nécessaire de poursuivre deux approches complémentaires :

- Renforcer le secteur psychiatrique et les soins de proximité prioritairement :
  - o Secteur Dijonnais : prise en charge des ALD troubles mentaux, risque suicidaire et personnes isolées / précarité. Un partenariat avec le CHU pourrait être utile en matière de postes médicaux partagés et de développement de filières ciblées sur dépressions, suicides et personnes âgées.
  - o 4<sup>ème</sup> secteur : ALD troubles mentaux et risque suicidaire ; renforcement des alternatives à l'hospitalisation et coopérations avec la psychiatrie libérale (déficit en terme de médecins généralistes)
  - o 6<sup>ème</sup> secteur : prise en charge de la personne âgée (association à la filière gériatrique des HCB) et renforcement de l'organisation médicale compte tenu de la raréfaction de l'offre libérale de proximité (psychiatres, psychologues et généralistes) ; voire développement d'une activité HDJ et en tout cas de la coordination avec les HCB ;
  - o 7<sup>ème</sup> secteur : même profil de besoins que le 6<sup>ème</sup> secteur en terme d'organisation médicale et de développement d'alternatives à l'hospitalisation
  - o Un partenariat avec le CH de Semur en Auxois semblerait pertinent compte tenu de leur profil de territoire ; notamment pour la prise en charge des personnes âgées et les coopérations médicales compte tenu de la démographie (prioritairement de pédopsychiatre)
- Développer les dispositifs supra sectoriels (départementaux ou infra départementaux) lorsque l'intérêt en terme de ressources, de lisibilité de l'offre ou de spécialisation le justifient.

#### Adaptation de la graduation de l'offre de soins en psychiatrie

Niveau	Typologie de patients	Type d'organisation	Enjeux du Projet médical
<b>1er niveau, sectoriel et généraliste</b>	La majorité de la population atteinte de maladies chroniques (70-80%)	- Programme de prise en charge de base - Éducation à la santé autogestion	Renforcement et adaptation organisationnelle pour améliorer l'accès aux soins
<b>2ème niveau, intersectoriel et spécialisé, de référence pour le territoire (300 000 hab)</b>	Les malades chroniques (15%)	- Dont le diagnostic principal fait état d'une maladie d'un organe spécifique avec un risque élevé - Qui peuvent bénéficier d'un programme de "disease management" ou de "gestion de la maladie"	Développement des prises en charges diversifiées et différenciées pour répondre à des besoins particuliers et favorisant l'empowerment et la réhabilitation psychosociale
<b>3ème niveau, supra sectoriel et de recours de niveau régional ou interrégional (500 000 à 1M d'hab)</b>	Patients très complexes (5%)	- Infrastructure coordonnée spécifique - Encadrement qui leur apporte un service hautement personnalisé	Partage d'expertises et de services, identification de « centres ressources » ou plateformes, projets coportés

Pour répondre à ces orientations, la stratégie médicale sectorielle de l'établissement peut être formulée de la manière suivante :

- Le secteur psychiatrique reste une réponse innovante encore aujourd'hui.
- La configuration en GHT et la mise en œuvre d'une stratégie commune définie dans le Projet Médical Partagé offrent l'opportunité de donner plus de lisibilité et de cohérence aux dispositifs spécifiques répondant à la variabilité de l'état et des besoins des personnes concernées. Elle peut permettre de compenser l'hétérogénéité du dispositif sectoriel psychiatrique et ses conséquences sur l'équité de l'offre.

- En cela les objectifs de l'établissement, du GHT et du PTSM peuvent converger, au moyen d'une approche parcours centrée sur la personne et non les structures de prise en charge.
- Le virage ambulatoire engagé dans le précédent projet médical implique une évolution des structures dans une perspective d'organisation territoriale intégrant plus largement les partenaires d'amont et d'aval, notamment la prise en charge à domicile.
- Il est nécessaire de diversifier l'offre de soins pour répondre à des besoins actuels et miser sur les innovations en santé mentale et la réponse aux appels à projet. Cela nécessite d'avoir un temps d'avance sur la réponse à apporter à la population.
- La gestion des cas complexes, certes limitée, doit être abordée pour limiter le recours à l'hospitalisation en cas de situation de crise (niveau 3).

Concernant le financement des secteurs, les débats nationaux ont convergé vers le constat d'un **modèle médico économique obsolète** qui a pu engendrer des inégalités territoriales. Les inquiétudes partagées par les acteurs sont accentuées par les mécanismes de régulation du déficit public et les mesures d'économies engagées au niveau national.

Ce modèle a toutefois permis le développement de l'ambulatoire : Centres Médico Psychologiques (CMP), Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), Hôpitaux De Jour (HDJ) et des équipes mobiles (non soumises à autorisation).

L'évolution du mode de financement de la psychiatrie retenue par la DGOS influera nécessairement sur la dynamique projet.

Les porteurs de projet devront être attentifs à proposer un mode de financement adapté à la nature des projets et à leur évaluation dans le temps.

Chaque projet nécessitant un financement devra faire l'objet d'une étude. Pour certains d'entre eux des axes de travail ont été évoqués par le comité de pilotage pour :

- Valoriser les activités de prévention et l'activité des structures alternatives à l'hospitalisation.
- Améliorer le recueil d'activité de psychiatrie sur l'ensemble des secteurs.
- Envisager le développement de la médecine addictologique.
- Développer les lits de médecine pour réaliser certains diagnostics (ex : diagnostics principaux de sismothérapie, sommeil).
- Solliciter des financements nationaux pour des dispositifs type UMD de territoire.
- Etudier les possibilités de financer des places de FAM spécialisés « handicap psychique ».
- S'engager dans la réponse aux appels à projet.

## III- - LES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL

### AXE 1 : IDÉES FORCES GÉNÉRALES

#### 1. Du développement des alternatives à l'hospitalisation au CMP « rénové »

Contrairement aux regroupements de plateau technique qui peuvent être constatés sur d'autres filières, la réponse pour la psychiatrie et la santé mentale est de poursuivre le déploiement des équipes de proximité car l'on sait que cette réponse est insuffisante aujourd'hui.

Ce mouvement ne doit pas s'effectuer au détriment de la présence des professionnels sur les territoires, ni des structures partenaires qui pourraient en subir les impacts de manière indirecte.

Les enjeux financiers de l'établissement évoqués dans le bilan sont en partie liés à la question de l'offre d'hospitalisation qui représente une forte proportion des moyens utilisés pour des patients dits « chroniques » ou « difficiles » qui pèsent sur les organisations.

Un équilibre est donc à trouver entre la part des moyens dédiés à cette offre d'hospitalisation par rapport à une offre ambulatoire ou de proximité alors que la demande sociétale (démographie médicale, situations complexes...) accentue encore la demande d'hospitalisation. L'établissement est donc amené dans ce projet à considérer l'évolution de son capacitaire et le redéploiement vers les structures ambulatoires, de proximité en articulation avec le médico-social.

**Le défi de ce projet médical est de redonner sa place au CMP « pivot » de l'organisation, de réfléchir l'organisation à partir de ce point et non plus en amont ou aval de l'hospitalisation.**

Dans ce contexte, le fil conducteur du projet médical doit être l'identification pour chaque filière de soins du CMP pivot qui assure le « camp de base » de la prise en charge et ses fonctions.

La structuration plus lisible des filières doit permettre pour chacune d'entre elle de distinguer :

1. Le CMP pivot du secteur (ou inter secteur) et les équipes de soins de proximité (Equipe mobile, HDJ, CATTP).
2. Les unités d'hospitalisation intersectorielles.
3. Les structures de soins spécialisées territoriales de référence +/- associées à des plateformes d'orientation et de gestion de cas.

Dans cette idée, une étude de l'organisation des CMP est proposée dans ce projet pour redéfinir cette fonction clé de notre organisation.

Pour repenser les articulations entre les structures et trouver une réponse équilibrée à la fois en termes de proximité, prise en charge en hospitalisation et alternatives au sens large, il est nécessaire d'investir trois champs complémentaires :

- Intégration avec les systèmes généralistes<sup>8</sup>
- Réhabilitation psychosociale ;
- Psychiatrie citoyenne.

<sup>8</sup> Parmi les nombreux partenaires du parcours de soins, nous pouvons identifier très clairement le rôle des médecins généralistes dans la chaîne du processus de prise en charge car l'on sait que 30 % des consultations de médecine libérale concernent des avis pour troubles psychiques. Nous pouvons donc supposer qu'une intervention dans les cabinets de ville, les maisons de santé, pourraient constituer une interface intéressante et un positionnement actif dans la filière.

## 2. Renforcer les coopérations « de parcours »

Le bilan du projet médical nous amène à considérer deux points de vue pour améliorer les parcours de vie des personnes que nous prenons en charge.

La demande exprimée des partenaires, notamment médico-sociaux, se situe particulièrement en amont de la prise en charge. C'est pourquoi il sera primordial de valoriser les interventions dédiées à la prévention et à la gestion des situations complexes qui permettent de prévenir des situations pouvant engendrer un recours à l'hospitalisation.

La demande des **structures psychiatriques** quant à elle se situe en aval de la prise en charge pour garantir des solutions de prise en charge plus pertinentes et proches du milieu de vie ordinaire pour réinsérer les personnes souffrant de troubles psychiques.

Le contexte de raréfaction des financements publics a suscité l'intérêt de promouvoir des projets complémentaires et non concurrents en apportant des arguments communs s'appuyant sur l'amélioration du service rendu au patient/résident. C'est dans ce cadre que les équipes médicales collaborent au sein du GHT et du PTSM. La précédente version du projet médical a permis d'enclencher cette dynamique partenariale et de tisser des liens qui pourront se concrétiser par des projets communs.

Nos principaux partenaires du secteur sanitaire sont :

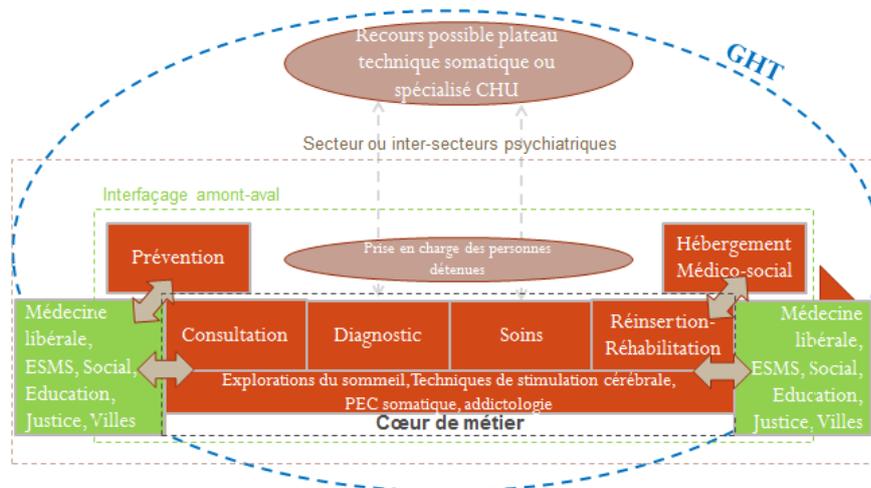
- Le CHU Dijon Bourgogne,
- Le CH Robert Morlevat,
- Les Hospices Civils de Beaune,
- Le CH Sud Haute Marne.

Les autres partenaires :

- Le Conseil Départemental (CD21),
- L'Acodège,
- Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) et les Contrats Locaux de Santé (CLS),
- L'Union Régionale des Professionnels (URPS),
- L'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Non Lucratifs Sanitaires et Sociaux (URIOPSS),
- Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM 21),
- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC),
- La Maison des Adolescents et de leurs parents de Côte d'Or (Adosphère)
- Les instances judiciaires,
- Les Représentants des Usagers,
- Les élus via la Conférence Territoriale des Elus du GHT 21-52.

Le diagnostic territorial de Côte d'Or a mis en exergue un défaut de **lisibilité du rôle et des missions de chaque structure** pouvant engendrer des **points de rupture** conséquents dans la prise en charge (défauts d'orientation, pertes de vue, absence de prise en charge,...). Un travail doit être engagé sur ce point via le PTSM21.

## Activités des secteurs psychiatriques et interfaces avec les autres filières



L'identification des besoins et des attentes de nos partenaires sur les parcours de soins conjuguée à l'identification des fragilités au niveau médical (sanitaire, médico-sociale, libéral) peut constituer une première étape de partenariat.

La demande de soutien psychiatrique pour des orientations, avis ou gestion de cas complexes ne doit pas être éludée si nous voulons prévenir les situations de crise et d'urgence qui génèrent des hospitalisations longues en dernier recours.

La création d'une ou plusieurs plateformes d'appui psychiatrique de territoire (enfant/adulte ?) pouvant intervenir pour l'orientation vers les secteurs, selon les difficultés rencontrées et la gestion de cas complexes constitue un axe fort du projet médical pour répondre à cette demande.

### 3. Animer un réseau de partenaires clés par filière

Le développement de certaines activités, notamment médico-sociales a été fortement investi dans le précédent projet médical (développement du SAMSAH, FAM, projet MAS, etc,...) ; cette évolution devant être maintenue et intégrée à la politique de réhabilitation psychosociale qui sera concrétisée au sein d'un nouveau pôle.

D'autres formules de prises en charges peuvent encore être étudiées : c'est le cas par exemple de l'HAD et psychiatrique, ou encore l'Accueil Familial Thérapeutique.

Pour autant l'hôpital ne peut à lui seul prendre en charge toutes les phases d'accompagnement et de rétablissement des personnes compte tenu de ses moyens et de son financement. Il n'est pas toujours souhaitable de se positionner en qualité de porteur et dans ce cas, le cadre partenarial s'impose.

De nombreux rapports soulèvent la problématique d'articuler les dispositifs entre eux : Projets Régionaux de Santé (PRS), Contrats Locaux de Santé (CLS), Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), ... comme le rapport Robillard (2013)<sup>9</sup>, Piveteau (2014)<sup>10</sup> ou encore Laforcade en 2016<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Le rapport Robillard constate de la multiplication des rapports concernant la psychiatrie et la santé mentale : 15 de 2000 à 2009.

<sup>10</sup> « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Juin 2014

<sup>11</sup> Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Octobre 2016

Se pose ici la question de la place du Projet Médical et de l'investissement dans le Projet Territorial de Santé Mentale.

L'hôpital doit éviter l'éparpillement de ses ressources qui sont déjà considérablement utilisées dans le cadre de la prise en charge psychiatrique. Dans ce sens certains dispositifs leviers permettant de conserver des moyens peuvent être favorisés, en s'appuyant sur la contribution des fonctions support :

- les réseaux d'information et outils de communication en externe,
- la formation partagée,
- la mobilisation des représentants des Usagers pour aller vers l'intégration des aidants dans la prise en charge (psychoéducation, thérapies familiales, pair-aidance, ...).
- la télémédecine,
- des outils thérapeutiques, qui pourront passer par les innovations en santé mentale (télémédecine, applications connectées, ...), pour soutenir la prise en charge ambulatoire sur le territoire.

#### 4. Garantir l'attractivité médicale

La question de la démographie médicale s'impose dans tous les secteurs alors que l'évolution des organisations suppose un leadership médical fort et le soutien des équipes de proximité.

C'est pourquoi l'attractivité et l'organisation médicale sont un enjeu prioritaire pour assurer la pérennité des projets.

Le comité de pilotage a envisagé plusieurs leviers sur lesquels il faudra agir de manière collective :

- L'innovation, par le développement de la recherche en santé mentale, le soutien à l'essor des neurosciences, le développement des outils de remédiation et de réhabilitation. Ces actions doivent permettre de soutenir les praticiens dans leur volonté de développer de nouveaux modes de prise en charge.
- Une organisation médicale adaptée et un déploiement des équipes de manière plus harmonieuse sur les territoires. La mobilisation des moyens pour travailler sur l'amont et sur de nouveaux modes d'organisation notamment la 1<sup>ère</sup> ligne, les dispositifs de relais infirmier dans les MSP ou dans les cabinets de groupe ou encore le développement des équipes mobiles peuvent soutenir et modifier l'activité des psychiatres. Parallèlement, des liens sont à retisser avec la médecine générale autour de liens interpersonnels et non administratifs. Les dispositifs de télémédecine doivent se développer pour limiter les déplacements et préserver le temps médical.
- La valorisation de certaines activités, notamment la prévention, les activités à dimension intersectorielle, l'investissement dans les projets de territoire.
- Des outils de travail connectés, qui facilitent le recueil de l'information mais aussi le travail en réseau nécessitera une dématérialisation des outils et supports au profit d'une transmission plus fluide de l'information entre pairs et avec l'administration. La télémédecine constitue également une ressource indispensable à la mise en œuvre de nombreux projets.
- La formation aux nouvelles techniques et outils doit faire l'objet d'un plan dédié, avec la possibilité de formations croisées et inter établissements. Il sera possible d'appuyer ce déploiement sur les futurs centres ressources du territoire, en impliquant les praticiens dans le partage des bonnes pratiques.

La fragilité des liens entre le sanitaire et le médico-social peut s'expliquer quelquefois par l'absence de relais médical qui génère une demande de soins pouvant dépasser la compétence du secteur psychiatrique. Aujourd'hui presque la totalité des praticiens hospitaliers pratiquent des Activités d'Intérêt Général (AIG) dans les structures partenaires.

Le projet médical se situe donc dans une phase de transition où il sera nécessaire de créer du lien entre les organisations et les professionnels sur le terrain pour définir de nouvelles pratiques médico-soignantes.

La stratégie médicale par filière de prise en charge sera déclinée dans l'organisation des pôles par l'organisation suivante :

- Chefferies de pôle,
- Coordonnateurs de structures,
- Responsables d'UF,

Des chefferies de projet seront déterminées pour chaque projet et partenariat à développer.

Cet axe devra être mis en lien avec le plan d'actions du GHT en matière d'attractivité médicale.

#### **5. La formation des équipes médicales**

Un plan de formation institutionnel des équipes médicales sera défini prioritairement en matière de :

- Gestion de projet,
- Gestion de crise,
- Formation en continue (et dans des lieux non universitaires),
- Formation des internes,
- Gestion de pôle, impact de la nouvelle tarification.

#### **6. La communication**

Une stratégie de communication médicale externe, déstigmatisante et valorisant les innovations en psychiatrie sera déterminée avec les équipes et intégrera les axes suivants :

- Relations presse / médias,
- Accompagnement numérique en santé mentale (chaînes vidéos, etc..),
- Systèmes d'information : développer les outils régionaux Globule, eTICSS ou encore la visioconférence pour limiter le temps de réunions.

Cet axe sera conduit en partenariat avec la Direction des Affaires Générales.

#### **7. L'évaluation**

L'évaluation s'effectuera via le suivi des contrats de pôle d'une part, et le suivi d'indicateurs de performance des parcours (cf. travaux ANAP) d'autre part, Atlas Santé Mentale, Scope Santé. Une coordination contrôle de gestion – DIM devra permettre d'améliorer la capacité du pôle à l'autoévaluer et à suivre l'impact de ses projets sur la prise en charge.

---

## AXE 2 : IDÉES FORCES PSYCHIATRIE

Les principes fondateurs du projet médical restent l'attachement à la psychiatrie de secteur et l'accès aux services de proximité envers la population.

Cette réflexion a guidé la communauté médicale pour définir l'architecture des futurs pôles, la répartition des unités, les besoins capacitaires et le déploiement des équipes sur le territoire.

Deux enjeux majeurs ont été évoqués dans le cadre de l'élaboration du projet médical :

- Comment ne pas générer la dépendance des personnes accompagnées en psychiatrie ?
- Comment mobiliser les équipes autour de projets de service pluridisciplinaire ?

Cette réflexion a abouti à l'élaboration des objectifs généraux suivants :

- Renforcer la proximité sur le territoire
- Structurer les filières de prises en charge intersectorielles et intégrer l'évaluation des situations complexes
- Développer le réseau partenarial (supervision, entraide...)
- Favoriser l'empowerment et la participation de l'Usager par la création d'une filière et l'élaboration d'un projet à part entière
- Soutenir les innovations en santé mentale en intégrant le retour d'expérience Covid-19.

---

## AXE 3 : LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

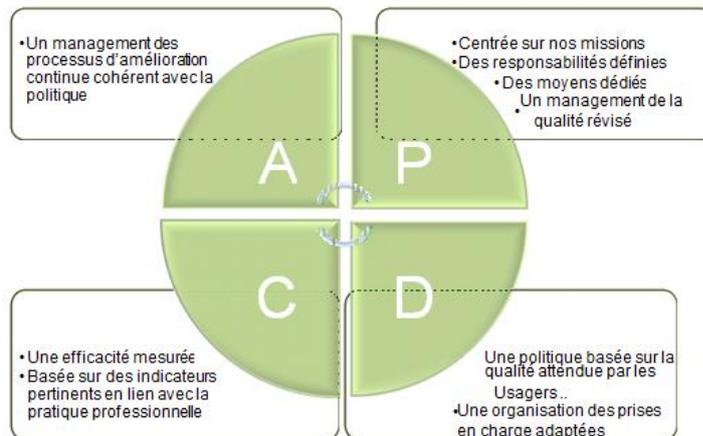
La Politique d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins du Centre Hospitalier La Chartreuse vise à :

- Satisfaire les besoins et attentes des patients/résidents,
- Garantir une réalisation des prises en charge optimale au regard des connaissances et pratiques professionnelles,
- Donner une meilleure lisibilité de notre programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) aux professionnels de santé avec des actions claires, priorisées et concrètes.

Dans ce cadre, la politique qualité au CH La Chartreuse contribue à :

- Assurer le respect de la législation et de la réglementation en matière de qualité et de gestion des risques,
- Assurer les moyens humains et financiers nécessaires à la réalisation de sa politique qualité/gestion des risques,
- Coordonner l'ensemble des activités de l'établissement ayant trait à la sécurité pour une gestion globalisée et coordonnée des risques,
- Assurer une amélioration continue des conditions d'accueil et de prise en charge du patient et du public, des conditions de travail des personnels, au travers d'un programme coordonné d'actions d'amélioration régulièrement évalué,
- Accroître la sensibilisation des personnels aux règles de la qualité, de sécurité et de protection de l'environnement, et au respect du secret professionnel à travers des formations adaptées,
- Communiquer auprès des acteurs concernés (patients/résidents, personnels, instances, familles, partenaires, visiteurs).
- Fixer des objectifs et actions mesurables, une efficacité vérifiable basée sur des indicateurs pertinents en lien avec la pratique professionnelle,
- Poursuivre le management des processus d'amélioration continue en traitant les écarts par rapport aux engagements et en ajustant ou en faisant évoluer les objectifs.

Ces objectifs s'inscrivent dans une **démarche d'amélioration continue** :



### 1. Lien avec la Commission médicale d'Établissement

Selon le décret du n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, article R. 6144-2 « La commission médicale d'établissement (CME) contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La prise en charge de la douleur,
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique. »

Sur le plan stratégique, la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques impulsée par le Directeur de l'établissement est portée par la Commission Médicale de l'Établissement (CME), le Comité de Pilotage Qualité (CoPil Qualité). Les démarches de management de la qualité et de gestion des risques sont mises en œuvre et animées au quotidien par la Direction Qualité Risques (DQR), associée, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, à la Direction des Soins. Ce choix institutionnel permettra de renforcer les liens avec les équipes soignantes.

Les orientations du Projet Médical sont :

- Le CH doit continuer à produire des soins actifs et diversifiés, en phase avec les bonnes pratiques reconnues par la certification notamment,
- Le CH doit innover en matière de nouvelles modalités de prise en charge plus adaptées des différents troubles psychiques pour toutes les populations accueillies (personnes âgées, patients porteurs de maladies chroniques, enfants et adolescents, personnes atteintes d'un handicap, personnes démunies, personnes détenues),
- Le CH doit lutter contre l'hospitalisation au long cours :
- L'hospitalisation n'est pas toujours indispensable,
- L'hospitalisation n'est qu'un temps limité dans la prise en charge.
- Le CH doit conduire des projets en cohérence avec les orientations du CPOM, du Programme Régional de Santé, du Projet Territorial de Santé Mentale et du Projet Médical Partagé du GHT 21/52, et plus spécifiquement de son volet psychiatrique.
- L'ensemble des projets doit respecter l'orthodoxie budgétaire.

## 2. Les engagements pour le patient

La politique basée sur la Qualité attendue par les patients/résidents permet de définir les engagements envers les patients/résidents et l'entourage en 5 axes :



## 3. Des responsabilités définies

La démarche de prévention et de gestion coordonnée des risques a pour objectif de prévenir et de gérer les risques inhérents à l'activité et aux missions de l'établissement, afin d'en éviter l'occurrence ou, en cas de survenue inévitable, d'en réduire les conséquences. Elle concerne l'ensemble des domaines mettant en cause la sécurité :

- Des patients (COVIRIS, CME, CSIRMT, coordonnateur des risques associés aux soins, Copil médicament, plans de gestion de crise) ;
- Des personnels (CHSCT, CTE, document unique relatif aux risques professionnels) ;
- Des locaux, matériels ou infrastructures (sécurité incendie, sécurité électrique, sécurité informatique) ;
- De l'environnement (gestion des déchets, qualité de l'eau, de l'air) ;
- De la responsabilité morale et juridique de l'établissement (gestion des plaintes, CDU, respect des droits des patients, confidentialité) ainsi que financière (gestion des marchés, assurances).

Dans le cadre de la procédure V2020, la politique de l'établissement devra être en lien avec la politique qualité gestion des risques du GHT 21/52 (comme le stipule le manuel de certification dans son chapitre 4 consacré au Groupement).

La politique qualité gestion des risques et les actions d'amélioration associées sont développées dans le projet qualité gestion des risques 2021-2025.

## IV- PROJETS PAR POLES

### AXE 1 – EXTRA-HOSPITALIER

#### 1- Introduction

L'objectif principal de ce projet est de refonder au sein d'un seul et même pôle ce qui est actuellement réparti sur les pôles A et B de l'institution afin de proposer un pôle préfigurateur extra-hospitalier cohérent et qui répond aux attentes des usagers en matière de santé mentale et de soins psychiatriques. Une psychiatrie ouverte vers la cité, pour qui le principal point de référence est le centre médico-psychologique et la Plateforme d'Orientation Psychiatrique (POP) et non plus (sauf en cas de nécessité) l'hospitalisation complète.

#### 2- Les grands axes du projet médical

##### a. Développer la coordination au sein du futur pôle extra-hospitalier.

C'est à dire mettre en harmonie les différentes unités de soins et les différentes forces qui les composent en vue de renforcer l'efficacité de la prise en charge d'un patient. Cet accompagnement impose :

- De faire lien, de développer les relations et la communication entre les différentes unités extrahospitalières et intra-hospitalières de l'établissement, ceci afin de permettre un suivi et un accompagnement satisfaisant.
- De développer au sein du pôle des relations avec les partenaires extérieurs, de l'univers médico-social et sanitaire, face à des situations de soins complexes, ou la réponse nécessite une expertise face à l'accompagnement, la gestion de la souffrance psychique et/ou des troubles psychiatriques.
- D'apporter une réponse, de ne pas laisser l'usager et/ou ses proches sans réponse et de « réorienter vers ». Particulièrement lorsque la complexité des cas ne relève pas du domaine de la santé mentale et/ou de la psychiatrie.

##### b. Les consultations avancées et innovations

Dans cet espace il s'agit de développer des pratiques innovantes et au plus près des territoires avec la nécessité **de renforcer** les dispositifs existants ou **de les réactiver** ou **de les créer** :

- Investir les territoires et les maisons de santé en développant des consultations avancées de psychiatrie.
- Libérer du temps médical pour les primo-consultations et les prises en charge complexes, grâce au travail de collaboration entre les Infirmiers de Pratiques Avancées (IPA) en santé mentale et psychiatrie et les médecins psychiatres.
- Développer les approches innovantes en matière d'accompagnement des troubles psychiatriques : « Dialogue Ouvert » (Open Dialog Thérapy) et Pair-aidance.
- Renforcer et développer les pratiques autour de :
  - o L'hypnose,
  - o L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR eye movement desensitization and reprocessing),
  - o Les thérapies cognitives
  - o Les thérapies familiales,

Ces pratiques constituent des approches thérapeutiques et autorisent des prises en charge intensives et cadrées dans le temps

- Développer les téléconsultations.

- Déployer un « bus de santé mentale » ou une « péniche santé mentale » pour permettre des consultations et des entretiens soignants au plus près des territoires ruraux en situation de désert médical et d'absences de spécialistes (médecins psychiatres et psychologues).

**c. Le temps médical et le pôle extrahospitalier**

Des discussions sont actuellement en cours entre les médecins psychiatres.

**d. Les parcours de soins**

- Les parcours de soins sont identifiés et homogènes au sein de la préfiguration actuelle du pôle extrahospitalier.
- D'un côté, nous retrouvons les primo-consultants, c'est-à-dire les personnes pour qui le premier contact avec la psychiatrie se réalise par l'intermédiaire des CMP ou de la POP (Accueil, Hospitalisation courte et relais Equipe Mobile/ESPID) ou de la psychiatrie de liaison. Le parcours est bien balisé :
  - o Entrée dans le dispositif de prise en charge,
  - o Accompagnement et suivi,
  - o Sortie du dispositif avec possibilité de retour et de réorientation si cela est nécessaire.
- De l'autre, les dispositifs de suivi post-hospitalisation, afin de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiatriques d'être suivies et accompagnées en dehors de la structure hospitalière classique. Le parcours est balisé :
  - o Poursuite du dispositif initial de prise en charge,
  - o Réévaluation médicale et soignante,
  - o Renfort et soutien (Activités thérapeutiques, VAD, réalisation de soins...),
  - o L'ensemble afin d'éviter la rupture de soins et le cycle des ré-hospitalisations.

**e. La réorganisation dans des locaux modernisés de certains CMP**

La réflexion est en cours actuellement sur un des CMP du secteur.

**3- Diagnostic de l'existant et analyse du contexte**

<p><b><u>Forces</u></b></p> <p>1- Les unités assurent leurs missions avec l'engagement de tous les professionnels</p> <p>2 - Visibilité et reconnaissance sur les territoires</p> <p>3- Pour chaque structure un réseau de partenaires est identifié.</p>	<p><b><u>Opportunités</u></b></p> <p>1- Profiter de la réorganisation autour du pôle extrahospitalier pour repenser la manière dont on veut accompagner les patients. Sur quelles valeurs ?</p> <p>2-Rédiger un document, une charte qui permettra d'avoir un fil conducteur et garantira un accompagnement homogène dans la diversité.</p> <p>3- Accompagner l'évolution des métiers : ex. implantation des IPA dans les CMP.</p> <p>4- La possibilité de financement possible autour de projets innovants : mobilité.</p> <p>5- Utiliser des outils en technologies de l'information et de la communication.</p>
---	--

<p><b>Faiblesses</b></p> <p>1- Une hétérogénéité dans l'accompagnement en soins.</p> <p>2- Des règles de fonctionnement qui diffèrent d'une unité à l'autre : horaires, permanence...</p> <p>3- Des délais de RDV médicaux et psychothérapeutiques importants.</p> <p>4- La coordination entre les structures.</p> <p>5- L'éclatement de l'affectation de certains professionnels sur plusieurs structures.</p> <p>6- Les inadéquations de certains locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des espaces pas assez grands ;</li> <li>- Le manque de bureaux ;</li> <li>- Accueil difficile pour les personnes à mobilité réduite,...</li> </ul> <p>7- Les effectifs pas adaptés en regard du projet de pôle.</p>	<p><b>Menaces</b></p> <p>1- Les moyens alloués à la réorganisation du pôle Extrahospitalier seront-ils à la hauteur des besoins répertoriés ?</p> <p>2 - S'il y a une nécessité de rassembler l'activité des CMP dijonnais au sein d'une même structure qu'en est-il des locaux : suffisamment vastes, proches des liaisons de transports collectifs.</p>
---	---

#### 4- Concertation autour des problématiques et propositions de projets

##### **Synthèse des orientations et propositions du groupe**

- Les valeurs portées par le pôle extrahospitalier
- Travail sur les délais de rendez-vous médicaux, psychothérapeutiques, infirmiers.
- Intégration des nouvelles professions : IPA
- Coordination entre professionnels, structures, partenaires.
- Réflexion sur les locaux.
- La conception et la rédaction d'une charte de fonctionnement.
- Maintien du lien.
- Projection de l'accompagnement au plus près des patients.

##### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

###### a - Le parcours patient - Amélioration des délais de prise en charge

- Dans chaque CMP garantir une présence médicale permanente.
- Prévoir des plages horaires pour gérer les accueils non programmés.
- Développer et formaliser dans chaque CMP une cellule d'orientation et de mise en place de la prise en charge de nouveaux patients : Quels soins ? Quelles orientations ?
- Développer les consultations avancées dans secteurs urbains et ruraux : implantation dans les maisons de santé.
- Intégration des prises en charge des patients précaires et/ou migrants en situation de souffrances psychiatriques et/ou psychologiques (travail de collaboration et de coordination avec ELIPSES).
- Organiser et formaliser une feuille de route pour les patients. Délimiter pour chaque structure du pôle :
  - o Où commence la prise en charge ?
  - o Comment elle s'arrête ?
  - o Où l'on oriente ?
  - o Pourquoi elle continue ?
  - o Et de quelle manière est-elle poursuivie ?

###### b – L'organisation médicale

- Renforcer l'organisation médicale sur un socle commun de pratique.

###### c - Les locaux

- Le groupe de travail a mis en avant les inadéquations de certains locaux :
  - o Des espaces pas assez grands ;
  - o Le manque de bureaux ;
  - o Accueil difficile pour les personnes à mobilité réduite...

Les débats sont en cours pour évaluer les pertinences de changement de locaux.

Le groupe a conscience que cette réflexion est complexe, ouverte et tributaire de facteurs extérieurs à l'établissement.

Les 5 années à venir vont permettre au groupe de se fédérer autour d'un projet commun.

#### d – Les nouveaux métiers : Infirmier(e)s de Pratiques Avancées IPA :

- Renforcer les équipes de soins avec de nouveaux métiers qui permettront de fluidifier les prises en charge médicales.

#### e - Repenser l'activité des HDJ urbains

Le groupe extrahospitalier reconnaît les suivis au long cours de certains patients complexes dans leur prise en charge.

Il y a lieu de repenser les opportunités d'HDJ sur les structures extrahospitalières.

- Serait-il possible d'envisager un HDJ pour la prise en charge de ces patients avec la réorientation de certains vers une forme de réhabilitation : GEM ? SAMSAH ? EHPAD/Maisons de retraite ? Structures médico-sociales ?
- Une autre possibilité serait d'avoir sur le pôle un HDJ avec une prise en charge plus intensive. Cela serait un outil intéressant en relais et/ou en association avec l'équipe mobile.

#### f - Développer la psychiatrie citoyenne

Renforcer nos partenariats et développer les relais avec les conseils locaux de santé mentale, les municipalités, les groupements d'entraide mutuelle.

#### g – Développer l'innovation

- Développer les nouvelles thérapies : La Pair-Aidance – Le patient-expert ;
- Accompagner des patients avec le Dialogue Ouvert : « Open dialog thérapie » ;
- Renforcer et développer les pratiques existantes :
  - o L'hypnose,
  - o L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR eye movement desensitization and reprocessing),
  - o Les thérapies cognitives
  - o Les thérapies familiales,

Ces pratiques constituent des approches thérapeutiques et autorisent des prises en charge intensives et cadrées dans le temps

- Développer les opportunités offertes par les technologies de l'information et de la communication :
  - o Téléconsultations ;
  - o Rappel de rendez-vous par message ;
  - o Pour les professionnels : eTICSS, Globule,....
- Maintenir le lien avec les patients sortis de la prise en charge :
- Appel et/ou contact par messagerie mobile.
- Envoi de cartes postales personnalisées.
- Projet de véhicule sous la forme d'une unité mobile sur les secteurs ruraux :
  - o Une salle de consultation « ambulante » sur un parcours défini.

## Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
Améliorer les délais de prise en charge	Drs Philippot & Beauvalot
Réflexion sur la pertinence des changements de locaux des CMP	A déterminer
Renforcer les équipes de soins avec des nouveaux métiers pour fluidifier les prises en charge médicales : dont IPA	DSI et Formation continue
Repenser la philosophie des HDJ	Dr Beauvalot
Développer l'innovation	
Développer la psychiatrie citoyenne par le renforcement des partenariats locaux : CLSM (Conseil local de santé mentale), municipalités et GEM (Groupement d'entraide mutuelle)	Dr Granon
Renforcement POP	Dr Beauvalot
Projet ELIPSES	Dr Vincent & Gillet
Projet CRIAVS	Dr Barra

## Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	
Projet Psychologique	
Projet de Soins	Le CMP pivot des soins psychiatriques : – Eloignement du modèle Hospitalo-centré – Harmonisation des pratiques – Partenariat et ressources extérieures -
Projet Social	
Projet Qualité/Risques/Usagers	
Projet Logistique	Locaux – Véhicules
Projet SIH	Dossier patient informatisé « mobile » - Flotte de téléphone mobile professionnel

## Modalités de mise en œuvre des projets

### Perspectives d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Main-tenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer	Capacitaire prévu.
POP	Urbain/ interface	A		X		Vigilan's Cas complexes	+ 28 ESPID
CMP/CATTP/HDJ Côteaux du Suzon	Urbain	A	Cf. étude extra-hospitalier en cours				
CMP/CATTP/HDJ Carnot Dijon-Sud	Urbain	A					
CMP/CATTP/HDJ Chenôve	Mixte	B					
CMP/CATTP Quétigny	Mixte	B					
CMP/CATTP Beaune	Mixte	B					
CMP/CATTP/HDJ Longvic	Mixte	B					
CMP/CATTP Seurre	Rural	B					
CMP/CATTP/HDJ Auxonne	Rural	B					
ELIPSES	Urbain	A					

EXTRA HOSPITALIER - Dr BEAUVALOT – Dr PHILIPPOT										
Prio.	Projet	Evol. lits /places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire / Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
1	<p>a) Améliorer les délais de prise en charge : staff hebdomadaire passage en revue de l'ensemble des patients qui se sont présentés au CMP (orientation, PEC) et organisation des temps de synthèse (coordination intra-extra hospitalière) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduire un audit de l'organisation de l'extra hospitalier (fonctionnement, implantation, modes de prise en charge, ...)</li> <li>- Primo consultation</li> </ul> <p>« Consultation d'urgence » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation un(e) Infirmier(e) d'accueil assurant un premier entretien.</li> <li>- Formalisation de l'accueil médical non- programmé : Comment l'organiser ?</li> <li>- Qu'est-ce que l'on met en place ? Une plage dédiée ?</li> <li>- Chaque structure devra réfléchir à la mise en place de la prise en charge de l'accueil non programmé.</li> <li>- Consultation de suivi post-hospitalisation</li> </ul> <p>Il est primordial de mettre en place ou de maintenir une coordination efficace entre les services d'hospitalisation et les CMP (infirmière/cadre de santé assurant une mission de coordination)</p>							<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi annuel des délais de PEC</li> <li>-Evaluation au 1<sup>er</sup> juin 2021 sur les 6 premiers mois d'activité.</li> </ul> <p>En cours actuellement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liens projet psycho et IPA (notamment primo consultations)</li> <li>-Evaluation des effectifs médicaux, psychologues et para médicaux</li> <li>-Définir/valoriser la psychiatrie de liaison</li> <li>-Rôle des infirmiers de coordination</li> <li>-Définir les modalités d'adressages, traçabilité et suivi des patients hors plages ouverture CMP depuis la POP</li> <li>-Test à envisager cabinet de ville</li> </ul>		Dr Philippot Dr Beauvalot

	<b>Modalités de coopération POP/CMP</b> - Consultations avancées. - Développement de la télémedecine							(Seurre). + partenariat DAC et CDOM 21 possibles		
2	Renforcer les équipes de soins avec des nouveaux métiers pour fluidifier les prises en charge médicales : dont IPA		X	X	X			-Premiers professionnels en formation en septembre 2020 -Premiers professionnels formés : 2022	Fiche projet IPA réalisée	DSI et formation continue en lien avec les médecins
3	Réflexion sur la pertinence des changements de locaux des CMP :  Inadéquation de certaines structures pour l'accueil des populations (Accessibilité PMR, manque de surface,...)	Impact sur la file active  Impact financier		X	X	X	X	-Conduire une étude de réorganisation des CMP/CATTP/HDJ + synthèse à réaliser (mission en cours) -Pour mémoire, estimation financière CPO 2017 : 4M	En lien avec le point 1	A déterminer
4	Renforcement POP plateforme d'orientation / Vigilant's et gestion cas complexes (type Réseauspsy)							-Positionnement de la POP par rapport à la gestion des cas complexes à préciser  -Voir si maintien plateforme téléphonique de soutien psychologique sur le support téléconsultation POP ou intra.		Dr Beauvalot
5	Repenser la philosophie des HDJ : - Discuter de l'évolution des HDJ pour l'accompagnement au long cours.  - Pour les sorties d'hospitalisation : Privilégier l'Equipe de Soins psychiatriques intensifs à domicile (ESPID)	Impact sur les autorisations de places  ESPID augmentation de 10 places 1 <sup>er</sup> janvier 2021.		X				-Evaluer la proportion de patients accompagnés au « long cours » et évaluer les passages de relais possibles sur SAMSAH (lien avec extension de places).  -Une évaluation précise doit être réalisée pour l'ARS fin 2020, pour octroi des crédits supplémentaires janvier 2021. -Idem 2021 pour 2022 et idem 2022 pour 2023 = 30 places à terme		A déterminer  Dr Beauvalot J. Guillo C. Dutartre
6	Développer l'innovation							-Pair-aidance et « open dialogue		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pair aideance</li> <li>- Nouvelles techniques de communication : rappel RDV, cartes recontact,</li> <li>- Véhicule unités mobiles (minibus, péniche...)</li> <li>- Téléconsultations</li> </ul>		X					» / dialogue ouvert (cf. liens projet réhab) -Liens avec le projet SIH -Télémédecine : stratégie GHT(GradeS) -DSET : évaluer impact véhicules + travaux en lien avec SIH	En fonction des appels à projet  Oui GHT	M. Bichon + référent médical
<b>7</b>	Développer la psychiatrie citoyenne par le renforcement des partenariats locaux : CLSM (Conseil local de santé mental), municipalités et GEM (Groupement d'entraide mutuel)		X	X	X	X	X	Quels référents pour les cellules ressources ? .....→	En lien avec le pôle Réhabilitation.	Dr Granon + référent médical
	Autres projets <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet ELIPSES</li> <li>- Projet CRIAVS : création d'une consultation associée au CRIAVS</li> </ul>			X				-Coordination et rapprochement des équipes mobiles PSY / ELIPSES / EMAS (SDAT/ACODEGE) ?	  En cours	Drs Vincent et Gillet  Médecin référent

## AXE 2 – INTRA-HOSPITALIER

### A- UNITES OUVERTES

#### 1. Introduction

La création d'une coordination des unités d'entrées ouvertes va regrouper dans des espaces institutionnels de réflexion, d'évaluation et d'élaboration des problématiques communes.

