



Projet d'établissement 2016-2021

**Centre Hospitalier
du Pays d'Eygurande**
La Cellette
19340 MONESTIER-MERLINES



SOMMAIRE

	Pages
1. Préambule	4
A) Données environnementales	7
B) Bilan des activités du CHPE	8
C) Orientations	12
2. L'organisation Managériale	16
A) Une instance de pilotage : le Comité de Direction – CODIR	17
B) La communication managériale : la déclinaison des décisions	17
C) Les entretiens annuels d'évaluation et les entretiens professionnels	17
D) La démarche de construction budgétaire	18
E) Le pilotage médico-économique	18
F) Organisation fonctionnelle du CHPE	20
3. Les actions de coopération	22
4. Le projet médical	25
A) Santé mentale	26
B) La prise en charge somatique	40
C) La politique du circuit du médicament	43
5. Le projet de soins	47
A) Les fondamentaux	48
B) L'organisation déclinée	51
6. Le projet social	67
A) Dialogue social	68
B) Qualité de vie au travail, santé et sécurité	69
C) GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences)	71
D) Effectifs prévisionnels	77
7. La démarche qualité : développement de la culture qualité	78
A) Instances Qualité	79
B) Certification	80
C) Approche processus	83
D) Commissions	84
E) Bilans et perspectives	100
F) Objectifs et actions prioritaires	101



8. Le schéma directeur du système d'information	105
A) Approche schématique du système d'information du CHPE	106
B) Le schéma directeur du système d'information repose sur les éléments suivants	106
C) Les projets en lien avec le système d'information et ses évolutions	108
9. Les projets	110
A) Hôpital de jour Centre de Détention Uzerche	111
B) Réhabilitation Psychosociale : CMP/CATTP de réhabilitation psychosociale (Brive).....	112
C) Résidences sociales Ussel, Tulle et Brive	114
D) Équipe mobile en psychiatrie	115
E) Conseil Local de Santé Mentale à Ussel	115
F) Partenariat sur les parcours de soins	116
G) Offre de soins en Addictologie	119
H) Offre de soins en Santé Mentale en Haute-Corrèze	120
10. Additif	124
A) Le projet médical et de soins infirmiers	126
B) L'organisation déclinée	129
C) La politique du circuit du médicament.....	151
D) La démarche qualité : développement de la culture qualité	155
E) Le schéma directeur du système d'information.....	178
F) Projet social : avenant 2020 du PE 2016-2021	182
G) Création des postes d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)	187



1 - Préambule



Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE) est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) dont le champ d'activité est la Santé Mentale.

Il est situé en région Limousin, dans le Département de la Corrèze, sur un territoire rural, de moyenne montagne.

Son activité sanitaire porte essentiellement sur la Psychiatrie générale des adultes et s'articule, de manière schématique, autour de quatre axes :

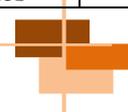
- L'hospitalisation complète.
- L'hospitalisation à temps partiel de jour.
- L'hospitalisation à temps partiel de nuit.
- Les activités ambulatoires, alternatives à l'hospitalisation.

Au-delà de ces activités sanitaires, le CHPE a développé une intervention dans le domaine du logement social, sur la commune d'Eygurande.

Le tableau ci-après présente les activités du CHPE :

► **Hospitalisation complète** :

Site	Dénomination	Adresse	Finess
La Cellette	UMD1	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
La Cellette	UMD2	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
La Cellette	USIP	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
La Cellette	St Dominique	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
La Cellette	La Suite	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
La Cellette	Admissions	La Cellette – 19340 Monestier Merlines	190000711
Monestier Merlines	Atrium	L'Abeille – 19340 Monestier Merlines	190011684
Merlines	Le Cantou	Les Rouchauds – 19340 Merlines	190005975
L'Abeille - 19340 Monestier Merlines	Unité de Traitement des Maladies Alcooliques UTMA	L'Abeille – 19340 Monestier Merlines	190004796
Brive	Unité de Réhabilitation Psycho Sociale Val Horizon	49 rue Emile Pagnon – 19100 Brive	190000125
L'Abeille - 19340 Monestier Merlines	SSR d'addictologie	L'Abeille – 19340 Monestier Merlines	190009985



Brive	Unité de Réhabilitation Psycho Sociale L'Escale	Rue des Aubazines – 19360 Malemort	190005983
-------	--	---------------------------------------	-----------

► **Hospitalisation à temps partiel de jour :**

Site	Dénomination	Adresse	Finess
Ussel	Hôpital de jour en alcoologie	28 avenue Jean Jaurès - 19200 Ussel	190009639
Brive	Hôpital de Jour de Réhabilitation Psychosociale	49 rue Emile Pagnon - 19100 Brive	190000125

► **Hospitalisation à temps partiel de nuit :**

Site	Dénomination	Adresse	Finess
Brive	Unité de Réhabilitation Psycho Sociale Val Horizon	49 rue Emile Pagnon - 19100 Brive	190000125

► **Activités ambulatoires :**

Site	Dénomination	Adresse	Finess
Ussel	CMP	28 avenue Jean Jaurès - 19200 Ussel	190001396
Ussel	CATTP Café Thérapeutique	Place Sénachal - 19200 Ussel	190010595
Merlines	CMP	11 avenue Pierre Sépard – 19340 Merlines	190011155
Merlines	CATTP	11 avenue Pierre Sépard – 19340 Merlines	190011163
Uzerche	Unité Sanitaire Psychiatrique Centre de Détention d'Uzerche	Centre de détention Uzerche Rue Raymond Sidois – 19140 Uzerche	
Tulle	Maison d'Arrêt	Maison d'Arrêt de Tulle 26, Rue Souham – 19000 Tulle	



► **Activité sociale :**

Site	Dénomination	Adresse	Finess
Eygurande	Résidence d'Accueil Les Jonquilles	16 rue Peron – 19340 EYGURANDE	190011551

A) DONNÉES ENVIRONNEMENTALES

Les données exposées ci-dessous sont issues du rapport STATIS 2014 édité par l'Agence Régionale de Santé du Limousin.

Celles-ci permettent de situer le CHPE et ses activités dans le contexte non seulement de la région Limousin mais aussi du Département de la Corrèze.

- La population du Limousin au 01/01/2013 s'élève à 741 071 habitants et celle de la Corrèze à 241 986 habitants, avec une répartition ville / milieu rural largement favorable au milieu urbain qui compte 63% de la population (60% en Corrèze).
Enfin, la densité de population est nettement inférieure à la moyenne nationale : 44 habitants au km² pour le Limousin (41 habitants au km² pour la Corrèze) contre 117 habitants au km² pour la France.
- Une population limousine vieillissante : le Limousin présente un indice de vieillissement à 113,4 contre 72,7 pour la France (rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans).
- Une population Limousine et Corrèzienne largement concentrée sur les pôles urbains (Limoges, Guéret, Brive, Tulle et Ussel).
- Concernant la Santé Mentale, trois établissements de Santé sont répertoriés en Limousin comme « Établissements de lutte contre les maladies mentales » : un par Département.

Concernant la Corrèze, la particularité notoire porte sur le fait que les lits autorisés en Psychiatrie sont répartis entre quatre établissements :

- Centre Hospitalier de Brive.
- Centre Hospitalier de Tulle.
- Centre Hospitalier d'Ussel.
- Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande : 199 lits et 15 places d'hôpital de jour/nuit.

Le CHPE représente donc au 01/01/2014 :

- 23% de l'offre en lits autorisés pour la région Limousin (199 lits / 890 lits) concernant l'hospitalisation complète.
- 68% de l'offre en lits autorisés pour la Corrèze (199 lits / 300 lits) concernant l'hospitalisation complète.



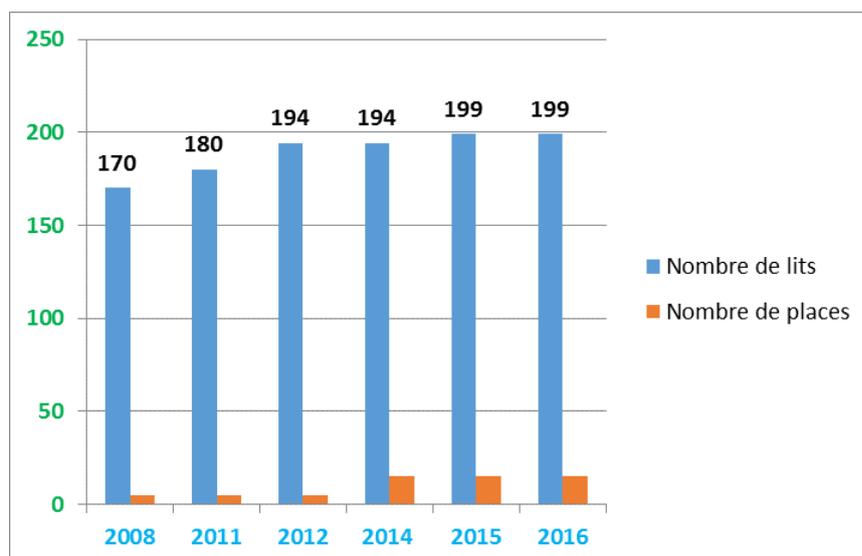
- 2,4% de l'offre en places autorisées pour la région Limousin (15 places / 625 places) concernant l'hospitalisation partielle.
 - 16% de l'offre en places autorisées pour la Corrèze (15 places / 94 places) concernant l'hospitalisation partielle.
- Le taux d'équipement en lits de Psychiatrie de la région Limousin apparaît comme étant supérieur à la moyenne nationale à hauteur de 1,4 lits contre 1,1 lits en moyenne nationale.
- Concernant les établissements médico-sociaux accueillant des personnes adultes handicapées, le Limousin totalise 1 325 places et la Corrèze représente 660 places soit 50% de l'offre.

Ce constat démontre un taux d'équipement du Limousin largement supérieur à la moyenne nationale. A titre d'exemple, le taux d'équipement en MAS représente 2,2 lits / 1 000 habitants en Limousin contre une moyenne nationale qui s'établit à 0,8 lits / 1 000 habitants.

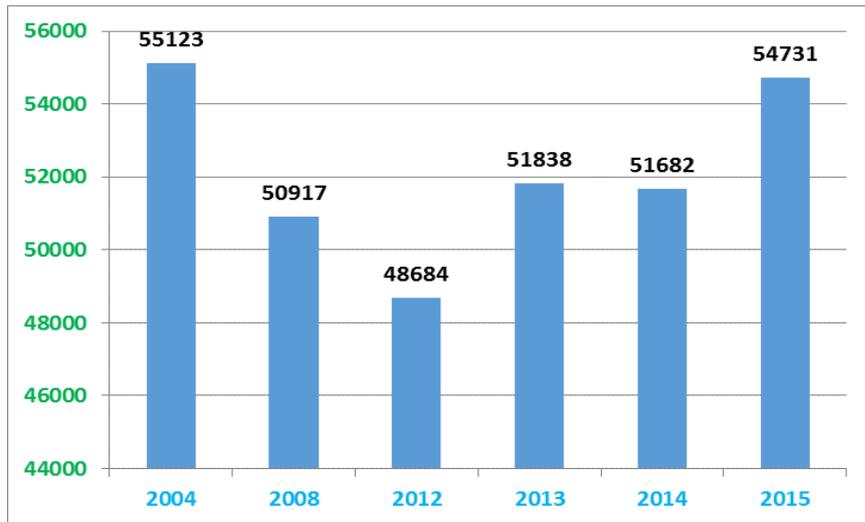
Ces quelques chiffres démontrent, s'il en était besoin, la place qu'occupe le CHPE dans le panorama de l'offre de soins en santé mentale du Limousin, étant précisé qu'il participe, très activement, à l'attractivité des patients de la région compte tenu des unités de soins ayant une vocation nationale (2 UMD + 1 USIP), pour un total de 50 lits, soit quasiment le quart de l'offre en lits autorisés du CHPE.