La bipartition géographique ne sera plus la base de l'orientation des patients. Pour des cas particuliers, sur indication médicale la sectorisation pourra être maintenue.

Trois unités ouvertes fonctionneront en lien direct avec les interfaces de l'extra hospitalier, de la médecine de ville et des réseaux de ville, de la POP (accueil et hospitalisation courte), des unités fermées et de toutes les structures en amont et en aval.

Ces unités seront généralistes et les prises en charges s'axeront sur le projet de soins pluridisciplinaire régulièrement réévalué, une élaboration commune des cas complexes et une unité thérapeutique où s'établiront des croises en charge médiatisées individuelles ou groupales, d'activités à médiation ou de psychothérapies.

#### 2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b><u>Forces</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Unités déjà intersectorielles</li><li>2. Des interfaces communes</li><li>3. Formation diversifiée des soignants</li><li>4. Elan, mobilisation des personnels</li><li>5. Des expériences et des prises en charges variées</li><li>6. Des profils de pathologies communes dans les unités</li><li>7. Fin des « subsistances »</li></ol>	<b><u>Opportunités</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pas de cliniques privées, hormis dans les troubles du comportement alimentaire</li><li>2. Outils thérapeutiques à développer ou à valoriser</li><li>3. Formaliser un espace d'échanges sur les cas complexes</li><li>4. Formaliser un espace inter-unités de psychothérapie et de médiations de groupe</li></ol>
<b><u>Faiblesses</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Problématique récurrente de lits non conformes</li><li>2. Impossibilité de supprimer des lits non conformes</li><li>3. Manque d'activités dans les services</li><li>4. Durée moyenne de séjour longue dans certaines unités</li></ol>	<b><u>Menaces</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rupture dans la continuité des soins (en raison de l'intersectorialité)</li><li>2. Moyens à réévaluer pour les activités thérapeutiques groupales</li></ol>

#### 3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

##### Synthèse des orientations

- Mettre en place une coordination des unités ouvertes.
- Favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation en particulier grâce aux infirmiers de coordination et à l'interface avec la filière personnes âgées, les futurs pôles extra-hospitaliers et de réhabilitation.
- Favoriser les prises en charge transversales de groupes unités : plateforme d'outils thérapeutiques (espace psychothérapeutique et CIAMM).
- Maintenir la sectorisation partielle sans spécialisation des unités.
- Supprimer ou réhabiliter les lits non conformes.
- Développer les liens avec les services susceptibles de prendre en charge nos patients à la sortie d'hospitalisation.

- Maintenir la coordination entre les services d'intra et d'extra hospitalier pour faciliter les sorties.
- Utiliser les ressources et les outils de l'hôpital, alternatives à l'hospitalisation en lien avec la filière logement de la réhabilitation.

#### Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
Constitution d'une plateforme d'actions thérapeutiques et de médiations groupales en mobilisant les ressources internes.	Dr Roy
Formaliser la coordination des unités : réunions institutionnelles, réunions médecins – cadres régulières, réunions médicales, réunions cadres, évaluations de pratiques, étude des cas complexes,...	Dr Roy

#### Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination intra-extra, POP</li> <li>- Présence aux commissions cas « complexes » des personnes ressources concernées du pôle de réhabilitation</li> <li>- Pôle de réhabilitation : présence aux commissions d'admission pour les structures St Exupéry et la filière logement</li> <li>- Contribuer à un centre ressource filière « dépressions résistantes » en lien avec la plateforme sommeil ECT (pôle transversal) avec lits dédiés à l'UD.</li> <li>- Liens avec le plateau technique ECT, sommeil, luminothérapie, recherche...</li> </ul>
Projet Psychologique	- Contribution à la plateforme d'outils thérapeutiques et de médiation groupale intégrant l'espace psychothérapeutique
Projet de Soins	- Les plannings doivent permettre un vrai détachement infirmier pour assurer la régularité des activités.
Projet Social	-
Projet Qualité/Risques/Usagers	- Projet d'accueil des familles, bref – associé au projet de plateforme d'outils thérapeutiques
Projet Logistique	- Mise en conformité de lits et travaux de rénovation en lien avec les opérations tiroir
Projet SIH	

#### 4. Modalités de mise en œuvre des projets

#### Perspective d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer	Capacitaire prévu.
Camille Claudel			X				25
Cassiopée			X				23
Unité de la Dépression			X				23
Plateforme d'outils thérapeutiques						X	

## B- UNITES FERMEES

### 1. Introduction

La dynamique de travail des équipes travaillant en unité fermée avait débuté bien en amont de la réflexion du projet d'établissement, ce qui encourage d'ailleurs à engager des projets de spécialisation des unités fermées.

En effet, nous souhaitons des orientations de patients en fonction de la clinique et non plus des origines géographiques.

Quatre unités fermées avec des orientations différentes :

- 2 unités généralistes
- 1 unité type USIP
- 1 unité fermée semi ouverte. Une unité fermée semi ouverte novatrice sur le CH La Chartreuse puisque pouvant accueillir à la fois des patients en service libre ou des patients en soins sans consentement.

Ces unités à orientation spécifique seront regroupées dans une coordination des unités fermées permettant l'abord des problématiques communes, l'élaboration autour des cas complexes et des prises en charge autour d'une unité thérapeutique regroupant le CIAMM et l'espace psychothérapeutique.

Un projet commun de plateforme d'accueil des familles sera conduit en transversal sur l'intra hospitalier.

### 2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b><u>Forces</u></b> 1-Unités déjà intersectorielles 2-Des interfaces communes 3-Des expériences et des prises en charge variées 4-Mobilisation des personnels pour la déssectorisation et la spécialisation des unités	<b><u>Opportunités</u></b> 1-Pas de cliniques privées sauf TCA 2-Nouvelles psychothérapies 3-Formaliser un espace d'échange sur les cas complexes 4-Pas d'USIP locorégionale
<b><u>Faiblesses</u></b> 1.Problématique récurrente de lits non conformes 2-Impossibilité de supprimer des lits non conformes 3-Manque d'activités dans les services 4-Durée moyenne de séjour longue dans certaines unités 5-Stades cliniques des pathologies trop hétérogènes dans les unités	<b><u>Menaces</u></b> 1-Rupture dans la continuité des soins 2-Manque de moyens pour les activités thérapeutiques 3-Financement des nouvelles structures

### 3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

#### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Déssectorisation totale des unités fermées
- Spécialisation des unités pour des prises en charge adaptées afin de réduire les violences et le recours aux isolements et contentions
- Suppression ou réhabilitation des lits non conformes
- Lien à développer avec les services susceptibles de prendre en charge nos patients à la sortie ou de faciliter leur sortie
- Réflexion autour de l'organisation du parcours du patient à risque de rupture dans la continuité des soins
- Maintien de la coordination intra et extra hospitalière pour faciliter les sorties
- Activités à développer au sein des unités fermées, dont le sport pour diminuer la violence, améliorer l'état clinique (cf. études effectuées)
- Formaliser l'accueil des familles dans les unités ou réorienter vers programme BREF.

## Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet	Fiche projet
Spécialisation pour chacune des unités fermées Identifier Altaïr comme unité fermée semi ouverte pour les patients HL en service fermé (de 24 à 23 soit -1 lit non conforme) Unités de psychiatrie générale : Van Gogh et UPG Van Gogh 23 (dont 2 iso) à 22 (dont 3 iso) : -1 lit non conforme et transformation d'une chambre à 2 lits en 3ème iso UPG 21 à 20 (-1 lit) Créer une USIP locorégionale de 13 à 15 lits dont 5 chambres sécurisées pour détenus (sur unité Buffon actuellement à 22 lits)	Médecins référents des unités	oui
Formaliser l'accueil des familles	A déterminer	-

## Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	Travailler avec l'extra hospitalier, dont POP (filtrage) et relais CMP, St Exupéry, USP, post pénal, ..
Projet Psychologique	Contribution au programme BREF/familles, unité thérapeutique
Projet de Soins	
Projet Social	
Projet Qualité/Risques/Usagers	Prise en charge et information des primo hospitalisations SSC en lien avec le projet des Usagers
Projet Logistique	Suppression des lits non conformes
Projet SIH	

## 4. Modalités de mise en œuvre des projets

### Perspectives d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer	Capacitaire prévu.
Altaïr			X		Unité SO/SF		23
Van Gogh			X				22
UPG			X				20
Buffon					USIP		15

INTRA HOSPITALIER – Drs ROY - MALTAVERNE										
Prio.	Projets	Evol. lits / places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire / Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
<b>ACTIONS TRASVERSALES UNITES OUVERTES &amp; FERMEES</b>										
	Coordination intra, extra, POP, ..									
	Suppression des lits non conformes									
	Plateformes ressources accueil des familles									
	Gestion des cas complexes									
<b>UNITES OUVERTES – Dr ROY</b>										
1	a) Définir la fonction de coordination en lien avec l'extra hospitalier et les partenaires - Rencontres, organisation médico-soignante, synchronisation des temps médico-soignants, retours d'expériences, analyses de cas, projets, ...		X					_ Définir les complémentarités intra / extra et équipes mobiles		Drs Roy, Cognet & Lapray
	b) Suppression des lits non conformes - Camille Claudel 25 à 23 – 2 lits non conformes - UD 24 à 22 lits – 2 lits non conformes (aménagement d'1 ch. simple sécurisée en ch. double) - Cassiopée 25 à 23 – 2 lits non conformes	- 3 à 6 lits	X					_ DSET : impact 30K€ sur l'UD (mise en conformité de 3 lits non conformes) _ Préciser l'impact en terme de lits autorisés		
	c) Créer une plateforme d'outils thérapeutiques et de médiation groupale intégrant l'espace psychothérapeutique		X					_ CIAMM + espace thérapeutique _ Gestion psycho / IDE	20/04/2020	
2	Créer une plateforme ressource pour l'accueil des familles		X					_ Même projet unités fermées : un projet transversal _ Primo hospitalisations SSC en lien avec le projet des Usagers		
3	Cas complexes (dont ré hospitalisation des chroniques)		X					_ Constituer une commission cas complexe		

## UNITES FERMEES – Dr MALTAVERNE

Prio.	Projet : <u>CREER UNE COORDINATION DES UNITES FERMEES</u>	Evol. lits /places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire / Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
1	Coordination des unités fermées : - avec l'extra hospitalier, dont POP (filtrage) et relais CMP, St Exupéry, post pénal, .. - étudier les cas complexes dans le cadre de la coordination des unités fermées		Groupe de travail UF X							Dr Eynaud
2	Suppression des lits non conformes et spécialisation des unités :									
	a) Identifier Altaïr comme unité fermée semi ouverte pour les patients HL en service fermé (de 24 à 23 soit -1 lit non conforme)	-1 lit	X					_ Unité à réorienter _ Etude des patients HL en service fermé _ DSET : travaux engagés sur chambres sécurisées (Altaïr, POP réalisées)		Dr Mot Dr Foll
	b) Unités de psychiatrie générale : Van Gogh et UPG - Van Gogh 23 (dont 2 iso) à 22 (dont 3 iso) : -1 lit non conforme et transformation d'une chambre à 2 lits en 3ème iso - UPG 21 à 20 (-1 lit)	- 2 lits	X					_ Estimation capacitaire/bilan DIM _ 3 chambres à Van Gogh 1 <sup>er</sup> semestre 2021.		
3	Créer une USIP locorégionale de 13 à 15 lits dont 5 chambres sécurisées pour détenus (sur unité Buffon actuellement à 22 lits)	- 7 à 9 lits	Groupe de travail	X				_ Solliciter l'ARS/financement et DSET travaux (évaluation faisabilité transfo ch. en ch. détenus sur base ch. doubles) _ Groupe de travail : projet de service _ DSET : estimation sur la base du projet de service	6/05/2020 Fiche projet SSC GHT	Dr Moulard
4	Créer une plateforme ressource pour l'accueil des familles		X					_ Intégrer les référents du Projet Usagers (entretien médical proche/aidants pour toute hospitalisation) _ Déploiement du dispositif de type «et nous»/ BREF réhab dans les unités ? _ DSET : voir implantation MDU ou intra	Projet « Et nous » écrit à la réhab ?	

## **1. Introduction**

Les soins proposés à la personne âgée en souffrance psychique au sein de l'établissement font l'objet d'une attention constante du corps médical et des directions du CH LA CHARTREUSE. Les structures existantes offrent des soins de qualité en intra et en extra hospitalier. Les structures travaillent de longue date en étroite collaboration et ont établi des partenariats efficaces au bénéfice de la prise en charge géro-psycho-geriatrique.

La création de l'Inter Secteur Personnes Agées (ISPA) vise d'une part à élargir cette proposition de soins, et, d'autre part, à proposer un parcours cohérent du patient.

A terme, l'ambition de ce projet est d'offrir à tous les citoyens des zones du département couvertes par le CH La Chartreuse, des soins de qualité égale quelle que soit leur situation géographique ou sociale.

L'identification de structures dédiées à la personne âgée regroupées en une seule entité, l'ISPA donne de la cohérence et de la lisibilité aux soins et aux professionnels. Il renforcera les partenariats existants et permettra le développement de nouvelles collaborations. C'est dans la construction de ce dispositif que l'unité gériatrique du CH La Chartreuse, Les Vergers de la Chartreuse, trouve une place importante. En effet, la population accueillie est constituée, à ce jour, de 70% de patients issus de la psychiatrie générale. Cette tendance va se poursuivre au cours des années à venir.

Pour atteindre cet objectif, de nombreux projets émergent. Ils traduisent l'implication et la créativité des professionnels. Soucieux de s'intégrer dans une logique d'offre de soins démocratique au sein du GHT 21-52 et de répondre aux diverses préconisations des autorités de tutelle (PTSM- Ma Santé 2022- Rapport Laforcade), ce projet médical se décline en plusieurs axes selon le public visé et dans une notion de temporalité maîtrisée.

Les soins géro-psycho-geriatriques constituent bien évidemment un levier fort de ce projet. Ils seront développés au sein de l'établissement aussi bien en intra qu'en extrahospitalier.

Les structures ambulatoires existantes pour la psychiatrie adulte (CMP) serviront, dans un premier temps, de point d'appui pour développer cette activité au plus près des populations. Il sera envisageable, en fonction des évaluations recueillies, de constituer des unités extrahospitalières spécifiques pour la géro-psycho-geriatrie. L'existence du CMP, CATTP, HDJ de Beauce en Vergy et du Cantou sont des atouts à mobiliser en considération de sa forte expertise dans le domaine.

Enfin, la constitution d'équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie viendra compléter ce dispositif extrahospitalier dans un objectif de réactivité et d'efficacité du soin à domicile.

Le service de géro-psycho-geriatrie verra son activité développée car il a vocation à devenir intersectoriel. La population ciblée s'accroissant, il semble utile d'augmenter sa capacité d'accueil de deux lits.

Inclus dans le site du CH La Chartreuse, l'EHPAD/USLD, intègre ce dispositif ; Il s'agit ici d'une innovation majeure en terme d'offre de soins dans notre établissement. Cette décision est cohérente dans le sens où Les Vergers accueillent désormais 70% de résidents issus de la psychiatrie adulte. Les pathologies rencontrées sont diverses. Nous voyons ici une réelle cohérence dans le parcours de soins de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques.

Soucieuse de renouveler les types de prises en charge, cette structure vise aussi à élargir son activité en proposant des projets d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

Parallèlement à ces projets structurels, l'ISPA souhaite développer des outils modernes d'information et de communication (TIC). La télé-expertise trouve son utilité dans le soutien et l'appui aux structures en lien avec la prise en charge des personnes âgées. L'attribution d'un numéro unique d'appel permettra de mettre en relation les professionnels et les familles avec l'interlocuteur le plus qualifié pour répondre au mieux aux problématiques rencontrées. Un travail en profondeur de collaboration avec les organismes sera établi, particulièrement le Dispositif d'Appui et de Coordination.

Afin de répondre à ces objectifs ambitieux, il est nécessaire de porter une attention particulière aux compétences utiles des professionnels impliqués. En effet, les soignants médicaux et paramédicaux présentent un haut niveau de compétence à l'heure actuelle pour les missions qui leurs sont confiées. Cependant, au regard de l'évolution prévisible de l'activité et de la population rencontrée, il semble opportun de développer certaines aptitudes spécifiques sur le territoire. L'opportunité du cursus universitaire IPA est donc saisie par l'ISPA. L'équipe médicale a identifié ce besoin.

De plus, les personnels des CMP adultes, déjà impliqués dans certaines prises en charge de personnes âgées, devront élargir leur champ de compétences vis-à-vis de cette population. Nous souhaitons, par l'intermédiaire de la formation, leur donner des moyens techniques pour mener à bien leur mission.

La définition d'une entité dédiée à la géronto-psychiatrie sera, nous en faisons le postulat, attractive également pour le corps médical. Il serait bénéfique d'obtenir un poste d'interne sur l'ISPA.

Ce projet ambitieux et novateur pour offrir une qualité optimale de soins à la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques mobilise de nombreux professionnels. La spécialité géronto-psychiatrique développée par le CH La Chartreuse trouve une réelle cohérence au sein du GHT 21-52.

Consciente des enjeux, l'équipe médicale et paramédicale de l'ISPA souhaite s'investir totalement dans cette dynamique novatrice.

## 2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<p><b><u>Forces</u></b>          1- Une expertise psychiatrique de la PA sur le secteur dijonnais          2- Des structures géronto-gériatriques existantes et efficaces          3- Une assise territoriale extrahospitalière          4- Une interdisciplinarité couvrant toutes les pathologies de la PA.</p>	<p><b><u>Opportunités</u></b>          1- Une volonté institutionnelle          2- Des demandes et des besoins          3- Une cohérence dans les parcours de soins          4- Une lisibilité et une légitimité institutionnelle          5- Une attractivité médicale et paramédicale</p>
<p><b><u>Faiblesses</u></b>          1- Des territoires défavorisés          2- Un nouveau réseau à construire. Des partenaires à identifier</p>	<p><b><u>Menaces</u></b>          1- Une offre en inadéquation avec les besoins          2- Des moyens à mettre en corrélation avec des besoins          3- Attente résultats PATHOS</p>

## 3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

### **Synthèse des orientations et propositions du groupe**

#### Stratégiques

- Améliorer la prise en charge de la personne âgée en psychiatrie
- Définir un maillage territorial opérationnel sur tous les secteurs du CH La Chartreuse
- Prendre une position stratégique sur le GHT 21-52 sur la PA

- Offrir un soutien aux institutions et aux particuliers (familles-aidants et médecins traitants)
- S'inscrire dans les préconisations: Plan Laforcade - PTSM-Ma Santé 2022

#### Opérationnelles

- Développer l'activité intra et extrahospitalière
- Création d'équipes mobiles géro- et gériatriques
- Utilisations de TIC
- Intégrer les unités gériatriques des Vergers au dispositif

#### Calendrier espéré

- Phase 1: premier semestre 2021
- Phases 2 et 3 (interdépendantes): second semestre 2023

#### Orientations stratégiques et opérationnelles

- Élargir le champ d'intervention du CMP/CATTP/HDJ de géro- à la grande couronne dijonnaise
- Poursuite des projets Vergers: Hébergement temporaire, accueil de jour
- Un maillage territorial extrahospitalier en géro- et psychiatrie
- Offrir des réponses à distance aux acteurs de la prise en soins (télé-expertise, hotline...)
- Étudier la capacité d'accueil en hospitalisation
- Adapter les compétences des acteurs en fonction des missions développées

#### Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
Augmentation capacitaire de l'accueil à Beauce en Vergy	Dr Murat
Hébergement temporaire et accueil de jour gériatrique	Dr Lombard
Equipes mobiles gériatriques et géro- et psychiatriques	Dr Murat
Deux lits supplémentaires en gérontopsychiatrie	Dr Murat
Création de structures ou appui sur des structures extrahospitalières existantes pour la prise en soins des PA psychiatriques	Dr Murat
Plan de formation pour incorporer des compétences nouvelles (Coordination-IPA)	Dr Murat
Utilisation de TIC: télé expertise-hotline	Dr Murat

#### Liens avec les autres projets :

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	Extra hospitalier/ structures d'accueil- compétences et temps dédiés
Projet Psychologique	Quel temps de psychologue utile pour les besoins dans ce dispositif centré des personnes âgées ?
Projet de Soins	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
Projet Social	Management durable/accompagnement des professionnels dans un parcours
Projet Qualité/Risques/ Usagers	Evaluation des dispositifs
Projet Logistique	Travaux- Réhabilitation de locaux- véhicules
Projet SIH	Accessibilité des personnels des équipes mobiles aux données patients

#### 4. Modalités de mise en œuvre des projets

##### Perspectives d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
Beauce en Vergy / Cantou	2-5	A		x		
Géronto-psychiatrie	2-5	A		x		
Vergers		PMS		x	x	x
CMP/CATTP	4-6-7	B				x
Équipes mobiles						x
Hotline- télé expertise						x

## PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE – Dr MURAT

Prio.	Projet	Evol. lits /places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire/ Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
1	Elargir les missions de certaines unités extra hospitalières		X	X	X			_ Développer les VAD _ Mettre en place des partenariats (conventions)	Oui	Dr Murat
2	Développer une plateforme de télé expertise associée à une hotline spécialisée en psychiatrie de la personne âgée en Côte-d'Or		X	X				_ Evaluer faisabilité SDSI Projet GHT / PTSM (secteur EHPAD) + lien POP	PTSM/GHT	Dr Murat
3	a) Offrir un accueil de jour pour PA souffrant de troubles dégénératifs	10 à 12 places	X	X				_ Sur support EHPAD / PASA _ 2 ASG _ A élargir aux PA psy	Oui Ducharme/Masson	Dr Lombard
	b) Proposer des solutions d'hébergement temporaire en gériatrie (2 lits – 1 sur chaque niveau)	2 lits	X					_ Locaux à aménager (transformation de salles en chambres et réorganisation interne)	PTSM Ducharme Masson	Dr Lombard
4	Développer la vocation intersectorielle de l'unité de géronto-psychiatrie : redimensionner l'unité à 20 lits conformes avec un plan architectural associé sur l'ancien UMAO	2 lits		X	X			_ A évaluer / bilan DMS DIM PE _ Mise en conformité de 2 lits	CPOM 2012 S. Le Mouel Dr Hérail Dr Martin-Berthole	Dr Murat
5	Créer des structures d'accueil sur les territoires défavorisés : offre extra hospitalière sur les secteurs 6,7 et 4 : CMP de psychiatrie de la personne âgée (sur Beaune ? antenne sur Auxonne ?)						X	_ Création de structures dédiées ? _ Appui sur les CMP avec plan de développement de compétences ? _ Attribution de personnels géronto-psy dédiés ? (IDE coordo- IPA)	Oui Dr Granon P-H Ducharme	Dr Murat
6	Créer des équipes mobiles géronto-psy			X	X			_ Sur support CMP ?	CPOM/GHT	Dr Murat

## 1. Introduction

### 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.

**Nos missions sont celles de l'évaluation clinique et du soin et ne se confondent pas avec celles de nos partenaires.**

La particularité de la pédopsychiatrie est la nécessité de comprendre la complexité et la singularité du développement de l'enfant dans son environnement ; en effet, les problématiques familiales résonnent en lui dès son plus infime moment de vie. Le suivi et l'amélioration des troubles des enfants ne peuvent se concevoir que si nous sommes présents à l'écoute du noyau familial. Cela se passe dans le cadre des consultations de la naissance à l'entrée dans la vie d'adulte, et tout au long des soins. Chaque soignant, tous professionnels confondus, s'investit auprès des parents pour en faire des alliés dans la prise en charge de l'enfant.

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.

L'organisation par tranches d'âge consiste à prendre en compte les différentes périodes de développement de l'enfant avec leur singularité. Les dispositifs de soins sont ainsi adaptés à l'âge, à la maturité et à la symptomatologie de l'enfant concerné.

Cette organisation est pertinente si on veut conserver une offre de soins générale répondant aux missions de service public, mais n'exclut pas des approches plus spécialisées ou transversales autour de telles ou telles pathologies.

Nous différencions 3 tranches d'âges générales :

- la période précoce : de la périnatalité à l'âge de 6-7 ans,
- la période dite de « latence » : de 6-7 ans à 11-12 ans,
- la période adolescente : de 11-12 ans à 18-19 ans.

On constate que les pathologies, les demandes de soins peuvent être spécifiques à ces différentes périodes correspondant aux différents stades du développement cognitivo-affectif.

**Les aménagements de soins, les médiations, le projet thérapeutique sont adaptés en fonction de ceux-ci.**

#### a. FILIERE PRECOCE (Docteurs BESSE/LECLERCQ/PHAN)

La mise en place en 2012 d'une consultation spécialisée père/mère/bébé au sein du pôle de pédopsychiatrie est un véritable atout du point de vue de l'offre de soins.

Les missions de l'Unité Père/Mère/Bébé (UPMB) sont de proposer des soins de psychiatrie périnatale ambulatoires, en hôpital de jour et à domicile, adaptés aux patientes présentant des pathologies psychiques périnatales. Les soins sont orientés également vers l'accompagnement des proches et la prévention des troubles des liens précoces. Enfin, cette unité permet de restreindre la fréquence des prises en charge non ou peu adaptées dans le cadre d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie générale, ne permettant pas de maintenir le lien mère-enfant.

Depuis le 24/09/18, l'unité connaît une évolution de l'offre de soins avec l'ouverture d'un Hôpital de jour « mère/bébé », sur 1/2 journée hebdomadaire (les lundis de 9h15/13h), avec 4 dyades (mère-bébé) accueillies au maximum, faute de lieu adapté.

Un temps d'accueil ouvert SANS rendez-vous est proposé de 13h à 15h tous les lundis, et permet une rencontre et des échanges entre les mamans, les nouveaux parents avec leur bébé.

Afin de favoriser la psychiatrie de liaison, des consultations psychiatriques et d'une sage-femme sont organisées depuis plusieurs années en lien avec la maternité (CHU Dijon, Beaune) et la pédiatrie (CHU Dijon).

Une équipe mobile vient renforcer l'offre de soins avec des interventions au domicile des familles depuis janvier 2020 (temps de psychiatre, sage-femme, et création d'un temps de psychomotricité) et en lien avec de nombreux partenaires (PMI, foyer maternel, maternité, pédiatrie de Dijon et de Beaune,...).

Les besoins sont largement présents pour justifier l'ouverture de l'unité à temps plein, d'autant plus qu'il s'agit du **seul service** qui propose des **soins en psychiatrie périnatale pour tout le département**, que la temporalité de la période périnatale est courte (semaines de grossesse, mois de développement de l'enfant) et qu'il s'agit d'un **enjeu de santé publique majeur** pour la prévention des maltraitances infantiles, des troubles du développement psycho-affectif de l'enfant et de la santé mentale des mères.

#### **b. FILIERE ENFANCE (Docteurs PHAN/DELAHOUSSE)**

La filière fonctionne sur 3 types de prise en charge (Centre Médico-Psychologique, CATTP, HDJ) et se développe sur 4 unités : à Genlis (centre Simone Veil), à Dijon (Rondeaux), Beaune (Arlequin) et Seurre (Antenne pédopsychiatrie).

La spécificité de la filière Enfance est qu'elle implique une multiplication des consultations, des démarches à entreprendre pour la mise en place des projets de soins individualisés, et un important investissement dans le travail de réseau avec le médico-social (SESSAD, ITEP, IME...), les acteurs de la protection de l'enfance (ASE, Juge des enfants, familles d'accueil) et l'Education Nationale.

Nous développons des dispositifs innovants pour améliorer l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de soins. **Nous nous efforçons de réduire le temps d'attente pour un premier rendez-vous** grâce au **point accueil**. Ce dispositif « Première Demande » composé d'un binôme de soignants assure des actions de dépistage, de prévention, de diagnostic et de soins en ambulatoire, grâce à une équipe pluridisciplinaire sous la supervision de médecins pédopsychiatres.

**Les nouvelles demandes de soins sont** orientées selon le degré d'urgence et les premiers éléments cliniques.

Ce premier rendez-vous ne reposant pas uniquement sur le critère médical a permis de réduire considérablement les délais entre la demande formulée par la famille et l'accueil du jeune.

La présence d'un médecin pédopsychiatre sur le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Beaune à raison de 30% ETP a permis le développement de l'activité de liaison. (185 actes, +96,8% par rapport à 2017). Cette présence a aussi renforcé des liens existants avec ce service et les consultations d'urgences pédopsychiatriques sur leur site.

Les projets de la filière sont:

- Offrir un espace de rencontre de l'enfant dans son environnement : soins à domicile, dans les écoles, sur le lieu de vie etc.
- Prendre en charge les familles à travers des consultations de soutien à la parentalité, consultations de thérapie familiale, guidance parentale.
- Recruter un neuro-psychologue pour réaliser des bilans spécifiques, faciliter le diagnostic, éliminer des diagnostics différentiels, construire un projet de soins individualisé, proposer des outils thérapeutiques innovants (remédiation cognitive).

**c. FILIERE ADOLESCENCE (Docteurs BESSE / PINGAUD / DELAHOUSSE / MASSABIE/ ROLIN / CHEMELLE / LECLERCQ)**

L'articulation du parcours de soins des adolescents s'est enrichie et améliorée avec la création de nouvelles unités. Il existe historiquement des structures intersectorielles au CH La Chartreuse (CMP Upsilon, HDJ Le Prisme) qui travaillent en lien avec le service d'hospitalisation du C.H.U. de Dijon.

Pour faciliter l'accès aux soins des adolescents il a été créé en 2019/2020 une filière de « soins aigus ou de crise » autour de 3 espaces/parcours thérapeutiques complémentaires formant le dispositif Intermède à vocation départementale :

- Mobil 'Ado, équipe mobile pour les adolescents en rupture de soins, isolés, .....
- Ado' Soins, accueil de jour pour des adolescents en crise ou dans des situations très complexes
- Ado' Lits, dispositif de soins jour/nuit permettant d'accueillir un petit nombre d'adolescents en crise (4 à 5) ou dans des situations complexes, souffrant de troubles psychiatriques avérés et en séparation avec leurs lieux de vie

Nous constatons qu'il n'existe pas de filière de soins spécifiques pour les jeunes anorexiques, pour les TCA, TND : voir projet GHT anorexie mentale.

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.

Des prises en charge spécifiques transversales doivent être déployées en particulier l'EMDR, les thérapies familiales, etc.

**2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte**

<p><b><u>Forces</u></b>          1- Offre de soins ambulatoires structurée          2- Des équipes formées, et pluri professionnelles          3- Solide réseau de partenariat avec l'éducation nationale          4- Qualité d'accueil au 1° RDV</p>	<p><b><u>Opportunités</u></b>          1- Collaboration possible avec future plateforme de coordination pour les TND (0 à 6 ans)          2- Projet ARS de dispositif d'accompagnement pour la prévention des violences scolaires          4-Projet regroupement UPMB + FAB</p>
<p><b><u>Faiblesses</u></b>          1- Insuffisance des temps médicaux          2- Manque de transport pour les enfants          3- Pathologies de + en + complexes          4- Difficultés à recruter certains métiers          5- Réduction des budgets séjours thérapeutiques</p>	<p><b><u>Menaces</u></b>          1- Abaissement de l'âge/situations de crise          2- Démographie médicale inadéquate / besoins          3- Augmentation du nombre d'ados en crise et retrait social          4- Insuffisance de temps soignants</p>

**3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

**Synthèse des orientations et propositions du groupe**

- Structuration de 3 filières de soins

**Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Articuler le projet ISCO avec le projet de la MDA pour la prévention (harcèlement, scolarité, repérage mal-être du jeune, dépistage précoce, etc)
- Développer un projet lié à la périnatalité, la petite enfance et l'enfance
- Etudier les possibilités d'Accueil Familial Thérapeutique
- Etudier un projet de soins ambulatoires avec l'éducation nationale
- Développer une plateforme d'information, orientation et analyse des situations complexes + dispositif Vigilant's

## Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
<b>FILIERE PRECOCE</b>	
Création d'une filière précoce/petite enfance : articulant et rapprochant UPMB/ Fontaine Aux Berlingots, Ombrelle, Genlis et Arpège toutes les unités liées à la petite enfance (0 à 6 ans) destinée à optimiser les soins et à réorganiser l'offre sur le plan transversal. Rapprochement entre l'UPMB, la Fontaine aux Berlingots, Ombrelle, Genlis, Seurre afin d'organiser 1 parcours transversal de l'enfant (0 à 6 ans)	Dr Leclerc Dr Phan Dr Besse
Mise en place d'1 plateforme de coordination des interventions précoces en faveur des enfants de 0 à 6 ans souffrant de TND : Participation à la plateforme (centre expert) d'orientation et de coordination en tant que partenaire (non porteur)	Dr Leclerc Dr Phan Dr Pingaud
Développer la guidance parentale (0 à 6 ans) - Visite à Domicile (VAD) - (projet de développement) - Pré projet Ombrelle à développer si possible	Dr Leclerc Dr Phan Dr Besse
Développer l'équipe mobile (déploiement territorial ?)	Dr Leclerc Dr Phan Dr Besse
<b>FILIERE ENFANCE – Période de latence</b>	
Participation au dispositif de prévention et d'accompagnement des violences scolaires : - Création d'1 équipe mobile pluridisciplinaire pour les enfants de 7 à 12 ans, associant des personnels éducatifs, sanitaires et médico sociaux ayant vocation à intervenir en milieu scolaire pour des prestations d'expertise de situations individuelles ou en soutien aux familles, en application de la circulaire du 31 juillet 2019 (des conventions préciseront les critères d'entrée dans le dispositif)	Dr Phan Dr Delahousse Dr Chemelle
Prévenir les troubles des apprentissages	Dr Phan Dr Delahousse Dr Chemelle
Equipe mobile : en aval de la prise en charge, pour des patients déjà connus de la pédopsychiatrie – modèle de SESSAD Psy (IDE/Educ spé/Psychiatre), soins aux Rondeaux ou proposer des activités hors structures de soins mais plutôt dans leur environnement	Dr Phan Dr Delahousse Dr Chemelle
Soutien scolaire, rencontre des professeurs en milieu scolaire/suivi des enfants et liens avec le Programme de Réussite Educative (PRE) - (projet psycho partagé/ville de Dijon Rondeaux ?)	Dr Phan Dr Delahousse Dr Chemelle
Travailler sur le diagnostic Trouble du Spectre Autistique (TSA) des 7-12 ; besoin de neuropsychologues pour valider les diagnostics	Dr Phan Dr Delahousse Dr Chemelle
Accueil Familial Thérapeutique (AFT)	Dr Besse Dr Lebedko
Thérapie familiale et guidance parentale	Dr Pingaud
<b>FILIERE ADOLESCENCE</b>	
Projet prévention en lien avec la Maison des Adolescents	Dr Massabie Dr Besse

Développer le dossier de coordination régional eTICSS et l'application Globule (partage sécurisé de données médicales entre établissements)	
Créer un centre de soins ambulatoire pour adolescents (CASA) avec numéro unique: organisation d'un parcours organisé de manière transversale	
Développer des modes de PEC en lien avec le Centre d'Intervention Précoce (CIPP) et l'UPMB	
<b>TRANSVERSAL</b>	
Création d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique » au sein du pôle ISCO pour offrir une alternative à l'hospitalisation à des enfants ou adolescents et pour rompre avec le PEC psychiatrique, offrir un espace de réapprentissage relationnel et de restauration des capacités d'autonomie du jeune. Il s'agira au sein de l'institution de recruter des soignants sélectionnés, formés et salariés du centre hospitalier, qui accueilleront à leur domicile des enfants ou adolescents sur prescription médicale et dans le cadre d'un contrat de travail, pour des séjours temporaires ou plus longs.	Dr Besse
Unité de thérapie familiale et soutien à la parentalité	Dr Pingaud Dr Phan Dr Delahousse

#### Liens avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	Liens Centre d'Intervention Précoce (CIPP) Liens Psy adulte
Projet de Soins	Optimisation des soins en extra hospitalier en tenant compte du besoin en personnels supplémentaires et en nouvelles compétences
Projet Social / RH	Renforcement de l'attractivité des métiers de rééducateurs ; Formation continue et projets individuels de formation et VAE
Projet Qualité/Risques/ Usagers	Création d'indicateurs et tableaux de bord facilement lisibles pour le suivi et évaluation des nouveaux projets ; déclinaison des projets médicaux au sein de contrats de pôle
Projet Logistique	Construire et rénover l'aile est pour le pôle précoce et projet du centre de guidance Ombrelle avec CH de Beaune ou regroupement CMP Madeleine et Ombrelle + ajouter de l'UPMB et CMP adulte ? Entretien le parc existant de l'ensemble des autres structures
Projet SIH	Développement d'Eticss/situations complexes Optimiser la performance du réseau informatique des unités extra-hospitalières

#### 4. Modalités de mise en œuvre des projets

##### Perspectives d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
CGI Ombrelle (centre de guidance)	Beaune		x			Portage AFT
Arlequin	Beaune		x	x		
Rondeaux	Dijon		x			x
Prisme (intersectoriel)	Dijon		x	x		
Fontaine aux Berlingots	Dijon				x	
Simone Veil (centre de jour)	Genlis			x		
CMP-CATTP	Seurre		x			
Upsilon	intersectoriel		x			
Arpège	Intersectoriel		x			
Mobil'ado	Intersectoriel		x	x		
Ado'soins	Intersectoriel		x	x		
Adolits	Intersectoriel		x	x		
Unité père mère bébé	Intersectoriel		x	x		
Unité de thérapie familiale						x
Adosphère	Intersectoriel			x		

## PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT - Drs BESSE - PINGAUD

Prio.	Projet	Evol. lits /places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire / Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
6	<p><u>Filière prévention en pédopsychiatrie</u>                      Définir un projet global de prévention et soins pour enfants et adolescents avec l'Adosphère construit autour de 3 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention</li> <li>- Soins</li> <li>- Education thérapeutique</li> </ul>		X	En continu				_ Intégrer les axes PTSM transmis à la MDA + projet d'élargissement âges pris en charge ? (Harcèlement à l'école, outils de sensibilisation, prévention, bilans santé mentale à l'école etc) _ Intégration dispositif Yam (Youth Aware of Mental Health) 13-16 ans	MDA	Dr Pingaud
1	<p><u>Filière précoce et petite enfance (jusqu'à 6 ans)</u>                      Construire un pôle précoce (diagnostic, soins, évaluations), base de la filière psychiatrie périnatale, en lien avec le projet architectural par réintégration de la FAB sur le site du CH et recrutement d'un neuropsychologue</p>		FAB	Renfort équipe mobile	Equipe mobile			_ Cf. projet « 1000 jours » _ Financements à venir  _ DSET : réintégration FAB 2021 + périnatalité ancienne Chartreuse est –coût estimé à...)	GHT	Dr Leclerc
5	<p><u>Filière enfance</u>                      Structurer un parcours de soin de l'enfance (7-11 ans) équipe mobile d'intervention renforcée dans l'environnement de l'enfant (famille, école, ..) des patients suivis, modèle SESSAD Psy</p>			X				_ IDE _ Educ spé _ PH _ ASS	GHT	Dr Phan
7	<p>Créer une structure de soins étude ambulatoire en partenariat avec l'éducation nationale</p>							_ Envisager un partenariat avec la Fondation des Etudiants de France _ Projet mixte unité 16-25 ou équipe mobile mixte pédopsy-CIPP ? réflexion à mener sur locaux		Dr Phan

11	<u>Filière adolescents</u> Améliorer la prise en charge des enfants atteints de TSA par le développement de l'Unité Arpège : articulation avec la plateforme TND ( <i>si financement ARS + neuropsychologue</i> )								_ Positionnement _ Labellisation Arpège Niveau 2 ? _ Recrutement neuropsychologue ?	CDC ARS	Dr Phan
3	Création d'une plateforme de coordination adolescents (phase II projet Intermède) : renforcer UPSILON et l'équipe Mobil 'Ados pour développer la gestion des cas complexes et le recontact des suicidants								_ Base UPSILON (location) + équipe : psycho, IDE, AMA, Supervision médicale + liens CODAREA _ Définir le projet Vigilant's « ados »		Dr Pingaud
2	Créer une structure territoriale de prise en charge pour les mineurs Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS)	CMP /CATTP  Puis HDJ 4 à 6 places	X						_ Locaux à rechercher (éventuellement OASIS de Mobil'ado ou Pharmacie ? 2024) _ S'inscrire dans la filière psychotrauma (Centre Régional) _ Liens CRIAVS adulte ? _ Projet à représenter mesures nouvelles de pédopsychiatrie 2020 si accord Directoire (avant juin)	Oui (fiche projet à mettre à jour)	Dr Rolin
4	d) Créer une unité Troubles du Comportement Alimentaire	5 lits			X				_ DSET : Locaux à identifier (Arc-en-Ciel?) A voir post MAS	Fiche projet GHT anorexies mentales	Dr Pingaud
10	Engager un projet de co-intervention avec l'Acodège pour la création d'une structure de répit pour adolescents ( <i>6 mois renouvelables ?</i> )	5 lits							_ 16-25 ans + liens CIPP ? _ A prioriser selon opportunités de portage et financement sanitaire - en attente AAP ARS		Dr Besse
8	<u>Transversal</u> Développer l'Accueil Familial Thérapeutique		.....→		X						Dr Besse
9	Conduire un projet de recherche-action pour la prévention des troubles psychiques du jeune en établissement social/médico-social : - Cartographie de besoins et ressources psy - Analyse du fonctionnement des		X	.....→					Avis nécessaires : _ Présentation Bureau PTSM _ Rencontre CD21 / Mme BARBIER, ASE _ Fac Psycho	Fiches actions PTSM (cas complexes)	Dr Besse

	dispositifs/structures - Création d'un référentiel commun de prise en charge associé à un programme de prévention <i>(si avis favorable PTSM et co-financement ARS-CD21)</i>								_ Projet post doc interne		
	Unité de thérapies familiales	Projets à écrire									
	Equipe mobile d'intervention précoce										
	Guidance parentale										

## AXE 5 - REHABILITATION

### 1. Introduction

La réhabilitation psycho-sociale vise à promouvoir la réinsertion sociale et/ou professionnelle des patients en s'appuyant sur des outils spécifiques comme la remédiation cognitive, l'entraînement aux habilités sociales, la psychoéducation tout en plaçant l'individu dans son contexte (avec ses ressources propres, sa personnalité, son état émotionnel,...).

Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les objectifs de la réhabilitation psycho-sociale comme devant concourir à :

- La réduction des symptômes de la maladie
- La réduction des effets secondaires du traitement
- L'amélioration des compétences sociales
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- Le soutien des familles
- Le renforcement du pouvoir des usagers
- A ses missions portées habituellement par un centre référent de réhabilitation psycho sociale, l'instruction de la DGOS parue le 16 janvier 2019 rajoute la mission de prévention et d'intervention précoce auprès des jeunes populations à risque de développer un trouble psychique grave.

La réhabilitation psycho-sociale permet d'évaluer les capacités neurocognitives, métacognitives d'un patient et de les renforcer. Elle intervient donc principalement à la demande des psychiatres traitants après la stabilisation d'une pathologie psychique ou chronique. Elle s'adresse à des patients souhaitant retrouver une place dans la société, tant civile que professionnelle.

La réhabilitation psycho-sociale se trouve être un exemple opportun de la multiplicité des partenariats à mettre en œuvre, comme de l'interaction des acteurs du sanitaire du médico-social et du social. Plus prosaïquement, si elle intervient lorsque l'état du patient est consolidé, elle sollicite l'investissement coordonné des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social.

La création d'un pôle de réhabilitation en regroupant différentes unités dont l'objectif est la création d'un projet personnalisé et le travail sur le handicap fonctionnel liés aux troubles psychiques va permettre une cohérence de parcours et de prise en soin, tout en entretenant des liens rapprochés avec les autres pôles de l'établissement.

La poursuite des réflexions en sous-groupes sera menée dans le cadre des activités du pôle

- Soins somatiques/réhabilitation
- Projet SAMSAH
- Pair-aidance
- Nouvelles technologies
- Appartement tremplin
- Filière réinsertion professionnelle
- Equipe mobile transition (pédopsychiatrie /psychiatrie adulte)

### 2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pluridisciplinarité des professionnels et des outils à disposition du pôle</li><li>2. Labellisation du C2RB en cours</li><li>3. Reconnaissance par les acteurs du territoire</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Développer une nouvelle dimension/philosophie/culture de réhabilitation psycho-sociale</li><li>2. Structurer des parcours de prise en charge sanitaire/médico-social coordonnés</li><li>3. Financement possible pour des projets innovants.</li></ol>

	<p>4. Accompagnement de l'évolution des métiers, compétences et outils des professionnels notamment par la formation</p> <p>5. Mobilisation des compétences permettant de positionner les fonctions clés pour faciliter les parcours de soins</p>
<p><b>Faiblesses</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Communication, interconnaissance des missions et du fonctionnement de chaque structure</li> <li>2. Pas de socle commun de formation : outils de réhabilitation, psychoéducation, addictologie, pair aidance, TSA</li> <li>3. Formation psychoéducation à renforcer (vsETP)</li> <li>4. Eclatement de l'affectation de certains professionnels</li> <li>5. Faiblesse des temps d'assistant de service social et des temps d'assistante médico-administrative</li> </ol>	<p><b>Menaces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Défaut de communication / méconnaissance du fonctionnement des structures et missions</li> </ol>

### 3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

#### Synthèse des orientations et propositions du groupe

##### **Stratégiques**

- Mettre le patient au cœur de la prise en charge et non la pathologie ou les structures
- Partager une culture du soin de réhabilitation
- Pérenniser les structures de réhabilitation par un positionnement territorial du Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de Bourgogne (C2RB)

##### **Opérationnelles**

- Construction d'un plan de formation partagé sur 3 niveaux :
  - o Sensibilisation réhabilitation psycho-sociale
  - o Outils de réhabilitation : Thérapie Cognitivo Comportementale (TCC), mindfulness,...
  - o Diplôme Universitaire de réhabilitation psycho-sociale (en cours de validation partenariat CHU Dijon et Besançon 2020)

##### **Calendrier espéré**

- Plan de formation partagé dès 2020

#### Orientations stratégiques et opérationnelles

- Travailler les complémentarités de chaque structure/professionnel dans une logique parcours de réhabilitation
- Pré requis : construire un plan de formation partagé du futur pôle
- Axer la formation ETP vers la psychoéducation
- Mutualiser des groupes/outils de réhabilitation entre les structures
- Réflexion globale sur les temps de travail avec une optimisation de l'affectation des temps médicaux et paramédicaux par parcours : Psycho, AS, ergo etc
- Procédure d'adressage en réhabilitation accessible à tous
- Développer et différencier la prise en charge somatique des patients en extra hospitalier et dans les structures du pôle ; en distinguant deux axes de systématisation des bilans et de leur suivi : URH (PEP) et autres patients du pôle
- Intégrer la question des nouvelles technologies aux réflexions du groupe

## Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
<p><b>SAMSAH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouverture d'une antenne physique Beaune et Pays Beaunois</li> <li>- Faire évoluer le projet vers un SAMSAH « rétablissement » en concertation avec les 2 directions SDAT/ CH La Chartreuse et en accord avec les financeurs</li> <li>- Développer des outils réhabilitation correspondant au travail du Samsah (ex : entretien motivationnel) par un plan de formation</li> <li>- Développer l'activité (vocation départementale + pluridisciplinarité : ergothérapeute)</li> </ul>	Référent médical
<p><b>St Exupéry</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appartement tremplin</li> <li>- Pair-aidance à développer en lien avec le C2RB</li> </ul>	Dr Andreou
<p><b>FAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monter un projet FAM psy hors du CH La Chartreuse (ou hors sanitaire)</li> </ul>	
<p><b>CIPP/C2RB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'action territoriale de réhabilitation étendue à tout public adulte à partir de 16 ans dans le cadre du C2RB (Cf. dossier d'avancement des actions transmis à l'ARS à remettre au groupe)</li> <li>- Pair-aidance (un sous-groupe projet : AAP en cours)</li> <li>- Equipe mobile transition avec pédopsychiatrie</li> <li>- Nouvelles technologies dans les soins (C2CARE)</li> <li>- Développer la filière réinsertion professionnelle en collaboration avec divers services de l'établissement (cafétéria, centre de Doc, DSET)</li> <li>- Développer une filière logement</li> <li>- Développer diagnostic et soins autisme sans déficience</li> </ul>	Dr Martin
<p><b>Matisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le développement de cet outil dans le cadre des soins de réhabilitation psychosociale (cf. guide Anap 2019)</li> <li>- Réécriture du projet médical, développement des outils de réhabilitation in situ</li> <li>- Appartement tremplin/témoin (appartement accolé à Matisse)</li> </ul>	
<p><b>Appartements protégés</b> : évolution vers la création d'une filière logement coordonnée par le C2RB ; poursuite de SESAME, développement de l'AFT</p>	
<p><b>Axe somatique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déposer un projet partenarial avec le pôle somatique de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En extra hospitalier : sous-groupe animé avec le Dr DUONG pour rédiger les recommandations à mettre en place en termes de bilan et de suivi cf. Pussin</li> <li>▪ En intra hospitalier : musique et réhabilitation (cf. projet somatique)</li> </ul> </li> <li>- Accompagner la prise en charge par un programme d'ETP type « mes défis somatiques » - cf. Nice Lecadreur collaboration dans le cadre du réseau réhabilitation</li> <li>- Consultations Premiers Episodes Psychotiques (PEP) et Ultra Haut Risque (UHR) pour bilan initial</li> </ul>	

**Liens avec les autres projets :**

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	Tous
Projet Psychologique	
Projet de Soins	Développement de l'ETP axée psychoéducation
Projet Social	Plan de formation / Affectation des temps d'Assistante de service social / psychologue
Projet Qualité/Risques/ Usagers	
Projet de gestion	Financement Matisse
Projet Logistique	Locaux Matisse, FAM, C2RB /CIPP, affectation de véhicules
Projet SIH	Interopérabilité des logiciels HM / médico-social, téléphonie portable rappel des RDV

**4. Modalités de mise en œuvre des projets**

**Perspectives d'évolution des structures**

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
SAMSAH				X		
FAM				X		
C2RB				X		
St Exupéry				X		
Matisse				X		
Centre d'Intervention Précoce				X		
Appartements protégés				X		X
Maison des Usagers				X		
Cafétéria				X		
SAMSAH				X		
FAM				X		
MAS						X

## REHABILITATION PSYCHOSOCIALE - Dr MARTIN

Prio.	Projet	Evolution capacitaire (lits / places)	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire	Fiche projet	Chef de projet
1	<p><u>Assurer le pilotage territorial de la Réhabilitation Psycho-sociale en Bourgogne</u></p> <p>a) Officialiser l'action du C2RB et structurer un parcours intersectoriel de réhabilitation intégrant les partenaires d'amont-aval et un plan de formation partagé (outils et DIU)</p> <p>Développer la prise en charge de l'autisme sans déficience, en lien avec le CRA (formation PH, adressages, outils,...) – en cours</p> <p>Poursuite du développement des outils de réhabilitation psychosociale</p>	Locaux	2021 informations, journées d'échanges					<p>_Projet GHT / PTSM</p> <p>_ Un positionnement sur l'éducation thérapeutique et la centralisation des programmes/formations à définir + 0,3 temps de secrétariat (financement Profamille)</p> <p>_Le C2RB a été reconnu centre référent par l'ARS en 2020 - Missions locales et régionales</p> <p>_ Journée de RPS organisée par l'ARS pour officialisation des deux centres référents</p> <p>_DSET : estimation projet locaux ancien UMAHCO</p>	Oui Dossier complet réalisé	Dr Martin
	<p>b) Développer les nouvelles technologies en réhabilitation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- simulateur de conduite (obj : passer le permis),</li> <li>- casques réalité virtuelle (C2Care – anxiété, conduite TSA, TCA),</li> <li>- réhability'Run (autisme, psychoses, TBP)</li> <li>- Equi'Remed</li> <li>- applications mobiles de soins</li> <li>- la Bioserenity</li> <li>- Appartements connectés.</li> </ul>		Réhability Run & Equi'Remed					<p>_ Envisager un plateau technique commun avec le pôle transversal somatique ?</p>	<i>C2care et simulateur en cours de rédaction</i>	Dr Martin
6	b) Engager un projet de soins somatiques en réhabilitation, via programme d'ETP et outils en lien avec le pôle transversal somatique							Portage C2RB	En cours	Dr Granon Dr Duong

2 a)	c) Créer une filière « Usagers » : en lien avec la pair-aidance, profamille, Bref, intégrant un axe de développement de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)		Pair aideance	Filière usagers				<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Appel à projet (juin 2020) en cours de rédaction</li> <li>_ Début de profamille session novembre 2020-juin2021 ; temps de secrétariat financé</li> <li>_ Prévoir projet transversal Usagers / DAG</li> </ul>	Oui AAP Oui : <i>validation projet profamille par ARS et financement logistique</i>	Dr Martin
2 b)	d) Développer la pair-aidance (un réseau social de patient « pair aidant numérique », vers un GEM ?) : Projet 2020 : 2 pairs aidants intervenant ponctuellement sur des actions : - de sensibilisation (colloques, réseaux sociaux de patients, médias - de psychoéducation - sur appartements tremplin St Exupéry		X	Déploiement : autres services				<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Définir une politique commune inter polaire</li> <li>– Même projet en extra hospitalier</li> <li>_ Deux premiers pair aidant sur le pôle de réhab (janvier 2021)</li> <li>_ DSET : besoins 1 bureau</li> </ul>	AAP en cours	Dr Martin
	e) Equipe mobile de prévention et d'intervention précoce (si financement)		Ecriture projet					_ A préciser	En cours	Dr Martin Dr Pingaud
3	Développer le SAMSAH pour répondre à sa vocation départementale à terme (antenne beaunoise 2021) et faire évoluer la structure vers un modèle de SAMSAH « rétablissement » (pluridisciplinarité à développer)	+ 20 places (beaunois) en 2020	Dès l'automne 2020					<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Lien projet RH (état des postes), accompagnement métiers et formation ++, ergo,</li> <li>_ Equipement (4 téléphones, 1 voiture...)</li> <li>_ Accès HM + 1 portable</li> <li>_ Application mobile 3CX – env. 4000 € (/an ?)</li> <li>_ Lieu équipe mutualisé SDAT sur Beaune ?</li> <li>_ Mobilier équipements..</li> </ul>	oui	Dr Martin S.Ascrubal V. Colas

4a)	<u>Créer une filière logement</u> a) Intégration des appartements protégés dans le pôle de réhabilitation Intégration d'une filière coordonnée avec Champmol Habitat, Sésame (lien AFT), lien fonctionnel avec UCSD Et créer une mission locative sur le pôle de réhabilitation, en association avec Champmol Habitat et en partenariat avec SAVS, services à domicile et mandataires judiciaires		X	Fonctionnement				_ Dès le fonctionnement des pôles _ Rencontre des partenaires _ Création d'un parcours		
4b)	a) Créer une offre d'appartements thérapeutiques « tremplins » pour des patients d'intra et extra hospitalier (portage St Exupéry) + pair aidants + CLSM + AFT		X					_Association plus large dans une filière réinsertion logement (UCSD, Longvic, Champmol) _ Rédaction projet innovation dès 2020 ; _ Locaux (travaux) _ Recrutement RH (maitresse de maison, pair aidant)	<i>Oui</i> <i>Présenter le projet à l'app de l'innovation</i>	Dr Andreou
5	<u>Développer une filière de réhabilitation par l'emploi</u> a) ETP spécifique (sept 2020) b) challenge emploi c) projet de stages pré ESAT : cafétéria, centre de doc et jardins, laverie, cuisine/self, gestion des déchets, archives, ... ?		X ETP	Fonctionnement des ateliers				_2020 : rédaction de l'ETP et premier groupe _ 2020/2021 : Rencontre et formation challenge emploi _ 2021 : atelier pré pro	ETP : oui Atelier pré pro : en cours de rédaction	Dr Granon
10	<u>Créer une filière culture à l'hôpital :</u> En partenariat avec les Beaux-Arts, lycées professionnels : créer une pièce maîtresse pour l'ouverture du pôle de réhab type street art dans les locaux ?							_Prévoir projet culture transversal /DAG _Lien avec le projet du pôle transversal et somatique : musique/réhabilitation (S. DUONG)		Dr Martin Dr Duong

6	Création d'une MAS			ouverture				<ul style="list-style-type: none"> <li>_ En attente du médecin référent + somaticien</li> <li>_ Intégrer la référence médicale psy de secteur + commission d'admission</li> <li>_ Chiffrage</li> </ul>	En cours de rédaction	S.Aschubal
7	Extension capacitaire du FAM par externalisation sur secteur Semur	+ 20 ?						<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Rencontrer les référents médicaux du secteur 3</li> <li>_ A voir selon opportunité</li> </ul>		

---

## AXE 6 –ACTIVITÉS MÉDICALES TRANSVERSALES

### 1. Introduction

Dans le cadre de ce nouveau projet d'établissement 2021-2025, la réorganisation des services a réuni au sein du Pôle des Activités Médicales Transversales les unités suivantes :

- Unité de soins somatiques
- Unité du sommeil
- Unité d'électroconvulsivothérapie
- Unité d'addictologie
- Pharmacie
- Unité de recherche clinique
- DIM et UCDDM

Rassembler au sein d'un même pôle ces unités très différentes, chacune amenant des compétences spécifiques et une identité forte a fait émerger des objectifs communs dans la prise en charge des patients et des résidents.

D'une part, la transversalité de ce pôle peut être perçue à travers l'intersectorialité de ses unités de soins. Toutes ont pour objectif de proposer des soins à l'ensemble des patients du territoire souffrant de pathologie mentale, dans tous les secteurs, grâce à des compétences et des savoir-faire très variés et à un plateau technique étoffé. Ces unités permettent d'élargir l'offre de soins proposée au sein de l'établissement et nous veillerons à en améliorer l'accessibilité pour les patients.

D'autre part, la transversalité peut être entendue comme la recherche de convergences entre les différentes disciplines médicales et paramédicales. Le regroupement de ces unités intersectorielles favorise la rencontre et la collaboration entre les professionnels de terrain d'horizons différents et de formations variées. La mise en commun des idées de chacun, des moyens techniques, des savoir-faire humains et des projets de soins facilite l'identification de besoins et d'objectifs qui font émerger des projets innovants, dans le seul but d'améliorer la prise en charge de nos patients.

La rédaction de ce projet médical est l'occasion de présenter les valeurs et les objectifs de ce nouveau pôle :

#### *1- L'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins*

Les patients souffrant de santé mentale ont souvent un suivi somatique insuffisant, irrégulier, et la diminution de leur espérance de vie n'est plus à démontrer. Afin de répondre à leurs besoins en santé, l'unité de soins somatiques permet d'assurer un suivi de la santé physique des patients hospitalisés et leur permet également un accès aux soins spécialisés (ORL, pneumologue, ophtalmologue, gynécologue, dermatologue, tabacologue, dentiste...) mais aussi à des soins kinésithérapeutiques, podologiques ou à des consultations diététiques.

De plus, avec la pharmacie, l'action sur le terrain et l'implication dans différentes instances de l'établissement (COVIRIS, COMEDIMS, CLUD, CLAN, Hygiène hospitalière, COPIL Stratégique du Circuit du Médicament ...) permet d'assurer la sécurité et la qualité des soins qui sont au cœur des valeurs du pôle. Cette offre de soins qui s'adresse essentiellement aux patients hospitalisés pourrait, sous réserve de moyens, être étendue aux patients de l'extrahospitalier que ce soit au sein des CMP ou des structures médico-sociales.

#### *2- Proposer des parcours de soins spécifiques au sein de l'établissement et du GHT*

Le parcours des patients en santé mentale peut nécessiter des interventions de soins spécifiques qui sont proposées au sein du pôle. Ainsi, les unités de médecine du sommeil, d'électroconvulsivothérapie, d'addictologie et le centre d'exploration fonctionnelle permettent de répondre à ces besoins spécifiques. Avoir ces ressources disponibles sur place est une force pour l'établissement en étoffant son offre de soin, non seulement pour les patients hospitalisés, mais plus largement sur le territoire et au sein du GHT. Pour prendre en charge des patients hors-secteurs du GHT, cinq lits seront identifiés à l'Unité de Dépression pour accueillir les patients nécessitant une hospitalisation dans le cadre de prise en charge de pathologies du sommeil ou nécessitant une

électroconvulsivothérapie. L'accessibilité à ces parcours de soins spécifiques pour les patients de santé mentale sera un des objectifs de ces prochaines années.

### 3- S'inscrire dans le GHT et dans le territoire

Le travail de lien avec les différents acteurs de la santé sur le territoire est encouragé par le GHT. Le GHT favorise et facilite les partenariats entre les différents établissements et nos liens avec le CHU de Dijon déjà existants peuvent encore être renforcés dans des projets communs, notamment grâce à des postes partagés. Leur expertise technique s'ajoutant à notre connaissance du terrain en santé mentale peut être une force dans l'amélioration de la prise en charge des patients.

Mais le travail en réseau se tournera également vers la ville et la médecine ambulatoire qui assure le relais de la prise en charge des patients retournés à domicile, sans oublier les CMP et les structures médico-sociales qui prennent en charge des patients vulnérables.

### 4- Recherche et innovation en santé mentale

La recherche et l'innovation constituent un axe important à entretenir et à encourager au sein de notre établissement.

Tout d'abord, l'apport de la télémédecine, qui s'est accélérée avec la crise sanitaire liée au SARS CoV2, doit être évalué et si elle peut améliorer l'accessibilité aux soins des patients sur le territoire, elle pourra être développée.

Concernant la prise en charge de nos patients les nouveaux modes de prise en charge doivent être encouragés dès qu'ils apportent des bénéfices aux patients. Ces derniers peuvent être évalués, voire faire l'objet d'un sujet de recherche et cette unité de recherche clinique a pour mission d'accompagner tout projet de recherche au sein de l'établissement.

## 2. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<p><b><u>Forces</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une prise en charge de qualité avec un plateau de soins somatiques généralistes et spécialisés.</li> <li>2. Premier bilan somatique systématique = point fort de la prise en charge</li> <li>3. Pharmacie en interne</li> <li>4. Un service de type médecine spécialisé en addictologie avec des professionnels formés à l'ETP (programme validé par l'ARS depuis novembre 2017).</li> <li>5. Diagnostique pulmonaire et aide au sevrage pour le patient fumeur (examens complémentaires-EFR)</li> <li>6. Appartenance à la FMIH addictologie (positionnement niveau 2)</li> <li>7. Attractivité des activités du sommeil et de l'ECT, intérêt du panel de prise en charge</li> <li>8. Accréditation de l'unité sommeil (SFRMS) et participation aux événements de l'INSV</li> </ol>	<p><b><u>Opportunités</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une meilleure intégration du volet somatique dans l'ensemble des structures de prise en charge (intra, extra, réhabilitation, pédopsychiatrie)</li> <li>2. Bon positionnement/ indicateur national à venir sur les soins somatiques</li> <li>3. Télémédecine</li> <li>4. Potentiel de projets engagés dans le cadre du GHT/CHU : ECT, sommeil, addictologie, pharmacie, télécardiologie, pneumologie, recherche, ...</li> <li>5. Fédération nationale centres du sommeil</li> <li>6. Développement de l'offre de soins addictologique pour les personnes en situation d'incarcération faisant l'objet d'un placement extérieur au travers d'une convention Eole-SPIP-Maison d'arrêt</li> <li>7. Construction et diffusion d'un programme de formation en addictologie en mobilisant les compétences existantes.</li> </ol>
<p><b><u>Faiblesses</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accroissement de la demande des services vs temps médical</li> <li>2. Suivi somatique en extra hospitalier</li> <li>3. Liaison addictologique avec l'intra et l'extrahospitalier</li> <li>4. Adressages ECT/sommeil</li> <li>5. Coordination des projets de recherche</li> </ol>	<p><b><u>Menaces</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Départs en retraite médecins spécialistes vacataires</li> <li>2. Fuite patients ECT/délais d'attente</li> <li>3. Locaux de la PUI et d'EOLE non conformes</li> </ol>

### 3. Concertation autour des problématiques et propositions de projets potentiels

#### Synthèse des orientations des orientations stratégiques et opérationnelles

- Travailler la question des internes en soins somatiques
- Arbitrer entre le temps clinique et pharmaceutique d'une part et les temps de réunions / projets transversaux d'autre part
- Trouver une place dans l'extra hospitalier pour le suivi somatique – consultations dédiées dans les CMP avec des moyens dédiés, revoir les informations dans les courriers de sortie
- Idée d'un partenariat avec le CGFL pour les soins en prise en charge de la douleur
- Faciliter la mise en œuvre de l'ECT, réduire les délais, tant pour l'intra que pour le territoire GHT.
- Enquête à envisager afin d'évaluer les besoins en sismothérapie
- Développer l'activité du sommeil : 3<sup>ème</sup> chambre, postes partagés avec le CHU (pneumologue et neurologue)
- Développer l'activité ambulatoire d'EOLE (consultations)
- Initier une nouvelle offre de soins en addictologie (CATTP)
- Exporter les compétences des professionnels en dehors de l'unité au travers d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
- Proposer une offre de soins addictologique pour les personnes en situation d'incarcération.
- Engager une « opération tiroir » USALP/EOLE/PUJ
- Travailler à une coordination des projets de recherche

#### Projets à développer

Projets	Médecin chef de projet
<b>Soins Somatiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir / développer les soins spécialisés</li> <li>- Proposer des postes partagés entre CHU et notre établissement pour la pneumologie et la neurologie avec une activité sommeil</li> <li>- Créer une consultation douleur à orientation psychiatrique</li> <li>- Travailler le lien et la collaboration avec les CMP et avec les médecins généralistes (si moyens dédiés)</li> <li>- Améliorer la prévention du syndrome métabolique en structurant l'éducation nutritionnelle des patients (programme ETP)</li> <li>- Développer les actions de prévention larges pour les patients hospitalisés (IDE de l'unité de soins somatiques + programme ETP)</li> <li>- Participer à un groupe de travail sur les TCA</li> <li>- Participation et/ou animation des instances transversales de l'établissement (COVIRIS, CLAN, CLUD, Equipe Opérationnelle d'Hygiène...)</li> </ul>	Dr Duong
<b>Pharmacie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délocaliser la pharmacie sur EOLE</li> <li>- Développer la pharmacie clinique sous réserve de moyens humains</li> <li>- Projet pharmaceutique du GHT : automatisation en cours de réflexion (à confirmer fin 2020)</li> <li>- Développer la Dispensation Nominative Individuelle sous réserve de moyen</li> <li>- Participation aux instances de l'établissement (COMEDIMS, CLAN, CLUD, GREX circuit du médicament, CSIRMT, ...)</li> </ul>	Dr Beye
<b>Addictologie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transférer EOLE dans les locaux d'USALP, harmoniser le développement de</li> </ul>	Dr Aravantinos

<p>l'activité hospitalière et ambulatoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie</li> <li>- Expérimentation d'une offre de soins addictologiques aux personnes en situation d'incarcération faisant l'objet d'un placement extérieur.</li> <li>- HDJ tabacologie, en partenariat avec le CHU dans le cadre de la FMIH</li> <li>- Projets de recherche méthadone, parcours EOLE – Unité du sommeil</li> <li>- Développer l'activité ambulatoire et instaurer une prise en charge CATTP</li> </ul>	
<b>ECT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir et développer l'activité</li> <li>- Evaluer avec les psychiatres l'intérêt d'une enquête sur les cas de dépressions résistantes sur l'établissement et sur la région.</li> <li>- Communication auprès des psychiatres de l'établissement et au sein du GHT (réalisation de plaquettes, développement du site internet...)</li> <li>- Intégrer l'ETP IDE coordination d'ECT sur l'équipe du sommeil en répartissant ses missions (dispositif préfigurateur du projet équipe unique ECT-sommeil)</li> <li>- Structurer l'offre de soin pour les dépressions résistantes <ul style="list-style-type: none"> <li>o 5 lits fléchés à l'UD</li> <li>o Organisation d'une filière de soin activement proposée dans tous les services de l'établissement, avec des programmes bien lisibles (luminothérapie, sismothérapie, traitements spécifiques ou protocoles de recherche ...) mais qui serait aussi ouvert aux patients externes</li> </ul> </li> <li>- Faciliter l'adressage des patients <ul style="list-style-type: none"> <li>o en intra en facilitant l'organisation du bilan pré-sismothérapie</li> <li>o en extra en organisant des hospitalisations programmées</li> </ul> </li> <li>- Revoir le bilan pré-sismothérapie et revoir quels examens sont indispensables</li> <li>- Pour les patients provenant d'autres établissements, proposer une offre de soin en hospitalisation programmée comprenant le bilan pré-sismothérapie qui serait organisé en amont.</li> </ul>	Dr Guillet
<b>Sommeil</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'activité du sommeil (enregistrements pédiatriques, accès à la luminothérapie pour les patients hospitalisés au CHLC, partenariat avec le centre mémoire du CHU.)</li> <li>- Proposer des postes partagés entre CHU et notre établissement pour la pneumologie et la neurologie avec une activité sommeil</li> <li>- Élargir l'offre de soin en impliquant les équipes paramédicales en développant l'éducation thérapeutique : ETP autour de l'insomnie</li> <li>- Développer l'offre de soins ambulatoires avec création d' un CATTP</li> <li>- Développer une offre de soin structurée pour les patients souffrant d'insomnie dans un premier temps (entretiens psychologues et consultations médicales)</li> <li>- Combiner des séances d'éducation thérapeutique, de relaxation, de méditation, d'entretien psychologique et de consultations médicales</li> <li>- Évaluer le bilan financier d'une telle prise en charge pour des patients ambulatoires</li> <li>- Etudier les possibilités de développement d'activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Optimisation taux d'occupation en renforçant l'équipe paramédicale</li> <li>o Equiper une troisième chambre</li> <li>o Projet équipe unique ECT-sommeil avec HDJ ECT et CATTP sommeil</li> <li>o Restructurations des locaux</li> </ul> </li> </ul>	Dr Guillet

Recherche	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer un programme de remédiation cognitive en lien avec le CIPP - Thèse de Victoria Stoll dirigée par le Dr Duong</li> <li>- Projet JYMMIN (partenariat CNRS – INSERM) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Collaboration possible avec le Pr Emmanuel Bigand du LEAD (laboratoire d'étude de l'apprentissage et du développement à Dijon)</li> </ul> </li> <li>- Projet de recherche sur l'activité physique stimulée par la musique</li> <li>- Des outils de musculation simple qui lorsqu'ils sont actionnés déclenche de la musique dont le volume et la richesse est proportionnelle à l'intensité de l'effort physique (cf. Jymmin de Tom Fritz)</li> <li>- Faciliter la pratique d'une activité physique en stimulant la motivation</li> <li>- Plusieurs indications à discuter : prévention du syndrome métabolique et de l'obésité, prise en charge de patients souffrant d'insomnies, évaluation de l'intérêt dans la prise en charge du craving en addictologie, évaluation de l'intérêt dans la douleur chronique ...</li> <li>- Projet addicto : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lien Traitements de Substitution des Opiacés (TSO) et apnées du sommeil.</li> <li>o Rêve de produits lors de la période de sevrage</li> </ul> </li> <li>- Intégrer l' Observatoire National d' ECT</li> </ul>	Dr Duong

#### Liens avec les autres projets :

Projets	Nature des besoins/projets
Autres groupes du Projet Médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projets communs à l'ensemble des pôles</li> <li>- Nouveaux projets en particulier avec le pôle réhabilitation et l'extra hospitalier</li> <li>- Intra : lits fléchés à l'UD</li> <li>- Projet TCA en lien avec la pédopsychiatrie</li> </ul>
Projet Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner le pôle par une compétence neuropsychologue pour accompagner les projets transversaux (dont sommeil)</li> </ul>
Projet de Soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes d'ETP à pérenniser et à développer en fonction de l'évaluation quadriennale (février 2021).</li> <li>- Adapter les effectifs au développement des projets du Pôle</li> </ul>
Projet Social / Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation 1 IDE référente douleur + capacité douleur PH</li> <li>- Formation TIM (selon évolution tarification / codage comorbidités)</li> <li>- DU Addicto-sommeil-tabacco ; formations TCA et ECT</li> <li>- Formation d'addictologie proposée aux agents de l'établissement par l'équipe projet de l'ELSA (préfiguration de l'ELSA)</li> <li>- Formation de l'équipe d'EOLE à l'entretien motivationnel</li> <li>- Formation médicale à l'ETP</li> <li>- Formation à la prise en charge de la polytoxicomanie</li> <li>- Formation à la prise en charge TCC en addictologie</li> </ul>
Projet Qualité/Risques/ Usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluations de pratiques professionnelles : faire le lien avec les projets de recherche et les thèses d'internes</li> <li>- Indicateurs IPAQSS : adapter le suivi des indicateurs spécifiques au pôle</li> <li>- Accréditation du laboratoire sommeil : accompagner le suivi de l'accréditation</li> <li>- Accompagner l'établissement pour répondre aux exigences de la certification en</li> </ul>

	matière de prise en charge médicamenteuse - Evaluation annuelle (courant du mois de février) et quadriennale de l'ETP (février 2021). - ICALIN et ICSHA : indicateurs de l'hygiène hospitalière - Participation aux instances en lien avec la qualité des soins (COVIRIS et Hygiène hospitalière, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CREX circuit du médicament ...)
Projet Logistique	- Opération tiroir USALP/EOLE/PUI - Chambre enregistrement du sommeil
Projet SIH	- Télémédecine: télécardiologie + liens avec la médecine de ville - Accompagner le développement de l'activité du DIM, notamment via fonction TIM - Logiciel d'automatisation de la pharmacie si le projet d'automatisation aboutit
Affaires médicales	- Anticiper les postes vacants de spécialistes (départs en retraite) et engager une demande de 3 postes d'internes somatiques dès le second semestre 2020 - Maintenir le poste d'interne en psychiatrie ou en addictologie via la FST - Intégrer le poste d'interne en addictologie dans les missions de consultations et de liaison au travers des projets ELSA, CMP-CATTP

#### 4. Modalités de mise en œuvre des projets

##### Perspectives d'évolution des structures

Noms des Structures	Secteur	Pôle	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
PUI	Intersectoriel	Regroupement dans le pôle transversal			X	Locaux EOLE
EOLE				X	X	Locaux USALP
SISMO				X		HDJ
SOMMEIL				X		CATTP
USS				X		
DIM / UCDM				X	X	

**ACTIVITES TRANSVERSALES ET SOMATIQUES - Drs DUONG – ROYER RIGAUD**

Prio.	Projet	Evol. lits /places	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / Directoire / Comité de pilotage	Fiche projet	Chef de projet
<b>SOMATIQUE</b>										
1a	Développer la fonction d'infirmier de prévention en soins somatiques, programme ETP syndrome métabolique et risque cardio vasculaire (prévention, poids/neuroleptiques en intra hospitalier) et pourquoi pas l'étendre dans un second temps à l'extra-hospitalier.		X					_Pg d'éducation thérapeutique _Effectifs constants / protocoles _Projet à moyen constant pour l'intra diet, IDE _Travailler en lien avec kinés, prof APA	non	Dr Martin Berthole
1b	Créer une consultation douleur psychiatrique et animer un réseau de référents douleur		Réseau	Consultation ----->				_Cf. plan d'action CLUD _Pré requis : capacité douleur Dr Duong – Pdt CLUD _Temps d'IDE douleur dédiée à reconduire pour cette activité (IDE formée et identifiée) + coût formation DU _Salle Ginko (EOLE) dédiée _Achat table massage, rafraichissement salle	non	Dr Duong
1c	Assurer la prise en charge des urgences vitales en continu 9h-18h		X					_ Sous réserve de passage 2 à 3 internes _ à envisager dès le second semestre 2020 _ 1 téléphone avec numéro dédié à cette prise en charge		Dr Duong
2	Développer les liens avec la médecine de ville pour le suivi des soins somatiques : collaboration IDE USS et IDE des CMP Modalités envisagées : _ consultations (sous réserve étude de moyens RH médecin somaticien) _ minibus consultations somatiques ?		Thèse : état des lieux	Mise en place si tps médical		Réévaluation		_ Si temps médical : consultation en présentiel _ Lien avec médecine de ville – cf. modèle Vinatier _ Moyens supplémentaires pour l'extra (diététicienne + IDE) _ Thèse en cours suivi somatique en extra hospitalier	A écrire 2021 T. Mange/ thèse	Dr Duong
3	Développer la prise en charge des TCA et mise en place d'un groupe de travail en lien avec le projet d'unité TCA de pédopsychiatrie (16-24 ans)		Gpe de travail	outils/ formation				_Groupe de travail pluridisciplinaire psychiatre, somaticien, diet, IDE _Développer des outils de prise en charge	groupe de travail 2021	Dr Boisset J. Chartier

2	Optimiser la gestion des transports avec le logiciel PTAH - Extraction des statistiques - Lien avec le GHT		Réunion CHU/CHLC					_Reprogrammer une réunion de cadrage avec le CHU et I. Beuriat		Dr Duong
2	Maintenir et valoriser l'offre de soin paramédicale sur place : - Kinésithérapeutes - Diététiciennes - Podologue							_Améliorer le recueil d'activité, notamment pour les actes ambulatoires		Dr Duong
<b>PHARMACIE</b>										
1	Développer l'activité de pharmacie clinique (mentionné dans le décret du 29 mai 2019) _ Conciliation médicamenteuse à la sortie _ Entretiens pharmaceutiques		X					_ 0,8 ETP pharmacien à renouveler pour cette activité en 2021 _ Développé en fonction du temps de pharmacien dédié _ Lien avec axe qualité /prise en charge médicamenteuse	FP pharma du GHT	F. Beye
2	Préparation de pilulier pour structures hors établissement (développement de la DHIN – dispensation hebdomadaire individuelle nominative)		X	X				_0,1 ETP pharmacien à affecter		F. Beye
3	Développer un projet de préparation des doses à administrer (automatisation dans le cadre du GH)			X				_Dépendant de l'avancement projet d'automate du CHU		F. Beye
4	Délocaliser la pharmacie dans les locaux d'EOLE (avant 2022)			Ecriture projet	X			_Obligation certification 1 <sup>er</sup> semestre 2022 _Dépend de l'avancement des travaux sur l'établissement / construction MAS	FP pharma du GHT	F. Beye
<b>DIM</b>										
1	Accompagner l'impact de la nouvelle tarification en terme de recueil d'activité							_ Développer une fonction TIM ?		Dr Maach

RECHERCHE										
1	Coordonner l'ensemble des projets de recherche clinique au sein d'une structure unique : médicale, paramédicale, psycho, infirmière et communiquer sur les résultats en externe : TSO et sommeil Rêve de produits Musique et sport adapté Réhabilitation & somatique ECT, ..		Etat des lieux publications + com. sur l'URC	3 projets prioritaires recherche			fédération/fondation	_Faire l'état des lieux des médecins investis dans la recherche _Mobiliser notre adhésion/partenariat avec le CCOMS _Envisager dans le cadre du GHT : projet de fédération Recherche en Santé Mentale _Intégrer l'aspect innovations _Projet IPA recherche	FP GHT à reprendre	Dr Denis/ Dr Milleret
ADDICTOLOGIE										
2	Mettre en place une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie.  Préfigurer l'ELSA en développant un programme de formation animé par les 2 IDE coordinatrices		X					_Intégration consultation de tabacologie _ RH : 1.6 IDE coordinatrices + 0.4 psychiatre + 0.2 médecin tabacologue + 0.2 AMA + 0.2 Cadre de santé	Oui AAP 2019 à reprendre	Mr Olivier
1	Faire reconnaître et développer l'activité de CMP et CATTP en addictologie  Pérenniser le temps médical tabacologue		X Janv					_RH : 1 ETP médical supplémentaire + postes départ retraite à renouveler (Dr PERRET) + IDE : 2 ETP + Psychologue : 0.40 ETP + Cadre de santé 0.20 ETP _Développer le temps de présence Assistant de service social _Augmenter le temps de présence AMA _Préambule des missions de l'ELSA		Dr Aravantinos
3	Participer à l'animation de la FMIH d'addictologie du GHT		X					_ Définir le positionnement référence médico-soignante CHLC	Oui GHT	Dr Aravantinos
4	Développer l'activité d'EOLE et relocaliser l'unité (opération tiroir EOLE, USALP, Pharmacie ou rameau ?)			USALP EOLE	pharmacie			_A évaluer selon opérations tiroir _Obligation certification 1 <sup>er</sup> semestre 2022		Dr Aravantinos
5	Elaboration d'une convention test EOLE-SPIP-Maison d'arrêt		X					_Lister les attentes de l'unité _Définir le parcours patient _Répartir les missions de chacun au sein de la convention		Dr Aravantinos

EXPLORATIONS DU SOMMEIL											
1	Développer l'activité : _ Postes partagés CHU-Chartreuse (pneumo, neuro, interne) _ Capacité d'enregistrement + équipement d'1 chambre salle d'enregistrement ou 1 équipe dédiée		Etude medico éco	X					_ Réaliser une étude médico économique + améliorer la cotation/facturation _ Equipement d'1 chambre (15.000 €) _ Projet mixte pneumo- psy / et neuro-psy + convention CHU/CHARTREUSE à reprendre		Dr Guillet
2	Développer une offre alternative aux traitements pharmacologiques sous forme d'activité ambulatoire pour les patients présentant des insomnies (selon étude médico économique)		X						_ Création d'ateliers thérapeutiques (psycho/inf – pour libérer du temps médical) _ Lien avec le projet psycho – quid temps neuropsychy rattaché au pôle transversal		Dr Guillet
3	Officialiser une Fédération Médicale Inter hospitalière avec les partenaires du GHT (à évaluer – GIROD / Dr LEMESLE, RABEC)			X					Poursuivre les réunions médicales dédiées RCP 1/mois au CHU)	Convention GHT à actualiser	Dr Guillet
ELETR CONVULSIVO THERAPIE											
1	Développer l'activité d'ECT et favoriser le recours pour les dépressions résistantes : - Par une enquête auprès des adresseurs - Intervention des IDE formées en ECT pour accompagner la réalisation des bilans pré sismo et évaluations pré et post thérapeutiques - Avec programmes et outils : luminothérapie, recherche, etc..		étude + enquête						_ Réaliser une étude médico économique (développement HDJ) _ Liens avec la recherche		Dr Guillet
2	Créer une Fédération Médicale Inter-hospitalière avec les partenaires du GHT (à évaluer)			X					_ Organiser une réunion médicale dédiée	FP GHT à actualiser	Dr Guillet
PROJET TRANSVERSAL SOMMEIL / ECT (+/- RECHERCHE)											
	Créer une fédération neuropsychiatrie _ 1 <sup>ère</sup> phase : organisation paramédicale commune _ 2 <sup>ème</sup> phase : réflexion sur un projet médical commun « neurosciences » vers CATT / HJ								_ Envisager le partenariat avec le CHU et le CHRM	FP GHT à actualiser	

### 3°PARTIE - PROJET DES USAGERS

#### I- INTRODUCTION

Le traumatisme vécu au début de la prise en charge reste souvent un point de fixation difficile pour les familles pouvant gêner l'adhésion aux soins des familles et des patients ultérieurement (dénier du besoin de soins, refus de la psychiatrie et des traitements, rejet, colères...etc.).

Parvenir à la collaboration de l'entourage du patient permettrait ainsi d'éviter les ruptures de soins et les ré-hospitalisations.

Tout l'enjeu du projet des usagers réside dans le fait de parvenir à la collaboration de l'entourage du patient pour plus d'efficacité dans sa prise en charge psychiatrique.

#### II- DIAGNOSTIC DE L'EXISTANT ET ANALYSE DU CONTEXTE

<b><u>Forces</u></b> 1- Les dispositifs déjà existants sur le CH La Chartreuse (Plateforme d'Orientation Psychiatrique, équipe mobile, « Et nous », Maison des Usagers,...etc.). 2- Un lien fort déjà existant avec les associations et les représentants des usagers. 3- Une Commission des Usagers impliquée.	<b><u>Opportunités</u></b> 1- Les enquêtes déjà réalisées autour de la prise en charge de la crise (UNAFAM, URAF,...), 2- Les remontées des groupes UNAFAM et Dépendances 21, 3- L'expérience de PROFAMILLE durant 8 ans, 4- Les connaissances actuelles concernant la prise en charge précoce des psychoses. 5- Les orientations du PTSM 21
<b><u>Faiblesses</u></b> 1- Un tiers des réclamations et des demandes d'informations vient des familles, 2- Il existe un véritable besoin des proches concernant les 1ères hospitalisations pour psychoses (qui peuvent être en hospitalisation libre) et les soins sans consentement avec l'intervention d'un tiers (422 procédures faisant intervenir un tiers en 2019).	<b><u>Menaces</u></b> 1- Le traumatisme vécu au début de la prise en charge reste souvent un point de fixation difficile pour les familles et cela pourra gêner l'adhésion aux soins des familles et des patients ultérieurement (dénier du besoin de soins, refus de la psychiatrie et des traitements, rejet, colères...etc.). L'idée générale est d'éviter les ruptures de soins et les ré-hospitalisations.