B) BILAN DES ACTIVITÉS DU CHPE

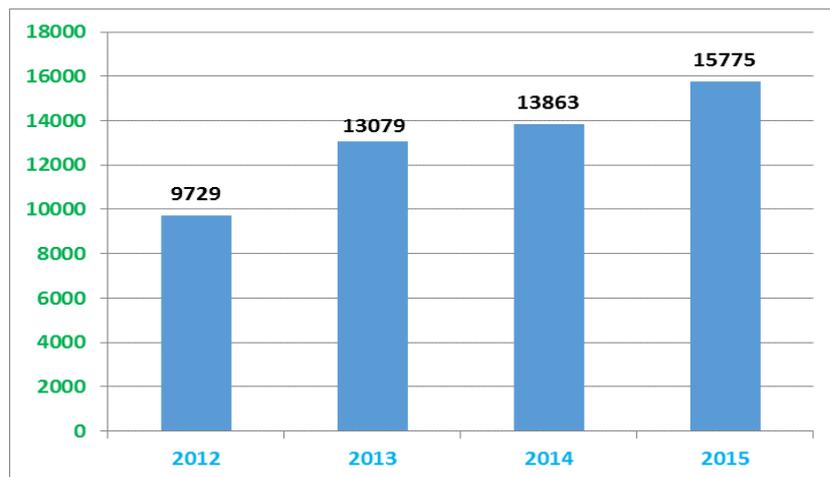
→ Nombre de lits et de places autorisés



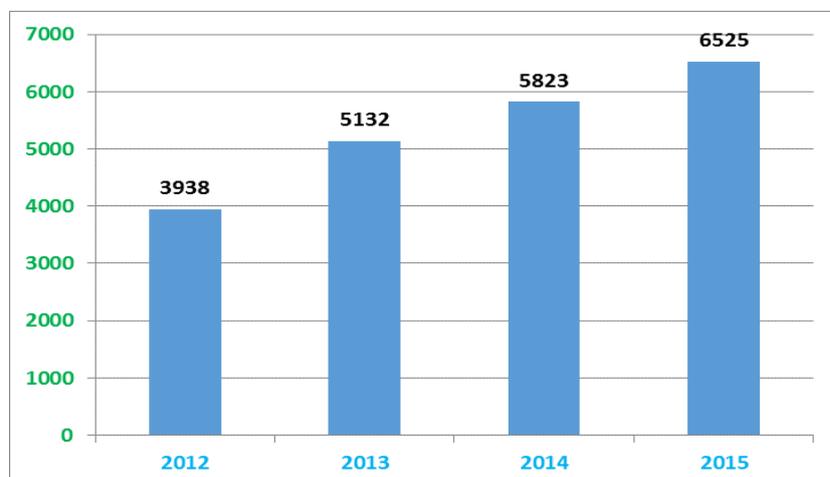
→ Nombre de journées d'hospitalisation complète



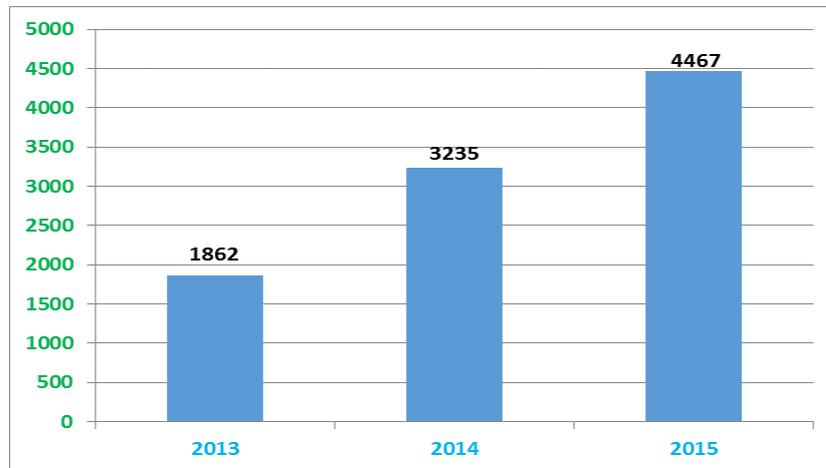
→ Nombre de journées d'hospitalisation en Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE)



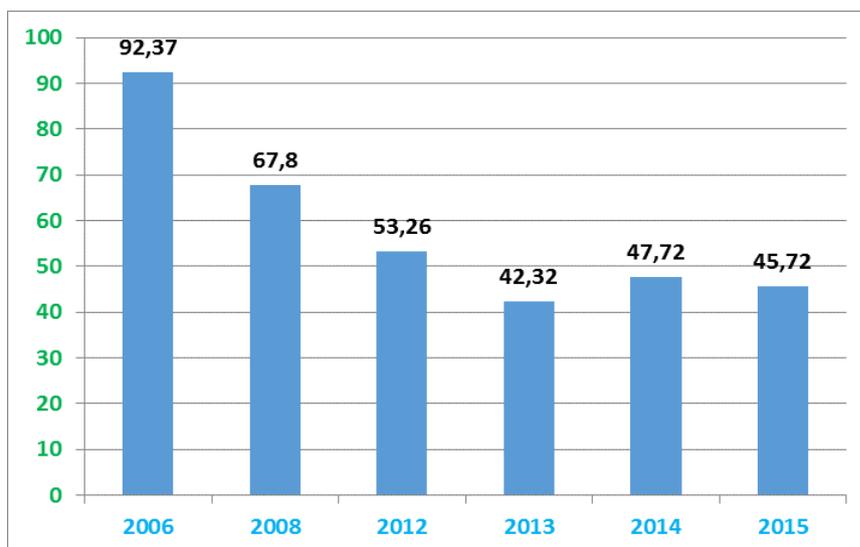
→ Nombre de journées d'hospitalisation en Soins Psychiatriques sans consentement à la Demande d'un Tiers ou en cas de Péril Imminent (SPDT/SPPI)



→ Nombre de journées de prises en charge à temps partiel = Hôpitaux de Jour Ussel et Réhabilitation Psychosociale



→ Durée moyenne de séjour (jour)



→ Nombre de conventions

• Conventions entre établissements (partenariats)

- Centre Hospitalier d'Esquirol.
- Centre Hospitalier de Brive.
- Centre Hospitalier de Tulle.
- Centre Hospitalier d'Ussel.

• Conventions d'accueil de patients (USIP)

122 conventions.



- Conventions prise en charge somatique

- Centre Hospitalier de Brive.
- Centre Hospitalier de Tulle.
- Centre Hospitalier d'Ussel.

- Conventions avec le médico-social :

31 conventions.

2 conventions cadre avec la Fondation Jacques Chirac et l'ADAPEI de la Corrèze.



C) ORIENTATIONS

1) Plan Stratégique Régional de Santé du Limousin

Thématiques	Actions CHPE	Indicateurs	Références du PRS
Réhabilitation Psycho Sociale	Inscrire l'activité des unités Val Horizon et l'Escale dans le partenariat avec les acteurs de la région Limousin et notamment le CH de Brive, le CH Esquirol, le CH La Valette et le CH de Tulle.	Taux de patients issus de la région Limousin pris en charge > 80%	Page 707
Améliorer la transversalité entre les secteurs psychiatriques et somatiques	Des modes opératoires existent aujourd'hui entre le CHPE et les 3 CH du département. Une convention (sous l'égide du GCS santé mentale et handicap psychique est en cours de validation) afin de faciliter l'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie avec une particularité pour les détenus accueillis au CHPE.	Signature de la convention formalisée. Nombre de patients hospitalisés en psychiatrie et pris en charge par les CH du département de la Corrèze.	Page 707
Reconnaître le rôle des aidants	Positionner les psychologues sur cette thématique	Nombre de rendez-vous entre psychologues et aidants.	Page 707
Optimiser la réponse aux besoins des personnes âgées	Eviter et prévenir les hospitalisations en psychiatrie par la création d'une équipe mobile en psychiatrie pouvant intervenir sur les EHPAD du département (dispositif venant compléter l'existence d'une infirmière de liaison déjà opérationnelle au niveau du médicosocial). Lorsque l'hospitalisation est le seul recours, privilégier l'unité St Dominique comme lieu d'accueil dans le cadre d'un séjour de répit pour des patients psychotiques vieillissants.	Création d'une équipe mobile de psychiatrie venant en soutien des EHPAD par redéploiement de moyens de la psychiatrie générale (réflexion en lien avec l'offre de soins en hospitalisation complète sur la Haute Corrèze). Nombre de séjours de répit dans le cadre de conventions avec les EHPAD	Page 707
Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité	Compléter l'offre d'accueil en résidence sociale sur Ussel et Brive en partenariat avec les bailleurs sociaux du département de la Corrèze. L'offre existe déjà sur Eygurande avec le fonctionnement de la résidence d'accueil Les Jonquilles.	Sur la base des ex patients bénéficiaires d'un logement : nombre et fréquence des nouvelles hospitalisations. Création de cette instance	Page 707



	Créer un Conseil Local de Santé Mentale sur Ussel : plateforme qui permet de coordonner et d'impliquer les différents acteurs confrontés à la souffrance psychique.	en partenariat avec la Mairie d'Ussel. Nombre de réunions de cette instance.	
Développer la télé médecine	<p>Pour le domaine des addictions : compléter le suivi des patients à la sortie de l'Unité de Traitement des Maladies Alcooliques et du SSR par des entretiens avec le personnel médical et soignant via un système sécurisé de vidéo.</p> <p>Pour l'équipe mobile de psychiatrie : utiliser cet outil pour faire un suivi régulier et réactif en cas d'urgence des usagers hébergés dans les structures partenaires.</p>	<p>Dépôt du dossier à l'ARS Limousin.</p> <p>Fonctionnement du système.</p> <p>Nombre de consultations réalisées.</p>	Page 708
Développer une connaissance fine et actualisée des pratiques professionnelles	<p>Concernant la thérapie familiale : action sur Ussel au travers d'un entretien avec un psychologue formé à cette approche.</p> <p>Concernant les TCC : les unités de soins suivantes sont pleinement impliquées dans leur mise en œuvre : Atrium, Val Horizon et Unité de Traitement des Maladies Alcooliques.</p>	<p>Nombre d'entretien.</p> <p>Nombre de patients hospitalisés dans ces unités.</p>	Page 708
Mettre en place une démarche régionale de coordination des acteurs autour du projet de vie et des soins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie	<p>2 GCS santé mentale et handicap psychique existent et participent à cette coordination.</p> <p>Inscription dans le futur GHT : cf. nouvelle loi de santé.</p> <p>Conclusions de convention cadre avec les acteurs du secteur social et médico-social pour fluidifier les parcours.</p> <p>Création d'une équipe mobile en psychiatrie venant en appui des partenaires médico sociaux.</p>	<p>Nombre de conventions conclues.</p> <p>Création de l'équipe mobile et nombre de conventions de partenariat signées.</p>	Page 708
Développer les actions d'éducation thérapeutique du patient	<p>2 programmes sont portés par le CHPE avec un agrément de l'ARS Limousin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mieux connaître et mieux vivre avec sa maladie. - Atelier sur la connaissance des médicaments. 	Cf. indicateurs du dossier d'agrément de l'ARS Limousin.	Page 708
Mettre en place une gestion prévisionnelle des médecins psychiatres	Accueillir des internes	Nombre d'internes accueillis.	Pages 708



Cohérence de l'activité et de ses modalités avec le projet d'établissement, et/ou le projet médical

Le projet d'établissement finalisé du CHPE n'a pu être terminé compte tenu de l'ensemble des restructurations intervenues depuis 5 ans à la demande de l'Agence Régionale de Santé du Limousin.

Il est désormais finalisé afin de tenir compte d'une part de l'ensemble de ces changements et d'autre part des perspectives d'évolution.

État de réalisation des objectifs du CPOM conclu entre le titulaire et l'ARS

Orientations du CPOM	Actions	Etat de réalisation
Orientation n°1	Intégration du Centre Daniel Hougard dans le CHPE	Réalisé dans le cadre d'un transfert des autorisations au CHPE depuis le mois de décembre 2012.
Orientation n°1	Développement du pôle de Réhabilitation Psycho Sociale	Réalisé sur le site de Brive avec la mise en place de trois unités : Val Horizon, l'Escale et l'hôpital de jour de Réhabilitation.
Orientation n°1	Mise en place de structures modernes et adaptées aux soins	Réalisé avec la construction d'un nouveau bâtiment (Val Horizon) ouvert au mois de septembre 2013.
Orientation n°2	UMD : finalisation du projet UMD (2 ^{ème} phase)	Réalisé avec l'ouverture de la deuxième UMD en fin d'année 2012.
Orientation n°2	Intégration dans un réseau de prise en charge de patients difficiles et dangereux	Réalisé en partie : participation aux échanges inter UMD annuels et projet d'échanges de personnel avec la Fondation du Bon Sauveur d'Albi, gestionnaire d'une UMD dans le cadre du partage des pratiques professionnelles.
Orientation n°3	Mise en place du SSR Addictologie de 15 places sur Monestier Merlines	Réalisé : les travaux immobiliers ont été finalisés en totalité au mois d'octobre 2014 mais devant l'absence de financement pour l'année 2014, l'ouverture a été décalée. Le démarrage de l'activité a débuté à hauteur de 5 lits.
Orientation n°3	10 places d'hospitalisations pour addictologie sur Brive	Non réalisé
Orientation n°3	Consultations avancées sur les addictions : Bort les Orgues, Egletons, Meymac, Neuvic.	Réalisé.



Orientations du CPOM	Actions	Etat de réalisation
Orientation n°4	Psychiatrie générale : mise en place des alternatives à l'hospitalisation (CMP-CATTP sur Brive. Hospitalisation à domicile.	Non réalisé.
Orientation n°4	Psychiatrie générale : Ateliers thérapeutiques.	Non réalisé
Orientation n°5	Développement du GCS en liaison avec les hôpitaux de Brive, Tulle et Ussel et le médico-social (CMP - parcours du patient, résidence d'accueil).	<p>Réalisé mais le travail reste en cours.</p> <p>Dossiers actuellement en phase de réalisation : la concertation médicale départementale afin d'améliorer la fluidité des parcours, l'harmonisation des documents relatifs à l'hospitalisation (certificats médicaux et décisions d'admission, signature d'une convention avec les centres hospitaliers généraux de Brive, Tulle et Ussel sur la prise en charge somatique des patients hospitalisés en soins sous contrainte et les détenus.</p> <p>De plus, à la suite du diagnostic réalisé par l'ANAP, de nouveaux objectifs vont enrichir la feuille de route du GCS Santé Mentale et Handicap Psychique.</p>



2 - L'organisation Managériale



A) Une instance de pilotage : le Comité de Direction - CODIR

Pilotée par le Directeur, cette instance est composée :

- De la Responsable du Service Administratif : Service des Ressources Humaines, Contrôle de gestion, Bureau Central des Achats et Micro crèche.
- Du comptable.
- De l’Infirmier Général.
- Du Président de la CME.
- De la Responsable du Service Informatique.
- De la Responsable Qualité : Qualité et Gestion des Risques.
- Du Responsable des Services technique, logistique et sécurité.
- De la Responsable du Bureau des Entrées.

Cette instance, qui se réunit en général deux fois par mois, a pour finalités de :

- Suivre les projets engagés et de rendre les arbitrages.
- De favoriser le travail en transversalité et donc de partager les informations.
- De traiter des questions d’actualité qui ont parfois un caractère d’urgence et qui nécessitent une décision du Directeur après que chaque membre du Codir ait pu apporter sa vision et son argumentation.

B) La communication managériale : la déclinaison des décisions

Cette communication repose sur l’organisation hiérarchique, telle que représentée par l’organigramme.

Chaque CODIR fait l’objet d’un relevé de décisions, qui indique précisément si l’information doit être communiquée.

Si tel est le cas, les éléments communicables font l’objet d’un écrit qui sert de trame aux membres du CODIR, qui sont, à leur tour, chargés de diffuser ces informations.

Concernant plus particulièrement les services de soins, l’Infirmier Général délivre l’information aux Cadres Supérieurs de chaque pôle de compétence et à leur tour ils doivent la relayer aux Surveillants dont ils ont la responsabilité.

C) Les entretiens annuels d’évaluation et les entretiens professionnels

Ces deux éléments constituent des points d’appui forts qui font parties des fondamentaux de la politique managériale.

Ils feront l’objet de développements plus complets dans le projet social.



D) La démarche de construction budgétaire

Elle repose sur le recueil des besoins au niveau des différents services, leur analyse puis les arbitrages réalisés par la Direction.

Cette démarche classique permet d'avoir une vision exhaustive des besoins du terrain et, lorsque les demandes ne sont pas acceptées, cela permet d'expliquer les raisons dans une exigence de transparence managériale.

Cette démarche concerne :

- Les besoins en personnel.
- Les besoins en investissements matériels et immatériels.
- Les besoins en termes de fonctionnement de l'hôpital.

Cela permet aussi, dans l'idée de la nécessité de mettre en œuvre une concurrence saine vis-à-vis des fournisseurs, d'organiser des appels d'offre dans le cadre des marchés à procédure adaptée.

Enfin, l'exécution du budget requiert l'application de règles de contrôle interne qui portent sur les flux fournisseurs et la facturation des forfaits hospitaliers. Ces procédures sont régulièrement auditées par le Commissaire aux comptes dans le cadre de sa mission de certification des comptes.

E) Le pilotage médico-économique

Le CHPE est en cours de structuration de son approche non seulement sur l'analyse des informations medicotechniques (en lien avec les activités de soins) mais aussi sur la pertinence des données issues de la comptabilité générale au travers de la comptabilité analytique et de son corolaire le retraitement comptable.

Véritables enjeux stratégiques, le croisement, la mise en commun et l'analyse des deux sources de données constituent des éléments indispensables permettant à la Direction de prendre les décisions pertinentes afin que l'établissement soit positionné en tant qu'acteur de l'offre de soins tout en utilisant au mieux les deniers qui lui sont attribués par l'Agence Régionale de Santé.

Ce projet, déjà engagé en 2015, se poursuivra sur l'année 2016, pour être pleinement opérationnel en 2017.

L'état des lieux est le suivant :

- Des acteurs clairement identifiés tant sur le Département de l'Information Médicale (DIM) que sur la partie Contrôle de gestion.
- Des acteurs ayant les moyens (ressources affectées) d'atteindre les objectifs définis.
 - Pour le DIM : augmentation du temps de travail du médecin DIM, appui d'un technicien informatique, gestion en direct de l'outil informatique gérant le dossier patient informatisé, formation à venir permettant d'acquérir la compétence de Technicien de l'Information Médicale (TIM).



- Pour le contrôle de gestion : nomination d'une personne référente de la comptabilité analytique, gestion affinée de l'affectation des dépenses aux unités fonctionnelles, groupes de travail sur le Retraitement comptable permettant de valider les options prises, dans le cadre des travaux du Comité Médico Economique (CMECO).
- La mise en place du CMECO : il s'agit du point de rencontre privilégié entre les données médicales et les données économiques. Il est composé de la Responsable du service Administratif, du Médecin DIM, du Président de la CME et de l'Infirmier Général. Ensuite selon les dossiers à traiter, la personne en charge du contrôle de gestion, la Responsable du Bureau des Entrées et la Responsable du Service Informatique seront conviées à participer aux travaux.

Il se réunira semestriellement à minima.

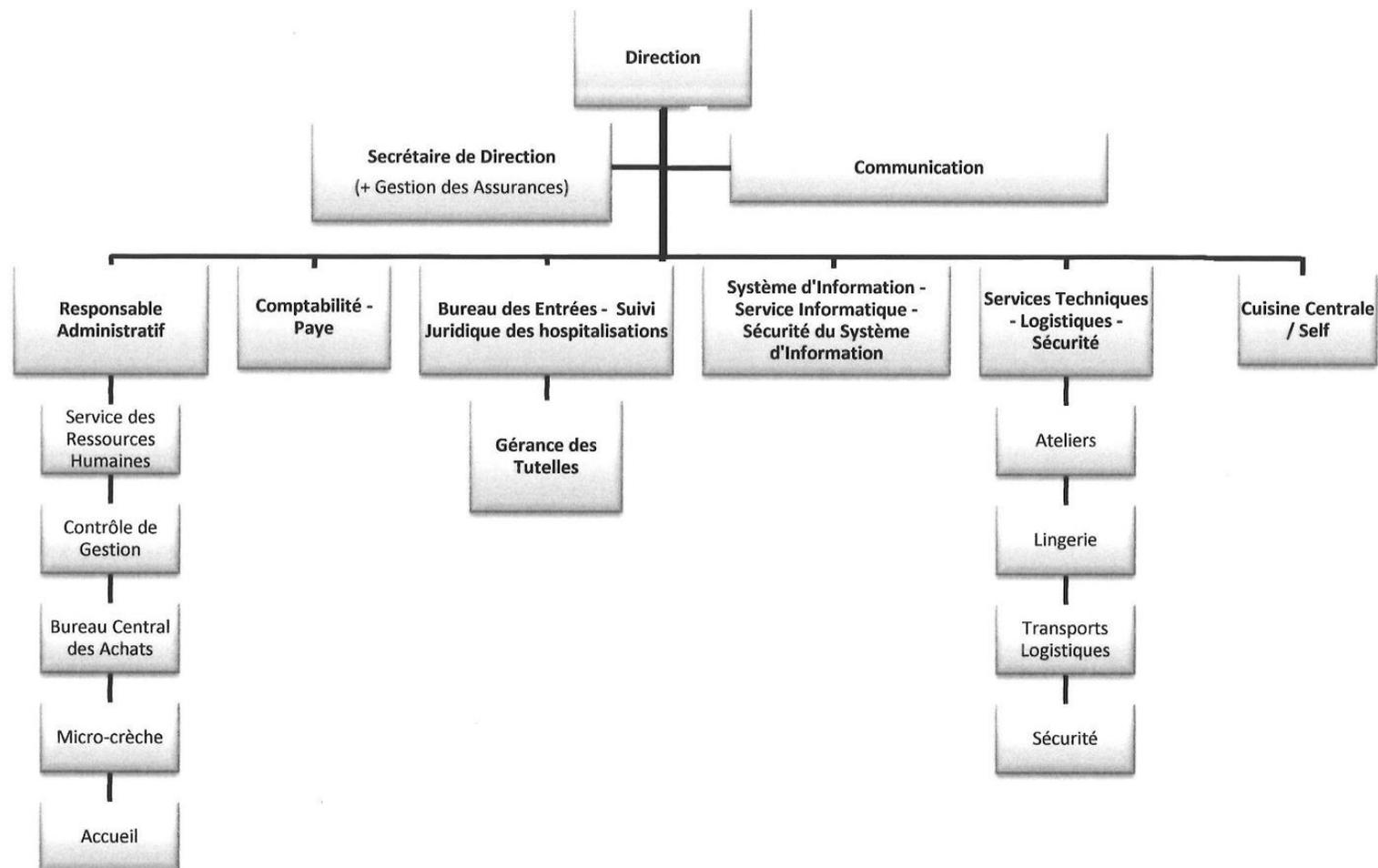
Les objectifs finaux à atteindre sont les suivants :

- Définir les indicateurs pertinents à suivre régulièrement.
- Définir la périodicité de production des indicateurs.
- Définir la communication nécessaire autour des indicateurs.
- Définir le pilotage des indicateurs et les plans d'actions associés.