#### Synthèse des orientations et propositions du groupe

Difficultés des familles à faire hospitaliser leurs proches pour différentes raisons :

- Comment reconnaître et admettre les symptômes d'une maladie psychique alors que rien ne prépare les proches ?
- A quel moment prendre la décision et faire une demande de soins sans consentement (attendre la crise ou le drame) ?
- Quel accompagnement jusqu'à l'hôpital (police, pompiers, CHU, SAMU...etc., pas de place dans les services...autant d'obstacles à surmonter) ? Si les délais sont longs, les personnels peu formés (ambulanciers non avertis du type de prise en charge, les situations dangereuses...etc.) il y a beaucoup d'échecs et de renoncements possibles.
- Même avec de meilleurs dispositifs, la situation en elle-même est traumatisante.

Une fois le patient hospitalisé :

- Comment se remettre de cette décision (signature du tiers) qui peut être vécue par le patient comme une « trahison » et impacter la confiance établie précédemment avec le proche.
- Comment gérer les premiers contacts avec l'hôpital : les familles arrivent à l'hôpital épuisées après avoir tout essayé pour amener le proche aux soins (médecin traitant, psychologue, services de prise en charge des addictions, services sociaux, ...etc.).

- Comment supporter et comprendre les effets secondaires des traitements qui modifient le comportement du proche (« On ne le reconnaît plus »).

Les proches peuvent rencontrer de nouvelles difficultés lors de la sortie du patient :

- Quand la famille n'a pas les informations suffisantes,
- Quand la famille reste en colère considérant qu'après tous les efforts qu'elle a faits pour faire hospitaliser son proche, les résultats attendus ne sont pas présents (« sortie trop précoce », « sortie mal organisée et sans préparation », « pas de rencontre de la famille », « pas de suivi post-hospitalisation mis en place », ...etc.),
- Quand la famille ne se sent pas suffisamment associée et informée à la prise en charge ambulatoire alors qu'elle est très présente et qu'elle représente le « fil rouge » de l'histoire du patient.
- La famille souhaite généralement être associée au parcours de reconstruction / réhabilitation de son proche.

### Orientations stratégiques et opérationnelles

- Le rappel de la législation est essentiel pour expliquer la mise en place des soins sans consentement mais ne suffit pas à répondre au débordement émotionnel des proches et/ou du patient.
- Des informations suffisamment précises sur les symptômes de la maladie et les traitements mis en place sont primordiales pour mieux comprendre la situation.
- L'entourage souhaite une prise en compte suffisante et particulière lorsqu'elle prend la responsabilité de signer le tiers, surtout lors des 1ères hospitalisations.
- Permettre à tout moment à la famille d'avoir recours à un référent si des inquiétudes de crise revenaient pour éviter des ré-hospitalisations.

**Les orientations ainsi définies sont susceptibles d'évolution au regard des résultats des questionnaires de satisfaction, des enquêtes auprès des Usagers mais aussi des retours des Conseils de Vie Sociale, etc.**

### III- PROJETS À DÉVELOPPER

Projets	Chef de projet	Fiche projet
Formaliser une plaquette d'information pratique pour les proches / les accompagnants tenant compte de leurs besoins («se sentir davantage soutenus dans leur désarroi», « s'orienter dans les démarches », «se sentir moins seuls» etc.).	CDU	Lien fiche action PTSM
Formaliser une plaquette d'information à destination des tiers concernant les soins sans consentement.	C. Girault	Lien fiche projet PTSM
Proposer un entretien médical systématique avec les proches demandeurs avec le médecin-référent du patient quand cela est possible (accord du patient) ou avec un autre professionnel quand cela n'est pas possible.  Cet entretien va dans un premier temps rechercher les éléments historiques permettant de compléter l'observation clinique, puis dans un deuxième temps, orienter si besoin le proche vers le dispositif de type « Et nous... », qui proposera une rencontre avec les associations de familles ou éventuellement auprès d'un psychologue si nécessaire.	Lien avec le projet médical / primo consultations et référents de parcours	

Ce dispositif bienveillant et avec des pairs qui ont vécu la même situation facilitera « l'appropriation » de la pratique de la psychiatrie, la réconciliation patient/tiers puis l'alliance patient/tiers/soignant.		
Faire évoluer les Journées d'échanges psychiatrie & justice (en lien avec le PTSM)	DAG	Lien PTSM
Mettre en place une formation de premier secours en santé mentale avec l'ANFH.	DAG	Fiche action PTSM
Organiser une visite de la mission d'observation du CCOMS afin d'évaluer la qualité et le respect des droits des patients sur des thématiques déterminées en lien avec la DSI – Service Qualité et les unités de soins volontaires.	C. Girault / DSI	
Proposer un questionnaire de satisfaction du dispositif pour les proches avec des suggestions.	CDU	

### Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	Pour l'entretien médical systématique des proches demandeurs avec le médecin-référent du patient quand cela est possible (accord du patient) ou avec un autre professionnel quand cela n'est pas possible. Pour orienter si besoin le proche vers le dispositif de type « Et nous,... »,
Projet Psychologique d'Etablissement	Primo consultations psychologues / plateformes familles intra hospitalières
Projet de Soins	
Projet Social	
Projet Qualité/Risques	Lien avec le Projet Qualité, Groupe 2 : axe 3 (Promouvoir le respect des droits et des libertés individuelles des patients) - Lien avec la Maison Des Usagers pour en faire un lieu de ressources et d'informations : Une permanence des associations le même jour que les séances « Et nous... » (ou programme « Bref ») pourraient être mise en place par exemple. Dans ce lieu, viendraient également les soignants.
Projet Logistique	
Projet SIH	

#### IV- MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PROJETS

##### Perspectives d'évolution des structures/services

Noms des structures/services	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
Maison des Usagers (projet distinct JL Martin)		Actions préventives et d'éducation à la santé + CLSM + cafétéria		

##### Modalités d'évaluation et impacts attendus

Objectifs	Indicateur	Taux cible
Réaliser une évaluation annuelle par questionnaire de satisfaction si possible	Taux de satisfaction global familles Nombre de demandes relatives à la prise en charge	85% de satisfaits
Voir l'évolution du nombre de réclamations et demandes d'informations de la part de tiers.	Nombre de demandes	Diminution du taux (<1/3 des demandes)
Voir le nombre de familles suivies par le programme « Et nous ,... ».	Nombre de familles bénéficiant du programme Taux de satisfaction	A déterminer sur 5 ans

Projet des Usagers										
Prio.	Projet	Evol. service	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet	Chef de projet
1	Formaliser une plaquette d'information pratique pour les proches / les accompagnants tenant compte de leurs besoins (« se sentir davantage soutenus dans leur désarroi », « s'orienter dans les démarches », « se sentir moins seuls », ...etc.).		X					En cours Lien portail PTSM 21		
2	Formaliser une plaquette d'information à destination des tiers concernant les soins sans consentement.		X					Lien Portail PTSM 21		
3	Mettre en place une formation Premiers Secours en Santé Mentale (INFIPP)		X					Projet de formation partagée PTSM 21	En cours	
4	Organiser une visite de la mission d'observation « quality rights » du CCOMS : évaluer qualité et respect des droits des patients sur des thématiques déterminées en lien avec la DSI – Service Qualité et les unités de soins volontaires.		X					Lien avec le projet qualité : à intégrer dans le planning des enquêtes		
5	S'associer au projet de la Maison des Usagers et renforcer l'intégration de l'Usager		X					Lien avec le projet de réhabilitation Développer les relais associatifs dans les différents secteurs		
6	Faire évoluer les Journées d'échanges psychiatrie & justice		X	X	X	X	X	Organisation annuelle via le PTSM dès 2021		
7	Contribuer au déploiement de la pair-aidance							Cf. AAP pôle réhabilitation	AAP en cours	
8	Proposer un questionnaire d'évaluation des besoins des proches		X					Elargir au préalable l'évaluation de la satisfaction des patients (psy intra, extra, addicto, CVS...)		
9	Proposer un « entretien famille » avec les proches demandeurs avec un professionnel quand cela est possible (accord du patient et équipe)							Estimer le calendrier / projet médical et projet de soins (réfèrent de parcours) Liens avec programmes « Bref » / « Et nous » - pôle de réhabilitation		

## 4°PARTIE - PROJET PSYCHOLOGIQUE D'ETABLISSEMENT

### Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

Chaque service dispose d'un ou plusieurs psychologues qui sont référents au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'offre de soins psychologiques.

<b><u>Force</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Une offre de soin en intra hospitalier ancrée sur l'unité de soin permettant une approche clinique individualisée.</li><li>2. Une offre de soin en extra hospitalier construite et organisée à partir de la question clinique et psychothérapique</li><li>3. Un accompagnement en réhabilitation favorisant le retour des patients à la vie sociale et la réduction des hospitalisations</li><li>4. Une expérience clinique de la prise en charge de patients souffrant d'addiction en tant que comorbidité.</li><li>5. Un rôle de tiers auprès des équipes</li></ol>	<b><u>Opportunités</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Une offre de soin partagée complémentaire permettant d'aborder des situations cliniques complexes</li><li>2. Un travail en équipe pluridisciplinaire</li><li>3. Des échanges entre neuro psychologues et cliniciens</li><li>4. L'expertise des psychologues dans la prise en charge psychothérapique</li><li>5. Des projets transversaux permettant de développer une nouvelle offre de soin</li><li>6. Le développement de nouveaux outils organisationnels</li></ol>
<b><u>Faiblesses</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La méconnaissance des compétences diverses des psychologues</li><li>2. Des activités essentielles mais non valorisées (synthèses et liens)</li><li>3. Des demandes parfois supérieures à l'offre de soin</li></ol>	<b><u>Menaces</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le risque d'un morcellement des prises en charge et d'un manque de liaison entre les professionnels</li><li>2. La centration sur la gestion de crise</li><li>3. Les ruptures de prise en charge au moment des relais de soin</li><li>4. Le morcellement des temps et l'éloignement des lieux de travail qui affaiblissent l'implication dans la vie institutionnelle.</li></ol>

### AXE 1 – EXTRA-HOSPITALIER

#### 1. Introduction

Les psychologues de l'extra hospitalier prennent en charge en psychothérapie des personnes en grandes difficultés psychiques pour lesquels la qualité du lien et de l'alliance thérapeutique est essentielle. Ce travail d'élaboration psychique, d'accompagnement, parfois d'étayage et de veille, peut être nécessaire au long cours, il permet souvent d'éviter une ré hospitalisation.

En CATTP ou en Hôpital de jour, ils proposent également une offre de soin psychothérapique groupale en binôme avec un soignant (groupe de parole, photo langage, groupe hypnose etc.).

Le psychologue tient un rôle de tiers auprès des équipes de soin. Il peut également entrer en contact avec ses collègues libéraux, des partenaires du médicosocial, du tissu associatif, des structures judiciaires.

#### 2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

- Continuer à effectuer un travail psychothérapique de qualité

Les psychologues proposent des entretiens cliniques et des suivis psychologiques et psychothérapeutiques selon des méthodes diverses et adaptées à l'évolution clinique du patient. La coordination et le point sur l'évolution de la prise en charge psychothérapique du patient se fait avec le psychiatre référent. Les synthèses d'équipe permettent une réflexion pluridisciplinaire sur les prises en charge proposées en CATTP et HDJ.

- **Gérer les files d'attente des demandes de suivi psychologiques en CMP et les délais de premier rdv. Faciliter les modalités d'accès au psychologue, avec une meilleure gestion des demandes des CMP.**

L'appréciation de la demande et l'orientation du patient vers un psychologue à la suite des premiers entretiens d'accueil en CMP est une démarche essentielle mais difficile à maîtriser.

- o Le patient sortant d'hospitalisation peut être prioritaire pour recevoir des soins en CMP et ne pas relever d'une liste d'attente. Un adressage direct pourrait se mettre en place, il existe déjà dans certains secteurs.
- o Le patient s'adressant de lui-même ou adressé par des tiers au CMP relève d'un premier entretien d'orientation, avec éventuellement inscription sur liste d'attente pour une prise en charge psychologique.

Une meilleure connaissance des possibilités d'orientation (avec tous les liens à renforcer avec les partenaires du champ associatif, libéral ou médicosocial) est également à développer.

- **Améliorer le lien entre l'intra et l'extra.**

Les psychologues de l'intra et de l'extra souhaitent collaborer entre eux et au sein des équipes pluridisciplinaires et penser ensemble la prise en charge des patients.

Une meilleure coordination des prises en charge en sortie directe d'hospitalisation permettrait de garder une continuité dans les soins.

- **Développer l'offre de soins en victimologie**

La consultation de psycho traumatisme du pôle A basée au CMP des Coteaux du Suzon prend en charge des victimes avec le CMP Carnot et le CMP CATTP Beauce en Vergy. L'objectif est de rendre cette offre de soins inter sectorielle avec un référent victimologie dans chaque secteur et de pouvoir développer cette offre en favorisant l'ouverture d'autres groupes avec d'autres publics (hommes victimes). Un projet de partenariat avec le Centre Référent Régional Psychotraumatisme (CRRPT) du CHU dirigé par I. François Purssell est également en cours de construction.

- **Participation au dispositif Vigilant's**

La participation des psychologues au dispositif Vigilant's permettra de contribuer à un dispositif transversal de prévention du risque suicidaire.

### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Construire une formation à l'entretien d'accueil et d'orientation en collaboration avec le service de formation continue en se basant sur une évaluation préalable des besoins et attentes des services de soins
- Elaborer une fiche de premier entretien en lien avec la direction des soins
- Développer l'offre de soin en victimologie
- Constituer un annuaire recensant les orientations thérapeutiques des psychologues dans chaque CMP, les offres de soin de chaque CMP, les ressources libérales ou associatives locales, permettrait d'améliorer l'orientation des patients.
- Avoir un outil simple et fluide pour entrer en contact entre professionnels tel qu'une messagerie instantanée sécurisée.
- Pouvoir utiliser la téléconsultation ou les appels téléphoniques sur des indications précises en cas de nécessité et dans un cadre bien spécifique pour des patients en difficultés avérées pour se déplacer.

## **1 Introduction**

Les psychologues proposent des entretiens d'évaluation, de soutien, des entretiens psychothérapeutiques. Lorsque cela est possible et adapté, ils proposent la poursuite du suivi thérapeutique en service extra hospitalier. Ils peuvent être sollicités pour participer à l'évaluation et à la démarche diagnostique avec des bilans projectifs ou psychométriques afin d'affiner l'évaluation clinique et la proposition de soin.

Ils travaillent auprès des équipes soignantes, participent aux réunions cliniques et contribuent à la construction du projet de soin pour chaque patient au sein de l'unité et en post hospitalisation. Ils sont plus spécifiquement porteurs du projet de soin psychothérapeutique et sont les coordonnateurs des prises en charge psychologiques du patient lorsque celle-ci inclut des interventions de collègues extérieurs au service.

Ils sont également à la disposition des membres des équipes pour soutenir la réflexion clinique. Ils peuvent également être sollicités pour intervenir auprès des familles de patients.

## **2 Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

Les psychologues de l'intra-hospitalier souhaitent rester référents de la prise en charge psychologique proposée dans l'unité dans laquelle ils interviennent et souhaitent maintenir dans la continuité leur travail dans les unités de soins avec l'équipe pluridisciplinaire. Des approches groupales peuvent être proposées au sein des unités en coordination avec l'équipe de soin.

### **Création d'un lieu d'activités thérapeutiques partagé entre les unités d'hospitalisation.**

L'organisation d'un lieu regroupant des ressources cliniques et psychothérapeutiques pour les patients hospitalisés permettrait une offre de soins dans le domaine psychocorporel (relaxation, méditation, hypnose, toucher massage etc.) ou dans d'autres axes à développer (médiations, approches thérapeutiques groupales, consultations psychothérapeutiques spécifiques, thérapie cognitive comportementale).

La participation de plusieurs psychologues et de soignants garantirait la continuité de l'offre de soin.

La coordination des prises en charge pourrait être assurée par un psychologue avec le médecin référent, le cadre de santé et le cadre supérieur du pôle. Ceci comprendrait la gestion des activités (plannings, patients inscrits) et l'organisation de reprises ou de supervisions cliniques animées par un psychologue et les liens avec les psychologues des unités de soin. Cette unité thérapeutique serait adossée au CIAMM. L'Espace Psychothérapeutique pourrait être un partenaire pour des propositions de recherches et de soins aux patients hospitalisés.

### **Prise en charge des patients des nouvelles unités fermées.**

La réorganisation des unités fermées nécessite une réflexion sur la place du psychologue dans cette prise en charge. Le travail dans ces unités de soin est très spécifique et mérite d'être travaillé dans la pluridisciplinarité.

Parallèlement à la prise en charge des patients, la mise en place de réunions d'analyse de pratique est une autre dimension du travail du psychologue qui sera développée dans la partie institutionnelle du Projet de Psychologie.

### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Développer une offre de soin groupale partagée pour les patients hospitalisés
- Maintenir une prise en charge psychologique adaptée aux patients des unités fermées

---

## AXE 3 – FILIERE PERSONNES AGEES

### Introduction

La prise en charge en psychogériatrie est spécifique à l'approche du sujet âgé. Elle nécessite un projet d'équipe afin de reconnaître la dynamique psychique spécifique de cette période de la vie et les ajustements qu'il convient d'opérer dans la prise en charge.

### Concertation autour des problématiques et propositions de projets

#### **Prise en charge psychologique en géro-psycho-geriatrie et gériatrie**

Il est nécessaire de diversifier l'offre thérapeutique. Il n'y a pas d'offres de soins spécifiques à la géro-psycho-geriatrie pour les non dijonnais.

Une prise en charge groupale aux Vergers serait également à développer.

#### **Soutien aux aidants**

En géro-psycho-geriatrie, cet axe de travail est essentiel et contribue à la prise en charge globale du patient dans son environnement. Le psychologue tend à proposer un soutien psychologique aux familles, de la psycho-éducation et un travail de reprise avec les équipes de soin.

Cependant, il n'est pas adapté sur le plan thérapeutique qu'un même professionnel propose une prise en charge au patient et à sa famille.

Aux Vergers, les entretiens sont proposés à l'entourage, uniquement s'il n'y a pas de prise en charge pour le résident. Des entretiens familiaux (résident + conjoint(e)) sont possibles. Un temps d'écoute et d'information sur des thématiques diverses existe. La thématique abordée cette année par la psychologue était formulée ainsi : « l'arrivée en EHPAD, un déménagement particulier ».

#### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Renforcer l'offre de soin spécifique à la personne âgée
- Diversifier les modalités de prise en charge avec une offre de soin individuelle mais aussi groupale
- Contribuer à l'accompagnement, à la formation clinique et au soutien des équipes
- Proposer une approche groupale pour les aidants familiaux

---

## AXE 4 – PEDOPSYCHIATRIE

### **1** Introduction

La prise en charge psychologique en pédopsychiatrie s'oriente sur trois axes, la psychothérapie individuelle, l'évaluation clinique de l'enfant et de l'adolescent, la psychothérapie groupale à médiation (souvent en binôme avec un autre professionnel). Le travail institutionnel est fondamental auprès des équipes pluridisciplinaires pour soutenir le soin psychique de l'enfant et de l'adolescent. Le travail avec les familles est également proposé sur des modalités différentes selon les lieux de soin.

### **2** Concertation autour des problématiques et propositions de projets

- **Participer à la réflexion institutionnelle et clinique quant à la mise en place des visites à domicile**

Les psychologues se questionnent sur le développement de visites à domicile et les situations où elles pourraient être intéressantes.

Ce cadre d'intervention ne permet pas de faire des thérapies. La place du psychologue est à élaborer mais plutôt dans des situations spécifiques "au cas par cas".

- **Accompagner les transitions d'une unité à l'autre ou de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte**

La poursuite des soins est parfois mise à mal lorsque le jeune change d'interlocuteur. Elle se fait plus facilement lorsqu'un professionnel en est chargé et se déplace pour rencontrer la nouvelle équipe de soin.

Il est nécessaire de consacrer du temps pour ce travail de liaison. Il est parfois nécessaire de se faire connaître et de se déplacer pour rencontrer les équipes de soin qui prendront le relais.

Un travail de lien et une collaboration étroite entre psychologues de pédopsychiatrie et du CIP et / ou des structures jeunes adultes devrait prendre forme plus systématiquement à chaque passage vers la psychiatrie adulte.

- **Définir d'éventuelles indications d'entretiens téléphoniques ou téléconsultations**

Il serait intéressant de pouvoir proposer des téléconsultations sur un mode encadré pour des situations particulières : troubles phobiques, impossibilité de se déplacer pour les mères suivies en périnatalité, problème de disponibilité horaire ou de moyen de transport (adolescents et adultes seulement). Ces téléconsultations ne permettent pas la même relation et s'appliquent plus à une thérapie de soutien et de contenance qu'à une approche psychothérapique plus approfondie. Il convient de réfléchir au cadre de ce type de prise en charge qui doit rester un recours en cas d'impossibilité avérée.

- **Les collaborations avec le milieu ordinaire** : partenariat avec l'éducation nationale (décrocheurs scolaires, santé mentale du jeune etc.) Collaboration avec les équipes du conseil départemental (ASE, ABPE, ...), de l'ACODEGE, de la PJJ.

Le travail de lien avec les partenaires est à soutenir. Il est essentiel en pédopsychiatrie en particulier avec les structures d'hébergement. Il est nécessaire avec tous les partenaires prenant en charge l'enfant. Maintenir ce travail nécessite de prévoir du temps et que celui-ci soit reconnu comme faisant partie de la prise en charge de l'enfant.

## **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Renforcer les modalités de communication entre les équipes autour du projet de soin
- Améliorer la continuité du parcours de soin

---

### **AXE 5 – REHABILITATION**

#### **1. Introduction**

Le psychologue clinicien travaille dans deux axes prioritaires :

- L'axe clinique avec l'évaluation à l'admission (Matisse), les bilans, les suivis psychothérapiques, les entretiens avec les familles
- Et l'axe institutionnel avec un travail auprès de l'équipe. Cet axe est très développé dans les structures de réhabilitation, en particulier lorsqu'il s'agit de lieux de vie.

Le neuropsychologue propose des bilans neurocognitifs et de cognition sociale, de la remédiation cognitive individuelle ou groupale avec plusieurs outils (RECOs, CRT RC2S, TomRemed, Gaia, MCT, PEPS, IPT). Des thérapies cognitives comportementales sont également proposées.

#### **2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

- **Définir une complémentarité et articuler les prises en charge entre les psychologues de différentes formations et pratiques**

La prise en charge psychologique dans les unités de réhabilitation concerne les psychologues cliniciens et les neuropsychologues.

Il est nécessaire de développer et renforcer les liens et l'articulation de ces prises en charges ; les patients tirent de réels bénéfices de ces deux approches clinique et neuropsychologique.

- **Améliorer la continuité du parcours de soin des patients en Réhabilitation**

Les ruptures du parcours de soin pourraient être limitées si les transitions étaient mieux accompagnées. Le psychologue et le psychiatre des services de Réhabilitation ont un rôle à jouer dans la stabilisation et la réadaptation des patients en proposant un travail au long cours respectant la temporalité psychique et facilitant le travail de mentalisation et de conscientisation.

Le CATTP Bachelard est une ressource importante car cette structure accepte des patients inter secteurs avec souplesse, ce qui favorise la continuité des soins.

- **La prise en charge des conduites addictives en réhabilitation**

Les addictions peuvent être une contre-indication à l'inclusion dans un programme de soin du CIP. Un travail de liaison avec l'addictologie est à développer afin de permettre des prises en charge de patients dépendants de certains produits.

## **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Maintenir une cohérence et une continuité dans le parcours de soin

---

### **AXE 6 – ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES**

#### **1. Introduction**

Le Pôle des Activités Médicales Transversales regroupe plusieurs services qui ont chacun des projets propres et des besoins spécifiques en prises en charges psychologiques.

#### **2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

##### **a. Addictologie**

Certains patients ont des comorbidités psychiatriques qui rendent complexe leur prise en charge. L'orientation en CMP n'est pas toujours comprise par le patient et par les équipes de l'extrahospitalier, le suivi dans un CSAPA n'est pas toujours adapté si le patient relève également d'une prise en charge en psychiatrie.

- Définir un lieu de consultations et d'activités de groupe pour les patients relevant de soins addictologiques :

A l'issue d'un sevrage simple ou complexe ou d'une hospitalisation pour une problématique d'addiction dans une unité de soins psychiatriques, de nombreux patients ne mettent pas en place de suivi individualisé malgré le travail d'orientation proposé systématiquement pendant leur séjour.

Un temps de consultation permettant un suivi à leur sortie d'hospitalisation permettrait une meilleure continuité des soins. Cette consultation pourrait être envisagée en lien avec le travail de la future ELSA ou en continuité des soins de sevrage complexe proposés à EOLE.

Ces patients pourraient également bénéficier d'un accompagnement groupal sous forme de groupe de soutien ou d'activités thérapeutiques.

## **b. Centre d'exploration du sommeil**

L'établissement dispose d'une unité dédiée à l'exploration et à la prise en charge des troubles du sommeil. Dans le cadre de la prise en charge des insomnies, le service souhaite élargir son offre de soin en développant la prise en charge psychologique des patients, voire élaborer un programme d'éducation thérapeutique autour des troubles du sommeil.

- Proposer une prise en charge psychologique des patients présentant des troubles du sommeil

La consultation de sommeil pourrait se développer avec une prise en charge psychologique spécifique privilégiant la pratique de thérapie cognitivo-comportementale.

## **c. Unité d'électroconvulsivothérapie**

Dans le cadre de la prise en charge en électroconvulsivothérapie, des compétences en neuropsychologie seraient très intéressantes pour évaluer l'efficacité et la tolérance des séances grâce à la réalisation de bilan neuropsychologiques.

## **d. Unités de soins somatiques**

Un groupe de travail va être mis en place pour la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire. Ces pathologies complexes nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire et l'apport d'un psychologue nous paraît indispensable.

## **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Addictologie : Proposer un parcours de soin pour les patients souffrant d'addiction et ayant des comorbidités psychiatriques en articulation avec la future Elsa et les services de soin en développant une nouvelle offre de soin individuelle et groupale
- Centre du sommeil : Renforcer l'offre de soin de la consultation de sommeil avec une prise en charge psychologique à orientation TCC
- Unité d'électroconvulsivothérapie : Mettre en place un suivi neuropsychologique pour les patients pris en charge
- Unité de soins somatiques : Participer au groupe de travail sur le Troubles du Comportement Alimentaire.

---

## **AXE 7 – FORMATION INFORMATION RECHERCHE**

### **1. Introduction**

Pour élaborer, réaliser et évaluer de façon continue son action et sa pratique professionnelle, le psychologue effectue un travail de supervision de sa pratique professionnelle, un travail psychologique personnel et un travail d'actualisation de ses connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique. Il peut également participer et impulser des travaux de recherche en lien avec les problématiques rencontrées au sein de son activité clinique et professionnelle.

En outre, il peut participer et collaborer à des actions de formation et être chargé de l'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage hospitalier.

### **2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

- Recensement des besoins de formation des psychologues

Pour acquérir une expertise dans un domaine d'intervention, les psychologues souhaitent pouvoir suivre des formations longues (Diplôme universitaire, Formation à une thérapie spécifique / EMDR, Thérapie familiale, psychodrame, etc.). Ces formations permettent d'acquérir des compétences en lien avec l'exigence de formation régulière et offrent aussi une possibilité de transférer ces acquis dans d'autres cadres de travail (thérapie de groupe, thérapie individuelle, formations, etc.)

Le Collège de Psychologie a également pu initier et organiser des formations pour les psychologues de l'établissement (analyse de la pratique, photo-langage, méditation de pleine conscience, etc.). Pour la formation méditation, le groupe a été ouvert à des collègues du CHU. Ceci permet de bénéficier de formations qui répondent aux intérêts des psychologues et aux besoins de l'établissement. Au-delà de la formation, ces projets instaurent une dynamique de travail avec la poursuite de rencontres en lien avec le contenu de la formation.

Plusieurs groupes de travail se sont constitués à la suite de formations en intra (méditation, hypno thérapie), d'autres sont issus de propositions de formation dispensées par un psychologue ayant une expertise (groupe Rorschach, séminaires de l'espace psychothérapique). Ce partage autour de questions directement en lien avec la pratique clinique permet de réunir des psychologues de différentes unités ou pôles et de construire ensemble des outils ou compétences cliniques.

- Actions pédagogiques et d'information

- o Participation à la formation continue du personnel. Définir des besoins spécifiques dans lesquels les psychologues pourraient intervenir.

Les psychologues ont des compétences et des connaissances qu'ils pourraient transmettre au personnel du CH La Chartreuse. Ils ont aussi des compétences pour animer des groupes de formation sur des questions issues de leur pratique.

Plusieurs formations ont déjà été proposées : formation personnel non soignant, problématiques de violence, etc.

- o Stages en psychologie

La gestion des demandes de stage est une activité chronophage gérée par quelques psychologues du CH. Une rencontre avec les enseignants de l'Université permettrait de faire remonter nos difficultés organisationnelles (gestion des demandes, période de candidature, etc.) et peut être de réduire le flux de demandes trop important en regard de nos capacités d'accueil.

Il serait intéressant d'améliorer la gestion numérique des demandes de stage afin que celle-ci soit plus fluide et moins chronophage.

L'accueil des M1 et M2 est régulier, l'accueil des L3 est plus irrégulier car il s'agit le plus souvent de stages courts (15 heures ou plus), nécessitant une plus grande disponibilité du professionnel sur un temps limité. L'accueil de stagiaires étudiants en psychologie est assuré chaque année et le CH est un lieu de formation clinique reconnu par l'Université. L'accueil d'un stagiaire entraîne un travail de supervision régulier et engage pleinement le psychologue référent en particulier pour les stages de longue durée.

Les demandes de stage L3 tendent à augmenter avec la sélection d'entrée en Master sur dossier. Une organisation collective permettrait de mieux gérer ces stages en proposant de partager un stagiaire L3 entre plusieurs lieux et professionnels sur une modalité prédéfinie et planifiée.

- o Collaboration avec l'Université

L'Espace Psychothérapique collabore avec le laboratoire Psy Drepi de l'Université de Bourgogne Franche Comté au niveau de la formation et de la recherche clinique.

Plusieurs psychologues interviennent dans les formations universitaires de Psychologie Clinique et de clinique du Développement (cursus Licence, Master et dans certains DU).

- o Recherche

Le Centre Hospitalier La Chartreuse est un lieu de ressource clinique et d'accompagnement à la recherche. Plusieurs axes de recherche sont présents : les processus psychothérapiques en lien avec l'Espace Psychothérapique, l'évaluation psychologique en particulier les tests projectifs. Certains psychologues apportent régulièrement leur soutien aux doctorants.

Dans le champ du psycho traumatisme, le groupe de paroles pour femmes victimes de violences sexuelles, qui existe depuis 2014, fera l'objet d'une recherche dès septembre 2020 puis d'une publication, ayant pour objectif de valider la pertinence thérapeutique de cette prise en charge spécifique.

## **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Faciliter l'actualisation des connaissances et développer des domaines d'expertise
- Partager ces connaissances et les transmettre
- Organiser des temps de formation ajustés aux besoins des professionnels

---

### **AXE 8 – ADMINISTRATIF**

#### **1. Introduction**

Le collège de Psychologie se réunit 3 à 4 fois par an et structure l'engagement des psychologues dans la vie institutionnelle.

#### **2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

- Structuration institutionnelle en collège,

Le collège de Psychologie fonctionne avec l'engagement de quelques professionnels. Une reconnaissance institutionnelle est souhaitée car la reconnaissance par les pairs ne permet pas de maintenir cette mission de façon permanente. Il y a une mission de représentant du Collège de Psychologie et une mission nommée actuellement secrétariat en charge de la communication, de la mise en lien et de la coordination entre les professionnels.

Des rencontres régulières de représentants du Collège de Psychologie avec la Direction des Ressources Humaines permettraient de mieux gérer les questions d'actualités et la coordination des projets.

- Participation à l'élaboration des fiches de création de poste et organisation de l'accueil des nouveaux collègues.

Les psychologues souhaitent participer aux groupes travaillant sur les projets de l'institution et peuvent contribuer à la rédaction des fiches de création de poste de psychologues.

Enfin, le Collège de Psychologie est attaché à l'accueil des nouveaux collègues afin de faciliter les liens et la collaboration professionnelle. Cette intégration de nouveaux collègues dans le Collège de Psychologie est à renforcer en particulier au moment de la prise de poste d'un psychologue au cours duquel le Collège souhaite tenir sa place.

- Avoir des outils de télétravail pour se contacter et se réunir à distance.

Les psychologues travaillent sur des lieux distants et ont des difficultés à se rencontrer pour travailler ensemble. Des outils de télétravail d'utilisation aisée (mails sécurisés, messagerie instantanée sécurisée, visioconférence) permettant de faciliter les liens seraient utiles.

## **Orientations stratégiques et opérationnelles**

- Faciliter et structurer les liens entre les psychologues et l'institution hospitalière.

---

### **AXE 9 – INSTITUTIONNEL TRANSVERSAL**

#### **1. Introduction**

La mission du psychologue hospitalier comporte un volet institutionnel qui peut se décliner sous forme d'interventions coordonnées.

## 2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

- Analyse de pratique ou reprises cliniques.

Le psychologue participe à la réflexion institutionnelle mais peut aussi en faire une analyse afin de limiter les effets pathogènes de l'institution, de soutenir sa fonction contenante et de porter attention aux équipes soignantes.

Certains psychologues sont formés ou sont en formation dans ce champ d'intervention institutionnel. Ceux-ci ont une expertise tirée de leur expérience d'une pratique de ces interventions à l'hôpital et en dehors de la structure hospitalière.

Les demandes d'analyse de pratique nécessitent un temps préalable d'éclaircissement de la demande afin de comprendre la problématique en jeu et de vérifier la disponibilité de l'équipe pour s'engager dans un travail régulier.

Nous distinguerons plusieurs types d'interventions:

- l'analyse de pratique qui relève de rencontres régulières dans un cadre posé par le clinicien permettant aux équipes de réfléchir sur leur travail et leurs positionnements auprès des patients
- les reprises cliniques qui permettent de travailler des situations et problématiques liées aux patients en réalisant des liens théorico-cliniques
- la régulation ponctuelle dans des situations identifiées comme problématiques et nécessitant un temps de parole et d'élaboration en équipe

Il importe que le psychologue intervenant dans une équipe ne soit pas connu de celle-ci.

Un ou deux référents psychologues pourraient être les interlocuteurs privilégiés, regroupant les demandes institutionnelles, rencontrant les responsables de ces services, appréciant la nature de la demande puis proposant une modalité de travail adaptée à la situation en faisant le lien entre les psychologues de l'établissement et le service demandeur.

Cette organisation permettrait une élaboration et une construction du cadre d'intervention du psychologue ce pour la mise en place d'un travail groupal. Les événements à potentialité traumatique relevant d'une intervention de la CUMP ne seraient pas du ressort de cette proposition d'intervention

- Ecoute ou offre de soin destinée aux familles

Les psychologues peuvent recevoir les familles si le patient donne son accord et sous la coordination du médecin référent. Il convient de distinguer les rencontres ponctuelles à visée d'information et les suivis réguliers à visée thérapeutique (entretien familial ou groupal) qui nécessitent un dispositif construit.

Un temps d'écoute des familles pourrait s'envisager dans un lieu détaché et dégagé des questions touchant la prise en charge du patient sur des modalités à déterminer.

Un projet d'une offre de soin en thérapie familiale et de couple pourrait se construire dans un second temps afin de répondre à certaines problématiques à distance des lieux de prise en charge des patients.

Une réflexion pourra être menée en retraçant les dispositifs existants ou ayant existé et en construisant une proposition répondant à cette problématique après évaluation de cette demande et de son contexte.

- Participation à l'organisation de réponses à des urgences sanitaires.

Certains psychologues de l'établissement sont impliqués de façon pérenne dans la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique départementale et mettent au service du personnel et des patients leurs compétences spécifiques.

A la demande de la Direction, le Collège de Psychologie a participé à l'organisation d'un dispositif de soins correspondant aux besoins de la population durant la crise sanitaire liée au SARS-COV 19.

Le Collège de Psychologie peut faciliter la diffusion des informations, la mobilisation des psychologues en fonction de leurs compétences et l'organisation de leurs interventions dans le cadre de dispositifs d'urgence sanitaire.

### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

Favoriser l'implication des psychologues dans l'institution

Organiser des modalités d'interventions institutionnelles coordonnées

## TABLEAU DE SYNTHÈSE DU PROJET PSYCHOLOGIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Extra-hospitalier									
Prio.	Projet	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet	Chef de projet/ psychologue réfèrent
	Continuer à effectuer un travail psychothérapeutique de qualité	En continu							L. François
	Construire une formation à l'entretien d'accueil et d'orientation en CMP	X	X						C. Marc
	Elaborer une fiche de premier entretien	X	X						C. Marc
	Constituer un annuaire recensant les orientations thérapeutiques des psychologues, les offres de soin de chaque CMP, les ressources libérales et associatives locales	X							C. Marc (hors agglomération dijonnaise) V. Straub / L. Poittevin
	Avoir des outils de travail numériques	En continu							F. Fromont
	Définir d'éventuelles indications d'entretiens téléphoniques ou de téléconsultations	X	X						L. Poittevin
	Développer l'offre de soins en victimologie	En continu							C. Billoué
	Création d'un lieu d'activités thérapeutiques partagé entre les unités d'hospitalisation	X							Dr Roy Dr Cognet B. Verset M. Reynaud
	Définir une prise en charge psychologique dans les nouvelles unités fermées	X	X						B. Verset
	Au CMP Beauce en Vergy Mise en place de groupes thérapeutiques co-animés (psychologue-infirmier) selon une modalité de prise en charge CATTTP pour des problématiques bien identifiées (deuil, vieillissement...).	X							C. Perrot

	Pour l'offre de soin aux Vergers : Développer une prise en charge groupale à travers des groupes de paroles à visée thérapeutique aux VERGERS	X							P. Bonnefoy
	Développer des temps de réunions cliniques auprès des équipes, en lien avec la psychopathologie et la personne vieillissante	X	X	X					P. Bonnefoy
	Pour les aidants familiaux, une approche groupale (groupe de parole, psychoéducation...) pourrait être développée	En continu							C. Perrot P. Bonnefoy
	Participer à la réflexion institutionnelle et clinique quant à la mise en place des visites à domicile	X	X						D. Borel S. Dupuis
	Accompagner les relais de soin, les transitions d'une unité à l'autre ou de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte	En continu							G. Pierron C. Robinet
	Définir d'éventuelles indications d'entretiens téléphoniques ou téléconsultations	X	X						A. Provillard
	Renforcer les collaborations et les liens avec les partenaires	En continu							G. Pierron C. Robinet
<b>Réhabilitation</b>									
	Définir une complémentarité et articuler les prises en charge entre les psychologues de différentes formations et pratiques	En continu							M. Guinot C. Robert L. François
	Améliorer la continuité du parcours de soin des patients en Réhabilitation	En continu							M. Guinot C. Robert
	Pour le CIP, un travail de liaison avec l'addictologie est à développer afin de permettre des prises en charge de patients dépendants de certains produits.						Selon la mise en place de l'ELSA		M. Guino C. Robert
<b>Addictologie</b>									
	Consultations et entretiens psychologiques de suivi après sevrage ou soins en hospitalisation	X							F. Fromont
	Offre de soin groupal en extrahospitalier	X							F. Fromont
<b>Formation Information Recherche</b>									
	Le collège de psychologie peut tenir un rôle support de collecte d'information et de mise en relation pour des projets de formation ou pour la constitution de groupes de travail ou d'intervision post formation.	En continu							G. Pierron C. Robinet F. Fromont

	Travailler avec le service formation pour mieux repérer des besoins de formation non pourvus du personnel et correspondant aux compétences des psychologues	En continu							F. Fromont
	Organiser l'accueil des stagiaires L1, L2, L3	X	X						F. Fromont
	Maintenir l'offre de stage des M1 et M2	En continu							L. François
	Améliorer la gestion des demandes de stage	X	X						F. Fromont
<b>Administratif</b>									
	Structuration institutionnelle en collègue	En continu							L. François
	Participation à l'élaboration des fiches de création de poste et organisation de l'accueil des nouveaux collègues	En continu							L. François C. Marc
	Avoir des outils de télétravail pour se contacter et se réunir à distance	En continu							F. Fromont
	Organiser un regroupement, une évaluation et une réponse aux demandes d'analyse de pratique	En continu							Binôme : M. Reynaud S. Feneau
	Créer un groupe de travail pour évaluer la demande des familles et les possibilités de réponse institutionnelle	X	X						A. Lépine M. Brenot
	Participer à l'organisation de réponses à des urgences sanitaires	En continu							E. Notté

## 5°PARTIE- AUTRES PROJETS ET FONCTIONS SUPPORT

### I- METHODOLOGIE

#### AXE 1 - CADRAGE POUR LES GROUPES DE REFLEXIONS THEMATIQUES PAR LES DIRECTIONS REFERENTES

**Des axes de réflexion ont été proposés par le Comité de Direction. La méthode retenue vise à :**

- Mettre en œuvre une concertation pluridisciplinaire
- Mettre en place des groupes participatifs, pour chaque grande orientation
- Garantir la contribution des fonctions support nécessaires à l'organisation de l'hôpital et son évolution

**Une organisation de la réflexion par orientations a été conduite par les directions fonctionnelles**

- Direction des soins, de la qualité et des risques
- Direction des Ressources Humaines et de la Formation continue
- Direction des Affaires Financières et des Systèmes d'Information Hospitaliers
- Direction des Services Logistiques et Techniques
- Direction des Affaires Générales (support du projet médical)

**Points de vigilance à prendre en compte :**

- Prioriser les projets dans le temps et selon leurs conditions de faisabilité notamment financières
- Recherche de solutions de financement adaptées à la nature des projets

**Les principaux indicateurs de la démarche :**

Indicateurs projets supports	Nombre
Nombre de participants dans les groupes de travail	86
Nombre de réunions COPIL (novembre 2019 à juillet 2020)	8
Nombre de réunions des groupes projet	17
Nombre d'usagers présents dans les groupes	2
Nombre de médecins participant aux groupes des projets supports	13
Nombre de psychologues participant aux groupes	1
Nombre de projets étudiés	5

#### AXE 2 - SUIVI DES PROJETS

- Contenu révisable
- Suivi organisé en Comité de Direction et / ou comité de direction élargi
- Evaluation à 5 ans

## II- PROJET DE SOINS, DE RÉÉDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE

### 1. Introduction

Constitutif du projet d'établissement au même titre que le Projet Médical, le Projet Social et le Projet Qualité Risque, le Projet de Soins, Médico-Techniques et de Rééducation, est écrit pour une période de 5 ans, 2021/2025.