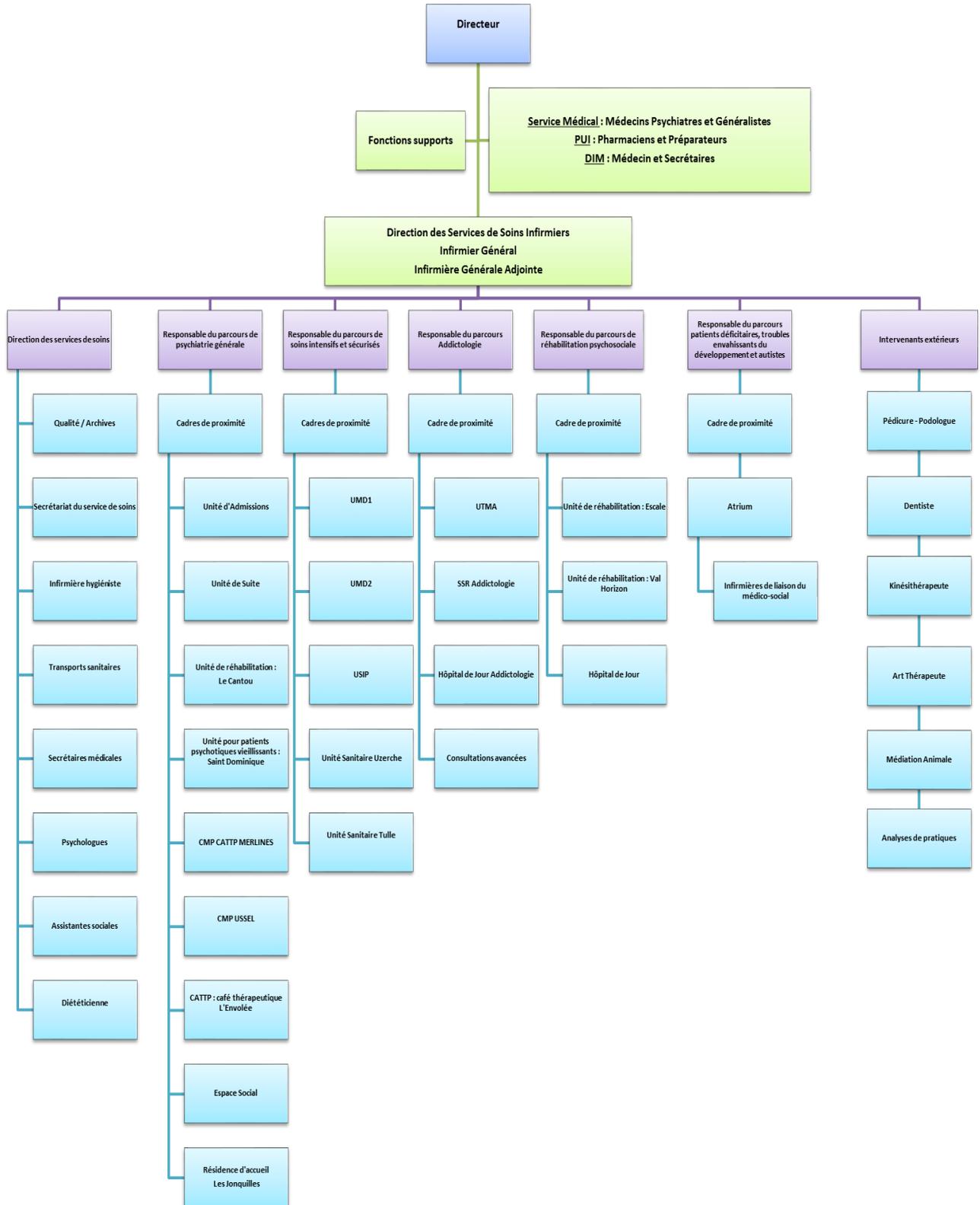


F) Organisation fonctionnelle du CHPE

Services supports



Zoom sur le Service de Soins



3 - Les actions de coopération



Le CHPE s'est inscrit dans une démarche volontariste permettant de créer des partenariats avec son environnement sanitaire, social et médico-social.

1) Adhésion au Groupement de Coopération Sanitaire santé mentale et handicap psychique de la Corrèze

Le Directeur du CHPE est l'Administrateur de ce GCS dont les axes de travail portent sur l'amélioration des liens entre les différents adhérents au travers des différents parcours des usagers. Ainsi, les principales actions mises en œuvre ont porté sur les points suivants :

- L'accès aux soins somatiques des patients du CHPE ayant la qualité de détenus.
- L'accès aux soins somatiques des résidents des établissements médico-sociaux.
- La proposition d'une offre de formation aux établissements adhérents au GCS, notamment sur la thématique du handicap psychique et de la prévention de la violence.
- L'harmonisation des documents (certificats médicaux et décisions d'admission) concernant les soins sans consentement, entre les différents acteurs du soin : CHPE, CH Ussel, CH Tulle et CH Brive.

2) Formalisation de conventions cadre avec des institutions médico-sociales partenaires

La Fondation Jacques Chirac : les thématiques suivantes sont abordées :

- Modalités d'accueil des résidents des établissements de la Fondation Jacques Chirac au sein du CHPE dans le cadre de séjours de répit.
- Modalités d'accueil de patients du CHPE au sein des établissements de la Fondation Jacques Chirac dans le cadre de séjours permettant d'évaluer leurs capacités à être pris en charge dans des structures médico-sociales ou sociales.
- Mise à disposition croisées de temps de psychologue afin que soient mis en œuvre des temps de supervision et d'analyses de pratiques au sein des unités de soins du CHPE par des psychologues de la Fondation Jacques Chirac et des établissements de celle-ci par les psychologues du CHPE.
- Mise à disposition par le CHPE d'un temps de médecin psychiatre.
- Mise à disposition par le CHPE de son cabinet dentaire permettant aux usagers pris en charge par les établissements de la Fondation Jacques Chirac de bénéficier de soins dentaires, au besoin dans le cadre du protocole d'utilisation du gaz MEOPA.

L'ADAPEI de la Corrèze :

- Modalités d'accueil des résidents des établissements de l'ADAPEI de la Corrèze au sein du CHPE dans le cadre de séjours de répit.
- Modalités d'accueil de patients du CHPE au sein des établissements de l'ADAPEI de la Corrèze dans le cadre de séjours permettant d'évaluer leurs capacités à être pris en charge dans des structures médico-sociales ou sociales.
- Mise à disposition par le CHPE de son cabinet dentaire permettant aux usagers pris en charge par les établissements de l'ADAPEI de la Corrèze de bénéficier de soins dentaires, au besoin dans le cadre du protocole d'utilisation du gaz MEOPA.



- Partages d'expérience par la mise en œuvre de temps d'échanges entre les équipes par l'accueil de professionnels des deux associations sur des temps déterminés et compatibles avec la continuité du service dans des établissements ayant à collaborer.

3) Formalisation de conventions avec de nombreux acteurs du secteur social et médico-social

- Unité ATRIUM : 19 conventions.
- Unité Saint Dominique : 12 conventions.
- 2 conventions cadre avec la Fondation Jacques Chirac et l'ADAPEI de la Corrèze.



4 - Le Projet Médical



A) SANTÉ MENTALE

Le C.H.P.E. est passé d'une prise en charge « semi asilaire », à une prise en charge spécifique de qualité innovante et créative suivant les directives de l'HAS.

Les axes théoriques mettent en avant les théories comportementalistes sans négliger les acquis analytiques et systémiques.

Du fait qu'en 1981, l'hôpital n'ait pas été sectorisé, l'offre de soin au CHPE, durant cette dernière décennie, s'est progressivement axée sur des filières spécifiques répondant à des besoins départementaux, régionaux et nationaux.

Par ailleurs, l'inadéquation entre sa position géographique aux confins de sa région administrative et un territoire de santé ouvre des questions spécifiques.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 (cadre d'élaboration du SROS 3) fait également état de plus de flexibilité au niveau des territoires : « selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace régional, interrégional ou national ».

La circulaire du 5 mars 2004 précise les orientations concernant l'élaboration du SROS 3. Elle insiste sur la « plus grande prise en compte de la dimension territoriale ». Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.

La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) du 21 juillet 2009 permet à ce titre d'ouvrir un champ interrégional.

Le CHPE a pu ainsi redéfinir ses missions de service public et élaborer une réflexion de coopération entre établissements à l'échelle du territoire de santé.

De fait, l'accompagnement du patient a considérablement évolué ces dernières années. Individualisé, il tient d'avantage compte de l'environnement de la personne et les alternatives à l'hospitalisation sont plus nombreuses à ce jour et mieux maîtrisées.

Le premier projet d'établissement a été écrit en 1998.

L'offre de soins du CHPE s'est constituée selon les orientations de l'ARS, et particulièrement en lien avec les lignes directrices proposées par la mission Massé d'appui en santé mentale mandatée par la DRASS depuis 1996 :

- Déplacement des appartements thérapeutiques de MERLINES au plus près des besoins sur la région de BRIVE en 2007.
- Développement d'une interface avec le secteur médicosocial du département dès 2005 et concrétisée par l'ouverture d'une nouvelle unité d'accueil pour patients déficitaires graves en 2010.
- Réponse à une demande nationale concernant la psychiatrie sécuritaire avec l'ouverture de l'UMAP en 2003 ainsi que les soins aux détenus sous convention avec le Centre de Détention d'UZERCHE et la Maison d'Arrêt de TULLE.

Cette offre de soins s'est élargie avec le plan de relance par la construction de l'UMD1 en 2011 et de l'UMD2 en 2012.



Cette année également se concrétise la préconisation de rattachement du Foyer de Post cure de BRIVE au CHPE.

Les autres orientations stratégiques préconisées par cette mission en 2009 restent en cours :

- Les ateliers thérapeutiques avec la Fondation Jacques CHIRAC,
- Le Réseau de Santé Mentale du Limousin (650.000 h.) pour que chaque CHS se spécialise sans recouvrement,
- La coopération avec les Croix-Marines du Puy de Dôme,
- La mutualisation des moyens avec le secteur d'USSEL (Hôpital de jour et CMP)
- L'ouverture d'un café thérapeutique (CATTP) dans le centre-ville d'USSEL

Cette offre de soins concerne aussi l'addictologie, les hospitalisations sous contrainte et l'accompagnement de psychotiques chroniques.

- En ce qui concerne la gérontopsychiatrie l'activité de liaison a été abandonnée alors que le secteur d'USSEL a souhaité élargir l'offre de Soins Gériatriques au sein du Pôle de Soins de Suite et de Réadaptation dont l'ouverture de 15 lits a été réalisée en Août 2015.
- Pour l'addictologie, le SSR prévu initialement à BRIVE sera à proximité du CHPE dans l'ancienne structure de gérontologie devenue vacante, soit sous une forme classique, soit dans un modèle d'hébergement indépendant avec regroupement de jour en ateliers thérapeutiques.

Un partenariat est déjà en place concernant la réhabilitation à BRIVE et l'ambulatorio sur USSEL.

Le projet médical d'établissement est axé selon une logique clinique. Chaque catégorie pathologique est composée d'unités qui suivent le parcours du patient. Cette forme devrait permettre de mieux répondre aux besoins des patients.

Ainsi, les missions médicales autonomes de l'établissement se déclinent en cinq parcours patients :

1. Psychiatrie générale
2. Réhabilitation psychosociale
3. Addictologie
4. Psychiatrie sécuritaire
5. Déficience grave avec troubles du comportement

Ces missions se développeront dans un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens), en concordance avec le **SROS** (Schéma Régional de l'Organisation des Soins), selon les orientations stratégiques suivantes contractualisées en juillet 2012 :

Parcours de soins de Psychiatrie Générale

La population accueillie dans les unités de psychiatrie générale concerne :

- Les hospitalisations sous contrainte, lorsque les autres services du département ne peuvent pas les recevoir soit par manque de place soit du fait de la gravité de la pathologie du patient.
- Les décompensations psychiques de patients suivis par l'ambulatorio du CHPE.
- Les séjours de ruptures demandés par le secteur médicosocial pour des résidents particulièrement perturbateurs.
- Des patients psychotiques chroniques que les EHPAD ne peuvent pas ou plus accueillir du fait de pathologies résistantes non stabilisées.



Le suivi ambulatoire concerne 430 usagers

Sur Merlines, une majorité nécessite un accompagnement très étayé avec visite à domicile et CATTP.

En 2012, plus de la moitié de ces usagers de Merlines n'étaient pas originaires de haute Corrèze. Leur caractéristique était d'avoir dépassé les capacités d'intervention des services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS et SAMSAH) de basse Corrèze.

Les unités d'hospitalisations

Unité d'Accueil

L'unité d'accueil traite la crise pour des patients présentant :

- Une décompensation psychotique pour l'essentiel.
- Des suites de passage à l'acte chez des psychopathes ou états limites.
- Des épisodes d'addiction alcoolique sévères.
- Des troubles thymiques.

C'est une unité fermée dite « d'admission » recevant les hospitalisations sous contrainte.

La crise peut y être traitée dans l'attente de l'adhésion aux soins du patient.

Les patients viennent des trois secteurs de la Corrèze. Le secteur de BRIVE est particulièrement concerné sans doute du fait de la densité de sa population.

La prise en charge est basée sur la reprise des soins et le rééquilibrage d'un traitement psychotrope satisfaisant.

Le service dispose de deux chambres d'apaisement à proximité de l'infirmierie et d'une chambre d'isolement. Il y a 15 chambres individuelles.

Les entretiens sont pratiqués par les psychiatres, les psychologues et les infirmiers. Des activités thérapeutiques sont proposées et/ou prescrites par le psychiatre et réalisées par l'équipe infirmière.

La rééducation psychosociale peut y être amorcée en coopération avec les CMP et les organismes d'accompagnement à la vie sociale afin d'assurer la continuité du suivi psychiatrique et d'un soutien social stimulant au quotidien.

L'éducation thérapeutique comprend pour l'instant deux programmes :

- L'atelier du médicament.
- La connaissance de la maladie.

La mise en place de réunions de synthèse pluridisciplinaire permet d'articuler les soins autour du patient avec les différents acteurs et son environnement afin de planifier un projet de soins pour sa sortie.

Intervenants médicaux :

- Psychiatre : 0,7
- Médecin généraliste 0.4



Unité de Suite

L'unité de suite dispose aussi de 15 lits et d'une chambre d'isolement.

Elle accueille en principe des patients venant de l'unité d'accueil pour lesquels une solution de sortie sécurisée de sortie se fait attendre.

Il s'agit d'une unité plus ouverte où de façon générale le patient est demandeur de soins bien que souvent son libre arbitre soit altéré par les contraintes de sa maladie ou de son environnement.

Cette unité reçoit en grande proportion des patients sédentarisés sur le territoire d'USSEL et ses environs originaires de basse Corrèze. Depuis 2012, le projet médical s'oppose à cette sédentarisation et redirige activement ces patients vers leur provenance.

Dans cette unité il serait pertinent de prévoir :

- 1 place pour des hospitalisations de nuit.
- 1 place pour des hospitalisations de jour.

Ces 2 places sont nécessaires pour permettre de prendre de façon ponctuelle des usagers des CMP de MERLINES et d'USSEL qui ont besoin, de façon séquentielle, d'une prise en charge sécurisante.

L'unité de suite propose aussi des séjours de rupture en partenariat avec le médicosocial (ESAT et FO). L'accueil des patients se fait sur un contrat d'hospitalisation alors que les entrées en urgences sont prises en charge à l'unité d'accueil.

Les actions comme dans l'unité d'accueil se font sur la base d'entretiens individuels planifiés (infirmiers, psychologues, psychiatres).

Des groupes de parole sont animés par une psychologue sur support global (réunion de service soignants soignés) ou spécifique (revue de presse, photo langage, ...).

En dehors des activités sociales, des ateliers avec guidance soignante mobilisent les patients. Ces activités sont partagées (soignants et matériel) avec le service d'admission.

Un groupe de parole « Famille et Entourage » dont les psychologues sont référents est en train de se mettre en place afin de soutenir et d'informer les familles.

Intervenants médicaux :

- Psychiatres : 2 x 0.3
- Médecin généraliste : 0.4

Unité du Cantou

L'unité du CANTOU

Structure extérieure au site du CHAVANON, se trouvant sur la commune de MERLINES. Cette unité de petite dimension (10 lits) doit utiliser ses caractéristiques pour faire du séjour un temps actif du soin, un lieu peu marqué par les images négatives de l'hospitalisation en psychiatrie. Cette unité ouverte reçoit des patients brièvement déstabilisés ou en voie de réinsertion.



Unité relais

Patients en hospitalisation libre ou en programme de soins sans troubles du comportement avec projet de sortie en cours ou à mettre en place.

Pour éviter des durées de séjour trop longues, une évaluation mensuelle objectivera l'adéquation ou non des effets du service et de l'état du patient.

Unité d'accueil

Patients nécessitant une hospitalisation brève lors d'une décompensation mineure.

Hospitalisations exceptionnelles de patients chroniques refusant l'entrée sur les unités intramuros.

Ce service met en œuvre la complémentarité de la psychiatrie et de l'accompagnement médico-social dans les actions de socialisation.

Ainsi, cette unité très en lien avec l'environnement devrait à terme être transférée sur USSEL où déjà, en fonction du bilan individuel cognitif et fonctionnel du patient sont proposées des interventions en réhabilitation.

Intervenants médicaux :

- Psychiatre : 2 x 0.1
- Médecin généraliste : 0.2

L'unité pour psychotiques vieillissants

Récemment les locaux ont été restructurés pour une meilleure humanisation (suppression des chambres à 3 lits) et une augmentation des espaces communs avec la création de nouvelles salles d'activité.

L'offre médicale a pour objectif de répondre aux difficultés d'adaptation persistantes chez des psychotiques ou troubles graves du comportement telles qu'aucune EHPAD « classique » ne les accueillent.

Population concernée

Patients âgés de plus de 60 ans, souffrants de troubles psychiatriques d'évolution chronique et ancienne, altérant sévèrement leur autonomie, en dehors des états démentiels, ceux-ci relevant plutôt d'une prise en charge en EHPAD.

L'accueil est mixte ; 30 lits avec 26 chambres individuelles, 2 doubles et 2 médicalisées contiguës à la salle de soins et une chambre d'isolement.

L'admission fait suite à la validation du dossier de pré admission, en accord avec le médecin psychiatre et le Cadre Supérieur du Parcours de Psychiatrie Générale.

Fermeture des locaux

Pour des raisons administratives (hospitalisations sous contrainte) ou de sécurité (liées au temps de soins, à la surveillance des patients, au risque de chute important dans les escaliers et du fait de la désorientation de certains patients), l'établissement contrôle l'ouverture de la porte d'accès au service.

Le projet médical est centré sur une *évaluation conjointe entre médecins somaticiens et psychiatre de la balance bénéfice/ risque des prescriptions, tenant compte des polyopathologies associées, du risque iatrogène des polymédications incluant les psychotropes dans les populations âgées.*



Evaluation au minimum mensuel par patient de l'ordonnance et surveillance clinique et paraclinique selon les recommandations de l'HAS (en particulier surveillance du fonctionnement cognitif, des paramètres nutritionnels, de la fonction rénale).

Est en projet, un développement des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du sommeil et les troubles du comportement (approches corporelles, relaxation, techniques de communication adaptées).

Elaboration en réunion hebdomadaire pluridisciplinaire d'un projet personnalisé de soins réévalué tous les 6 mois, axé sur :

- La prévention des complications liées à l'intrication somato-psychiques des déficiences (en particulier, chutes, dénutrition – respect des recommandations du CLAN en conformité avec le Plan National Santé - confusion) ;
- L'évaluation neuro-cognitive et de l'autonomie du patient et le maintien des fonctions préservées par une stimulation du patient à l'aide d'activités quotidiennes. Les activités thérapeutiques visent à préserver les fonctions de communication et de socialisation du patient et sont élaborées sur indication du psychiatre par l'équipe pluridisciplinaire ;
- Le maintien des liens du patient avec sa famille ;
- Les conditions d'une alternative à l'hospitalisation, en concertation avec la famille, le tuteur, l'assistante sociale

Intervenants médicaux :

- Psychiatre : 0,4
- Médecin généraliste : 0.5

Prises en charge ambulatoires : CMP et CATTP

Deux structures CMP-CATTP en Haute Corrèze (Ussel et Merlines) concentrent l'activité ambulatoire en psychiatrie.

CMP

- Ussel

La structure prend en charge en première intention toutes les pathologies psychiatriques compatibles avec un maintien à l'extérieur. Les troubles de l'humeur, les épisodes psychotiques stabilisés, les troubles du caractère et du comportement, les obligations de soins décidées par la justice, les pathologies psychiatriques du sujet âgé, les manifestations névrotiques décompensées, représentant un ensemble significatif des prises en charge effectuées.

Pour ce faire, une équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, psychologues, assistantes sociales, diététicienne, répond cinq jours par semaine aux demandes exprimées.

- Merlines

S'il reprend des caractéristiques identiques à celui d'Ussel, l'orientation est principalement constituée de prises en charge de patients installés après un passage parfois long à la structure hospitalière du CHPE. La psychose sous toutes ses formes, stabilisée est la principale pathologie rencontrée.