S'engager dans une démarche Projet c'est donner du sens aux activités, à l'organisation et c'est aussi donner du sens aux soins et ce, quelle que soit la population accueillie et le secteur d'activité.

Il est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques du Projet Médical. Il prend en compte le Projet Social, Qualité et Risque ainsi que le Projet des Usagers. Il est donc centré sur la qualité et l'organisation des soins, le management, l'évaluation, la formation et la recherche. Le projet de soins s'appuie sur des valeurs partagées par les professionnels, il doit être ambitieux, mais rester opérationnel et réalisable et être une référence pour les pratiques au sein des unités sanitaires ou médico-sociales.

Le soin en psychiatrie croise diverses pratiques, et différents courants de pensée, il a su s'animer et prendre ancrage dans l'évolution des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, et plus encore dans la société et son approche de la folie. En quelques décennies il est passé de l'aliénisme à la psychiatrie communautaire et à l'empowerment. Le simple « gardien de fous » du XVIIème siècle est devenu un praticien de la relation, un Case-Manager, et bientôt un Infirmier en Pratique Avancée.

Cette évolution a également vu grandir la place de l'utilisateur, tout d'abord simple aliéné paria de la société, puis malade devenant au fil du temps sujet de sa prise en charge pour accéder à une reconnaissance de ses ressources et de sa capacité à aider d'autres patients avec la mise en œuvre de la « pair-aidance ». Cette évolution ne doit pas être trompeuse et nous faire oublier que la psychiatrie et la Santé mentale restent « le parent pauvre » de la médecine et ont toujours du mal à faire reconnaître leur spécificité et la qualité de leurs prises en charge.

Le Projet de Soins Médico-Techniques et de Rééducation se déclinera selon cinq axes :

#### AXE 1- L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES POUR AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS

La spécialité du soin en santé mentale est en constante évolution afin de répondre au mieux aux besoins de la population. A l'image de la société, les pathologies rencontrées, les souffrances psychiques, subissent des changements que le service public hospitalier doit prendre en compte, anticiper.

C'est pourquoi, dans le cadre du projet de soins, l'établissement doit accorder un intérêt particulier à l'adéquation des compétences mobilisables des personnels en fonction des besoins et des offres d'évolution.

Les case managers, les Infirmiers de Pratiques Avancées, la compétence dans le domaine médicosocial sont autant d'opportunités à saisir pour permettre au CH La Chartreuse de rester un établissement de référence dans le secteur de la santé mentale. **La coordination des parcours de soins assure une prise en charge de qualité aux différents âges de la vie.**

Les parcours de soins des patients doivent être lisibles tant pour les patients, leur famille que les partenaires extérieurs.

---

## AXE 2- LE MANAGEMENT DURABLE

Le concept de management durable impacte les services responsables du temps de travail, des compétences professionnelles et de l'évolution des parcours professionnels.

Les objectifs de cette réflexion sont :

- Accompagner les parcours professionnels des agents afin de leur proposer une promotion professionnelle ou une réorientation dans le cadre d'un projet personnel ou institutionnel.
- Définir un parcours professionnalisant permettant une montée en compétence dans les différents domaines du soin proposés par le CH La Chartreuse. Les règles de mobilité des agents intègrent ce dispositif.
- Définir des matrices organisationnelles pour adapter la présence soignante à l'activité réelle de l'unité. De ce travail de réflexion en profondeur aboutira la mise en place de cycles de travail validés par les instances régissant l'établissement.

---

## AXE 3 - LES PRATIQUES INNOVANTES

- Tendre à améliorer le soin du service public avec un devoir de prévention, de suivi, et de réhabilitation de la personne soignée dans la société,
- Se réinventer en tant qu'hôpital de service public, assurant à tous un égal accès en maintenant la permanence et la continuité des soins, en répondant aux exigences de qualité, dans un contexte réglementaire spécifique,
- Amener la personne soignée à être l'auteur et/ou le co-auteur du soin,
- Animer le soin pour des personnes en grande souffrance subissant l'enfermement, la promiscuité, quelquefois l'isolement,
- Prendre soin de ceux qui sont en hospitalisation libre et sans consentement, des plus démunis, en déshérence, en situation précaire, ceux qui souffrent de psychoses graves, ceux qui peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. En psychiatrie, la notion de « temps » est déterminante pour les prises en charge à la fois intra et extrahospitalières. Le soin est scandé, répété, repérable, pour donner un sens thérapeutique au temps. Les patients ont besoin d'un cadre de soins pour se repérer dans le temps, l'espace, pour se reconstruire. Pour cela, le projet de soins doit être adaptable, souple pour tous, afin de prendre le temps de la confiance. Notre travail de soignant est un travail de « dentelle » d'approche minutieuse et pudique dans le respect des attentes des usagers, leur famille et entourage.

---

## AXE 4 – LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS

### a. L'évolution des prises en charge en intra-hospitalier

La nouvelle répartition des unités au sein d'un Pôle unique de prise en charge intra-hospitalière, interroge plusieurs champs :

L'abandon de la sectorisation géographique : lors de l'hospitalisation elle imposera aux soignants de repenser leur façon de faire avec la nécessité de s'adapter à d'autres pratiques médicales et à d'autres populations de patients. Elle nécessitera également une plus grande coordination avec l'ensemble des CMP.

La création d'une unité fermée semi-ouverte : elle offrira une prise en charge évolutive sous forme de contrat de soins en fonction de l'évolution clinique du patient.

Le projet de création d'un lieu de soins spécifique pour les patients « difficiles » : cette projection vers une USIP demande pour les soignants une appropriation de la prise en charge de patients potentiellement dangereux, dans une seule et même unité.

Le projet d'un Centre d'activités thérapeutiques : l'évolution de la prise en charge dans les unités de soins au profit des patients doit aboutir à une harmonisation de l'offre de soins par le biais d'activités à médiation. Dans le cas où les patients ne peuvent se déplacer, les activités pourront avoir lieu au sein de l'unité même.

## **b. L'évolution des prises en charge en extra-hospitalier**

Refaire de l'activité du CMP le point d'ancrage des soins psychiatriques sur le territoire.

Ce positionnement impose la participation, au projet d'établissement et au projet médical, de professionnels infirmiers impliqués dans cette démarche et compétents sur les 4 fonctions principales de l'accompagnement en extrahospitalier :

- L'accueil,
- La démarche d'entretien,
- L'animation des activités thérapeutiques,
- Les visites à domicile

Des professionnels prompts :

- Aux questionnements,
- Au renforcement sur des activités thérapeutiques déjà instituées,
- A la mise en œuvre des accompagnements en soins innovants nouvelles thérapies type « Dialogue ouvert », accompagnement des pair-aidants...
- A la projection sur les territoires : consultations infirmières avancées, mobilité,
- A l'utilisation des outils des technologies de l'information et de la communication pour fluidifier les liens avec les patients et leurs proches, entre les différents intervenants dans les parcours de soins.
- A se former sur les points cités précédemment.

## **c. L'articulation entre l'enfance et l'âge adulte de la prise en charge précoce à la réhabilitation**

- La prise en charge des enfants présentant des troubles psychiatriques se fait de plus en plus tôt avec une prise en charge d'aide à la parentalité.
- Une prise en charge précoce permet de limiter l'impact des troubles sur le développement de l'enfant.
- « L'aller-vers » à tous les stades de la prise en charge permet un accompagnement précoce et efficient. Ces pratiques nouvelles nécessitent une habilité des soignants qui doivent être accompagnés par des actions de formation.
- La transition de l'adolescence à l'âge adulte doit être accompagnée afin d'éviter une rupture de soins

## **d. La prise en charge de la personne âgée**

- La mission inter sectorielle de l'unité intra hospitalière géronto-psychiatrique va entraîner une augmentation capacitaire de ce service en terme d'accueil de patients. Un projet est à l'étude pour créer deux ou trois lits supplémentaires.
- L'extra-hospitalier géronto-psychiatrique tend vers une montée en puissance afin de proposer des soins ambulatoires à tous les résidents du secteur du CH La Chartreuse.
- L'EHPAD-USLD des Vergers va renforcer leur collaboration tant vers les professionnels du CH La Chartreuse que vers le public de la personne âgée. Deux projets verront le jour : Deux lits d'hébergement temporaire ainsi qu'un accueil de jour.

Tous ces projets entraînent des modifications profondes aussi bien en ce qui concerne la collaboration entre les professionnels que les compétences utiles et mobilisables au service de la personne âgée. La formation des agents est au centre de cette réflexion. Les parcours professionnels permettent de cibler et de valoriser la compétence tout en prenant en compte la qualité de vie au travail.

---

### **AXE 5 – RENFORCER ET DEPLOYER LA CULTURE D'AMELIORATION DE LA QUALITE**

La qualité et la gestion doit être au centre de l'action soignante. Il est indispensable de renforcer l'implication de la Direction Qualité dans les services de soins.

Cette démarche est facilitée par le rapprochement des directions des soins et de la qualité.

Les techniciens qualité en intervenant dans les unités permettront aux équipes de s'approprier l'analyse des risques de leur unité. Cette démarche s'inscrit également dans la préparation de la certification 2020.

## Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b><u>Forces</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Des projets réalisés récemment et en cours</li><li>2. Implication importante des équipes</li><li>3. Liens entre projet de soins et projet social</li><li>4. Les contraintes budgétaires</li></ol>	<b><u>Opportunités</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La reconfiguration des pôles</li><li>2. La mise en place des IPA</li><li>3. Le regroupement des directions qualité-risque et soins</li></ol>
<b><u>Faiblesses</u></b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Multiplicité des projets</li><li>2. Les contraintes budgétaires</li></ol>	<b><u>Menaces</u></b>

## PROJET DE SOINS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUES

Prio.	Projets	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet	Chef de projet
<b>EVOLUTION DES METIERS ET DES COMPETENCES POUR AMELIORER L'OFFRE DE SOINS</b>										
	Répondre à la nécessité de maintenir et d'accompagner notre établissement dans l'évolution des besoins en compétences pour répondre à l'ensemble de ses missions		X						X	S. Asdrubal J. Di Loreto
	Maintenir l'attractivité et la fidélisation des professionnels									S. Asdrubal J. Di Loreto
	Anticiper l'arrivée de nouveaux métiers : - Evaluer et faire évoluer les profils de postes - Responsabiliser et impliquer chaque acteur au travers des fiches de postes									S. Asdrubal J. Di Loreto
	Valoriser les projets professionnels			.....→						S. Asdrubal J. Di Loreto
	Définir une politique de formation continue en adéquation avec les besoins actuels et à venir en termes de compétence utile.									S. Asdrubal J. Di Loreto
	Déterminer une politique de formation continue priorisée et en lien avec les projets de Pôle								S. Asdrubal J. Di Loreto	
	Mettre en concordance les divers projets du PSIRMT avec le Projet d'établissement et plus spécifiquement le projet médical et le projet social et de formation continue									M. Bichon L'équipe de CSS
<b>MANAGEMENT DURABLE</b>										
	Prendre en compte et accompagner les parcours professionnels en favorisant la promotion professionnelle		X							PH Ducharme J. Guillo
	Considérer l'ensemble de la carrière d'un agent comme un parcours d'apprentissage continu	X	X	X	X	X	X			PH Ducharme J. Guillo
	Entretenir une implication institutionnelle et une motivation professionnelle	X	X	X	X	X	X			PH Ducharme J. Guillo
	Engager une dynamique de montée en compétences au regard des besoins de l'institution et des aspirations individuelles		X	X	X	X	X			PH Ducharme J. Guillo
	Mettre en œuvre un travail spécifique sur la prise en charge des patients la nuit	X	X							PH Ducharme

	Définir une politique équitable et cohérente dans la gestion du temps de travail des agents : - Travail sur les matrices organisationnelles des unités en fonction de leurs missions (ouvert/fermé/SEDEP/REHAB/médico-social...) - Élaboration des trames de travail avec l'appui d'une charte de bon usage rédigée par la DSI et la DRH, par exemple les arrivées décalées pour synchroniser les temps de présence des soignants avec l'activité...	X	X							PH Ducharme
	Edicter des règles de mobilité instaurées à la mise en place des Pôles en janvier 2021 pour tous les personnels soignants et d'hygiène hospitalière.	X	X							PH Ducharme
	Réfléchir à l'évolution des compétences au sein du GHT			X	X	X	X			M. Bichon PH Ducharme
<b>PRATIQUES INNOVANTES</b>										
	Médiations thérapeutiques : Enseignement et dispensation des pratiques de remédiation cognitive		X	X	X	X	X			F. Veaulin S. Asdrubal
	Education thérapeutique : - Addictologie - Jeunes adultes		X							P. Chauvenet
	Actions innovantes : - Veille et réponses à appel à projets ARS - Pair aidance - Les entendeurs de voix - Equipes mobiles (pédopsy, psy adulte, géronto-psy) - « HAD psy »		X	X	X	X	X			Chaque Cadre Supérieur en lien avec le Secrétariat Général
	Mettre en place des activités à visée thérapeutique en lien avec la création d'une unité thérapeutique. Poursuivre les activités du CIAMM Créer un espace de soins avec des activités groupales et à médiations coordonnées en lien avec les psychologues		X	X						F. Veaulin
<b>LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS</b>										
	Prendre en considération les nouvelles définitions de pôles et favoriser la fluidité des parcours	X	X							Ensemble de l'équipe CSS
	Réduire les délais d'attente en CMP par un suivi extrahospitalier infirmier.(IPA...)		X	X						Ensemble de l'équipe CSS

	Renforcer la place de l'équipe infirmière de la POP et des équipes mobiles dans la définition du parcours patients (transmission des informations, missions respectives, cohérence, fluidité...)		X							Ensemble de l'équipe CSS
	Développer l'approche des soins psychiatriques hors des murs de l'hôpital.		X	X						Ensemble de l'équipe CSS
	Engager une dynamique de collaboration et de coordination innovante entre les unités intra-hospitalières et l'extrahospitalier		X							Ensemble de l'équipe CSS
	Coordonner l'ensemble des prises en charge du patient afin de développer l'activité avec un accès et une offre de soins équitables sur l'ensemble du territoire et quel que soit l'âge du patient (psychiatrie infanto-juvénile, jeunes adultes, adultes et personne âgée) : - Coordination entre les services fermés - Coordination des unités ouvertes - Coordination avec la POP et les structures extrahospitalière - Coordination étroite avec les unités du Pôle de réhabilitation		X	X	X	X	X			Ensemble de l'équipe CSS
	Développer des lignes de prises en charges spécifiques : - Dans le champ des projets d'établissement participer aux projets - D'une USIP - Des équipes mobiles - Des projets de pair-aidance...	X	X	X	X	X*				
<b>RENFORCER ET DEPLOYER LA CULTURE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS ET DE GESTION DES RISQUES</b>										
	Renforcer et déployer la culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques	X	X	X	X	X				
	Renforcer le rôle du référent qualité et sécurité des soins par service	X	X	X	X	X				
	Conduire les REX au plus près des situations de travail dans le cadre des recommandations de la V 2020	X	X	X	X	X				
	Poursuivre l'intervention des techniciens qualité dans les unités de soins	X	X	X	X	X				

### III- PROJET QUALITE, RISQUES

#### 1- Introduction

Le souci d'améliorer la qualité des soins et de garantir la sécurité des prises en charge est une priorité affirmée du projet d'établissement 2020-2025. Cette priorité se traduit par un engagement constant de tous les professionnels, 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 Risques 2020-2025 du Centre Hospitalier La Chartreuse est construit en cohérence avec les autres composantes du Projet d'Etablissement, et notamment le Projet Médical et le Projet de Soins.

Le Projet Qualité Risques prend appui sur le Programme Régional de Santé de Bourgogne Franche Comté 2018-2028, le Schéma Régional de Santé 2018-2023, les exigences du référentiel de certification HAS V2020 et sur les orientations stratégiques et l'annexe relative à la qualité et l'efficacité des soins (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins) du CPOM 2019-2024.

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

Au cours des 10 dernières années, les 3 certifications de 2010, 2015 et 2019, ont constitué 3 leviers de progression vers une qualité toujours renforcée des prises en charge.

En complément des résultats des 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.

Le secteur médico-social est également fortement engagé dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en particulier à travers les évaluations internes et externes.

La démarche qualité-gestion des risques est portée par l'encadrement des services en lien avec le service qualité.

Les cadres supérieurs organisent le relais d'information auprès de l'encadrement de proximité. Le personnel d'encadrement assure le lien entre les professionnels de leur service et le service qualité prévention et gestion des risques. En complément l'équipe qualité, prévention et gestion des risques est de plus en plus présente au sein des services avec des interventions ponctuelles (minutes qualité, formation, REX, ...).

Les cadres de proximité et les cadres supérieurs sont très impliqués dans la démarche qualité. Toutefois, il est important de poursuivre le développement de la culture qualité, prévention et gestion des risques au plus proche du terrain et de décentraliser les actions du service qualité, comme cela est préconisé dans le référentiel V2020. Cette culture qualité prévention gestion des risques doit être omniprésente dans tous les axes du Projet Qualité Risques 2020-2025.

« La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient » (V2020). Il s'agit du reporting des événements indésirables associés aux soins (EIAS), des retours d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture « juste » (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Cette culture sécurité se construit avec l'interaction entre les acteurs et implique l'usager. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

## 2- Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b>Forces</b> 1- Direction Qualité rattachée à la DSI (depuis janvier 2020) 2- Compétences et ressources disponibles 3- Méthode et normes de gestion de la qualité et des risques connus 4 - Politique qualité formalisée – Pilotage organisé	<b>Opportunités</b> 1- Evoluer vers une culture du résultat 2- Anticiper les exigences de la certification V2020 3 - Rédiger la politique qualité du GHT 4- Décentraliser la démarche qualité-prévention et gestion des risques
<b>Faiblesses</b> 1- Temps court pour la réalisation du projet 2- Deux visites de certifications HAS en deux ans 3- Multiplication des projets et des réunions 4- Difficultés à mobiliser les acteurs sur les projets qualité prévention gestion des risques 5- Visite de certification HAS sur l'établissement et au niveau du GHT à mener de front avec les évaluations internes et externes des structures médico-sociales, sur une période courte de 2 ans	<b>Menaces</b> 1- Un environnement économique de plus en plus complexe, incertain et fluctuant 2- Référentiel HAS V2020 non encore validé 3 - Complexité de la conduite du changement 4 - Politique GHT non formalisée

## 3- Concertation autour des problématiques et propositions de projets

### Orientations stratégiques :

- Préparer et coordonner les démarches qualité (sanitaire et médico-social)
- Mettre en place un dispositif pérenne pour répondre aux enjeux de sécurité, prévention et gestion des risques
- Promouvoir le respect des droits et des libertés individuelles des patients
- Développer l'évaluation des pratiques professionnelles
- Déployer une culture qualité prévention et gestion des risques ancrée dans les pratiques professionnelles
- Améliorer la performance du système documentaire

### Orientations opérationnelles

- **Préparer et coordonner les démarches qualité (sanitaire et médico-social)**
  - o Coordonner les évaluations internes et externes des structures médico-sociales
  - o Faire évoluer le processus de management selon le référentiel de certification V2020
    - Au sein du GHT
    - Au sein de l'établissement
- **Mettre en place un dispositif pérenne pour répondre aux enjeux de sécurité, prévention et gestion des risques**
  - o S'organiser pour maîtriser la gestion des tensions hospitalières et répondre aux situations sanitaires exceptionnelles
  - o Développer l'analyse des événements indésirables associés aux soins au sein des équipes
- **Promouvoir le respect des droits et des libertés individuelles des patients**
  - o Promouvoir les droits des patients dans l'établissement dans le cadre du parcours patient (notamment concilier la liberté d'aller et venir et la prise en charge psychiatrique)
- **Développer l'évaluation des pratiques professionnelles**
  - o Poursuivre les évaluations patient traceur et développer les parcours traceurs
  - o Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence

- Mettre en œuvre des EPP de territoire (PTSM et GHT)
- **Déployer une culture qualité prévention et gestion des risques ancrée dans les pratiques professionnelles**
  - Renforcer l'implication de tous les professionnels (médecins, cadres, soignants, autres professionnels participant aux fonctions support) dans le déploiement de la culture qualité prévention et gestion des risques
- **Améliorer la performance du système documentaire**
  - Déployer un outil unique de gestion documentaire prenant en charge toutes les étapes de la vie du document

#### Projets à développer

Projets	Chefs de projet	Fiches projet
<b>Axe 1</b> : Faire évoluer le processus de management selon le référentiel de certification V2020 : dans l'établissement, et au sein du GHT	M. Bichon G. Michel	X
<b>Axe 1</b> : Coordonner les évaluations internes et externes des structures médico-sociales	M. Bichon G. Michel	X
<b>Axe 2</b> : Développer l'analyse des événements indésirables associés aux soins au sein des équipes	M. Bichon I. Romey-Guillaumin	X
<b>Axe 2</b> : S'organiser pour maîtriser la gestion des tensions hospitalières et répondre aux situations sanitaires exceptionnelles	M. Bichon I. Romey-Guillaumin	X
<b>Axe 3</b> : Promouvoir les droits des patients dans l'établissement dans le cadre du parcours patient	M. Bichon C. Girault J. Lavault	X
<b>Axe 4</b> : Mettre en œuvre des EPP de territoire (PTSM et GHT)	G. Michel N. Alexandre J. Lavault	X
<b>Axe 4</b> : Poursuivre les évaluations patient traceur et développer les parcours traceurs	G. Michel N. Alexandre J. Lavault	X
<b>Axe 4</b> : Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence	G. Michel N. Alexandre J. Lavault	X
<b>Axe 5</b> : Renforcer l'implication de tous les professionnels (médecins, cadres, soignants, autres professionnels participant aux fonctions support) dans le déploiement de la culture qualité prévention et gestion des risques	DQR/DSI	X
<b>Axe 6</b> : Déployer un outil unique de gestion documentaire prenant en charge toutes les étapes de la vie du document	G. Michel F. El Houssaini	X

## Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	Travail avec les médecins sur les EPP, notamment les revues de pertinence
Projet Psychologique d'Établissement	Les projets doivent prendre en compte les éléments du Référentiel de certification HAS V2020 notamment :
Projet de Soins	<p>Chapitre sur les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est recherchée et argumentée,</li> <li>- les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluri-professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge,</li> <li>- les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques,</li> <li>- les résultats sont mesurés et analysés par les équipes,</li> </ul> <p>Renforcer l'implication de tous les professionnels dans le déploiement de la culture qualité prévention et gestion des risques</p> <p>Protocoles partagés de prise en charge : réhabilitation, géronto-psychiatrie, pédopsychiatrie, etc. selon projet en cours</p>
Projet social	<p>Axes à développer en lien avec le référentiel HAS V2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser le travail en équipe et le développement des compétences</li> <li>- mettre en place une politique qualité de vie au travail</li> <li>- mettre en œuvre une organisation de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits</li> </ul>
Projet Logistique	Ancrer le développement durable dans les pratiques Maîtriser les risques environnementaux Référentiel HAS V2020
Projet SIH	Indicateurs H'Open Maîtriser le risque numérique Référentiel HAS V2020 Dossier Patient Informatisé

#### 4- Modalités de mise en œuvre des projets

##### Modalités d'évaluation et impacts attendus

Objectifs	Indicateur	Taux cible
Préparer les professionnels à mettre en œuvre les nouvelles modalités de certification V2020	Certification établissement sans obligation d'amélioration	Certification A
Structurer, au sein du GHT, une stratégie permettant d'accompagner le changement indispensable au pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques	Certification GHT sans obligation d'amélioration	Certification A
Porter une appréciation globale sur le fonctionnement des structures médico-sociales	Rapport d'évaluation interne et externe	Réalisation pour toutes les structures médico-sociales d'une évaluation interne et externe conformément aux attentes réglementaires
Développer l'analyse régulière des pratiques en équipe en s'appuyant sur les déclarations d'événements indésirables associés aux soins (RMM, CREX, REMED, ...)	Nombre d'analyses réalisées par équipe	La première année : -En extra : 1 par an par secteur, -En intra : 3 par unité/ par an Cible finale en 5 ans : 1 par mois par unité
Elaborer collectivement les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles	Délai de mise à jour des plans	Chaque plan mis à jour 1/an
Concilier la liberté d'aller et venir et la prise en charge psychiatrique	Nombre de patients HL en unités fermées	Revue de pertinence Diminution du nombre de patients HL en unité fermée
Mettre en œuvre la méthode du parcours traceur	Nombre de patients traceurs et de parcours traceurs réalisés	1 patient traceur/an/unité 1 parcours patient/an
Mettre en œuvre et déployer des EPP sur des thématiques communes aux acteurs des soins psychiatriques	Nombre d'EPP de territoire réalisé	2 sur 5 ans
Réaliser les revues de pertinence suivantes : pertinence des hospitalisations des patients HL en unité fermée, pratiques d'isolement contention, sismothérapie, soins en équipe mobile et hospitalisation de courte durée	Nombre de revues de pertinence engagées	1 revue de pertinence par an
Impliquer le maximum de professionnels dans la culture qualité	Nombre de professionnels sensibilisés et/ou formés aux méthodes et outils de la qualité et gestion des risques	1/3 des professionnels (soit environ 400/an)
Disposer d'outils de pilotage de la gestion documentaire (vision globale de la documentation)	Nombre de consultations par type de documents et par type de professionnels	Consultation répartie entre les différentes catégories professionnelles Document consulté au moins une fois

## TABLEAU DE SYNTHÈSE PROJET QUALITE RISQUES

Prio.	Projet	2021	2022	2023	2024	2025	Mise en œuvre	Fiches projet	Chefs de projet
1	S'organiser pour maîtriser la gestion des tensions hospitalières et répondre aux situations sanitaires exceptionnelles	X						X	M. Bichon I. Romey Guillaumin
2	Déployer un outil unique de gestion documentaire prenant en charge toutes les étapes de la vie du document	X					Nécessité d'avoir un système de gestion documentaire efficient	X	G. Michel F. El Houssaini
3	Poursuivre les évaluations patient traceur et développer les parcours traceurs	X	X	X			Lien avec le projet médical et le projet de soins	X	G. Michel/ N. Alexandre/J. Lavault
4	Coordonner les évaluations internes et externes des structures médico-sociales	X	X	X			Choix d'un organisme extérieur pour évaluations internes et externes : oui/non	X	M. Bichon G. Michel
5	Faire évoluer le processus de management selon le référentiel de certification V2020 : dans l'établissement, au sein du GHT	X	X	X	X	X	Formation des pilotes puis des personnels à la V2020 par un organisme de formation Accompagnement méthodologique par un organisme extérieur	X	M. Bichon G. Michel
6	Développer l'analyse des événements indésirables associés aux soins au sein des équipes	X	X	X	X	X	Lien avec le projet de soins	X	M. Bichon I. Romey Guillaumin
7	Renforcer l'implication de tous les professionnels (médecins, cadres, soignants, autres professionnels participant aux fonctions support) dans le déploiement de la culture qualité prévention et gestion des risques	X	X	X	X	X	Formation d'animateurs « soignants » de patients traceurs et parcours traceurs par un organisme de formation	X	DQR/DSI
8	Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence		X	X	X		Lien avec le projet médical et le projet de soins	X	G. Michel N. Alexandre J. Lavault
9	Promouvoir les droits des patients dans l'établissement dans le cadre du parcours patient	X	X	X	X	X	Lien avec le projet médical et le projet de soins	X	M. Bichon C. Girault/J. Lavault
10	Mettre en œuvre des EPP de territoire (PTSM et GHT)		X	X	X		Lien avec le PTSM	X	G. Michel N. Alexandre J. Lavault

## IV- PROJET SOCIAL

### Introduction

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, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, 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 projet social sera 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.

### Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b>Forces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Portage par la direction du projet social et de la démarche QVT</li><li>2. Pilotage par une chargée de projets des différents groupes de travail permettant de faire le lien entre les différents sujets et plans d'actions.</li><li>3. Co-construction préalable des axes et des actions avec les partenaires sociaux et bilan du projet social précédent effectué en concertation.</li></ol>	<b>Opportunités</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Une dynamique, ancrée dans le dialogue social, s'appuyant sur un travail de plusieurs années sur le précédent projet social, son bilan, ...</li><li>2. Des directions fonctionnelles qui sont sensibilisées aux questions « sociales », de qualité de vie au travail et qui s'en emparent.</li><li>3. Des représentants du personnel formés et sensibles à ces sujets</li></ol>
<b>Faiblesses</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La hiérarchisation des objectifs n'avait pas été proposée, l'ancien projet social comprenait donc une multitude d'actions positionnées au même niveau d'importance.</li><li>2. Un travail conjoint avec les différentes directions les aurait aidées à être plus partie prenante dans la réalisation des actions.</li><li>3. Il a manqué des points d'étapes réguliers dans le cadre d'un comité de pilotage.</li></ol>	<b>Menaces</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Une difficulté à mobiliser tous les acteurs des directions fonctionnelles.</li><li>2. Un risque d'essoufflement de la démarche par la mise en place de façon conjointe de différents groupes qui demandent un investissement temps important.</li><li>3. Un dialogue social à renforcer.</li></ol>

Les deux axes prioritaires du projet social sont :

- Asseoir et renforcer la politique de qualité de vie au travail
- Porter et écrire une politique de GRH permettant de répondre aux obligations de la loi de transformation de la fonction publique tout en prenant en compte les attentes des individus et la qualité de prise en charge du patient.

## AXE 1 - ASSEOIR ET RENFORCER LA POLITIQUE DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

La Qualité de Vie au Travail (QVT) en santé regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels. Les démarches de qualité de vie au travail doivent s'implémenter à l'existant pour enrichir certains dispositifs en lien avec la qualité des soins.

Améliorer la qualité de la vie au travail dans les établissements de santé c'est contribuer efficacement à la qualité des soins. Dire cela n'est pas une manière de contourner les tensions liées aux contraintes de financement ou de gommer les difficultés dans la réorganisation des flux de dépenses. Celles-ci existent et appellent des réponses appropriées. Dans ce contexte où les marges de manœuvre semblent se réduire, la qualité de vie au travail ouvre de nouvelles voies pour favoriser des initiatives multiples s'inscrivant dans le sens premier de la mission hospitalière : soigner et prendre soin.

Aujourd'hui, les acteurs du secteur partagent une conviction forte : plus les agents se sentiront reconnus, mieux chaque personne prise en charge sera soignée et mieux elle sera accompagnée. La démarche proposée repose sur un triple postulat :

- Un postulat de fond selon lequel une meilleure organisation du travail est l'un des deux ou trois déterminants majeurs d'amélioration de la qualité du travail accompli.
- Un postulat de méthode selon lequel la qualité du dialogue social détermine très directement le degré de réussite du changement dans toutes les actions conduites.
- Un postulat de résultat selon lequel réussite collective et épanouissement de chacun vont de pair, mieux, se renforcent. La performance ne repose pas seulement sur la volonté des professionnels de bien remplir leur mission mais sur la capacité des organisations à favoriser les choix collectifs sur les priorités et à réunir les conditions pour permettre une bonne qualité du travail.

L'engagement dans le travail est source de performance et d'innovation. La qualité de cet engagement dépendra des efforts poursuivis pour donner un contenu enrichissant aux tâches effectuées, offrir à chacune et à chacun au sein de l'établissement des parcours professionnels motivants et chercher les solutions les mieux adaptées pour concilier vie professionnelle et vie personnelle. C'est toute l'ambition qui préside à la recherche de qualité dans le management de l'établissement, et en tout premier lieu des équipes. Y parvenir de manière durable, c'est inscrire en bonne place l'objectif de la qualité de la vie au travail dans les engagements stratégiques de l'établissement et sa concrétisation dans les projets techniques, sociaux et organisationnels.

On peut viser trois finalités à travers une démarche QVT :

### *Soutenir la qualité de l'engagement :*

L'établissement, afin de sortir d'une représentation du travail jugée parfois négative et trop centrée sur la «souffrance», espère d'une démarche QVT un regard plus positif sur le travail soulignant sa potentialité au plan du développement individuel et collectif. La démarche QVT vise d'abord à reconnaître et soutenir la qualité de l'engagement dans le travail et l'établissement.

### *Renforcer la cohérence des réponses aux enjeux sociaux :*

L'établissement fait face à de nombreux enjeux sociaux, en lien avec son histoire, son statut, ses activités, les territoires sur lesquels il intervient: l'attractivité, la pénibilité, le stress et les risques psychosociaux, l'absentéisme, les restructurations,... Ces enjeux sont trop souvent traités en silo, et surtout sans lien avec l'organisation du travail, les conditions individuelles et collectives de réalisation de l'activité. La démarche QVT constitue, d'une part, une opportunité de décloisonnement des thématiques abordées et, d'autre part, des différents acteurs intervenant au sein de l'organisation. Elle favorise la construction d'un projet fédérateur, permettant d'apporter de la cohérence dans l'action, d'assurer un meilleur suivi en impliquant les parties prenantes et d'équiper le dialogue social. La possibilité de construire un plan d'actions unique sur ces sujets permettra de fédérer les énergies, d'apporter de la cohérence dans l'action et d'assurer un meilleur suivi des progrès réalisés.

### *Piloter autrement la performance :*

Dans des contextes où la qualité du service, l'initiative et l'engagement sont à la source de la compétitivité, la performance doit désormais intégrer des critères liés à la qualité du travail. La performance, entendue aussi comme réponse aux questions lancinantes de la santé au travail et de l'innovation, ne peut plus se limiter à des ratios de productivité et de court-termisme financier.

L'enjeu pour l'établissement est d'articuler une triple trajectoire : celle du contexte (la demande de soins, les ressources et contraintes budgétaires), celle de l'organisation (la flexibilité, ...), et celle des métiers (parcours, mobilité,...).

## **1. Concertation autour des problématiques et propositions de projets**

### **Synthèse des orientations et propositions du groupe**

Le précédent projet social introduisait la thématique de QVT dans l'établissement. Différentes mesures, actions ont été mises en place, amorcées :

- Audit RPS
- Mise en place de groupes de travail sur la prévention des risques professionnels (AT, EPI,)
- Expertise CHSCT

Propositions d'actions du groupe de travail à mettre dans le projet social :

Ecrire la politique de Qualité de Vie au Travail au service des valeurs de l'hôpital.

Le groupe a proposé les thématiques suivantes afin de construire la politique QVT

#### ***La qualité de l'engagement à tous les niveaux de l'établissement***

- Prise en compte des enjeux de la vie personnelle des agents par les dirigeants de l'établissement à tous les niveaux, par les partenaires sociaux et pour ce qui concerne l'environnement de l'établissement.
- Modes d'implication des agents, y compris de l'encadrement, favorisant l'expression des femmes et des hommes dans la vie au travail.

#### ***La qualité de l'information partagée au sein de l'établissement sur :***

- L'environnement économique
- Les objectifs et orientations stratégiques (cf les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social)
- Les valeurs auxquelles se réfère l'établissement (exprimées par exemple dans les chartes) y compris dans ses relations avec son environnement.
- Les « caractéristiques » des agents.

#### ***La qualité des relations sociales et de travail :***

- Reconnaissance du travail
- Egalité salariale entre les femmes et les hommes
- Respect, écoute des salariés
- Mise en place d'espaces de dialogue et d'expression des agents
- Information adaptée aux enjeux des relations sociales et de travail (cf. les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social)
- Dialogue social aux différents niveaux
- Rôle des Institutions représentatives du personnel
- Modalités de participation aux décisions (cf. les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social).

#### ***La qualité du contenu du travail***

- Autonomie
- Variété des tâches
- Degré de responsabilité
- Enrichissement des compétences

- Capacité d'expression des agents
- Sens donné au travail

**La qualité de l'environnement physique**

- Sécurité
- Ambiances physiques

**La qualité de l'organisation du travail**

- Qualité du pilotage
- Capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des problèmes
- Rôle et appui du management de proximité
- Démarche de progrès
- Anticipation de la charge de travail pour sa gestion optimale
- Organisations apprenantes
- Conséquences de l'impact de la généralisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (distinction des temps de travail liés aux moyens électroniques tels qu'email à distance, portable,...)
- Anticipation des conséquences des mutations et restructurations des établissements sur la qualité de vie au travail et l'emploi

**Les possibilités de réalisation et de développement personnel**

- Formation
- Acquis de l'expérience
- Développement des compétences
- Déroulement de carrière et égalité de ces déroulements de carrière entre les femmes et les hommes
- Egal accès entre les femmes et les hommes aux fonctions de direction
- Lutte contre les stéréotypes attachés à la maternité et à la parentalité
- Prise en compte des diversités

**La possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle**

- Prise en compte de la parentalité (au cours de la vie professionnelle)
- Attention portée à la conciliation vie professionnelle/ vie personnelle
- Rythmes et horaires de travail
- Attention portée aux temps sociaux (transports, accès aux services)

Construire et mettre en œuvre un **plan d'actions unique, PAPRI Pact** (Programme de Prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) qui présente, précise, planifie et budgétise les actions de prévention à réaliser : techniques, conception, maintenance, aménagement, équipement, organisationnelles, procédure, management, ressources humaines (compétence, formation, implication).

Exemple d'actions :

- Prise en compte de la grossesse dans les services ouverts / fermés
- Maintien du respect des référentiels métiers permettant d'éviter les glissements de tâches (AS/ ASE)
- Réorganisation du dialogue social, révision des règlements intérieurs des instances.
- Mise en place de la prime vélo

Mise en place d'un **projet managérial** en deux volets :

- Management des nouveaux pôles,
- Management par les encadrants, décliné depuis la Direction jusqu'aux cadres et responsables de service.

Réfléchir ensemble aux valeurs que l'on souhaite porter, à la manière de les insuffler à tous les niveaux du pilotage de l'établissement et aux outils que l'on co-construirait pour que chaque agent se sente acteur et responsable à son niveau des tâches qui lui sont confiées.

Cet outil permettrait aussi de répondre aux préconisations 0-1 et 0-2 du rapport d'expertise Syndex à propos de la thématique « Prérequis, le management et la gestion du changement » et inscrirait ces actions dans

une politique de prévention ambitieuse en donnant la parole aux acteurs (agents), construisant ensemble les objectifs, échangeant sur les difficultés du travail et la manière d'y apporter des réponses,...

Porter et piloter et insuffler une dynamique d'amélioration continue dans la **politique QVT** afin de répondre aux objectifs de la politique qualité.

Pouvoir proposer une diversité organisationnelle en matière de **temps de travail** tout en veillant à l'équité entre services par la mise en œuvre des maquettes organisationnelles (services ouverts / fermés), la révision du guide RCTT, le télétravail, la définition d'une politique du travail de nuit, ...

Réaliser un diagnostic de la situation actuelle concernant **l'égalité professionnelle et la diversité**.

Proposer un programme d'actions sur ces deux thématiques avec des indicateurs de mise en œuvre et de suivi, évaluer la démarche.

Sensibiliser l'encadrement et les agents à ces thématiques.

### **Orientations stratégiques et opérationnelles**

Travail de structuration et de synthétisation des différentes démarches mises en place dans les différents sujets que couvre la QVT.

Les thématiques en lien avec la diversité pourraient faire l'objet de l'écriture d'une politique les concernant, de chartes de bonnes pratiques.

Articuler les différents projets (médical, de soin, qualité, social) dans le cadre plus global et stratégique du projet d'établissement.

Le groupe de travail sur l'axe 1 (QVT) s'est réuni deux fois, celui sur l'axe 2 (égalité, diversité) ne s'est pas réuni faute de participant, l'égalité professionnelle et la diversité faisant partie intégrante de la QVT, il a été décidé de les intégrer à l'axe 1 afin de ne pas les traiter comme un axe à part.

### **Projets à développer**

<b>Projets</b>	<b>Chef de projet</b>
Ecrire la politique de Qualité de Vie au Travail	C. Catarino
Construire et mettre en œuvre un plan d'actions unique, PAPRIPACT	C. Catarino
Mettre en place un projet managérial	DRH
Porter, piloter et insuffler une dynamique d'amélioration continue dans la politique QVT	DRH - Qualité
Proposer une diversité organisationnelle en matière de temps de travail	DRH - DSI
Diagnostiquer la situation actuelle concernant l'égalité professionnelle et la diversité	C. Catarino
Intégrer le Programme d'actions égalité pro et diversité dans le PAPRIPACT (avec indicateurs de mise œuvre et de suivi).	DRH - DSI
Sensibiliser l'encadrement et les agents aux thématiques QVT	DRH

## Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	Guide de bonnes pratiques RH (statut, temps de travail,...)
Projet Psychologique d'Etablissement	Participation aux actions institutionnelles en lien avec la QVT notamment par le biais du temps FIR (formations, analyses de la pratique,...).
Projet de Soins	Donner la réponse RH adaptée à un contexte de soins donné et accompagner le projet de soins sur son volet QVT (GPMC, matériel,...)
Projet Qualité/Risques/Usagers	Lien qualité des soins et qualité de vie au travail
Projet Logistique	Travail en commun pour l'équipement en nouveau matériel, aide à la manutention,...
Projet SIH	Prise en compte des conditions de travail (y compris matérielles) dans la mise en place des projets informatiques (ex télétravail, mise en place de nouveaux logiciels, portail RH / dématérialisation des documents,...)