L'équipe pluridisciplinaire a les mêmes caractéristiques que celle d'Ussel, auxquelles se joignent deux aides-soignantes, pour des interventions dans le registre de l'hygiène et des apprentissages du quotidien.



Les CMP sont des lieux de départ de visites à domicile à charge de poursuivre les prises en charge instaurées à l'hôpital ainsi que celles construites lors d'une admission directe. Ces prises en charge font l'objet d'une évaluation deux fois par an.

CATTP

Ils sont des lieux de rencontre avec du personnel soignant autour d'animations thérapeutiques (atelier du médicament par exemple, théâtre ...) récréatives. L'alliance thérapeutique reste le principal objectif.

Le CATT d'Ussel, ayant clairement affiché une ouverture sur la cité, a installé une partie de ses locaux dans un café thérapeutique. Cette structure ouverte aux passants, lieux d'expositions, de peintures, sculpture et autres objets d'art, lieu de conférences, facilite la rencontre entre soignés et visiteurs, et se veut agent de réintégration dans la société.

Parcours de soins de Réhabilitation Psychosociale

Le concept de réhabilitation psychosociale se définit comme l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient, de la fin de crise initiale jusqu'à la reprise de vie la plus équilibrée possible, c'est-à-dire avec la plus grande autonomie la meilleure qualité de vie possible et le moins d'intervention de professionnels.

Ce parcours concerne les patients présentant un trouble psychique invalidant, nécessitant un accompagnement global, thérapeutique, social, professionnel :

- Schizophrénie ou trouble psychotique invalidant en majorité (environ 80% de la file active)
- Trouble de personnalité sévère
- Trouble de l'humeur sévère
- Parfois compliqué d'une problématique addictive.

Principes d'organisation

Le pôle est constitué de 3 unités fonctionnelles sur 2 sites distincts, ainsi que de 2 appartements dits de transition. Quelques principes communs aux différentes unités structurent l'organisation des soins :

- **L'admission** se fait sur orientation médicale, par un dossier de préadmission, une journée de visite et une réponse décidée en commission d'admission pluridisciplinaire.
- **Un projet de soins individualisé** est élaboré avec chaque patient, réactualisé tous les trois mois ou plus tôt si nécessaire, formalisé dans un **contrat de soins** écrit, lors de **synthèse** clinique pluridisciplinaire, en collaboration avec les **partenaires institutionnels extérieurs et les aidants familiaux**. Le projet personnel individualisé est élaboré avec et sous la responsabilité du médecin psychiatre.
- La continuité du projet est assurée par la désignation de **réfèrent**, interlocuteur privilégié du patient, de son entourage et des partenaires extérieurs, selon les principes du « **case management** ».
- L'accompagnement est global : thérapeutique (psychologique et somatique), éducatif (de la gestion du quotidien à la sociabilisation), social, ainsi que d'insertion professionnelle. Il prend en compte la nécessité et l'affirmation du droit à l'autodétermination de chaque patient. L'accompagnement proposé est susceptible de réactivité en apportant des réponses précoces aux évolutions de situation du patient.



En fonction de l'évolution du projet de chaque patient, des objectifs définis ensemble, des évaluations réalisées, les patients sont orientés dans les différentes unités du pôle.

Intervention médicale :

- Psychiatre : 0.80 ETP

Unité de l'Escale

Objectifs prioritaires :

- Stabilisation, consolidation psychique.
- Adaptation du traitement médicamenteux
- Développement de la connaissance des troubles par le patient au moyen d'outils spécifiques
- Accompagnement psychothérapeutique.
- Evaluation des capacités d'autonomie dans la gestion des soins et du quotidien
- Aider le patient à développer, voire à acquérir, ses « habiletés individuelles », dans les domaines du physiologique, du psychique et de l'environnemental, pour éviter ou atténuer les crises.
- Évaluer et favoriser les capacités de soutien de l'environnement immédiat du patient.
- Elaborer un premier projet personnel individualisé.

Unité de Val Horizon

Objectifs prioritaires :

- Accueil de patients ayant davantage de capacité d'autonomie qu'à l'Escale ou dans une meilleure consolidation psychique.
- Poursuite de projet de soins avec proposition d'activités plus ouvertes sur l'extérieur.
- Accompagnement dans des projets d'insertion professionnelle, de l'évaluation psychotechnique, pratique, à la mise en situation.
- Redynamisation physique et psychique, réassurance.

L'hôpital de jour de Réhabilitation

Objectifs prioritaires :

- Accompagner des patients résidants à proximité géographique dans un projet global de Réhabilitation dans une prise en charge ambulatoire, sans hospitalisation complète.
- Poursuite de projet de soins de patients passés dans une structure d'hospitalisation complète du pôle.
- Aide à l'accès à un logement autonome.
- Organisation de relais vers des partenaires (SAMSAH, CMP, Associations...)
- Accompagnement dans un projet professionnel (travail, formation, orientation vers des structures sociale ou médicosociale)

Parcours de soins d'Addictologie

Orientation addictologie :

Poursuivre les prises en charge en alcoologie, évaluer et améliorer les programmes de soins, faire encore plus de lien avec les autres structures du département voire de la région [convention à venir avec le Centre Hospitalier spécialisé de la Valette (23)] sont des objectifs pour les uns en cours de



réalisation, pour les autres à réaliser mais qui apparaissent comme « le minimum nécessaire » pour faire vivre ce projet d'établissement.

Les spécificités de ce projet se déclinent dans les paragraphes suivants :

L'UTMA

La prise en charge des conduites addictives sur l'unité se résume aujourd'hui aux substances alcool-tabac. La confrontation avec une fréquence croissante de sujets polydépendants nécessite pour les intervenants une sensibilisation à ces nouvelles addictions. Celle qui a pour objet le cannabis, de loin la plus répandue dans notre pratique (en association avec l'alcool), constituera l'axe de travail de l'unité.

L'hôpital de Jour

Structure faisant souvent suite à une unité de cure (quelques patients sont admis directement), elle s'adresse à des sujets nécessitant un soutien actif dans :

- La gestion des envies ;
- La consolidation des stratégies anti-rechute.

Après quatre années de fonctionnement les thèmes :

- De la spécificité de l'organisation du soin pour chaque patient,
- Des modalités d'arrêt de la prise en charge en hôpital de jour,

Font l'objet d'un travail de fond par l'équipe pluridisciplinaire.

En outre, le constat actuel d'une augmentation conséquente de la file active demande réorganisation :

- Dans le nombre de places (de 5 à 10),
- Dans les jours d'ouverture.

Les visites à domiciles, l'appartement de transition sont à poursuivre dans les mêmes conditions qu'actuellement.

L'unité de soins de suite et de réadaptation

Elle s'adresse aux sujets pour lesquels le recours à l'alcool reste une impérieuse nécessité malgré des cures, voire une longue série de prises en charge bien conduites.

Proposer lors de ce séjour un temps de soin, susciter un engagement dans des ateliers d'ergothérapie, bénéficier d'un soutien social, d'une approche corporelle et d'une remise en forme physique constituent les lignes directrices de l'organisation des soins et de la réinsertion.

Quinze lits confèrent à la structure une taille humaine et une durée de séjour de trois mois permet au sujet de se restructurer dans un juste temps.

CONCLUSION :

Poursuivre la prise en charge en addictologie, évaluer et améliorer les programmes de soins, faire du lien avec les autres structures du département, apporter des interventions au plan du lieu de vie des patients, collaborer plus étroitement avec les médecins généralistes constituent un axe de mobilisation de l'équipe du CHPE, les uns réalisés et évalués et les autres en devenir proche.



Parcours de Soins Intensifs et Sécurisés

L'USIP est une unité de psychiatrie intersectorielle conçue pour accueillir temporairement en milieu fermé des patients présentant des troubles majeurs du comportement et nécessitant soit un bilan d'orientation diagnostique et thérapeutique, soit une prise en charge.

L'hospitalisation à l'USIP est un soin. Elle fonctionne en appliquant les critères de l'intersectorialité : c'est un outil à disposition des différents secteurs psychiatriques avec lesquels elle fonctionne en partenariat et en complémentarité d'action et vis à vis desquels elle a sa spécificité.

Cette unité d'hospitalisation à temps complet est un lieu de soins sous surveillance médicale permanente pour personnes majeures atteintes de troubles mentaux. Les patients sont pris en charge et soignés, hospitalisés sous contrainte en application de la loi.

L'hospitalisation entraîne une coupure avec l'environnement, afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires.

Le but et l'objectif de l'USIP sont de répondre aussi rapidement que possible à une demande d'hospitalisation dans le cadre d'un trouble grave du comportement, mettant en difficulté le patient, la structure ou l'équipe qui en a la charge. Il existe actuellement en France peu de structures de ce type dans des locaux répondant à des critères de sécurité bien précis. Les USIP reçoivent des patients présentant des troubles graves du comportement dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation des secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles ».

Les troubles justifiant l'admission à l'USIP se situent essentiellement dans le registre de troubles majeurs du comportement, tels que :

- Patient ayant un comportement inadapté dans une unité, un service ou une institution.
- Patient présentant des risques pour lui-même.
- Patient présentant des risques pour son environnement et son entourage, imprévisibilité inquiétante du schizophrène, agitation incoercible, agressivité physique ou verbale, violence
- ...
- Décompensation psychiatrique de détenus (hospitalisation d'office D398)

Interventions médicales :

- Psychiatre : 0.6 ETP
- Médecin généraliste : 0.5

Unité Sanitaire du Centre de Détention d'Uzerche

Lieu de soins psychiatriques pour l'ensemble des détenus. L'UCSA Psychiatrique travaille en complémentarité avec l'UCSA somatique en relation avec l'administration pénitentiaire. Notre activité de soins ambulatoires en psychiatrie répond à différentes demandes :

- Demande écrite des détenus.
- Prescription médicale.
- Transmission de l'équipe infirmière somatique.
- Signalement de l'administration pénitentiaire (personnel de surveillance, SPIP, équipe PEP (Projet d'Exécution de la Peine).
- Demande de prise en compte des situations d'urgences.
- Réunions cliniques avec les deux équipes pluridisciplinaires.



Notre prise en charge prend en compte les pathologies tant dépressives que comportementales, et les pathologies liées à la détention.

La mise en place de l'UCSA de la maison d'arrêt de Tulle, sur les mêmes principes que l'UCSA d'Uzerche a eu lieu en septembre 2008.

Intervention médicale CHPE :

- Psychiatre : 2 x 0.20

UMD

Les UMD s'inscrivent dans le cadre législatif de la loi du 5 juillet 2011 (article 6). Ce sont des unités à vocation inter-régionale, accueillant des patients souffrant de pathologies mentales diverses et qui présentent une dangerosité particulière.

L'UMD se propose comme objectif d'apporter à ces patients l'ensemble des soins que nécessite leur état dans le respect de la personne et les protocoles actuels, ceci dans un cadre sécurisé qui prend en compte la dangerosité spécifique de ces patients.

Les UMD ont donc un triple but :

- Assurer la sécurité des patients et des soignants compte tenu de la dangerosité spécifique de ces patients ;
- Apporter aux patients les meilleurs soins possibles adaptés à leur état compte tenu du consensus actuel.
- Travailler avec eux sur la prise de conscience de leur violence et les accompagner dans l'apprentissage des règles de vie en collectivité à travers les limites que notre cadre leur donne.