## 2. Modalités de mise en œuvre des projets

### Phasage prévisionnel :

Projets	Axe GHT	Calendrier de réalisation					
		2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ecrire la politique de Qualité de Vie au Travail		X	X				
Construire et mettre en œuvre un plan d'actions unique, PAPRI Pact		X	X	X	X	X	X
Mettre en place un projet managérial		X	X				
Porter, piloter et insuffler une dynamique d'amélioration continue dans la politique QVT		X	X	X			
Proposer une diversité organisationnelle en matière de temps de travail	X	X	X	X	X	X	X
Diagnostiquer la situation actuelle concernant l'égalité professionnelle et la diversité		X	X				
Intégrer le Programme d'actions égalité pro et diversité dans le PAPRI Pact (avec indicateurs de mise œuvre et de suivi).		X	X	X	X	X	X
Sensibiliser l'encadrement et les agents aux thématiques QVT		X	X				

### Modalités d'évaluation et impacts attendus

Projets	Objectifs	Indicateur
Ecrire la politique de Qualité de Vie au Travail	Se mettre d'accord sur les thèmes de la QVT que l'établissement souhaite promouvoir	Nombre de réunion Nombre de participants aux réunions
	Proposer des actions concrètes qui feront l'objet d'un plan d'actions	Nombre d'actions proposées
	Produire un livrable écrit	Document produit Support de présentation
	Faire valider la politique QVT au CHSCT	Réunion de présentation en CHSCT
Construire et mettre en œuvre un plan	Proposer des actions d'amélioration et de prévention hiérarchisées sous forme de plan d'actions	Formalisation d'un tableau

d'actions unique, PAPRIPACT dans une dynamique d'amélioration continue	Désigner un pilote d'action chargé de la mise en œuvre ainsi que de la temporalité de la mise en œuvre des actions	Information des pilotes d'action de leur mission
	Evaluer les actions réalisées	Nombre d'actions réalisées Évaluation de l'impact des actions par le biais du baromètre social
Mettre en place un projet managérial	Proposer des actions d'amélioration concernant le management des nouveaux pôles ainsi que le management par les encadrants, décliné depuis la Direction jusqu'aux cadres et responsables de service.	Nombre d'actions proposées
	Intégrer ces actions au PAPRIPACT, les mettre en œuvre.	Formalisation du plan d'action
	Evaluer les actions réalisées	Nombre d'actions réalisées
Proposer une diversité organisationnelle en matière de temps de travail	Mettre en œuvre le télétravail	Nombre d'agent bénéficiant du télétravail
	Mesurer la satisfaction de la mise en place du télétravail	Questionnaire de satisfaction
Diagnostic de la situation actuelle concernant l'égalité professionnelle et la diversité	Avoir une photographie à l'instant t de la situation actuelle de l'établissement au regard de l'égalité professionnelle femmes/hommes et de la diversité (seniors, juniors, handicap,...)	Données démographiques avec répartition par services Production d'un rapport chiffré.
Programme d'actions égalité pro et diversité à intégrer dans le PAPRIPACT (avec indicateurs de mise œuvre et de suivi).	Intégrer les mesures issues du diagnostic au PAPRIPACT	Validation du plan d'actions lors d'un CHSCT. Nombre d'actions mises en œuvre
Sensibiliser l'encadrement et les agents aux thématiques QVT	Partager la culture QVT au sein de l'établissement.	Nombre de réunion de sensibilisation

**AXE 2 - PORTER ET ÉCRIRE UNE POLITIQUE DE GRH PERMETTANT DE RÉPONDRE AUX OBLIGATIONS DE LA LOI DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE TOUT EN PRENANT EN COMPTE LES ATTENTES DES INDIVIDUS ET LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

La politique de gestion des ressources humaines menée au cours des 5 prochaines années au CH La Chartreuse doit largement répondre à un double objectif d'accompagnement du projet d'établissement dans son ensemble, et en particulier du projet médical, et de mise en œuvre de la loi du 6 Août 2019 portant transformation de la fonction publique qui vise à accélérer la transformation du service public et dont les objectifs s'inscrivent dans le programme "Action publique 2022".

## 1. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

### Synthèse des orientations et propositions du groupe

- Définir les lignes directrices de gestion (en lien avec le GHT 21-52 ?).
- Stratégie pluriannuelle de pilotage RH (GPMC, plan d'actions pour l'égalité professionnelle, mobilité, ...).
- Promotion et valorisation des parcours (nouvelles compétences des CAP, disparition de la notation, nouveau format de l'évaluation, prime annuelle, prime d'intéressement collectif,...).
- Mise en place d'un nouveau format de dialogue social (CSE, CAP, ...).

### Orientations stratégiques et opérationnelles

#### *Les sujets de la loi :*

- Contractuels : élargissement des possibilités de recrutement tout en rappelant que la règle reste la titularisation et en instaurant des obligations de transparence (publication des postes, mise en concurrence), portabilité du CDI. Ouverture du régime indemnitaire issu des futurs groupes de travail constitués dans le cadre du Ségur de la santé.
- Création du « Contrat de projet » : Contrats qui pourront être conclus pour les projets financés de manière non pérenne ou pour mener à bien une mission donnée.
- Instauration de mesures inspirées du Privé : Convention de rupture conventionnelle, indemnités de précarité, accompagnement en cas de restructuration, prime d'intéressement collectif.
- Fin de la notation - mise en œuvre à compter du 1er janvier 2021 - Devenir de la prime de service, rien n'est sorti, mais les items « objectifs » et « valeurs professionnelles » de l'évaluation doivent être revus pour être opérationnels pour la campagne de 2021.
- Parité, égalité homme/femme (équité) / travailleur handicapé : Sensibiliser et mettre en place des outils qui permettent de prévenir et de lutter contre toute forme de discrimination et de corriger certains écarts-Plan d'actions -
- Protection sociale (textes et orientations à venir).

#### *Les lignes directrices de gestion : établir un Règlement à suivre :*

- Le texte est jalonné du terme « valeur professionnelle » : Déterminer une définition précise de ce terme qui intègre la compétence mais va bien au-delà.
  - o Évaluation des agents (établissement des fiches métier, valeur professionnelle, perspectives d'évolution, employabilité, progressivité,...).
- La définition sera différente en fonction des métiers mais il faut que tout le monde se retrouve autour de ces entretiens professionnels, ASH, infirmiers, techniques, administratifs, ...
- Les métiers à forte usure professionnelle : entretien milieu de carrière.  
Ce n'est pas seulement une question d'âge. Il faut aussi définir, en fonction de la réalité du travail, l'usure professionnelle : A quel moment de la vie professionnelle de l'agent ces entretiens seront commencés.
- Développement de la mission de conseil en évolution professionnelle. L'ANFH propose ce conseil et des référents sont formés dans les établissements.
- Comme pour le parcours « patients », instaurer et promouvoir un « parcours agent » : sollicitation du cadre par l'agent, définition d'un parcours avec des référents DRH afin de suivre au plus près les agents et de ne pas passer à côté des signaux faibles.

La maturation d'un nouveau projet professionnel, prend au moins 2 années (phase de deuil du métier, coaching pour reprise de confiance en soi).

- Ecriture d'une politique de maintien dans l'emploi (allongement de la vie professionnelle, contre-indications, reclassement ...)
  - o Congé de reclassement : Quand le texte sortira pour la FPH.
- Réflexion à avoir concernant les contractuels : Pour quel type de métier, règles d'évolution.
- Parcours d'intégration des nouveaux professionnels.
- Mobilité : maintenir le principe
  - o tout en s'interrogeant systématiquement sur le contexte, le lien et la réponse aux besoins de la prise en charge des patients.
  - o tout en garantissant le maintien des compétences de bases pour des métiers qui se sont hyperspécialisés (ex. du théâtre à Bachelard, sommeil à l'UPG, ...).
  - o et définir également des règles pour les métiers autres que soignants.

- Maintenir le service formation au cœur des évolutions de notre hôpital en accompagnant les agents vers les nouveaux métiers (IPA, Educateurs,...) et en permettant les évolutions professionnelles, souhaitées ou contraintes, toujours en lien avec le projet d'établissement.
- Faire entrer les secrétariats médicaux dans l'ère de la technologie numérique pour faciliter le parcours patient en s'inspirant notamment de ce qui a été possible, et en réfléchissant à ce qui a manqué, pendant la période d'urgence sanitaire.
- Refonte des statuts et des grilles du personnel médical : création du Docteur junior, parcours professionnels, perspectives d'évolution,...
- Attractivité médicale : repérer et continuer à faciliter l'accès au grade de PH pour les jeunes praticiens

*Mise en place d'un nouveau format de dialogue social (CSE, CAP, ...)*

- Réécrire des règlements intérieurs des instances actuelles et à venir qui soient équilibrés.
  - o Tenir compte des orientations de la Loi pour les propositions en CAP à partir de 2021, définir des conditions, des quotas pour les propositions de l'administration et celles des partenaires sociaux...
  - o Réécrire les règlements intérieurs des CHSCT et CTE en vue d'être prêts pour la mise en place du CSE en 2025.

**Projets à développer**

Projets	Chef de projet
Mise en place des sujets de la loi	DRH
Mise en place des lignes directrices de gestion	DRH
Mise en place d'un nouveau format de dialogue social	Direction - DRH

**2. Modalités de mise en œuvre des projets**

**Phasage prévisionnel**

Projets	Axe GHT	Calendrier de réalisation					
		2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mise en place des sujets de la loi		X	X	X	X	X	X
Mise en place des lignes directrices de gestion		X	X	X	X	X	X
Mise en place d'un nouveau format de dialogue social		X	X	X	X	X	X

**Modalités d'évaluation et impacts attendus**

Projet	Objectifs	Indicateur
Mise en place des sujets de la loi	Contractuels : élargir les possibilités de recrutement tout en rappelant que la règle reste la titularisation et en instaurant des obligations de transparence (publication des postes, mise en concurrence), portabilité du CDI.	Nombre de contrats/Nature des postes pourvus par des contractuels/Motifs et types
	Créer un « Contrat de projet » : contrats qui pourront être passés pour les projets financés de manière non pérenne ou pour mener à bien une mission donnée	Nombre
	Instaurer des mesures inspirées du Privé : Convention de rupture conventionnelle, indemnités de précarité, accompagnement en cas de restructuration, prime d'intéressement collectif.	Nombre de rupture conventionnelles Montant des indemnités Nombre d'accompagnement réalisés Primes distribuées
	Fin de la notation: les items « objectifs » et « valeurs professionnelles » de l'évaluation doivent être revus pour	Critères validés

	être opérationnels pour la campagne de juillet 2021.	
	Parité, égalité homme/femme (équité) / travailleur handicapé : Sensibiliser et mettre en place des outils qui permettent de prévenir et de lutter contre toute forme de discrimination et de corriger certains écarts- Plan d'actions -	Nombre de sensibilisations
	Protection sociale (textes et orientations à venir).	
Mise en place des lignes directrices de gestion	Le texte est jalonné du terme « valeur professionnelle » : Déterminer une définition précise de la valeur professionnelle Évaluation des agents (établissement des fiches métier, valeur professionnelle, perspectives d'évolution, employabilité, progressivité,...).	Critère « valeur professionnelle » validés Nombre d'évaluations
	Métiers à forte usure professionnelle : entretien milieu de carrière.	nombre
	Développement de la mission de conseil en évolution professionnelle. L'ANFH en propose, des référents sont formés dans les établissements.	Nombre de relais interne mis en place
	Comme pour le parcours « patients », instaurer et promouvoir un « parcours agent » : sollicitation du cadre par l'agent, définir un parcours avec des référents DRH afin de suivre au plus près les agents et ne pas passer à côté des signaux faibles. Pour la maturation d'un nouveau projet professionnel, il faut au moins 2 ans (phase de deuil du métier, coaching pour reprise de confiance en soi).	Nombre d'accompagnements
	Ecriture d'une politique de maintien dans l'emploi (allongement de la vie professionnelle, contre-indications, reclassement, ...)	Document écrit
	Réflexion à avoir concernant les contractuels : pour quel type de métier, règles d'évolution	Document de référence avec critères
	Parcours d'intégration des nouveaux professionnels	Nb effectivement réalisés
	Mobilité : maintenir le principe... - tout en s'interrogeant systématiquement sur le contexte, le lien et la réponse aux besoins de la prise en charge des patients. - tout en garantissant le maintien des compétences de bases pour des métiers qui se sont hyperspécialisés (ex du théâtre à Bachelard, sommeil à l'UPG, ...). - et définir également des règles pour les métiers autres que soignants.	Nb de mobilité mise en place
	Maintenir le service formation au cœur des évolutions de notre hôpital en accompagnant les agents vers les nouveaux métiers (IPA, Educateurs...) et en permettant les évolutions professionnelles souhaitées ou contraintes toujours en lien avec le projet d'établissement.	
	Faire entrer les secrétariats médicaux dans l'ère de la technologie numérique pour faciliter le parcours patient en s'inspirant notamment de ce qui a été possible, et en réfléchissant à ce qui a manqué, pendant la période d'urgence sanitaire.	Plan d'action
	Refonte des statuts et des grilles du personnel médical : création du Docteur junior, parcours professionnels, perspectives d'évolution	nombre
	Attractivité médicale : repérer et continuer à faciliter l'accès au grade de PH pour les jeunes praticiens	

PROJET SOCIAL : AXE N°1 ASSEOIR ET RENFORCER LA POLITIQUE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL										
Prio.	Projets	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet	Chef de projet
<b>ECRIRE LA POLITIQUE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL</b>										
1	Se mettre d'accord sur les thèmes de la QVT que l'établissement souhaite promouvoir	Fin 2020								C. Catarino
	Proposer des actions concrètes qui feront l'objet d'un plan d'actions		2 <sup>nd</sup> trim							C. Catarino
	Produire un livrable écrit		Fin 2021							C. Catarino
	Faire valider la politique QVT au CHSCT			1 <sup>er</sup> trim						C. Catarino
<b>CONSTRUIRE ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN D' ACTIONS UNIQUE, PAPRI Pact</b>										
1	Proposer des actions d'amélioration et de prévention hiérarchisées sous forme de plan d'actions		1 <sup>er</sup> trim							C. Catarino
	Désigner un pilote d'action chargé de la mise en œuvre ainsi que la temporalité de la mise en œuvre des actions		2 <sup>nd</sup> trim	En continu						C. Catarino
	Evaluation des actions réalisées			1 <sup>er</sup> trim			Fin 2025			C. Catarino
<b>METTRE EN PLACE UN PROJET MANAGERIAL</b>										
1	Proposer des actions d'amélioration et de prévention hiérarchisées sous forme de plan d'actions	Eté 2020								F. Moreaux C. Catarino
	Désigner un pilote d'action chargé de la mise en œuvre		Sep							F. Moreaux C. Catarino

	ainsi que la temporalité de la mise en œuvre des actions										
	Evaluation des actions réalisées		Fin 2020							F. Moreaux C. Catarino	
<b>PORTER, PILOTER ET INSUFFLER UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DANS LA POLITIQUE QVT</b>											
2	Mettre en place un travail en commun avec la qualité		1 <sup>er</sup> trim	En continu							C. Catarino Réfèrent DSI
<b>PROPOSER UNE DIVERSITE ORGANISATIONNELLE EN MATIERE DE TEMPS DE TRAVAIL</b>											
1	Mettre en place les matrices et les roulements	2 <sup>nd</sup> trim	En continu							F. Moreaux M. Bichon	
	Mettre en œuvre le télétravail	2 <sup>nd</sup> trim	En continu							C. Catarino Réfèrent DSI	
	Mesurer la satisfaction de la mise en place du télétravail (questionnaire)		3 <sup>ème</sup> trim			C. Catarino					
<b>DIAGNOSTIC DE LA SITUATION ACTUELLE CONCERNANT L'EGALITE PROFESSIONNELLE ET LA DIVERSITE</b>											
2	Avoir une photographie à l'instant T de la situation actuelle de l'établissement au regard de l'égalité professionnelle femmes/hommes et de la diversité (seniors, juniors, handicap,...)		1 <sup>er</sup> trim						Evaluer pertinence modèle CH de Thuir	C. Catarino	
<b>PROGRAMME D' ACTIONS EGALITE PRO ET DIVERSITE A INTEGRER DANS LE PAPRI Pact (AVEC INDICATEURS DE MISE ŒUVRE ET DE SUIVI).</b>											
2	Intégrer les mesures issues du diagnostic au PAPRI Pact		3 <sup>ème</sup> trim							C. Catarino Réfèrent DSI	
<b>SENSIBILISER L'ENCADREMENT ET LES AGENTS AUX THEMATIQUES QVT</b>											
3	Partager la culture QVT au sein de l'établissement.		1 <sup>er</sup> trim		1 <sup>er</sup> trim		1 <sup>er</sup> trim			C. Catarino	

**AXE N°2 : PORTER ET ECRIRE UNE POLITIQUE DE GRH PERMETTANT DE REpondre AUX OBLIGATIONS DE LA LOI DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE TOUT EN PRENANT EN COMPTE LES ATTENTES DES INDIVIDUS ET LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

Prio	Projets	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet	Chef de projet
<b>MISE EN ŒUVRE DES SUJETS DE LA LOI.</b>										
1	Contractuels : profiter des possibilités de recrutement et de la portabilité des CDI pour élargir la palette de choix des candidats tout en rappelant que la règle reste la titularisation et en appliquant les obligations de transparence (publication des postes, mise en concurrence)	Ecriture du cadre et des procédures, Indicateurs.	En continu							F. Moreaux A.Taillard
1	Ecrire une politique d'évolution des contractuels : en fonction du métier, de la manière de servir et en veillant à l'équité avec les personnels fonctionnaires.	Avril 2020	En continu et en apportant les correctifs nécessaires le cas échéant.							F. Moreaux C. Catarino
1	Proposer des « Contrats de projet » : contrats qui pourront être passés pour les projets financés de manière non pérenne ou pour mener à bien une mission donnée.	En continu, chaque fois que cela s'y prêtera.							F. Moreaux A.Taillard	
2	Mise en œuvre des mesures inspirées du privé : Convention de rupture conventionnelle, indemnités de précarité, accompagnement en cas de restructuration, prime d'intéressement collectif.		PIC : conditions de sa mise en œuvre.						F. Moreaux	
1	Fin de la notation: les items « objectifs » et « valeurs professionnelles » de l'évaluation doivent être revus pour être opérationnels pour la campagne de juillet 2021.		Instances juin 2021						F. Moreaux C. Lety	
1	Mise en œuvre de ce qui remplacera la prime de service (Nouveau régime indemnitaire ?)		Fin 2021						F. Moreaux A.Taillard	

1	Parité, égalité homme/ femme (équité) / travailleur handicapé : sensibiliser et mettre en place des outils qui permettent de prévenir et de lutter contre toute forme de discrimination et de corriger certains écarts Intégration de ces notions dans toutes les étapes RH : recrutements, titularisations, améliorations de conditions au travail, avancement... - Plan d'actions -		Mars 2021 en lien avec axe 1	Mesurer la progression et proposer des correctifs					F. Moreaux A.Taillard C. Catarino
	Protection sociale (textes et orientations à venir).								F. Moreaux
1	Comme pour le parcours « patients », instaurer et promouvoir un « parcours agent » : sollicitation du cadre par l'agent, définir un parcours avec des référents RH afin de suivre au plus près les agents et ne pas passer à côté des signaux faibles. Pour la maturation d'un nouveau projet professionnel, il faut au moins 2 ans (phase de deuil du métier, coaching pour reprise de confiance en soi)		Début 2021						F. Moreaux
1	Promouvoir la Promotion Professionnelle	2020	En continu						C. Lety
<b>ECRIRE LES LIGNES DIRECTRICES DE GESTION</b>									
1	Prévoir et mettre en œuvre un entretien de milieu de carrière : Métiers à forte usure professionnelle, souhaits d'évolution, de réorientation...		Pour campagne éval juillet 21	En continu et en apportant les correctifs nécessaires le cas échéant.	Définir le milieu de carrière et/ou entretiens à la demande				F. Moreaux
1	Maintenir le service formation au cœur des évolutions de notre hôpital et du GHT 21-52 en accompagnant les agents vers les nouveaux métiers (IPA, Educateurs...) et en permettant les évolutions professionnelles souhaitées ou contraintes toujours en lien avec le projet d'établissement.	2020							C. Lety
2	Développement de la mission de conseil en évolution professionnelle. L'ANFH en propose, des référents sont formés dans les établissements (découle de l'Item précédent).			Début 2022					A. Roux-Jarlaud
1	Ecriture d'une politique de maintien dans l'emploi (allongement de la vie professionnelle, contre-indications, reclassement, ...)		Dernier T 2021						C. Catarino

2	Parcours d'intégration des nouveaux professionnels		2 <sup>nd</sup> T 2021					Axe transversal avec DSIRMT + voir livrets et journées d'accueil : internes, PM, PNM		F. Moreaux C. Lety
1	Mobilité : maintenir le principe... → tout en s'interrogeant systématiquement sur le contexte, le lien et la réponse aux besoins de la prise en charge des patients. → tout en garantissant le maintien des compétences de bases pour des métiers qui se sont hyperspécialisés (ex du théâtre à Bachelard, sommeil à l'UPG, ...). → et définir également des règles pour les métiers autres que soignants.	Oct 2020								F. Moreaux M. Bichon
1	Faire entrer les secrétariats médicaux dans l'ère de la technologie numérique pour faciliter le parcours patient en s'inspirant notamment de ce qui a été possible, et en réfléchissant à ce qui a manqué, pendant la période d'urgence sanitaire.		2021							F. Moreaux M. Bichon
1	Refonte des statuts et des grilles du personnel médical (au vue des textes règlementaires) : création du Docteur junior, parcours professionnels, perspectives d'évolution.	2020								A.Taillard
1	Conception d'un guide du statut et du temps médical à destination des praticiens et internes.	Fin 2020								A.Taillard
1	Acquérir et mettre en œuvre le module CHRONOS de gestion du temps médical.		1 <sup>er</sup> sem 2022							A.Taillard J. Rousset C. Pourrot
2	Attractivité médicale : repérer et continuer à faciliter l'accès au grade de PH pour les jeunes praticiens.	2020								A.Taillard

1	Mise en place d'un portail RH et achèvement de la dématérialisation.			Fin 2022		En continu			A.Taillard F. Moreaux
<b>MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU FORMAT DE DIALOGUE SOCIAL</b>									
1	Tenir compte des orientations de la Loi pour les propositions en CAP à partir de 2021, définir des conditions, des quotas pour les propositions de l'administration et celles des partenaires sociaux	Oct 2020							F. Moreaux
3	Réécrire les règlements intérieurs des CHSCT et CTE en vue d'être prêts pour la mise en place du CSE en 2025.			Début 2022		Fin 2024 : RI CTE			F. Moreaux A.Taillard C. Catarino

## V- PROJET LOGISTIQUE, ECONOMIQUE ET TECHNIQUE

### Introduction

La fin du projet d'établissement 2015-2019 et l'évolution de l'activité du Centre Hospitalier nécessitent la mise en place d'une nouvelle réflexion concernant le fonctionnement global de l'établissement et plus particulièrement des fonctions supports comme les services économiques, logistiques et techniques.

Dans ce cadre-là, un groupe de travail a été constitué avec pour objectif de rédiger un projet d'établissement 2021-2025 visant à une amélioration de la qualité des services rendus aux patients et aux professionnels de santé, tout en intégrant les aspects financiers, humains, matériels et institutionnels.

Si les services économiques, logistiques et techniques ne constituent pas le cœur de métier dans un hôpital, ils en sont la colonne vertébrale. De plus, la nécessité de continuité de service impose une obligation de réalisation des prestations, et ce dans des délais souvent courts. C'est pourquoi ce projet de service s'inscrit dans une démarche globale et participative visant à améliorer la qualité et le fonctionnement de tous les services.

Dans un contexte de maîtrise des ressources humaines et financières, il est impératif de soulager les personnels soignants des tâches économiques et logistiques pouvant être assumées avec une plus grande efficacité par les services spécialisés, au profit des patients.

### AXE 1 : PROJET LOGISTIQUE

#### 1. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b><u>Forces</u></b> 1- Equipes compétentes et expérimentées 2- Intégration des intendantes au projet logistique 3- Bonnes relations avec les autres services et directions 4- Polyvalence des agents	<b><u>Opportunités</u></b> 1- Nécessité de recentrer les soignants sur leurs activités 2- Modernisation de la gestion des stocks
<b><u>Faiblesses</u></b> 1- Personnels disséminés sur plusieurs lieux / pas de plateforme logistique 2- Manque d'engagement et de volonté de formation d'une partie des personnels 3- Manque de suivi et de pilotage lié à des lacunes dans la définition des objectifs au niveau de la direction de la DSET (objectifs non définis ou souvent variables)	<b><u>Menaces</u></b> 1-Intégration du service logistique au sein du GHT 21-52 ou du CHU 2- Non remplacement des personnels 3- Relations avec le GHT 21-52 (manque de réactivité, non-respect des délais...) 4- Travail en tuyaux d'orgue et non en coopération 5- Baisse des budgets (classe 2 & 6)

## 2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

### Projets à développer

Projets	Chef de projet	Fiche projet
Mise à jour de la procédure de distribution des repas	J. Putz	1
Aménagement et standardisation des locaux de stockage unité	J. Putz / F. Michallet	2
Modernisation et uniformisation de tenues professionnelles des services logistiques et techniques	Putz / F. Michallet	3
Internalisation du traitement des bandeaux	Putz / F. Michallet	4
Révision des droits d'accès C PAGE module DPP	J. Putz	5
Création d'une équipe sécurité	J. Putz	6

### Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	Intégration en amont des projets pour évaluation des besoins
Projet Psychologique d'Établissement	
Projet de Soins	
Projet Social	
Projet Qualité/Risques/Usagers	
Projet DSET	
Projet SIH	Interfaçage du système douchette avec C PAGE I

**PROJET DU SERVICE LOGISTIQUE**

Prio.	Projet	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet*	Chef de projet
<b>1</b>	<b>Revoir la Procédure de distribution des repas</b>								
	Relecture de la procédure S'assurer de la connaissance de celle-ci pour chaque intervenant	X						1	J. Putz
	Identifier les freins éventuels par secteur d'activité	X							
	Aménagement des méthodes de travail pour mise en place	X							
	Phase de test – mise en place de référents par unité et secteur	X							
	Validation – correction de la procédure aux vues des résultats du test	X							
<b>2</b>	<b>Optimiser la gestion des stocks des unités de soins</b>								
	Etude des locaux unité par unité Travail sur plan et visite des unités avec le cadre concerné pour recensement des contraintes et opportunités	X	X				Voir le système plein / vide pertinent (groupe projet ?)	2	J. Putz F. Michallet
	Proposition Validation par le cadre et l'ingénieur des ST	X	X				Voir Missions cadres de santé et intendantes (fiches de poste à vérifier)		
	Etat des besoins en matériel adapté à la mise en place en intégrant l'aspect financier	X	X						
	Réaménagement des locaux en collaboration avec l'unité et l'intendante		X	X					
	Mise en place des dotations Etude des consommations par le biais d'inventaires réguliers et mise en place de dotation par complémentarité			X					
<b>3</b>	<b>Revoir la gestion de tenues professionnelles des services Logistiques et Techniques</b>						Nombre de tenues professionnelles par agents : à vérifier		
	Recensement des tenues en circulation et degré de vétusté		X					3	J. Putz F. Michallet
	Enquête de satisfaction de l'existant								

	Constitution d'un groupe de travail (à définir) lors de la prochaine réunion pour définir les critères d'habillement		X						
	Consultation ou visite chez les fournisseurs de ce type de produit et détermination de la procédure d'achat en collaboration avec le GHT		X	X					
	Achat marquage et distribution des effets aux agents			X					
	Enquête de satisfaction			X					
<b>4</b>	<b>Améliorer l'approvisionnement en bandeaux dans les unités de soins et le SCNH</b>								
	Analyse financière de l'existant		X						
	Intégration de la laverie au projet MAS en vue de se rapprocher de ses usagers et d'augmenter sa capacité Achat de matériel			X					
	Etude de faisabilité: réorganisation de la laverie en vue de cette prestation		X	X				4	J. Putz F. Michallet
	Proposition Tri du linge résident par unité uniquement, facturation de la prestation pour les EHPAD, recherche de clients extérieurs potentiels			X					
	Présentation du projet aux instances			X	X				
<b>5</b>	<b>Sécuriser l'accès C PAGE module D.P.P (Demande Produit Prestation)</b>						Vérifier le phasage en cohérence avec le projet SDSI	5	J. Putz
	Recensement des personnes ayant accès au DPP unité par unité et catalogue par catalogue			X					
	Constituer un groupe de travail (à déterminer à la prochaine réunion) pour définir une règle d'attribution des droits d'accès			X	X				
	Relecture de chaque catalogue				X				
	Mise à jour des catalogues et des droits d'accès pour chaque service				X	X			
<b>6</b>	<b>Améliorer la prestation sécurité de l'établissement</b>							6	J. Putz
	Dossier à travailler avec l'équipe projet du PSE			X	X	X			

*\* L'état d'avancement de la rédaction des fiches projet est donné à titre indicatif au 17/09/2020. La rédaction se poursuivra dans le cadre des contrats de pôles et projets de service.*

## AXE 2 : PROJET ECONOMIQUE

### 1. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<b>Forces</b> 1- Equipes spécialisées 2- Réactivité forte des achats 3- Contributions GHT 21-52 importante 4- Pilotage budgétaire de qualité	<b>Opportunités</b> 1- Poursuivre et améliorer l'intégration au GHT 21-52 2- Mise en place d'une procédure de suivi des commandes 3- Impliquer le service économique plus amont dans le chiffrage et l'accompagnement des projets
<b>Faiblesses</b> 1 - Manque de visibilité dans la politique achat du GHT 21-52 2- Manque d'harmonisation des pratiques des agents 3- Manque d'implication de la DSET dans les projets de soin	<b>Menaces</b> 1-Intégration complète du service économique au sein du GHT 21-52 ou du CHU 2- Non remplacement des personnels 3- Relations avec le GHT 21-52 (manque de réactivité, non-respect des délais...) 4- Travail en tuyaux d'orgue et non en coopération 5- Baisse des budgets (classe 2 & 6)

### 2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

#### Projets à développer

Projets	Chef de projet	Fiche projet
Développer les outils et les compétences internes indispensables à l'évolution du service		1
Moderniser l'outil de gestion du matériel et du mobilier		2
Afficher les performances réalisées et les communiquer		3
Développer les relations clients fournisseurs		4
Développer les liens avec le GHT 21-52		5

#### Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	Intégration en amont des projets pour évaluation des besoins
Projet Psychologique d'Etablissement	
Projet de Soins	
Projet Social	Travail sur la GPMC et la formation
Projet Qualité/Risques/Usagers	
Projet DSET	
Projet SIH	Portail Intranet - Abyla

### 3. Modalités d'évaluation et impacts attendus

Objectifs	Indicateur	Taux cible
Dématérialiser les bons de fourniture via abyla	Nombre de bons traités	75 %
Créer site intranet	Nombre de connexions	100%
Instaurer un process entre DRH/DSET pour mobilité	Nombre de demandes urgentes	75%
Recenser tout le mobilier dans Abyla	Indicateurs Abyla	50%
Gérer le prêt de matériel entre service	Nombre de prêts	100%
Responsabiliser les responsables d'atelier	Répartition des dépenses sur l'année	100%
Valoriser le travail des agents des ateliers	Nombre de travaux en régie avec valorisation financière	100%
Suivre les prestations externes avec convention	Nombre de prestations externes	100%
Faire fonctionner le CHLT	Nombre de réunion	100%
Développer le suivi des demandes	Nombre de demandes clôturées	75%
Informé sur les modifications des produits	Nombre de FEI	100%
Mutualiser les bases de données	Nombre de remontées des besoins	100%
Créer un espace d'échange	Nombre de dysfonctionnements remontés	100%
Créer un tableau unique des marchés	Nombre de marchés à expiration	100%

## PROJET DU SERVICE ECONOMIQUE

Prio.	Projet	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet*	Chef de projet
<b>1</b>	<b>Développer les outils et les compétences internes indispensables à l'évolution du service</b>							1	G Carriere J Cholet
	Identifier des référents DSET selon les domaines	X							
	Dématérialiser les demandes de fournitures via Abyla		X				Liens avec le SDSI		
	Construire et développer une page intranet dédiée à la DSET	X							
	Continuer la gestion prévisionnelle des moyens en personnel et des compétences	X	X	X	X	X	Liens avec la DRHF		
	Instaurer un lien avec la DRH sur les mouvements de personnel pour anticiper une prise de poste (droits Cpagei)	X					Liens avec la DRHF		
	Etre intégré dans les projets de soins en amont de leur élaboration	X	X	X	X	X	Organiser des revues de projets de pôles au 2 <sup>ème</sup> semestre (Clavel/Petit)		
<b>2</b>	<b>Moderniser l'outil de gestion du matériel et du mobilier</b>								
	Mettre en place une gestion et un inventaire du mobilier	X	X	X	X	X	Reformuler ? adapter la gestion des stocks au suivi des consommations...	2	G Carriere S Cornu N Raynaud
	Mettre en place une gestion de prêt entre unités de matériel médical	X							
<b>3</b>	<b>Afficher les performances réalisées et les communiquer</b>								
	Développer le suivi budgétaire (classe 2 et classe 6)	X						3	G Carriere F. Goutebroze
	Allouer un budget par responsable d'atelier	X	X	X	X	X			

	Mettre en place la facturation interne des prestations	X					Rencontrer la DAG à ce sujet dans le cadre du nouveau circuit des conventions		
	Faire un suivi des conventions et prestations externes	X	X	X	X	X			
<b>4</b>	<b>Développer les relations clients fournisseurs</b>								
	Fournir aux unités des outils pour leur permettre de maîtriser leurs demandes d'apros et leur budget		X	X	X	X		4	G Carriere
	Pérenniser le fonctionnement de la Commission Hôtelière Logistique et Technique	X							
	Mettre en place un suivi des demandes avec le service demandeur (commandes, plan d'équipement)		X	X	X	X			
	Transmettre toute modification relative aux produits (conditionnement, changement de marque, d'utilisation)	X	X	X	X	X	Fiches techniques / données de sécurité à intégrer dans le portail ?		
<b>5</b>	<b>Développer les liens avec le GHT 21-52</b>								
	Mutualiser les BDD (codes produits, catégories homogènes, fournisseurs)				X	X		5	G Carriere J Cholet
	Améliorer les liens avec le GHT			X	X	X			
	Faire remonter les dysfonctionnements au GHT			X	X	X			

**\* L'état d'avancement de la rédaction des fiches projet est donné à titre indicatif au 17/09/2020. La rédaction se poursuivra dans le cadre des contrats de pôles et projets de service.**

## AXE 3 : PROJET TECHNIQUE

### 1. Diagnostic de l'existant et analyse du contexte

<p><b>Opportunités</b></p> <p>1-Réunion nouvelle entre DSIRMT / DSET initiée depuis août 2018 (rencontre mensuelle) : un meilleur suivi des relations clients/fournisseurs et des dossiers en cours</p> <p>2-Equipes spécialisées</p> <p>3-Outils Abyla : traçabilité des demandes interventions techniques très satisfaisante</p> <p>4-Gestion des déchets : rattaché à l'atelier Environnement depuis fin 2018 : meilleur suivi, passages plus réguliers et interlocuteurs identifiés</p> <p>5- Réactivité aux demandes d'interventions techniques – rapidité des interventions : sous réserve de moyens nécessaires en personnel (fidélisation, maintien des effectifs), rapidité de transmission des demandes grâce à Abyla</p>	<p><b>Faiblesses</b></p> <p>1-Absence d'harmonisation ou harmonisation insuffisante des pratiques entre les différents ateliers, notamment relative à l'utilisation d'Abyla.</p> <p>2-Absence d'association et/ou implication de la DSET en amont des projets médicaux.</p> <p>3-Suivi insuffisant des demandes d'interventions techniques par les demandeurs.</p> <p>4-Demandes d'interventions urgentes ne sont pas toutes incluses dans Abyla.</p> <p>5-Procédure technicien DSET réceptionnant l'appel d'urgence</p> <p>6-Demandes d'interventions techniques (absence d'accusés de réception).</p> <p>7-Organisation de l'enlèvement de matériel pour stock ou vétusté / déménagements.</p> <p>8- Gestion matériel par le service Patrimoine Travaux Sécurité (réforme).</p> <p>9- Gestion des déménagements (faisabilité, étude, planification).</p>
<p><b>Menaces</b></p> <p>1-Effectifs réduits sur certains postes au cours des dernières années</p> <p>2-Non-remplacements - perte de compétences</p> <p>3-Conditions informatiques : matériel, modernité des versions/mises à jour, assistance si nécessaire</p>	

### 2. Concertation autour des problématiques et propositions de projets

#### Projets à développer

Projets	Chef de projet	Fiche projet
ABYLA	P. Petit	1
Portail DSET	P. Petit / G. Carrière	2
Référents DSET	P. Petit / G. Carrière	3
Partenariat avec un ESAT	P. Petit	4
Relocalisation ST	P. Petit	5

### Liens souhaités avec les autres projets

Projets	Nature des besoins/projets
Projet Médical	
Projet Psychologique d'Etablissement	
Projet de Soins	ESAT
Projet Social	
Projet Qualité/Risques/Usagers	
Projet Logistique	
Projet SIH	Accompagnement sur les mises à jour ABYLA, portail intranet

### 3. Perspectives d'évolution des structures / services

Noms des structures/services	Maintenir	Développer l'activité	À réorienter	A créer
Délocaliser les services techniques				

## PROJET DU SERVICE TECHNIQUE

Prio.	Projet	2021	2022	2023	2024	2025	Questionnements / CODIR	Fiche projet*	Chef de projet
<b>1</b>	<b>ABYLA</b>								
	Harmoniser les pratiques sur le module gestion des interventions, au niveau de tous les acteurs concernés (ateliers, service éco, logistique, demandeurs)	X						Oui	P. Petit M. Holler
	Fiabiliser la base de données : Mise en place d'une politique systématique sur tous les axes concernés (équipements, travaux, surfaces, affectations ; etc...)	X							P. Petit
	Réfléchir à la gestion humaine et du temps nécessaire pour l'outil ABYLA pour une exploitation optimale et efficiente pouvant déboucher sur une nouvelle organisation.	X	X						
	Intégrer les nouveaux services et modules : Demande de travaux - Module suivi de travaux - Gestion des contrats - Module inventaire - Gestion des petites fournitures et plan d'équipements	X X X X	X X						
<b>2</b>	<b>Portail DSET</b>								
	Créer un groupe de travail (compris utilisateurs, service informatique, DSET)	X						Oui	P. Petit
	Reprise du travail déjà effectué	X							
<b>3</b>	<b>Référents DSET</b>								
	Mettre en place un groupe de travail entre utilisateurs et la DSET	X						Oui	P. Petit G. Carrière

	Définir du rôle des référents et de leur périmètre d'action	X							
	Mettre en place les référents, en parallèle du portail DSET	X							
<b>4</b>	<b>Partenariat avec ESAT</b>								
	Créer un groupe de travail (compris DSI, DSET, et DRH, voir médecin réhabilitation)	X						A développer	P. Petit
	Travailler sur le projet : profils patients, périmètre d'actions possibles, accompagnement par éducateur spécialisé, etc...)	X	X						
	Mettre en place sur le terrain		X						
<b>5</b>	<b>Relocalisation Ateliers</b>								
	Etudes de faisabilité			X				Oui	P. Petit
	Décision de travaux			X					
	Etudes de programmation				X				
	Etudes de conception				X				
	Travaux					X			

**\* L'état d'avancement de la rédaction des fiches projet est donné à titre indicatif au 17/09/2020. La rédaction se poursuivra dans le cadre des contrats de pôles et projets de service.**

## VI- PROJET DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER ET DU SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION

Le Projet du Système d'Information Hospitalier se décline en 4 axes principaux et le Schéma Directeur en découlant sera inscrit dans le cadre plus général du Schéma Directeur des Systèmes d'Information du GHT 21-52 :

### AXE POLITIQUE ET MANAGÉRIAL

Le projet du système d'information hospitalier va s'appuyer sur le triptyque suivant et prenant en considération :

1. La stratégie interne et externe au CH La Chartreuse,
  - les besoins exprimés des directions et pôles de l'établissement,
  - les besoins exprimés du Groupement Hospitalier de Territoire du 21-52,
  - les besoins exprimés des différents réseaux de coopération,
  - les directives et enjeux imposés aux GHT dont la mutualisation des achats, la convergence des systèmes d'information, l'hébergement de données de santé,
  - les différents programmes et opportunités portées par l'ARS, le GRADeS (eTICSS, Télémedecine) ou le Ministère de la santé tels que le programme HOP'EN, Ma Santé 2022.
2. Les nécessités techniques et leur évolution
  - Les besoins de fonctionnement liés aux réseaux très haut débit, à la téléphonie,
  - Les contraintes de sécurité de plus en plus fortes,
  - Les nouvelles technologies,
  - Les besoins d'équipements nécessaires aux utilisateurs.
3. Les ressources humaines et financières
  - Les ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre le Schéma Directeur du Système d'Information,
  - Le budget annuel alloué au Système d'Information.

De cet ensemble, **le Schéma Directeur doit se décliner en projets clairement définis, priorisés, planifiés dans le temps, quantifiés en ressources humaines et budgétés**. Cet exercice complexe, même s'il ne reste qu'une projection pourra toutefois être adaptable aux circonstances et à la vie de l'Etablissement tout en restant vigilant sur la disponibilité des ressources humaines et financières.

Le SDSI du GHT 21-52 qui va encapsuler en grande partie notre déclinaison du Projet Système d'Information est en cours de réalisation par l'intervention de cabinets d'audit mandatés par le GHT. Cet audit devra notamment proposer l'équipe commune permettant d'assurer la mise en œuvre des projets informatiques et la maintenance des systèmes.

Nous devons d'ores et déjà considérer que les travaux qui définiront le SDSI du GHT 21-52 consisteront à fonder l'architecture technique commune (serveurs, réseaux, annuaire LDAP commun, ...) sur laquelle nous pourrons déployer les projets de convergence. **Le Dossier Patient Informatisé de convergence (DPI)** sera l'enjeu le plus important mais aussi le plus complexe à mettre en œuvre **tout comme la mobilisation d'une équipe commune pour porter les projets du GHT**.

Sur l'équipe commune, fer de lance de ce SDSI, les premiers travaux de l'audit font état, en comparaison du niveau national, d'un sous-effectif de -21,3 ETP, notablement important sur le site support -10,6 ETP, et de -1,1 ETP au CH La Chartreuse. Bien naturellement, et au vu des ambitions soulignées lors des ateliers métiers et de la mise en œuvre pratique de la convergence des systèmes d'informations ces écarts pourront être revus.

La restitution de l'audit du GHT est prévue en fin d'année 2020.

## Management et animation des systèmes d'information

Le GHT comme chaque établissement membre doit promouvoir les systèmes d'informations et communiquer sur les valeurs ajoutées qu'ils peuvent apporter aux utilisateurs pour que ces derniers soient moteurs dans leur déploiement.

Au sein du CH La Chartreuse, le Collège des Systèmes d'Information demeure est l'instance du suivi qui doit régulièrement prendre connaissance de l'avancement des projets afin que des prises de décisions collectives puissent traiter de l'arbitrage sur d'éventuels projets émergents ou de nouveaux besoins ou directives.