La prise en charge s'appuie sur un cadre contenant qui s'accorde sur le règlement intérieur, règlement qui est signifié au patient dès son arrivée et auquel il est renvoyé lorsque les difficultés apparaissent.

Au-delà de cet aspect réglementaire, l'élaboration de son acte et la gestion de la violence constituent un axe de travail prioritaire qui doit être entamé dès son arrivée dans l'unité.

Ce travail s'appuie sur les entretiens individuels, il doit également s'appuyer sur des groupes de parole où l'élaboration collective est possible.

Il est souhaitable que la prise en charge du patient soit articulée autour d'un contrat de soins qui lui sera proposé en début de séjour et qui permettra d'articuler des objectifs de soins avec la nécessité de respect du cadre.

La dimension dans les soins enfin, qui est pour nous la plus importante s'appuie sur une prise en charge multi axiales.

Les protocoles médicamenteux vont être remis à plat dès l'arrivée du patient pour chercher à optimiser le traitement. Deux cas peuvent se présenter :

- Soit le patient a été surdosé lors de l'hospitalisation antérieure du fait de sa violence et ce surdosage répondait à des difficultés à contenir le patient, il pourra être remis en question très prudemment.
- Soit le traitement est inefficace et le cadre de l'UMD est adapté à l'essai des thérapeutiques les plus efficaces.



Il serait souhaitable de pouvoir utiliser l'électro-convulsivothérapie sur le site afin d'éviter des transports coûteux en temps sur TULLE.

Les autres outils proposés en particulier dans la prise en charge des psychoses sont l'éducation thérapeutique, la remédiation cognitive, la réhabilitation psychosociale.

La durée du séjour en UMD qui est de plusieurs mois permet la mise en place de ces projets, adaptés à la pathologie du patient et permet de les inscrire dans la durée en particulier la remédiation cognitive pourrait être initiée à l'UMD, mais également, la réhabilitation psychosociale y a toute sa place.

Enfin l'ergothérapie est un outil indispensable qui permet une resocialisation des patients, une confrontation du patient à la réalité d'une tâche, une renarcissisation par les résultats obtenus. Cette ergothérapie est un élément clé du séjour en UMD, il nécessite des locaux adaptés, un matériel adapté également et des personnels formés. L'ergothérapie est une des pierres angulaires du séjour en UMD.

La prise en charge passe également par l'activité sportive, par les ateliers de relaxation. Bien entendu cette ligne n'est pas exhaustive, notre expérience nous a appris que chacun peut apporter des initiatives et son expérience dans les ateliers qui peuvent être proposés aux patients.

Cette unité pour malades difficiles pourra accueillir des patients en hospitalisation d'office D398 en provenance des établissements de détention, mais également en hospitalisation d'office judiciaire après non-lieu pour troubles mentaux sur des faits particulièrement graves. Les UMD sont des unités à vocation inter-régionale, accueillant des patients présentant un danger pour autrui majeur.

Les modalités d'admission et de séjour des patients sont définies par l'article 6 de la loi du 5 juillet 2011 : en particulier, la Commission de Suivi Médicale (CSM) formule un avis sur le maintien où la sortie des patients hospitalisés. Cette commission est composée de membres nommés par le Préfet : le médecin inspecteur de la DASS, 3 psychiatres hospitaliers à l'exclusion des psychiatres exerçant dans l'UMD.

L'admission est prononcée par le Préfet du Département de l'UMD, le dossier doit comprendre un engagement signé par le Préfet du Département d'origine de reprendre le patient dans un délai de 20 jours après que sa sortie ait été prononcée. Les critères de l'admission sont la dangerosité, et l'impossibilité à gérer celle-ci dans le milieu psychiatrique ordinaire pour les Hospitalisation d'Office classiques, dans les SMPR pour les hospitalisations d'office D398.

La prise en charge thérapeutique à l'UMD doit s'appuyer dans un premier temps sur le règlement intérieur, lequel est défini par l'arrêté du 14 Octobre 1986.

La prise en charge passe par une première étape d'observation en chambre d'isolement. La chambre d'isolement est utilisée par la suite devant tout problème comportemental ou de non-respect du règlement.

Les activités thérapeutiques comprennent des activités centrées sur la pathologie du patient : en particulier, les ateliers de psychoéducation, de remédiation cognitive, de réhabilitation psychosociale, auront un rôle essentiel.



L'ensemble des patients pourra participer par ailleurs au groupe de parole, aux autres ateliers thérapeutiques proposés comme les ateliers arts plastiques, les ateliers d'activité sportive.

Enfin, des ateliers d'ergothérapie proprement dit sont prévus à l'extérieur des unités : il s'agit de prendre en charge sur une durée assez longue ces patients dans le but d'un réinvestissement dans une activité ordonnée. Ces ateliers pourraient être : menuiserie, jardinage, mécanique, médiation animale.

Les patients pris en charge à l'UMD pourront bénéficier de sorties accompagnées dans un cadre qui devra être défini strictement.

Pathologies accueillies :

- Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants.
- Troubles graves de la personnalité
- Troubles envahissants du développement.
- Retard mental léger avec troubles graves du comportement.
- Troubles mentaux organiques.
- Troubles liés à substances psycho actives.

Interventions médicales :

- Psychiatres : 1 temps de psychiatre par unité
- Médecins généralistes : 0.25 x 2

Parcours de prise en charge des déficiences graves avec trouble du comportement

ATRIUM

En **2010**, le service l'ATRIUM a remplacé les vieux services miséreux de ST Jean Baptiste et Marie Curie qui accueillait les patients déficitaires lesquels étaient les oubliés de la psychiatrie.

Cette unité de 30 lits répartis en 3 ailes est une plateforme psychiatrique du CHPE dont la mission est de recevoir en hospitalisation des patients présentant d'importants troubles du comportement associés à un déficit cognitif moyen ou grave.

Auparavant, ces services fonctionnaient comme de mauvaises structures médico-sociales (sans activités pour la plupart des patients et dans une insuffisance en personnel). En 2005, les trois quarts des patients étaient hospitalisés depuis plus de quinze ans alors que c'est l'exception à ce jour.

Depuis 2006, le projet de cette unité reste sur le même axe d'un travail dynamique avec le médico-social. Ce travail s'appuie sur des conventions signées avec la plupart des associations de Corrèze.

Les patients sont accueillis dans le cadre d'un projet médical qui se décline en deux modes :

- Les séjours de ruptures.
La mission du service est alors de recevoir en partenariat avec le secteur médico-social pour un temps d'hospitalisation déterminé les résidents qui posent des problèmes aigus de prise en charge à ce secteur.
- L'accueil à moyen ou long terme du fait de la persistance d'une pathologie comportementale incompatible avec un retour en secteur médico-social.

En **2012**, on recensait en moyenne un événement violent tous les deux jours. La carence grave en personnel (7 arrêts maladies) avait atteint une ampleur telle qu'une unité du service a dû être



momentanément fermée. Lors du redéploiement, il a été possible de positionner trois soignants sur chaque unité avec pour résultat une baisse immédiate des phénomènes de violence et du sentiment d'insécurité des soignants.

L'importance de l'autisme dans cette population de patients nous a conduits à rechercher un accompagnement soignant plus spécifique lequel s'appuie sur une évaluation et une connaissance plus actuelle des besoins du trouble autistique. Ainsi, en **2014**, nous avons créé **une aile spécifique autiste** de neuf patients.

Les outils mis en place dans cette recherche nous ont amenés à en faire bénéficier l'ensemble des patients des autres **unités** (2 x 10) car tous ont besoin de l'aide par une communication non verbale renforcée et des repères très définis.

Procédure d'admission :

Tout patient doit être adressé sur indication médicale d'un psychiatre de référence.

Les sujets vivant en famille ne pourront être admis que via un service hospitalier.

Après l'envoi d'un dossier de pré admission comprenant les renseignements indispensables concernant :

- Le suivi thérapeutique.
- Le parcours antérieur.
- Les objectifs de l'hospitalisation.
- L'environnement et le mode habituel de prise en charge du patient au quotidien.

Ainsi que :

- Le consentement aux soins du responsable légal et son consentement concernant la transmission des informations médicales aux équipes qui participent au projet de soin du patient.
- L'engagement du directeur du service d'où provient le patient de le reprendre au terme de la cure.

Contre-indications :

- Problèmes somatiques aigus
- Troubles caractériels sans déficience intellectuelle grave
- Demandes de placements à long terme

Projet individuel de prise en charge :

Ce projet est élaboré en équipe pluridisciplinaire après une période d'observation de deux à quatre semaines selon les cas.

En fonction du dossier du patient et de l'observation dans le service psychiatrique, il sera établi des objectifs thérapeutiques avec un programme individuel de soins.

Ce programme de prise en charge utilise les moyens de l'ensemble de l'unité psychiatrique pour déficients graves en fonction des indications et contre-indications posées en réunion d'équipe pluridisciplinaire :

- Entretiens médiatisés avec aide à la communication
- Ateliers psycho-éducatifs
- Salle SNOEZELEN
- Sorties éducatives
- Musique et Vidéo
- Balnéothérapie
- Psychomotricité etc.

Une synthèse sera faite en sollicitant la participation du tuteur et d'un responsable de l'unité



médicosociale de référence au maximum après 2 mois d'hospitalisation.

L'unité est fermée du fait de la déficience des patients accueillis qui ne sauraient se déplacer seuls à l'extérieur sans se mettre en danger.

L'utilisation de **l'isolement** reste une procédure d'exception qui n'est jamais arbitraire.

Sa finalité pour chaque patient est décrite dans un protocole individualisé d'utilisation qui définit :

La cause :

- Mise en danger de l'intégrité de la personne ou d'autrui
- Destruction matérielle dans une irruption pulsionnelle incoercible
- Effet de rupture intégré aux soins

Le déroulement :

- Contentions ou non
- Durée maximale de 2H en général
- Accompagnement

De même, les entraves ne sont utilisées qu'en dernier recours si aucun traitement ou accompagnement ne peut modérer l'agressivité du patient dans la mise en danger d'autrui.

Toute restriction de liberté n'est prise que sur décision médicale avec information du tuteur.

Intervenants médicaux :

- Psychiatre : 0.20 ETP
- Médecin généraliste : 0.50

B) LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE

L'intérêt porté au corps des patients souffrant de pathologie mentale est récent.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre croissant d'études sur l'association entre pathologie organique et pathologie mentale a permis de confirmer l'existence d'une co-morbidité entre ces deux types de pathologie. Ces études ont constaté une surmortalité par « causes naturelles » (à la différence des suicides et des morts violentes) ainsi qu'une prévalence des affection organiques chez les patients psychiatriques par rapport à la population générale.

Fini le concept que « les malades mentaux n'étaient jamais malades » ou que « la psychose met à l'abri de la somatisation ».

L'expérience acquise ces dernières années nous a enseigné que la pathologie mentale est source de retard diagnostique pour les pathologies organiques, qu'elle compromet l'adhésion aux soins, le respect des contraintes du traitement et donc le pronostic.

Mortalité et morbidité

Le risque de décès est 3 à 5 fois supérieur (selon les études) à celui de la population générale et



augmente avec la durée de l'hospitalisation. Sans compter les suicides, un patient atteint de schizophrénie a une espérance de vie écourtée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale. Parmi les causes de décès on retrouve une sur-représentation des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses, mais aussi des cancers notamment du poumon et du larynx, des troubles digestifs et des troubles métaboliques.