La participation aux réunions du GHT et notamment sur les volets du SDSI est nécessaire mais également aux réunions pilotées par l'ARS et le GRADeS qui apportent soutien (notamment financier par le programme HOP'EN et diverses subventions d'appels à projet), ainsi que sur les solutions applicatives qu'ils proposent.

---

### AXE MÉDICAL

#### Poursuivre le déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI)

La mise en place de la nouvelle application HM au CH La Chartreuse a permis d'informatiser plus largement les structures extrahospitalières et apporter des fonctionnalités à d'autres métiers jusqu'alors non informatisés (psychologues, assistants de service social, kinés, éducateurs, etc, ...). La couverture transversale est aujourd'hui largement assurée : circuit du médicament, prescriptions médicales et de soins, isolement et contentions, observations, plan de soins, transmissions ciblées, agendas, recueil d'activité, ...).

L'effort devra se poursuivre pour finaliser les parties spécifiques de certains services :

- Informatiser le SAMSAH,
- Informatiser les particularités spécifiques de certaines structures telles qu'Elipses, le CIPP, l'unité de sommeil
- Déployer de nouveaux formulaires ...,
- Informatiser le projet de vie des unités qui formeront la MAS,

Même si le CH La Chartreuse vient de déployer le DPI Hôpital Manager (HM), il sera important que les équipes qui ont porté ce projet participent activement aux travaux préparatoires de la convergence du DPI de territoire afin qu'il soit conforme aux attentes de la psychiatrie.

Des échanges réguliers sont à poursuivre avec les autres établissements du GHT disposant d'HM (Semur, HCO) afin de partager nos connaissances, échanger nos formulaires et nos techniques de paramétrage, construire ensemble, et être force de proposition face à notre éditeur.

#### Déployer des modules complémentaires à Hôpital Manager

Pour répondre à une forte demande mais également pour respecter la réglementation et sécuriser nos échanges, il nous faut déployer la messagerie sécurisée de santé (MSS) mais aussi généraliser l'envoi de documents HM vers le Dossier Médical Personnel (DMP) du patient.

Cette incitation et notre avancement du déploiement du DPI nous a amené à solliciter le domaine D2 (DPI interopérable) du programme HOP'EN auprès de l'ARS.

**Un crédit de 378 K€** est espéré et attendu si nous réussissons cet enjeu avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2021.

Le déploiement du DMP et la MSS sont des éléments techniques à mettre en œuvre qui devront impérativement justifier de l'usage afin de « passer au vert » nos indicateurs. La production massive de lettres de liaison et une saisie continue du DPI sont des éléments qui doivent faire partie des obligations des équipes soignantes et médicales en lien avec les recueils et saisies d'activité pour le financement de la dotation budgétaire de psychiatrie.

La fonctionnalité de rappel des rendez-vous par SMS au patient sera également à mettre en œuvre très rapidement.

Enfin de nouvelles fonctionnalités devront également être déployées telles que la dictée numérique, la reconnaissance vocale afin de faciliter la production des comptes rendus et des lettres de liaisons.

Le CHU de Dijon débute des travaux pour moderniser son système de gestion de laboratoire (SGL). Le CH La Chartreuse s'inscrit dans ce projet pour disposer d'interfaces permettant d'envoyer depuis HM les

prescriptions de biologie (prescriptions connectées) et de recevoir les résultats intégrés à notre DPI en format structuré.

### **Progresser sur l'identito-vigilance et la collecte des données d'identités**

L'Établissement devra poursuivre son travail d'identito-vigilance et perfectionner la saisie des identités des patients. Actuellement notre application Cpage envoie les données d'identités au serveur du GHT 21-52 tout comme le font l'ensemble des établissements du territoire. Nous devons finaliser le projet en mettant en œuvre la « recherche étendue » permettant à nos utilisateurs de récupérer une nouvelle identité de ce serveur territorial sans avoir à la ressaisir.

Disposer d'une base commune d'identités est fondamental pour échanger prochainement des données médicales automatiquement (biologie par exemple). Ces mécanismes doivent donc être fiables et les personnes habilitées à créer des identités devront se former aux règles de bonnes pratiques de saisies. Pour faciliter leur travail de collecte, des scanners à plats devront être déployés au bureau des Entrées et dans certains secrétariats pour favoriser ainsi la production de scans de pièces d'identités.

### **Déployer les téléconsultations et la téléexpertise**

Les automatismes de rapprochement d'identités au sein du territoire mais également de la région BFC facilitent aujourd'hui l'utilisation des outils proposés par le GRADeS selon les directives de l'ARS. La mise en place de la téléconsultation TELMI de 'Covalia' permet ainsi de rechercher une identité sur ce serveur d'identité patients BFC, ce qui permet de retrouver les identités de nos patients sans ressaisies. Cet outil devra être plus largement déployé au CH La Chartreuse pour effectuer des consultations en visioconférence avec les patients ou pour effectuer des consultations de télé expertises auprès de structures médico-sociales telles que des EHPAD ou encore en soutien auprès des maisons de santé.

### **Expérimenter l'outil Eticss et Globule**

L'ARS et le GRADeS ont œuvré à la mise en œuvre des outils de coordination Eticss et Globule. Eticss devient la solution à retenir pour échanger de l'information (médicale ou non) **avec des professionnels extérieurs à l'établissement (tuteurs, kiné, infirmier, médecin traitant, famille...)**. Il est fortement utile pour la gestion de parcours complexes nécessitant une communication importante pour une meilleure prise en charge du parcours d'un patient.

L'outil de 'chat' sécurisé Globule sera prochainement interfacé à Eticss et reste un outil très prisé de par sa facilité à échanger de petites informations instantanément au cercle de soin du patient considéré.

L'ARS est en attente de déploiement de parcours complexes en psychiatrie. Cette opportunité doit être saisie pour expérimenter ces outils et mesurer les bénéfices qu'ils peuvent apporter à nos services hospitaliers et nos patients.

### **Déployer des solutions innovantes alliant nouvelles technologies et recherches**

Les technologies progressent constamment et ne sont que trop peu déployées en Etablissements de Santé Mentale. Le système d'information doit s'enrichir de ces travaux et travailler avec les métiers et les prestataires extérieurs pour mettre au point des objets connectés ou profiter des algorithmes de l'intelligence artificielle pour développer des applications innovantes.

---

## **AXE ADMINISTRATIF, LOGISTIQUE ET TRAVAUX**

### **Converger les applications administratives et développer les portails agents et patients**

L'informatisation de la partie administrative a depuis toujours été le domaine hospitalier le plus avancé. Il n'en demeure pas moins que de grands projets de mutualisation sont à construire au sein du GHT 21-52 avec l'avantage de disposer de solutions applicatives de mêmes éditeurs (Cpage-i notamment).

Nous avons l'opportunité de travailler cette convergence au sein de notre GHT dans ces prochaines années, ce qui demandera une contribution de coopération des métiers des différents établissements afin d'harmoniser autant que possible les pratiques et faciliter ainsi la gestion informatique commune.

Les services DRH et Gestion Administrative du Patient devront réfléchir à des solutions telles qu'un portail agent et un portail patient pour faciliter les communications, collecter les informations administratives, dématérialiser encore davantage les données (feuilles de paie, factures patient, ...) et organiser la gestion de rendez-vous médicaux.

### **Changer d'application de gestion des majeurs protégés**

Compte tenu d'un retard fonctionnel, d'un règlementaire très évolutif et d'une clientèle moindre, le GIP Cpage a annoncé la fin des déploiements et de la maintenance de l'application Cpage-i Tutelle pour le 31 décembre 2020.

Cet état de fait illustre les sujets de convergence du SI de GHT. Un cahier des charges est en cours et des arbitrages devront avoir lieu pour définir l'infrastructure d'accueil de l'application et arrêter le choix de la solution unique à retenir pour le GHT, pour une mise en œuvre opérationnelle sans délai.

### **Poursuivre la mutualisation des processus achats du GHT 21-52**

Les services logistiques et pharmacies devront également se munir d'une solution facilitant la gestion commune des marchés, commandes et gestion de stocks de produits afin de saisir de façon unique les nomenclatures et assurer un suivi de qualité des marchés et des consommations.

### **Déployer la solution de gestion de transport EPONA-PTAH**

Les demandes de transports seront très prochainement mutualisées par l'utilisation de l'application EPONA-PTAH retenue au sein du GHT 21-52. Cette application est utilisée depuis de nombreuses années au CHU de Dijon mettant en relation les équipes soignantes et les sociétés de transports retenues dans le marché. L'application a connu des adaptations fonctionnelles pour s'adapter à la gestion multi-établissement de notre territoire.

Des réunions de travail auront lieu prochainement entre le CHU de Dijon et le CH La Chartreuse pour débiter cette nouvelle informatisation.

### **Moderniser l'application de gestion électronique de document (GED PMB)**

L'éditeur PMB Services annonce une nouvelle version de son application « PMB » sous forme de portail web qui porte intérêt au service du centre de documentation du CH La Chartreuse. Le déploiement de la nouvelle solution est souhaité pour 2021. Ce travail devra être réfléchi et arbitré pour que les utilisateurs se retrouvent entre les informations des groupes de travail (Sharepoint) de celles les données statiques telles que règlementaires, comptes rendus d'instances, procédures (attendues dans ce portail).

### **Poursuivre la dématérialisation, la GED et réfléchir à l'archivage probant**

L'ensemble des services hospitaliers devront poursuivre la dématérialisation des documents autant que possible. La question de la gestion électronique de document (GED) et l'archivage à valeur probante devront être posés et traités tant sur les données médicales que sur les données administratives. Cet archivage désigne l'ensemble des mesures techniques et organisationnelles, nécessaires à l'enregistrement, le stockage et la restitution de documents ou données électroniques, pour en assurer leur bonne conservation et leur intégrité pendant tout leur cycle de vie.

Une étude est en cours au sein du GRADeS pour retenir une solution régionale qui sera ensuite déployée dans les établissements demandeurs.

### **Déployer de nouveaux outils collaboratifs et favoriser la communication en visioconférence**

Les outils collaboratifs devront être plus largement déployés afin d'organiser des réunions en ligne ou effectuer des visioconférences avec des collaborateurs extérieurs. L'outil devra s'inscrire dans les contraintes techniques et de sécurité qu'impose l'environnement hospitalier. Ainsi les données partagées lors de ces réunions au sein d'un cloud externalisé ne devront cependant pas échanger des informations médicales. Un travail d'accompagnement est à réaliser auprès des utilisateurs pour s'assurer du bon usage de ces nouvelles technologies.

## **Poursuivre le déploiement du télétravail**

Depuis 2019, le service informatique a expérimenté la mobilité permettant ainsi à un utilisateur de se connecter au réseau informatique du CH La Chartreuse depuis n'importe quel lieu disposant d'un réseau Wifi ou 4G. Les premiers utilisateurs ont été les infirmières de coordination puis les agents de la Maison des Adolescents et quelques agents administratifs.

La pandémie du COVID-19 a accéléré la nécessité d'étendre le télétravail. La solution a ainsi été déployée plus largement permettant à près d'une cinquantaine de personnes d'effectuer des connexions distantes et de bénéficier de l'intégralité de leur environnement de travail.

Une réflexion doit maintenant être entreprise pour cadrer le besoin et réviser l'affectation d'ordinateurs portables aux personnes concernées par cette thématique.

## **Installer un FABLAB**

Réduire l'exclusion sociale et être force d'accompagnement aux patients et aux familles les plus en marge de l'informatique serait une action sociale à mener au sein du CH La Chartreuse. L'installation d'un local équipé d'ordinateurs, d'imprimantes et reliés à un réseau internet dédié, isolé de notre réseau professionnel permettrait aux plus démunis de bénéficier d'un accompagnement pour la réalisation des démarches quotidiennes de la vie. Les assistants de service sociale et la paire-aidante .

---

### **AXE TECHNIQUE**

## **Déployer le réseau très haut débit**

Le CH La Chartreuse va déployer dès 2020 son réseau très haut débit en lien avec le Conseil Départemental de Côte-d'Or et la Région Bourgogne Franche Comté. Ce réseau permettra des liaisons au gigabit pour la plupart des sites extrahospitaliers situés sur Dijon et sa périphérie ainsi que sur Beaune. Les conditions de travail des utilisateurs seront grandement améliorées. De nouvelles technologies telles que la visioconférence et les téléconsultations entre sites pourront ainsi facilement être déployées pour limiter les déplacements des professionnels et des patients.

L'accès internet pourra également être revu à la hausse pour répondre aux nouvelles sollicitations réseaux qu'imposent les outils de visioconférences et les échanges évolutifs entre nos établissements du territoire.

## **Sécuriser le Système d'Information**

Les cyberattaques relatées dans la presse spécialisée, locale voire nationale peuvent nuire gravement aux Etablissements de Santé. Plusieurs établissements (dont un CHU) en ont subi les conséquences en étant contraints de réduire leurs activités faute de système d'information.

La Sécurité du Système d'Information est une ardente préoccupation dans les directives nationales (NIS) et est déclinée dans les programmes d'aides tels que HOP'EN. Une certification des Systèmes d'Information se dessinera probablement très prochainement afin d'obliger les établissements à définir des plans d'actions d'amélioration et atteindre un socle technique minimal.

Ainsi, l'Etablissement doit veiller à des mises à jour régulières des systèmes d'exploitation des serveurs, des postes de travail ainsi que des applications métiers. Les utilisateurs, première barrière, doivent régulièrement être sensibilisés aux contraintes, risques et failles. Nous devons développer les authentifications de type SSO, sécuriser les flux applicatifs et être à l'écoute des nouvelles technologies.

## **Accompagner les directions et pôles aux travaux de l'Etablissement**

La constante évolution de l'Hôpital amènera le service informatique et téléphonie à accompagner les services dans leurs nouvelles réflexions pour élargir les réseaux informatiques et téléphonie aux nouvelles évolutions (réintégration du service La Fontaine Aux Berlingots en intra, construction de la MAS, nouvelles structures extra-hospitalières) et apporter les postes de travail appropriés.

## Fonder l'architecture technique du GHT 21-52

Au niveau du GHT 21-52, les fondations de l'architecture technique vont débiter par la réalisation d'un annuaire commun de référence sur lequel s'appuieront les futures applications métiers à devenir convergées.

La mutualisation des ressources serveurs, leur harmonisation, leur hébergement et leur maintenance sont à étudier pour effectuer les économies de gestion nécessaires et asseoir la sécurité des systèmes d'informations du GHT.

Priorités	Déclinaison des axes	Porteur du projet	2020					2021				2022	2023	2024	2025
			T3			T4		T1	T2	T3	T4				
			J	A	S	O	N	D							
<b>AXE POLITIQUE ET MANAGERIAL</b>															
1	Rédiger le PSIH (Projet du Système d'Information Hospitalier)	CHLC													
2	Définir le SDSI du GHT 21-52 (audit externe)	GHT 21-52													
2	Mettre en place une équipe informatique commune au sein du GHT 21-52	GHT 21-52													
1	Management et animation des systèmes d'information (collège SIH ; réunions GHT 21-52, Réunion GRADeS et ARS)	CHLC - GHT21-52													
<b>AXE MEDICAL</b>															
Poursuivre les déploiements du dossier patient informatisé															
2	Déployer la phase 2 du déploiement de HM (parties spécifiques : Iso/contentions, Samsah, Unité du sommeil, Pussin, autres formulaires spécifiques, lettre de liaisons, soins sans consentement...)	CHLC													
1	Informatiser l'USS de la maison d'arrêt dans DxCare	CHU - CHLC													
3	S'adapter au réglementaire lié à la saisie de l'activité médicale et participer au choix de la solution en cas de convergence des outils du DIM	CHLC - GHT 21 52													
2	Etre acteur dans les travaux de convergence du DPI de territoire	GHT 21-52													
2	Partager les savoirs et pratiques entre les membres du GHT utilisant le DPI Hopital Manager	CHLC / Semur / HCO													
Interfacier des modules complémentaires à Hopital Manager															
1	Déployer la Messagerie Sécurité de Santé (MSS)	CHLC													
1	Déployer l'envoi de données vers le Dossier Médical Partagé du patient (DMP AMELI)	CHLC													
1	Calculer les indicateurs D2 du programme HOP'EN et accompagner les professionnels pour atteindre ces indicateurs (lettre de liaison, saisies HM),crédit possible de 378 K€	CHLC													
2	Déployer le rappel des RV par SMS	GHT 21-52 - CHLC													
2	Déployer la dictée numérique et ou reconnaissance vocale	CHLC													
3	Déployer la prescription connectée et le retour dans HM des résultats structurés de biologie en lien avec le projet de renouvellement du SGL du CHU de Dijon	GHT 21-52													
3	Déployer le partage des résultats d'imagerie	GHT 21-52													
Progresser sur l'identito-vigilance															
1	Poursuivre le déploiement du serveur de rapprochement d'identité de territoire, déployer la recherche étendue dans Cpage-i Malade et former les professionnels aux bonnes règles de saisie des identités	GHT 21-52 - CHLC													
1	Déployer des outils de scans pour favoriser la dématérialisation des documents	CHLC													
Déployer les outils régionaux															
1	Télécardiologie	CHLC / CHU													
2	Téléexpertise en EHPAD (Dr Murat)	CHLC													
1	Généralisation des téléconsultations TELMI	CHLC													
1	Expérimenter ETICSS et GLOBULE sur un ou plusieurs parcours complexe	CHLC - ARS - GRADeS													
Poursuivre le déploiement du logiciel d'archives médicales Cpage-i															
1	Intégrer les données d'archives fichiers excel à Cpage-i archive	CHLC													
2	Informatiser les salles d'archives vives (centres opérationnels et structures distantes)	CHLC													

Priorités	Déclinaison des axes	Porteur du projet	2020						2021				2022	2023	2024	2025
			T3			T4			T1	T2	T3	T4				
			J	A	S	O	N	D								
	<b>AXE ADMINISTRATIF, LOGISTIQUE et TRAVAUX</b>															
2	Portail patient du GHT 21-52 (RV en ligne, paiement en ligne, ...)	GHT 21-52														
2	Converger les applications administratives et développer les portails agents	GHT 21-52														
1	Déploiement du module ROC-i de Cpage du programme SIMPHONIE (interrogation des mutuelles sur le reste à charge), - Crédits obtenus de 15 K€	CHLC														
1	Changer le logiciel de gestion des majeurs protégés	GHT 21-52														
2	Poursuivre la mutualisation des processus achats du GHT 21-52	GHT 21-52														
2	Déployer la solution de gestion de transport EPONA-PTAH	GHT 21-52														
3	Logiciel qualité (FEI) de territoire	GHT 21-52														
3	Poursuivre la modernisation du processus de réception des commandes en lien avec la sérialisation	CHLC														
3	Acquisition d'un logiciel métier type Pharma <sup>®</sup>	CHLC														
4	informatisation de la conciliation médicamenteuse	CHLC														
4	Etude et mise en œuvre d'une autre solution de commande en ligne depuis les unités de soins en remplacement de Cpage-i DPP	CHLC														
4	Moderniser l'application de gestion électronique de document (GED PMB)	CHLC														
4	Poursuivre la dématérialisation, la GED et réfléchir à l'archivage probant	GRADEs														
1	Déployer de nouveaux outils collaboratifs et favoriser la communication en visioconférence	CHLC														
1	Poursuivre le déploiement du télétravail	CHLC														
3	Installer un FABLAB (accès numérique patients)	CHLC														
	<b>AXE TECHNIQUE</b>															
1	Maintenir le parc informatique et téléphonique, limiter son obsolescence et offrir un service de qualité	CHLC														
	<b>Réseau Très Haut Débit</b>															
1	Déploiement du Très Haut Débit par la fibre noire du CD21 sur Dijon et Beaune et la Région Bourgogne Franche Comté	CHLC / CD21 / Région BFC														
1	Déployer le réseau entre le CHLC et les membres du GHT 21-52 - Réseau Orange	GHT 21-52														
	<b>Politique de sécurité du système d'information</b>															
1	Rédiger la Politique de Sécurité du Système d'information (habilitations, circulation des informations agents via les interfaces ...)	CHLC														
2	Réviser la charte informatique	CHLC														
3	Systématiser les applications en accès https	CHLC														
1	Audit sécurité des SI des établissements membres du GHT	GHT 21-52														
2	Annuaire Active Directory de GHT	GHT 21-52														
3	Upgrader les systèmes dont les versions ne sont plus maintenues par Microsoft (GMAO, GTC, Abyla, YES, Sphinx)	CHLC														
	<b>Téléphonie</b>															
2	Refonte du système de téléphonie en structures distantes (téléphonie IP)	CHLC														
1	Changement et délocalisation de l'autocommutateur	CHLC														
2	Suppression des liaisons fax	CHLC														
1	Changement d'opérateur de téléphonie fixe	CHLC														
	<b>Systèmes</b>															
1	Poursuite de la mise en œuvre de la nouvelle technologie liée au client léger (TSE 2019)	CHLC														
2	Déploiement de windows 10 sur les postes dits lourds	CHLC														
	<b>Accompagner les directions et pôles aux travaux d'établissement</b>															
2	Etude et mise en œuvre des projets informatiques liés à la MAS	CHLC														
2	Projet réintégration de la FAB en local	CHLC														

## 6°PARTIE - PLANNING DE RÉALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

### I- CALENDRIER PREVISIONNEL

N°	Projets 1 : Projets réalisables avec financements "nouveaux" en sus (DAF, FIR, AC, ou AAP) 2 : Projets réalisables par "redéploiements" (non générateurs de demandes de financements supplémentaires) 3 : Projets ne nécessitant pas de moyens supplémentaires (inclus dans les missions du pôle - non restructurant)	Plan de travaux	Investissements n € (*enveloppe d'investissement 1M)	Redéploiement de personnel en €	Moyens nouveaux personnel en €	Coût total estimé en € (dont fonctionnement)	Recettes estimées en €	Calendrier de réalisation					Financement			
								2021	2022	2023	2024	2025	1	2	3	
<b>PROJET MEDICAL</b>																
<b>POLE EXTRA HOSPITALIER</b>																
PEH1	Améliorer les délais de prise en charge		SDSI Téléconsultations	X		0 €	Impact FA	Seurre							X	X
PEH2	Renforcer les équipes de soins avec des nouveaux métiers pour fluidifier les prises en charge médicales, dont IPA			X	216 000 €	216 000 €		Formation	4 IPA						X	
PEH3	Etudier la pertinence des changements de locaux des CMP (cf. audit)	X	2 500 000 €			2 500 000 €		Beaunois/HCB Audit	Cahier des charges / prospection	1ère opération 1,5M	2ème opération 1M				X	
PEH4	Renforcement POP plateforme d'orientation / ESPID / Vigilans et gestion cas complexes (type Réseauspy)				735 603 €	735 603 €		20 places ESPID+Vigilans	N°vert - Cas complexes	38 places					X	
	<i>Dt Vigilans</i>					45 000 €										DAF
	<i>Dt ESPID (moyens supplémentaires)</i>				245 706 €	297 439 €		20 places ESPID+Vigilans								
	<i>Dt Gestion des cas complexes (type Réseauspy)</i>								N°vert - Cas complexes							
PEH5	Repenser la philosophie des HDJ en lien notamment avec l'ESPID (sorties) et le SAMSAH (long cours)	X	X			0 €									X	
PEH6	Développer l'innovation :		X			0 €										
	1 - Téléconsultations (cf. SDSI)		X			0 €	Impact FA Téléconsultations								X	
	2 - Véhicule unités mobiles :minibus (projet péniche voir faisabilité)		30 000 €			30 000 €		minibus							X	
	3 - Pair aidance													X		
	4 - Nouvelles techniques de communication : rappel RDV, recontact		X			0 €									X	
PEH7	Développer la psychiatrie citoyenne par le renforcement des partenariats locaux : CLSM (Conseil local de santé mentale), municipalités et GEM (Groupement d'entraide mutuel)					20 000 €										X
PEH8	Rapprocher les interventions d'ELIPSES - Equipe mobiles (ESPID / EMAS)					0 €										X
PEH9	Développer la consultation CRIAVS et articuler les interventions en post pénal					0 €										X
<b>TOTAL POLE EXTRA HOSPITALIER</b>			<b>0 €</b>	<b>2 530 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>951 603 €</b>	<b>3 501 603 €</b>									



N°	Projets 1 : Projets réalisables avec financements "nouveaux" en sus (DAF, FIR, AC, ou AAP) 2 : Projets réalisables par "redéploiements" (non générateurs de demandes de financements supplémentaires) 3 : Projets ne nécessitant pas de moyens supplémentaires (inclus dans les missions du pôle - non restructurant)	Plan de travaux	Investissements n° (*enveloppe d'inv courant 1M)	Redéploiement de personnel en €	Moyens nouveaux personnel en €	Coût total estimé en € (dont fonctionnement)	Recettes estimées en €	Calendrier de réalisation					Financement				
								2021	2022	2023	2024	2025	1	2	3		
<b>POLE INTRA HOSPITALIER</b>																	
<b>Unités ouvertes</b>																	
PIHO1	Définir la fonction de coordination en lien avec l'extra hospitalier et les partenaires : rencontres, organisation médico-soignante, synchronisation des temps médico-soignants, retours d'expériences, analyses de cas, projets...			X		0 €											X
PIHO2	Supprimer et/ou réhabiliter les lits non conformes :					0 €										X	
	1 - Camille Claudel 25 lits (2 lits mis en conformité)	X				0 €										X	
	2 - UD 24 à 23 lits (- 2 lits non conformes et aménagement d'1 ch. simple sécurisée en ch. double) + identifier lits dédiés ECT / Sommeil	X	30 000 €			30 000 €										X	
	3 - Cassiopée 25 à 23 (- 2 lits non conformes)	X				0 €										X	
PIHO3	Créer une plateforme d'outils thérapeutiques et de médiation groupale intégrant l'espace psychothérapique			X		0 €											X
PIHO4	Créer une plateforme ressource pour l'accueil des familles	X				0 €		Bureau psycho								X	
PIHO5	Créer une commission cas complexes (dont ré hospitalisation des patients chroniques) et organiser les articulations avec le pôle de réhabilitation					0 €											X
<b>Unités fermées</b>																	
PIHF1	Définir une coordination des unités fermées : • avec l'extra hospitalier, dont POP (filtrage) et relais CMP, St exupéry, post pénal, .. • étudier les cas complexes					0 €		Groupe de travail									X
PIHF2	Supprimer les lits non conformes et spécialiser les unités :					0 €										X	
	1 - Réaménager Van Gogh à 25 lits (dont 2 iso) à 22 (dont 3 iso) : suppression d'1 lit non conforme et transformation d'une chambre à 2 lits en 3ème iso	X	60 000 €			60 000 €										X	
	2 - Réaménager l'UPG de 21 à 20 lits : -1 lit non conforme	X				0 €										X	
	3 - Transformer Altair en unité semi ouverte patients HL en service fermé : passage de 24 à 23 (-1 lit non conforme)	X				0 €		Projet de service								X	
PIHF3	Transformer Buffon en USIP : passage de 22 à 13 ou 15 lits (selon les possibilités architecturales et projet de service incluant réflexion espace détenu et liens USP/CSAPA) - <b>opération tiroir à préciser avec Altair</b>	X	1 500 000 €	X	100 000 €	1 600 000 €		Projet de service - Instances de Juin	Démarrage travaux	Ouverture				X	X		
PIHF4	Créer une plateforme ressource pour l'accueil des familles et identifier une unité de lieu	Bureau psycho				0 €		Primo hospit SSC		Lieu spécifique					X		
<b>Inter Secteur Personnes Agées (ISPA)</b>																	
PIHPA1	Elargir les missions de certaines unités extra hospitalières (via HDJ ,VAD, conventions,..) pour développer une culture commune de la gérontopsychiatrie dans les CMP - Phase 1 : Augmentation capacitaire des prises en charge sur le CMP/CATTP/HDJ Beauce en Vergy (1 ETP) - Phase 2 : formations référents gérotopsy (0,1 ETP / 6 CMP)			X	X	84 800 €			Beauce en Vergy 15 places						X	X	
PIHPA2	Développer une plateforme de télé expertise associée à une hotline spécialisée en psychiatrie de la personne âgée en Côte d'Or					45 860 €	51 502 €		AAP FIOP						X		
PIHPA3	Offrir un accueil de jour (12 places) pour PA souffrant de troubles dégénératifs et troubles psychiatriques (2ASG) - <b>à négocier CPOM</b>	X			88 000 €	88 000 €		Etude						X	X		
PIHPA4	Proposer des solutions d'hébergement temporaire en gériatrie (2 lits – 1 sur chaque niveau de l'EHPAD)	X	50 000 €	X		50 000 €		Travaux						X	X		
PIHPA5	Développer la vocation intersectorielle de l'unité de gérontopsychiatrie : redimensionner l'unité à 20 lits conformes avec un plan architectural associé sur l'ancien UMAO (+ 1 lit de répit à évaluer)		50 000 €	X		50 000 €									X		
PIHPA6	Créer des équipes mobiles gérotopsy (1 IPA, 1 IDE, 0,5 PH, redéploiement AMA)		15 000 €		183 000 €	198 000 €								X			
PIHPA7	Développer des compétences spécifiques à la gérontopsychiatrie : DU gérontopsychiatrie, formations, et IPA			X		0 €									X	X	
<b>TOTAL POLE INTRA HOSPITALIER</b>		0 €	1 705 000 €	0 €	416 860 €	2 212 302 €											

N°	Projets 1 : Projets réalisables avec financements "nouveaux" en sus (DAF, FIR, AC, ou AAP) 2 : Projets réalisables par "redéploiements" (non générateurs de demandes de financements supplémentaires) 3 : Projets ne nécessitant pas de moyens supplémentaires (inclus dans les missions du pôle - non restructurant)	Plan de travaux	Investissements n € (*enveloppe d'investissement 1M)	Redéploiement de personnel en €	Moyens nouveaux personnel en €	Coût total estimé en € (dont fonctionnement)	Recettes estimées en €	Calendrier de réalisation					Financement			
								2021	2022	2023	2024	2025	1	2	3	
<b>POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT</b>																
<b>Filière précoce</b>																
PEA1	Filière précoce et petite enfance (jusqu'à 6 ans) Construire un pôle précoce (diagnostic, soins, évaluations), base de la filière psychiatrie périnatale, en lien avec le projet architectural par réintégration de la FAB sur le site du CH	X	1 900 000 €	X	307 337 €	2 222 802 €		FAB Centre guidance HCB	Renfort équipe mobile					X		
<b>Filière enfance</b>																
PEA5	Structurer un parcours de soin de l'enfance (7-11 ans) équipe mobile d'intervention renforcée dans l'environnement de l'enfant (famille, école, ...) des patients suivis, modèle SESSAD Psy	X	30 000 €	X	200 000 €	230 000 €								X	X	
PEA7	Créer une structure de soins étude ambulatoire en partenariat avec l'éducation nationale	X	X			0 €								X		
PEA12	Créer une unité de thérapies familiales et définir un projet de guidance parentale associé				X	0 €		Ecriture projet						X	X	
<b>Filière adolescence</b>																
PEA2	Créer une structure territoriale de prise en charge pour les mineurs Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS)	X	X		221 682 €	337 242 €		Formation	CMP	HDJ				X		
PEA3	Créer une plateforme de coordination adolescents (phase II projet Intermède) : renforcer UPSILON et l'équipe Mobil'Ados pour développer la gestion des cas complexes et le recontact des suicidants				100 000 €	100 000 €								X		
PEA4	Créer une unité Troubles du Comportement Alimentaire (5 lits) - si financement ARS	X	500 000 €		500 000 €	1 000 000 €				Projet sur Oasis				X		
PEA10	Engager un projet de co-intervention avec l'Acodège pour la création d'une structure de répit pour adolescents (6 mois renouvelables)	X	150 000 €	X	600 000 €	750 000 €		Position / AAP						X		
PEA11	Equipe mobile d'intervention précoce (partenariat pédopsy - réhabilitation) - portage pôle Réhabilitation															
PEA12	Améliorer la prise en charge des enfants atteints de TSA par le développement de l'Unité Arpège : articulation avec la plateforme TND (si financement ARS + neuropsychologue)	X			X	0 €		Financement au forfait bilans neuropsychos:1 40€ et 35 séances de 45' psycho /psychomot : 1500€	Si AAP					X		
<b>Filière prévention et projets transversaux</b>																
PEA6	Définir un projet global de prévention et soins pour enfants et adolescents avec l'Adosphère construit autour de 3 axes : prévention, soins, éducation thérapeutique					0 €										X
PEA8	Développer l'Accueil Familial Thérapeutique			X	X	280 000 €		2 places ?	4 places ?	6 places ?	8 places ?				X	
PEA9	Conduire un projet de recherche-action pour la prévention des troubles psychiques du jeune en établissement social/médico-social : • Cartographie de besoins et ressources psy • Analyse du fonctionnement des dispositifs/structures • Création d'un référentiel commun de prise en charge associé à un programme de prévention (si avis favorable PTSM et co-financement ARS-CD21)				20 000 €	20 000 €		Proposition CD21						X		
<b>TOTAL</b>			<b>0 €</b>	<b>2 580 000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>1 949 019 €</b>	<b>4 940 044 €</b>									

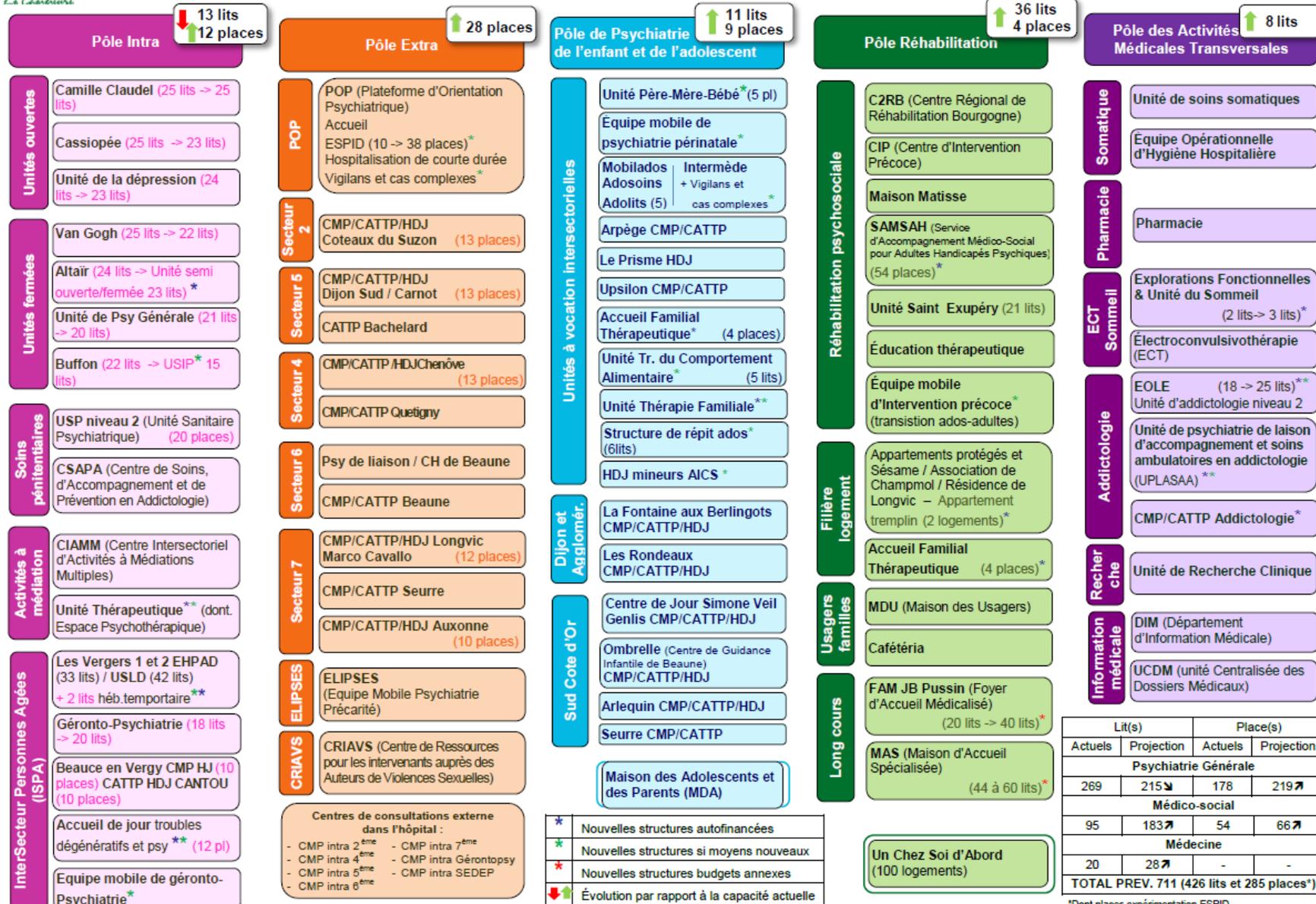
N°	Projets 1 : Projets réalisables avec financements "nouveaux" en sus (DAF, FIR, AC, ou AAP) 2 : Projets réalisables par "redéploiements" (non générateurs de demandes de financements supplémentaires) 3 : Projets ne nécessitant pas de moyens supplémentaires (inclus dans les missions du pôle - non restructurant)	Plan de travaux	Investissements n € (*enveloppe d'investissement 1M)	Redéploiement de personnel en €	Moyens nouveaux personnel en €	Coût total estimé en € (dont fonctionnement)	Recettes estimées en €	Calendrier de réalisation					Financement			
								2021	2022	2023	2024	2025	1	2	3	
<b>POLE REHABILITATION</b>																
<b>Filière Territoriale de réhabilitation Psychosociale</b>																
PR1	Assurer le pilotage territorial de la Réhabilitation Psychosociale en Bourgogne (CIP, psychoéducation, pair aideance, Profamille, formations, recherche, diagnostic TSA)	X	250 000 €	X	X	467 000 €		Locaux anciens UMAO	Projet CIP-Matisse					X	X	
PR2	Développer les nouvelles technologies en réhabilitation :					0 €								X	X	
	1 - equiRemed					0 €		Convention								
	2 - réhabilityRun (autisme, psychoses, TBP)					0 €										
	3 - simulateur de conduite	X	X			0 €		Démo C2Care								
	4 - casques réalité virtuelle (C2Care – anxiété, conduite TSA, TCA),		11 296 €			11 296 €										
	5 - applications mobiles de soins					0 €										
	6 - Appartements connectés	X	X			0 €										
	7 - IA Bioserenity					0 €										
PR3	Développer le SAMSAH pour répondre à sa vocation départementale à terme (antenne beaunoise 2021) et faire évoluer la structure vers un modèle de SAMSAH « rétablissement » (pluridisciplinarité à développer)	Impact pool	Location SDAT ? Véhicule		X	848 070 €		12 places dédiées Beaunois	Voir évolution					X		
PR4	Créer une filière « Usagers » :									Ecriture projet					X	
	1 - en lien avec la pair aideance / Profamille / Bref, intégrant un axe de développement de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) et la Maison des Usagers			X	X	280 000 €		4 places AFT							X	
	2 - en lien avec la Cafétéria (en lien avec MDU)	X	250 000 €			250 000 €								X	X	
PR5	Développer la pair aideance (un réseau social de patient « pair aidant numérique », vers un GEM ?) :					30 000 €		Sur AAP						X		
	1 - Identifier deux pairs aidants intervenant ponctuellement sur des actions - de sensibilisation (colloques, réseaux sociaux de patients, médias... - de psychoéducation - sur appartements tremplin St Exupéry					28 365 €								X		
	2 - Engager un projet de soins somatiques en réhabilitation, via programme d'ETP et outils en lien avec le pôle transversal somatique			X		0 €								X	X	
PR6	Créer une MAS	X	10 000 000 €	X	X	10 000 000 €		CPOM 2021	Ouverture					X	X	
PR7	Etendre le capacitaire du FAM par externalisation - sur secteur Semur? - (+ 20 places soit 40 en 2023) - opération par externalisation du site <b>si financement ARS/CD 7M d'investissement</b>	X	X	X	X				CPOM 2021					X		
PR10	Equipe mobile d'intervention précoce (partenariat pédopsy - réhabilitation) - portage pôle Réhabilitation ( <b>si financement ARS</b> )		19 492 €			255 187 €	321 063 €							X		
<b>Filière logement</b>																
PR8	Créer une filière logement :															
	2 - Créer un offre d'appartements thérapeutiques « tremplins » pour des patients d'intra et extra hospitalier (portage St Exupéry) + pair aidants + CLSM + AFT	_Logement de fonction coloc T2		X		72 852 €	87 852 €	T2						X	X	
	1 - Intégration dans le pôle de réhabilitation d'une filière coordonnée avec Champmol Habitat, appartements protégés, Sésame (lien AFT), lien fonctionnel avec UCSD. Création d'une mission locale sur le pôle de réhabilitation, en association avec Champmol Habitat et en partenariat avec SAVS, services à domicile et mandataires judiciaires	_Ancienne conciergerie (F3)	200 000 €	X	Chargé de gestion locale ?	X	200 000 €						F3		X	
<b>Filière emploi</b>																
PR9	Développer une filière de réhabilitation par l'emploi	X		X		30 000 €										
	1 - Programme d'éducation thérapeutique spécifique (sept 2020)					0 €									X	
	2 - challenge emploi					0 €									X	
	3 - projet de stages pré ESAT : cafétéria, centre de doc et jardins, laverie, cuisine/self, gestion des déchets, archives, ... ?					0 €									X	
<b>Filière culture</b>																
PR11	Créer une filière culture à l'hôpital : En partenariat avec les Beaux-Arts, lycées professionnels : créer une pièce maîtresse pour l'ouverture du pôle de réhab type street art	X				0 €								X		
<b>TOTAL POLE REHABILITATION</b>		<b>0 €</b>	<b>10 745 788 €</b>	<b>0 €</b>	<b>328 039 €</b>	<b>12 553 646 €</b>								X		

N°	Projets 1 : Projets réalisables avec financements "nouveaux" en sus (DAF, FIR, AC, ou AAP) 2 : Projets réalisables par "redéploiements" (non générateurs de demandes de financements supplémentaires) 3 : Projets ne nécessitant pas de moyens supplémentaires (inclus dans les missions du pôle - non restructurant)	Plan de travaux	Investissements n° (enveloppe d'investissement 1M)	Redéploiement de personnel en €	Moyens nouveaux personnel en €	Coût total estimé en € (dont fonctionnement)	Recettes estimées en €	Calendrier de réalisation					Financement			
								2021	2022	2023	2024	2025	1	2	3	
<b>POLE DES ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES</b>																
<b>Filière soins somatiques</b>																
PAMT-SOM1	Développer la fonction d'infirmier de prévention en soins somatiques, programme ETP syndrome métabolique et risque cardio vasculaire (prévention, poids/neuroleptiques en intra hospitalier) et pourquoi pas l'étendre dans un second temps à l'extra-hospitalier.					25 000 €								X	X	
PAMT-SOM2	Créer une consultation douleur psychiatrique et animer un réseau de référents douleur		Petit matériel, rafraichissement salle Ginko	IDE douleur		0 €		Réseau référents			Consultation				X	
PAMT-SOM3	Assurer la prise en charge des urgences vitales en continu 9h-18h		X	38 000 €		38 000 €									X	
PAMT-SOM4	Développer les liens avec la médecine de ville pour le suivi des soins somatiques : collaboration IDE USS et IDE des CMP		15 000 €		66 000 €	81 000 €		Etat des lieux							X	
PAMT-SOM5	Développer la prise en charge des TCA et mise en place d'un groupe de travail en lien avec le projet d'unité TCA de pédopsychiatrie (16-24 ans)					0 €		Groupe de travail	Outils/formation							X
<b>Pharmacie</b>																
PAMT-PHA1	Développer l'activité de pharmacie clinique (mentionné dans le décret du 29 mai 2019) _ Conciliation médicamenteuse à la sortie _ Entretien pharmaceutiques			100 000 €		100 000 €									X	
PAMT-PHA2	Préparation de pilulier pour structures hors établissement (développement de la DIN - dispensation individuelle nominative)				12 600 €	12 600 €									X	
PAMT-PHA3	Développer un projet de préparation des doses à administrer (automatisation dans le cadre du GHT)					0 €									X	
PAMT-PHA4	Délocaliser la pharmacie dans les locaux d'EOLE (avant 2022) - opération externalisée	Mise en conformité + locaux	1 200 000 €			1 200 000 €		Ecriture projet/plans	Envoi projet HAS	Pharmacie sur EOLE					X	
<b>DIM</b>																
	Accompagner l'impact de la nouvelle tarification en terme de recueil d'activité - formation TIM					Coût formation	impact									X
<b>Filière addictologie</b>																
PAMT-AD1	Mettre en place une unité de psychiatrie de liaison d'accompagnement et de soins ambulatoires en addictologie (UPLASAA)		17 065 €		449 323 €	512 809 €	MIG							X		
PAMT-AD2	Faire reconnaître et développer l'activité de CMP et CATTIP en addictologie (externe)			X	176 819 €	176 819 €	Impact	CMP		CATTIP				X	X	
PAMT-AD3	Participer à l'animation de la FMIH d'addictologie du GHT : contribuer à la mise en place d'un HDJ de tabacologie (si projet et financement retenu cf. CHU)					0 €		Rencontre CHU								X
PAMT-AD4	Développer l'activité d'EOLE et relocaliser l'unité (opération tiroir EOLE, USALP, Pharmacie ou rameau ?) : étudier un projet d'évolution de 18 à 25 lits sous réserve de moyens RH et locaux (sur USALP)	X	300 000 €		A étudier	300 000 €	Impact	Etude	USALP sur MAS	EOLE sur USALP				X	X	
<b>Filière explorations du sommeil</b>																
PAMT-SOME1	Développer l'activité : _ Postes partagés CHU-Chartreuse (pneumo, neuro, interne) _ Capacité d'enregistrement + équipement d'1 chambre salle d'enregistrement ou 1 équipe dédiée + informatique	25 000 €			30 000 €	30 000 €									X	
PAMT-SOME2	Développer une offre alternative aux traitements pharmacologiques sous forme d'activité ambulatoire pour les patients présentant des insomnies (selon étude médico économique)					0 €										
PAMT-SOME3	Créer une Fédération Médicale Inter hospitalière avec les partenaires du GHT (à évaluer - GIROD / Dr LEMESLE, RABEC)					0 €										X
<b>Filière ECT</b>																
PAMT-ECT1	Développer l'activité d'ECT et favoriser le recours pour les dépressions résistantes : _ Par une enquête auprès des adresseurs _ Intervention des IDE formées en ECT pour accompagner la réalisation des bilans pré sismo et évaluations pré et post thérapeutiques					0 €	impact ?	Etude + enquête							X	
PAMT-ECT2	Créer une Fédération Médicale Interhospitalière avec les partenaires du GHT (à évaluer)					0 €										X
PAMT-ECT3	Créer une fédération neuropsychiatrie [sismo - sommeil] _ 1ère phase : organisation paramédicale commune _ 2ème phase : réflexion sur un projet médical commun « neurosciences » vers CATTIP / HJ					0 €										X
<b>Filière Recherche</b>																
PAMT-R1	Coordonner l'ensemble des projets de recherche clinique au sein d'une structure unique : médicale, paramédicale, psycho, infirmière et communiquer sur les résultats en externe					0 €	50 000 €	Etat des lieux	Définition 3 projets prioritaires				Fédération ou fondation		X	
<b>TOTAL POLE DES ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES</b>		25 000 €	1 532 065 €	138 000 €	734 742 €	2 501 228 €										
<b>TOTAL PROJET MEDICAL</b>		25 000 €	19 092 853 €	138 000 €	4 380 263 €	25 708 823 €										
<b>AUTRES PROJETS</b>																
<b>SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS</b>																
	Autocom		300 000 €			300 000 €										
<b>PROJET DES SERVICES ECONOMIQUES LOGISTIQUE ET TECHNIQUE</b>																
	Délocalisation des services techniques / ateliers		1 000 000 €			1 000 000 €										
<b>TOTAL AUTRES PROJETS</b>						1 300 000 €										

## II- PROJECTION CIBLE DE L'ORGANISATION PREVISIONNELLE POUR 2025 DES POLES



### PROJECTION CIBLE PREVISIONNELLE DES POLES 2025



## 7°PARTIE - FINANCEMENT PLURIANNUEL 2021-2025

L'approche financière concernant le Projet d'Etablissement 2021-2025 impose de se placer dans une perspective pluriannuelle couvrant les cinq prochaines années.

En complément de l'évolution pluriannuelle à prendre en compte, les données financières présentées dans le cadre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses conduisent à un arbitrage nécessaire pour la mise en œuvre des projets d'investissement retenus pour le Projet d'Etablissement.

### I- LE CADRE FINANCIER

Les investissements inclus dans le projet d'établissement 2021-2025 doivent être intégrés dans le Plan Global de Financement Pluriannuel de l'établissement cadre financier pluriannuel, retraçant tous les investissements à prendre en considération dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (sanitaire et médico-social).

Les ressources possibles, sont les suivantes :

- La capacité d'autofinancement de chaque exercice :
- Le prix de vente des biens pouvant faire l'objet d'une cession ou l'économie de locations immobilières,
- La mobilisation éventuelle d'emprunt nouveau ainsi que les charges financières correspondantes devront être incluses dans les EPRD successifs.

Les emplois à inscrire en regard des ressources doivent être :

- Les remboursements des dettes financières en termes de capital,
- Les immobilisations.

L'ensemble de ces ressources, ainsi que les différents emplois, est suivi de façon annuelle dans le cadre du Tableau de Financement Prévisionnel.

Les Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses des années couvertes par le Plan Global de Financement Pluriannuel doivent être compatibles avec ce plan, c'est-à-dire dégager les ressources d'exploitation nécessaires au financement, des investissements prévus par ce plan et des charges qui en découlent.

Les principales hypothèses pour les années 2021-2025, sont donc les suivantes :

- 3 M€ à minima de fond de roulement en 2022,
- Une enveloppe d'investissement courant estimée à 1 M€ / an,
- Une estimation des économies de loyers ou de ventes à réaliser dans le cadre de l'audit extra-hospitalier,
- Un financement à préciser dans le cadre du CPOM 2021 médico-social.

### **LES PRINCIPALES OPERATIONS IMMOBILIERES 2021-2025 TELLES QUE PRESENTES DANS L'EPRD 2021**

La poursuite des investissements envisagée en fonction des hypothèses financières présentées ci-dessus, et incluses dans le document constituant l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses 2020, tel qu'adopté par les instances et notamment le Conseil de Surveillance du 19 mai 2020, permet d'ores et déjà de retenir les opérations suivantes.

Ce programme d'investissement est susceptible d'aménagements en fonction des objectifs et des évolutions du Projet d'Etablissement, tout en respectant le cadre financier décrit plus haut.

Il pourra être impacté notamment par les orientations gouvernementales et l'évolution de la tarification à venir à compter de 2021

## II- LE PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL

Estimation des CAF pluriannuelles - 2021-2025						
	EPRD 2020	PREV 2021	PREV 2022	PREV 2023	PREV 2024	PREV 2025
Résultats budget H	385 430	938 130	907 130	956 130	954 130	954 130
Résultats budgets annexes consolidés	-1 000 000	-944 800	-944 600	-942 600	-938 600	-938 600
<b>Résultats consolidés globaux</b>	<b>-614 570</b>	<b>-6 670</b>	<b>-37 470</b>	<b>13 530</b>	<b>15 530</b>	<b>15 530</b>
Amortissements et Provisions	3 135 300	3 097 400	3 302 700	3 417 200	3 420 200	3 420 200
Quote part des subventions virées aux résultats	-59 300	-126 000	-126 000	-256 100	-256 000	-256 000
Produit cession éléments actifs cédés	0	0	0	0	0	0
<b>Capacités d'autofinancement</b>	<b>2 461 430</b>	<b>2 964 730</b>	<b>3 139 230</b>	<b>3 174 630</b>	<b>3 179 730</b>	<b>3 179 730</b>

EPRD 2020 initial (Annexe 1 - PGFP)

TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL ESTIMATIF 2021-2025

210780607

CHS LA CHARTREUSE DIJON

	EPRD 2020	PREVISIONS 2021	2022	2023	2024	2025	Totaux Cumulés
<b>INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT</b>	0	0	0	0	0	0	0
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	16 (sauf 166 et 1688)	142 500	142 500	300 425	383 763	387 985	392 280
Titre 2 - Immobilisations	20 à 23	2 900 000	9 550 000	7 300 000	4 110 000	2 650 000	3 100 000
	<b>Opérations majeures (à détailler ci-dessous) :</b>	<b>1 250 000</b>	<b>7 900 000</b>	<b>5 650 000</b>	<b>2 460 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 450 000</b>
	<b>Opérations courantes</b>						
	- Autres opérations de travaux	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
	- Autres équipements médicaux						
	- Autres équipements non médicaux	350 000	350 000	350 000	350 000	350 000	350 000
	- Autres opérations de systèmes d'information	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
	- Autres acquisitions de terrains						
	<b>sous total</b>	<b>1 650 000</b>	<b>8 250 000</b>				
Titre 3 - Autres emplois	26,27 (sauf 2768),481						
<b>TOTAL DES EMPLOIS</b>		<b>3 042 500</b>	<b>9 692 500</b>	<b>7 600 425</b>	<b>4 493 763</b>	<b>3 037 985</b>	<b>3 492 280</b>

CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT		2 461 430	2 964 730	3 139 230	3 174 630	3 179 730	3 179 730	15 638 050
Titre 1 - Emprunts	16 (sauf 166, 1688 et 169)	0	3 400 000	3 000 000	1 000 000			7 400 000
opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne de trésorerie	dont 16449	0						
dettes - Partenariats public-privé	dont 1675							
Titre 2 - Dotations et subventions		200 000	441 642	588 856	441 642	0	0	
dont FMESPP (CNSA)	10282 et 13182		441 642	588 856	441 642			
Titre 3 - Autres ressources	267, 27 sauf 271, 272 et 2768, 775	0	0					
Dont cessions d'immobilisations	775		0					
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>		<b>2 661 430</b>	<b>6 806 372</b>	<b>6 728 086</b>	<b>4 616 272</b>	<b>3 179 730</b>	<b>3 179 730</b>	<b>24 510 190</b>
	APPORT AU (PRELEVEMENT SUR LE) FONDS DE ROULEMENT	-381 070	-2 886 128	-872 339	122 509	141 745	-312 550	
	<b>FONDS DE ROULEMENT PREVISIONNEL</b>	<b>7 145 190</b>	<b>3 877 992</b>	<b>3 005 653</b>	<b>3 128 162</b>	<b>3 269 907</b>	<b>2 957 357</b>	
	Opérations majeures (à détailler ci-dessous) :	1 250 000	7 900 000	5 650 000	2 460 000	1 000 000	1 450 000	
	A préciser							
	Rénovation Chapelle (2,9 M€)	500 000						
	Restructuration intra USIP (1,5 M€)		700 000	800 000				
	Restructuration extra (2,5 M€)				1 500 000	1 000 000		
	Pédopsychiatrie Aile Est (1,9 M€)	400 000	1 500 000					
	Construction MAS (9,75 M€)	350 000	5 700 000	4 500 000	-840 000			
	MAS Mobilier (0,35 M€)			350 000				
	Cafeteria						250 000	
	Conciergerie						200 000	
	Pharmacie				1 200 000			
	Relocalisation Eole sur USALP				300 000			
	Délocalisation et changement autocommutateur				300 000			
	Délocalisation des services techniques						1 000 000	

## CONCLUSION

Les orientations médicales et non médicales du Projet d'Etablissement 2021-2025 présentées dans ce rapport et validées par le CH La Chartreuse permettent de situer, pour les 5 années à venir, le développement de l'établissement.

Aussi pour assurer la concrétisation de ces orientations, il est nécessaire d'entreprendre 4 démarches incontournables et complémentaires :

1. Réaliser des actions d'information et de communication pour sensibiliser et impliquer l'ensemble du personnel et des partenaires individuels et institutionnels extérieurs (ARS, CD21, PTSM, GHT, etc...) sur le Projet d'Etablissement 2021-2025.

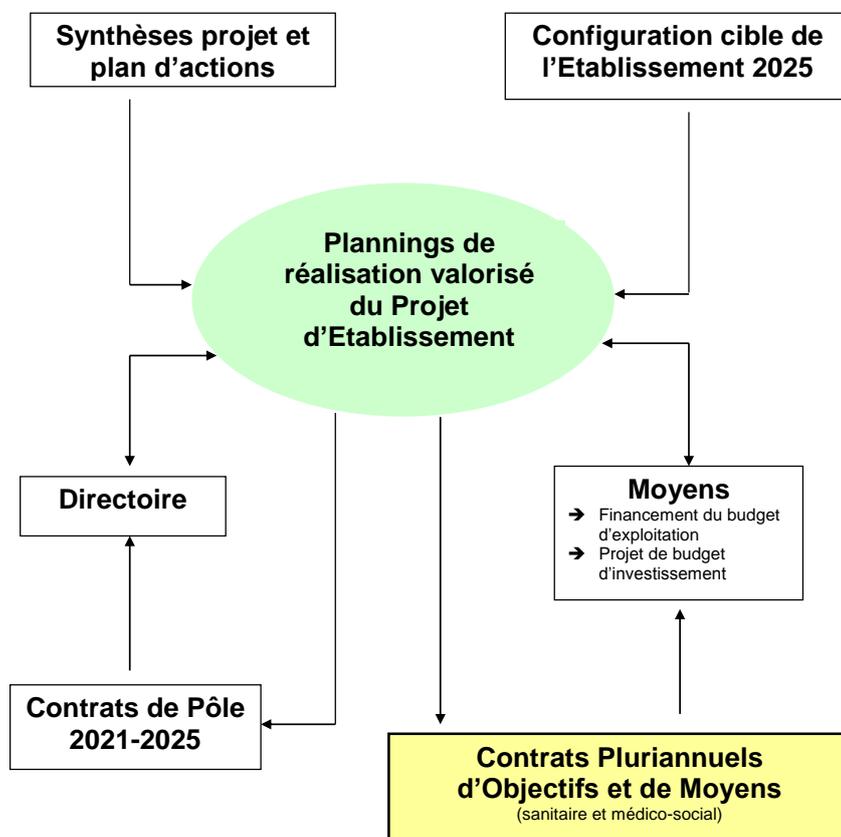
2. Assurer par le Directoire un suivi annuel du bon avancement et de réalisation des Projets Médicaux et Non Médicaux.

3. Suivre la réalisation du Projet d'Etablissement 2021-2025 à tous les niveaux de l'Etablissement, notamment pour la définition et la mise en œuvre de contrats de pôle avec une évaluation annuelle.

Aussi après l'adoption des orientations du Projet d'Etablissement par les instances, chaque responsable de pôle formalisera, en liaison avec le Directoire, le contrat de pôle devant s'articuler avec le Projet d'Etablissement en déclinant les indicateurs médico économiques spécifiques liés à son activité.

4. Poursuivre à un niveau individuel et collectif la démarche Qualité permettant une amélioration des prestations offertes à tous les niveaux de l'offre de soins ou déclinant plus spécifiquement des indicateurs de résultats concernant les pratiques professionnelles.

Ces quatre actions permettront de réaliser les orientations du Projet d'Etablissement 2021-2025 inscrites particulièrement dans le Projet Médical et les tableaux synthétiques en découlant tout en s'appuyant sur une dynamique de mobilisation interne et de tous les professionnels (soignants, éducatifs, techniques et administratifs)



## GLOSSAIRE

<b>AEQ</b>	Agent d'Entretien Qualifié
<b>AES</b>	Accident d'Exposition au Sang
<b>AFT</b>	Accueil Familial Thérapeutique
<b>AMO</b>	Assistance à Maitrise d'Ouvrage
<b>ANFH</b>	Association pour la Formation Hospitalière
<b>ANI</b>	Accord National Interprofessionnel
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASH</b>	Agent de Service Hospitalier
<b>ASHQ</b>	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>CAE</b>	Contrat Avenir Emploi
<b>CAR</b>	Compte Administratif Retraité
<b>CASA</b>	Centre de Soins Ambulatoires pour Adolescents
<b>CATTP</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>CET</b>	Compte Epargne Temps
<b>CGOS</b>	Comité de Gestion des Œuvres Sociales
<b>CGRV</b>	Comité de Gestion des Risques et des Vigilances
<b>CHLT</b>	Commission Hôtelière Logistique et Technique
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Santé et des Conditions de Travail
<b>CIP</b>	Centre d'Intervention Précoce
<b>CLACT</b>	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
<b>CLIN</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>COFIL</b>	Comité de Pilotage
<b>CPO</b>	Contrat de Performance des Organisations
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CRIH</b>	Centre Régional d'Informatique Hospitalière
<b>CRPV</b>	Comité Réflexion Prévention Violence
<b>CRRPT</b>	Centre Référent Régional Psychotraumatisme
<b>CSIH</b>	Comité du Système d'Information Hospitalier
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>C2RB</b>	Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de Bourgogne
<b>DAF</b>	Dotation Annuelle de Financement
<b>DGFIP</b>	Direction Générale des Finances Publiques
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DIH</b>	Délégué Interrégional Handicap
<b>DIM</b>	Département d'Information Médicale
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DSET</b>	Direction des Services Economiques et Techniques
<b>DSI</b>	Direction des Soins Infirmiers
<b>DSIO</b>	Direction du Système d'Information et de l'Organisation

<b>DUER</b>	Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels
<b>EDI</b>	Echange de Données Informatisées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EPI</b>	Equipements de Protection Individuels
<b>EPP</b>	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<b>EPRD</b>	Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
<b>ESPID</b>	Equipe de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile
<b>eTICSS</b>	Territoire Innovant Coordonné Santé Sociale
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FIPG</b>	Fédération Interpolaire de Psychiatrie Générale
<b>FIPHFP</b>	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
<b>FIR</b>	Fonds d'Intervention Régional
<b>GCS</b>	Groupe de Coopération Sanitaire
<b>GDI</b>	Gestion des Demandes d'Intervention
<b>GMAO</b>	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
<b>GPMC</b>	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
<b>HC</b>	Hospitalisation Complète
<b>HJ</b>	Hospitalisation de Jour
<b>HN</b>	Hospitalisation de Nuit
<b>HN</b>	Hôpital Numérique
<b>HPST</b>	Hôpital Patient Santé Territoire
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IQCL</b>	Indice de Qualité des Comptes Locaux
<b>IRP</b>	Instance Représentative du Personnel
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisé
<b>MCO</b>	Médecin Chirurgie Obstétrique
<b>MEAH</b>	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
<b>MMC</b>	Manutention Manuelle de Charges
<b>MO</b>	Maitre Ouvrier
<b>OPQ</b>	Ouvrier Professionnel Qualifié
<b>OSIS</b>	Observatoire des Systèmes d'Information de Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PEP</b>	Premier Episode Psychiatrique
<b>PES</b>	Protocole d'Echange Standard
<b>PGFP</b>	Plan Global de Financement Pluriannuel
<b>PIF</b>	Plan Individuel de Formation
<b>PMP</b>	Projet Médical Partagé
<b>POP</b>	Plateforme d'Orientation Psychiatrique
<b>PRAPS</b>	Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>PRE</b>	Programme de Réussite Educative
<b>PRSM</b>	Plan Régional de Santé Mentale
<b>PSIRMT</b>	Programme de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Technique
<b>QVT</b>	Qualité de Vie au Travail
<b>RCF</b>	Relation Client Fournisseur
<b>RCTT</b>	Règlement Commun du Temps de Travail

<b>RPS</b>	Risques Psychosociaux
<b>RSE</b>	Responsabilité Sociétale de l'Entreprise
<b>RTS</b>	Guide du retraitement comptable
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SAN</b>	Espace de stockage
<b>SCNH</b>	Service Central de Nettoyage et d'Hygiène en milieu Hospitalier
<b>SDSI</b>	Schéma Directeur du Système d'Information
<b>SEDEP</b>	Service Déficients Profonds
<b>SHOB</b>	Surface Hors d'œuvre Brut
<b>SI</b>	Système d'Information
<b>SIH</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SST</b>	Santé et Sécurité au Travail
<b>T2A</b>	Tarifification A l'Activité
<b>TJP</b>	Tarifs Journaliers de Prestations
<b>TMS</b>	Troubles Musculo-Squelettiques
<b>TSA</b>	Troubles du Spectre Autistique
<b>TSH</b>	Technicien Supérieur Hospitalier
<b>UHR</b>	Ultra Haut Risque
<b>USALP</b>	Unité de Soins et d'Accompagnement Long Personnalisé
<b>USLD</b>	Unité de Soins Longue Durée
<b>USP</b>	Unité Sanitaire Psychiatrique
<b>VAD</b>	Visite à Domicile
<b>VAP</b>	Valorisation des Activités en Psychiatrie

**Annexe 1 :**

Composition du Comité de Pilotage du Projet d'Etablissement (décision 2020/05)

**Annexe 2 :**

Lits et places autorisés et installés et projection 2021

**Annexe 3 :**

Circuit de gestion des projets

**ANNEXE 1 - DECISION N°2020/05 PORTANT COMPOSITION ET MISSIONS DU COMITE DE PILOTAGE EN VUE DE L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2020-2024**

**DECISION N°2020/05**  
portant composition et missions du

**COMITE DE PILOTAGE EN VUE DE L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT  
2020-2024**  
(Mise à jour de la décision n° 2019/32 du 18/11/2019)

Le Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,

- VU les articles (L-6143-1, L-6143-2, L-6143-2-1 et suivants) du Code de la Santé Publique.
- VU la méthodologie validée lors du directoire du 19 septembre, et aux instances d'octobre 2019 et au COPIL de novembre 2019 en vue de l'élaboration du Projet d'Etablissement.
- VU Le Comité Technique de l'Etablissement du 14 octobre 2019
- VU La Commission Médicale d'Etablissement du 10 octobre 2019
- VU Le Conseil de Surveillance du 16 octobre 2019

**DECIDE**

**Article 1 – MISSIONS**

- Le COPIL détermine les lignes directrices qui permettront de sélectionner et prioriser les thèmes puis les projets.
- Il synthétise et priorise les thèmes repérés à partir des données préalables (ex. besoins de la population), en fonction du bilan de l'ancien P.E 2015-2019, et des documents méthodologiques.
- Il coordonne les travaux des groupes projet.
- Il valide des points d'étape.
- Il garantit le respect de la méthodologie.
- Il prépare les travaux à soumettre aux instances.

**Article 2 – COMPOSITION**

Le Comité de Pilotage est composé comme suit :

**DIRECTION**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| - Directeur   | M. François MARTIN      |
| - Chargée de mission PTSM / GHT                       | Mme Amandine CLAVEL     |
| - Secrétaire Générale                                 | Mme Christine JACQUINOT |
| - Directeur coordonnateur général des Soins           | Mme Michelle BICHON     |
| - Directeur des Ressources Humaines :                 | Mme Frédérique MOREAUX  |
| - Directeur des Finances et du Système d'Informations | M. Bernard WENISCH      |
| - Ingénieur responsable des travaux                   | M. Pascal PETIT         |
| - Attaché responsable des services logistiques        | M. Benoît GUICHARD      |

## **MEDECINS**

- Président de la Commission Médicale d'Etablissement : M. le Docteur Gérard MILLERET
- Praticien Hospitalier, Chef du Pôle A – Pôle Dijonnais de Psychiatrie Générale : Mme le Docteur Muriel ROY
- Praticien Hospitalier, Chef du Pôle B – Pôle Côte-d'Or Sud de Psychiatrie Générale : M. le Docteur Jean-Claude GIROD
- Praticien hospitalier– Chef du Pôle B par intérim– Pôle Côte-d'Or Sud de Psychiatrie Générale M. le Docteur Didier MALTAVERNE
- Praticien Hospitalier, Chef du Pôle C et vice-président de la CME– Pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : M. le Docteur Pierre BESSE
- Praticien Hospitalier, Chef du Pôle E – Structures de prise en charge somatique et médico-technique : Mme le Docteur Isabelle ROYER RIGAUD
- Médecin Gériatre de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes et de l'Unité de Soins de Longue Durée « Les Vergers de La Chartreuse » : Mme le Docteur Marie LOMBARD
- Praticien hospitalier référent POP – Pôle B – Pôle Côte-d'Or Sud de Psychiatrie Générale : M. le Docteur Yves BEAUVALOT
- Praticien hospitalier – Pôle B – Pôle Côte-d'Or Sud de Psychiatrie Générale Mme le Docteur Véronique PHILIPPOT
- Praticien hospitalier – Pôle A – Pôle Dijonnais de Psychiatrie Générale : Mme le Docteur Juliette MARTIN
- Praticien hospitalier – Pôle B – Pôle Côte-d'Or Sud de Psychiatrie Générale : Mme le Docteur Ophélie GRANON
- Praticien hospitalier – Pôle E – Structure de prise en charge somatique et médio-technique : M. le Docteur Steve DUONG
- Praticien hospitalier – Pôle A – Pôle Dijonnais de Psychiatrie Générale : Mme le Docteur Astrid MURAT

## **PSYCHOLOGUES**

- Psychologue : Mme Laurence FRANCOIS
- Psychologue et coordonnateur de l'espace psychothérapeutique : M. Matthieu REYNAUD

## **CADRES SUPERIEURS DE SANTE**

- Psychiatrie Adulte : Mme Florence VEAULIN et Mme Pascale CHAUVENET
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Mme Jeanne DI LORETO
- Cadre Supérieur de Santé référent POP : M. Jocelyn GUILLO
- Plateforme Gériatrique - EHPAD / USLD : M. Pierre Hubert DUCHARME (faisant fonction)
- Plateforme Médico-Sociale : Mme Sylvie ASDRUBAL

## **REPRESENTANT DU PERSONNEL AU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

- Joel BEAUPEUX, cadre de santé

## **REPRESENTANT DES USAGERS**

- Mme Christine ANGLADE

## **1 REPRESENTANT DE CHACUNE DES 3 ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTÉES AU CTE**

- CGT : Delphine CHRETIEN
- CFDT : Maurice LEHOUX
- SUD : Fabrice FREQUELIN

**Article 3 – PRESIDENCE**

Le Comité de pilotage est présidé par le Directeur et le Président de la Commission médicale d'Établissement.

**Article 4**

Des personnes expertes ou ressources seront sollicitées en tant que de besoin et pourront être invitées, le cas échéant, aux réunions du Comité de pilotage.

**Article 5**

Le Comité de pilotage se réunit en fonction des phases prévues dans le document méthodologique et fixe le calendrier de ses réunions.

**Article 6**

Le Comité de pilotage adopte une Charte de fonctionnement.

Dijon, le 24 janvier 2020

**Le Directeur**  
**François MARTIN**

## ANNEXE 2 - LITS ET PLACES AUTORISÉS ET INSTALLES 2020 ET PROJECTION 2025

Unités de Soins	Secteur	Mode de PEC	Autorisation 2016		Autorisation 2020*		dont lits non conformes	dont lits sécurisés	lits de crise et super crise	Projection des lits conformes suite travaux (échéance fin 2021)	Projection Projet établissement 2021-2025		commentaires
			Places	Lits installés	Places	Lits installés					Places	Lits	
<b>POLE INTRA HOSPITALIER</b>													
J. SCHOTTE				21									
BELLEVUE				21									
RAMEAU				20									
Camille Claudel (UO)	2	HC		21		25	0		1	25		25	2 lits étaient dans 1 chambre double donc sans sanitaire et sans sonnette ; le lit de crise est dans un bureau _ Mise en conformité de 2 lits réalisée en 2020
Cassiopée (UO)	5	HC		21		25	2		1	23		23	Tous les lits sont dans de vraies chambres ; mais 2 lits n'ont pas d'appel malade. Le lit de super crise est positionné dans un bureau médical (pas de sanitaire et pas de sonnette) _ Suppression de 2 lits non conformes
Unité de Dépression	6	HC		22		24	2	1	1	23		23	Dont 1 chambre double, Dont 1 lit dans 1 bureau (pas de sonnette et pas de sanitaire). Une chambre d'isolement a été transformée en chambre normale. Le lit de super crise est un lit de camp qu'on ajoute dans 1 chambre simple. _ Suppression de 2 lits non conformes _ Passage d'une chambre simple en chambre double
Van Gogh (UF)	2	HC		21		25	2	2		22		22	Dont 2 lits en salle d'activité donc sans sanitaire et sans sonnette. Dont 2 chambres d'isolement _ Suppression de 2 lits non conformes _ Transformation d'une chambre double en une chambre sécurisée; passage de 2 à 3 iso
Altair (UF)	5	HC		21		24	1	2	1	23		23	Dont 2 lits dans la chambre handicapée qui a été doublée soit 1 lit non conforme Dont 2 chambres d'isolement _ Suppression d'un lit non conforme
Unité de Psychiatrie Générale (UF)	6	HC		22		21	1	3		20		20	Dont 1 lit dans 1 chambre handicapé qui a été doublée _ Suppression d'un lit non conforme
Buffon (UF)	7	HC		20		22	2	1	2	20		15	1 lit permanent est dans 1 salle de visite et un autre lit permanent dans 1 chambre double. _ Suppression de 2 lits non conformes _ Cf. projet USIP : passage à terme à 15 lits
CIAMM		Atelier thérapeutique											
Unité thérapeutique		CMP/CATTP											
USP (SMPR)		HDJ	25		20							20	
CSAPA		CMP											
Géronto-psychiatrie (UF)	5	HC		18		20	2			20		20	Les 20 lits sont dans de vraies chambres ; mais 2 chambres triples , donc le 3° lit n'a pas de sonnette et seulement 2 lavabos. _ Mise en conformité de 2 lits
Cantou	5	CATTP/HDJ	10		10							10	
Beauce en Vergy	5	CMP/CATTP/HDJ	10		10							10	
Equipe mobile de gérontopsychiatrie													AAP FIOP 2020
VERGERS EHPAD				33		33				33		33	
VERGERS USLD				42		42				42		42	
Lits d'hébergement temporaire (Vergers)												2	
Accueil de jour troubles dégénératifs et psy (Vergers)		HDJ										12	
<b>TOTAL POLE INTRA</b>			<b>45</b>	<b>303</b>	<b>40</b>	<b>261</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>251</b>		<b>52</b>	<b>248</b>

Unités de Soins	Secteur	Mode de PEC	Autorisation 2016		Autorisation 2020*		dont lits non conformes	dont lits sécurisés	lits de crise et super crise	Projection des lits conformes suite travaux (échéance fin 2021)	Projection Projet établissement 2021-2025		commentaires
			Places	Lits installés	Places	Lits installés					Places	Lits	
<b>POLE EXTRA HOSPITALIER</b>													
POP - ESPID	2	HC/HTP		3	10	13		2		13	38	13	13 lits dont 6 lits accueil et orientation dont 2 chambres d'isolement) et 5 lits de courte durée ESPID : passage à terme en 2023 à 38 places
Les Coteaux du Suzon	2	HDJ	13		13						13		
Camot	5	CMP/CATTP											
Dijon Sud HJ	5	CATTP/HDJ	13		13						13		
Bachelard		CATTP											
Chenôve	4	CMP/CATTP/HDJ	12		12						12		
Quetigny	4	CMP/CATTP											
Beaune	6	CMP/CATTP											
Longvic	7	CMP/CATTP/HDJ	12		12						12		
Seurre	7	CMP/CATTP											
Auxonne	7	CMP/CATTP/HDJ	10		10						10		
La villa des pénières			15										
Lucie en carrois													
Elipses													
CRIAVS													
<b>TOTAL POLE EXTRA</b>			75	3	70	13	0	2	0	13	98	13	

Unités de Soins	Secteur	Mode de PEC	Autorisation 2016		Autorisation 2020*		dont lits non conformes	dont lits sécurisés	lits de crise et super crise	Projection des lits conformes suite travaux (échéance fin 2021)	Projection Projet établissement 2021-2025		commentaires
			Places	Lits installés	Places	Lits installés					Places	Lits	
<b>POLE DE REHABILITATION</b>													
C2RB													
CIP													
Equipe mobile "transition"													AAP FIOP 2020
Education thérapeutique													
Saint Exupéry	7	HC			21				21		21		
Matisse		CATTP											
Domiciles protégés													
Appartements protégés													
Longvic													
Accueil Familial - SESAME													
Accueil Familial Thérapeutique										4			
Appartement tremplin													2 à 3 places sur logement de fonction
Oasis			15										
Arc en ciel			14		14	14			14				Les chambres d'AEC ne comportent pas de sanitaire ; les lits seront conformes dans la future MAS
USALP			30		30				30				
MAS											60		Passage de 44 (AEC + USALP) à 60 lits
FAM PUSSIN			20		20						40		
SAMSAH			22		54						54		
<b>TOTAL POLE DE REHABILITATION</b>			<b>22</b>	<b>79</b>	<b>54</b>	<b>85</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>121</b>	
<b>POLE D'ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES</b>													
Electroconvulsivothérapie (ECT)	6	HC											T2A
EOLE (addictologie)		HC			18						25		T2A
ELSA													
CMP/CATTP addicto													
Unité du sommeil		HC		2		2						3	
<b>TOTAL POLE ACTIVITES MEDICALES TRANSVERSALES</b>			<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	
<b>TOTAL POLES ADULTES</b>			<b>142</b>	<b>387</b>	<b>164</b>	<b>379</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>329</b>	<b>208</b>	<b>410</b>	
<b>dont PSYCHIATRIE ADULTES</b>			<b>120</b>	<b>290</b>	<b>110</b>	<b>264</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>254</b>	<b>142</b>	<b>205</b>	
<b>dont MEDICO-SOCIAL</b>			<b>22</b>	<b>95</b>	<b>54</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>75</b>	<b>66</b>	<b>177</b>	
<b>dont MEDECINE</b>			<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	
<b>TOTAL ETABLISSEMENT ADULTES</b>			<b>142</b>	<b>387</b>	<b>164</b>	<b>379</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>329</b>	<b>208</b>	<b>410</b>	

Unités de Soins	Secteur	Mode de PEC	Autorisation 2016		Autorisation 2020*		dont lits non conformes	dont lits sécurisés	lits de crise et super crise	Projection des lits conformes suite travaux (échéance fin 2021)	Projection Projet établissement 2021-2025		commentaires	
			Places	Lits installés	Places	Lits installés					Places	Lits		
<b>POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT</b>														
ADOLITS		HC			5							5		
ADOSOINS		HDJ			7							7		
MobilAdos														
Unité père-mère-bébé		CMP/CATTP/HDJ										5		
Equipe mobile de psy. périnatale (sur UMPB)													AAP FIOP 2020	
CGI Ombrelle		CMP/CATTP/HDJ	14		7							7		
Rondeaux		CMP/CATTP/HDJ	10		10							10		
Arpège		CMP/CATTP/HDJ												
Prisme		HDJ	12		12							12		
Arlequin		CMP/CATTP/HDJ	12		12							12		
Genlis		CMP/CATTP/HDJ	10		10							10		
Fontaine aux Berlingots		CMP/CATTP/HDJ	10		10							10		
Upsilon		CMP/CATTP												
Seure		CMP/CATTP												
Accueil Familial Thérapeutique												4		
Unité TCA		HC											5	
Structure de répit adolescents (ARS/CD)		Hébergement (sanitaire ou médico-social?)											6	Appel à Projet en cours CD21/ARS; qualification des lits ou places en inclusif sanitaire, médico-social ou social, non déterminé au moment de la demande d'autorisation.
<b>TOTAL POLE DE PEDOPSYCHIATRIE</b>			68	0	68	5	0	0	0	0	77	16		
dont PEDOPSYCHIATRIE			68	0	68	5	0	0	0	0	77	10		
dont MEDICO-SOCIAL			0	0	0	0	0	0	0	0	0	6		
<b>TOTAL PSYCHIATRIE ADULTES ET ENFANTS</b>			188	290	178	269	26	11	6	254	219	215		
<b>TOTAL MEDICO-SOCIAL</b>			22	95	54	95	0	0	0	75	66	183		
<b>TOTAL MEDECINE</b>			0	2	0	20	0	0	0	0	0	28		
<b>TOTAL GENERAL ETABLISSEMENT ADULTES ET ENFANTS</b>			210	387	232	384	26	11	6	329	285	426		
<b>TOTAL LITS ET PLACES</b>			597		616						711			

NB : lits installés : non compris lits de crise et super crise. Les lits de crise s'ajoutent en plus des lits installés

NB2 : places expérimentation ESPID prises en compte dans le calcul

Structure fermée / autorisation 2016

Structure à créer en projection cible 2025

Psy sanitaire

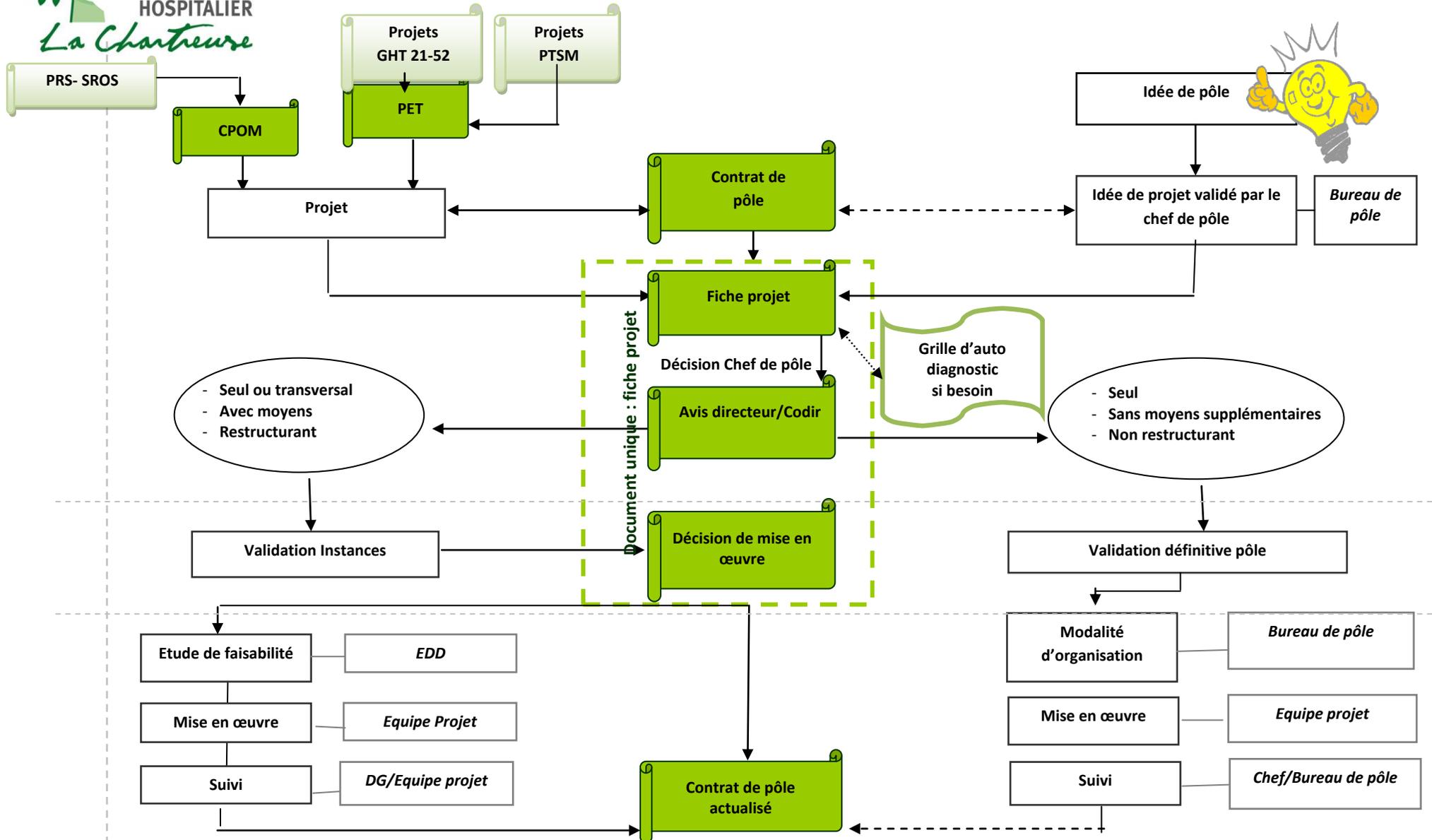
Médico-social

Médecine

Filière logement/hébergement

\*Autorisation 2020 = base du dossier de renouvellement d'autorisation de psychiatrie

NB3 : Dossier d'autorisation psy déc. 2020=base autorisation 2020 + 28 places ESPID + 8 places AFT + 6 lits répit ADO (soit 214 places et 275 lits)







**GHT**  
[ 21 - 52 ]

**PTSM21**  
Projet Territorial de Santé Mentale Côte d'Or

## Centre Hospitalier La Chartreuse

1 boulevard Chanoine Kir  
BP 23314  
21033 DIJON CEDEX

Tél. : 03 80 42 48 48

[www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr](http://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr)

 [facebook.com/CHLaChartreuseDijon](https://facebook.com/CHLaChartreuseDijon)

 [@CHChartreuse](https://twitter.com/CHChartreuse)