Cette surmortalité touche aussi les patients atteints de troubles de l'humeur avec un risque de décès multiplié par 1,6 à 4,5 selon les études. Et les causes cardio-vasculaires représentent les deux tiers de morts naturelles chez ces patients.

Concernant la morbidité, on reconnaît que 30 à 60% des patients consultant ou hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée. Méconnue 1 fois sur 2, l'affection organique influe sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70% des cas et est considérée comme un facteur causal dans près de 20% des cas.

L'augmentation de la mortalité et de la morbidité peut être attribuée à un environnement défavorable et des comportements à risque tels que le tabagisme, l'abus des drogues, le manque d'exercice physique et l'obésité et une mauvaise hygiène alimentaire et de vie. Cependant, il existe de véritables co-morbidité en dehors de tous facteurs environnementaux.

1) L'examen clinique d'admission

Au CHPE, le patient est examiné en premier lieu par le généraliste dans un délai ne pouvant excéder 24 heures.

Sauf exception pour des patients connus récemment suivis, l'admission ne peut se faire qu'après un premier bilan aux services d'urgences.

Par ailleurs, il est indispensable que le généraliste soit informé des antécédents et des pathologies en cours avant son admission afin de s'assurer que la pathologie du patient est adaptée aux moyens médicaux de l'hôpital.

Le médecin généraliste participe à l'étude des dossiers de préadmission.

2) Prévention et dépistage des co-morbidité somatiques

L'anamnèse, quand cela est possible, doit tenir compte des facteurs de risque : on connaît la prévalence par exemple du surpoids, du diabète de type II, du syndrome métabolique chez ces patients par rapport à la population générale.

Il est indispensable de détecter ces facteurs de risque avant la mise en route de tout traitement :

- Antécédents personnels et familiaux d'obésité, diabète, dyslipidémie, HTA et pathologies cardio-vasculaires
- Mesures : le poids et la taille, ce qui permet de calculer l'index de masse corporelle (BMI : Body Mass Index). Le BMI est plus adapté que la masse corporelle pour définir le sur poids.
- Mesure du périmètre abdominal, (obésité centrale)
- Mesure de la pression artérielle avec un ECG initial,
- Le bilan sanguin etc...

Des recommandations concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de



schizophrénie et traités par antipsychotiques ont été établies à la suite de conférences d'experts (Consensus Development Conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes, 2004).

Le suivi doit comporter :

1. Le poids,
2. Le bilan glucidique,
3. Le bilan lipidique,
4. Les signes d'hyperprolactinémie,
5. La tolérance cardio vasculaire,
6. Les signes extra pyramidaux.

3) Prise en charge coordonnée

Les relations entre somatique et psychiatrique doivent s'interpénétrer sans hiérarchie pour assurer une globalité des soins.

Par ailleurs, des liens formalisés doivent être établis avec le CH Ussel afin de résoudre les difficultés actuelles et de renforcer la complémentarité entre les deux établissements.

Le transfert aux urgences fait l'objet d'une entente préalable et systématique au moyen de l'intervention du médecin somaticien et du médecin du SAMU ce qui devrait réduire les cas injustifiés d'envoi aux urgences.

Concernant les temps d'attente aux urgences, il serait possible de mettre en place un système de pré-inscription à distance et de convenir d'un appel une heure avant le temps réel de l'examen.

Le principe de transmission systématique des informations psychiatriques et somatiques concernant le patient doit être également acté.

Concernant les patients en SPDRE ou détenus, les modalités particulières d'hospitalisation doivent être précisées : accompagnant(s) permanent(s) dans certains cas.

L'organisation des prises de rendez-vous est réalisée par des référents dans les deux établissements (secrétariat médical au CHPE) et les modalités spécifiques selon les services : plages regroupées pour les patients du CHPE avec consultation sur place ou même aux spécialités des CH, pré-inscription à distance le jour du rendez-vous et appel une heure avant, engagement sur les délais d'attente.

Elle comporte :

1. Des moyens assurant la traçabilité et le suivi de l'état somatique des patients (analyse et transmission systématique d'informations à caractère somatique : décès, urgences, symptômes ou pathologies spécifiques ou organisation périodique d'enquêtes ou d'études épidémiologiques) ainsi que l'activité somatique (saisie des actes somatiques par le DIM, dossier somatique unique dans le dossier patient)

2. L'organisation du dépistage systématique des pathologies somatiques : contenu des examens systématiques d'admission, organisation de la médecine préventive (bilans périodiques : sanguins, bucco-dentaires, cardiaques, gynécologiques)



3. L'organisation de mesures d'éducation pour la santé : mesures en faveur de la lutte contre le tabagisme, les conduites addictives, les mauvaises conduites alimentaires.

4. L'organisation de la continuité somatique (plannings de remplacement pour les généralistes) ainsi, on constate qu'un poste supplémentaire est nécessaire.

5. Les modalités et priorités du partenariat avec le CH Ussel : conditions de transfert aux urgences et aux consultations, modalités d'hospitalisation des patients du CHPE au CH Ussel, modalités de transfert d'informations concernant le patient, conditions de mise à disposition de personnels du CHPE au CH Ussel.

6. L'organisation du partenariat avec le médecin traitant : transmission d'informations, organisation de la prise en charge des patients désocialisés, organisation éventuelle de consultations spécialisées

7. chacun des médecins somaticiens est impliqué au sein des sous commissions de la CME.

De plus, le référent dossier informatique (OSIRIS) est à l'écoute de ses collègues et transfère leur demande au service informatique, il veille ensuite à l'aboutissement des requêtes

Enfin, il doit être prévu au sein du CHPE la formation continue des médecins spécialistes en médecine générale.

C) LA POLITIQUE DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Cette partie nous permet de définir les lignes directrices de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Un état des lieux propre à notre établissement nous a permis de prioriser les actions à mener selon un calendrier établi et avec des indicateurs de suivi.

C'est un axe stratégique de la politique qualité et gestion des risques et du projet d'établissement. Sa mise en place s'appuie sur le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Cette politique est formalisée à partir d'un bilan qui prend en compte notamment les résultats des différentes visites de Certification, les rapports d'Inspection, les recommandations de bonnes pratiques, la cartographie des risques, le bilan des CREX, de la COMEDIMS...

Les grandes lignes en sont :

- La sécurisation du circuit du médicament à toutes les étapes (informatisation des prescriptions et de la gestion de stock, délivrance nominative, identito-vigilance (photographie des patients), formations et information des soignants).
- L'efficacité de la prise en charge du patient (dossier patient informatisé et DMP, conciliation médicamenteuse, prescriptions sur le logiciel de soins, analyse pharmaceutique, disponibilité des traitements).
- L'éducation thérapeutique.
- Les déclarations, analyses des erreurs médicamenteuses et suivi des plans d'actions.
- L'identification des patients à risques et des médicaments à risques avec la mise en place de procédures particulières.
- L'organisation et l'animation d'un groupe de référents pharmacie.
- Les vigilances sanitaires.



Ces différents axes de travail s'organisent autour d'une collaboration et d'une communication horizontales et verticales.

1) La sécurisation du circuit du médicament

Elle se fait à chaque étape du circuit du médicament :

- ❖ La prescription : utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (Osiris), diffusion des bonnes pratiques, formations continues des prescripteurs.
- ❖ L'approvisionnement : optimisé par l'adhésion à une centrale d'achat et l'installation d'un nouvel outil de gestion à la PUI (Osipharm), intégré à Osiris.
- ❖ Détention et stockage : réaménagement de la PUI programmé, gestion des stocks améliorée par le nouveau logiciel.
- ❖ Dispensation : analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions, dispensation nominative sur la quasi-totalité des unités et extension des chariots de transfert qui permettent un approvisionnement plus juste et plus sécurisé des services.
- ❖ Transport : caisses de transport scellées, traçabilité du transport pour les stupéfiants et assimilés (projet de l'étendre à l'ensemble des livraisons), chariots de transfert sécurisés.
- ❖ Détention et stockage dans les unités de soins : aménagement des salles de soins et des armoires à médicaments sécurisées. Visite annuelle des salles de soins par l'équipe pharmaceutique.
- ❖ Préparation et administration des traitements : formations spécifiques au circuit du médicament et aux risques d'erreurs médicamenteuses pour chaque référent pharmacie des unités. Prise en compte des analyses des erreurs médicamenteuses pour l'amélioration des pratiques. Identification des patients par photographies. Projet de traçabilité en direct de l'administration par l'achat de tablettes (2017). Mise à disposition de matériel adapté (chariots de distribution, gobelets de couleur, piluliers nominatifs)
- ❖ Formation continue de l'ensemble des intervenants : prescripteurs, soignants, pharmaciens, préparateurs, cadres, responsable qualité. Cette formation concerne le médicament mais également les fonctions supports (logiciels, outils qualité, management...).

La mise en place de cette organisation requière qu'il y ait une adéquation entre les objectifs fixés et les moyens mis à disposition (matériels et humains).

2) L'efficacité de la prise en charge médicamenteuse du patient

Elle s'appuie sur la conciliation médicamenteuse à travers :

- ❖ Le dossier patient informatisé : 100% des prescriptions sont faites ou reprises sur le logiciel de soin et la quasi-totalité des analyses biologiques. Ce dossier est accessible par l'ensemble des professionnels de santé. Il permet également un analyse pharmaceutique globale du traitement du patient.
- ❖ La possibilité pour le patient de créer et d'utiliser un dossier médical personnel (DMP).
- ❖ La concertation avec les différents acteurs du parcours de soins du patient avant, pendant et après sa prise en charge au CHPE (sauf refus du patient), afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse (PECM).

Cette prise en charge repose également sur une amélioration constante de la disponibilité des médicaments en stock à la PUI, notamment grâce au logiciel de gestion Osipharm.



3) Information et éducation thérapeutique des patients

Cette « éducation » fait partie intégrante de la prise en charge de qualité du patient. Elle se réalise régulièrement au sein des unités à travers les échanges avec les soignants et les médecins, le plus souvent à l'aide de supports pédagogiques (transmis par les laboratoires ou élaborés par les équipes du CHPE).

Pour une éducation thérapeutique plus formalisée, différents membres des équipes soignantes ont bénéficié, ou vont bénéficier de la formation requise.

4) La gestion des erreurs médicamenteuses

L'ensemble des soignants a la possibilité de déclarer les erreurs (ou les risques d'erreurs) médicamenteuses via un formulaire informatisé et disponible via l'intranet de l'hôpital. Une sensibilisation continue est réalisée, avec une incitation à la déclaration à travers la « charte d'invitation au signalement des événements indésirables ».

Ces déclarations sont ensuite analysées par un groupe constitué au moins du déclarant et de son responsable de service, d'un pharmacien, du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et de la responsable qualité. Les synthèses d'analyse et le plan d'actions associés sont validés en COMEDIMS et diffusés à l'ensemble des soignants (avec émargement). Un retour est ensuite fait en CREX. Un suivi des plans d'actions est assuré par la Responsable du Management de la Qualité de la PECM et la Responsable Qualité.

5) Patients et médicaments à risques

❖ Patients à risque :

Des groupes de patients à risque sont recherchés et identifiés. Nous apportons une attention particulière aux patients âgés polypathologiques (≥ 65 ans).

Une première série d'EPP, centrée sur la prescription médicamenteuse et le suivi des benzodiazépines chez le sujet âgé, a été menée de 2012 à 2016.

Selon les recommandations émises par les experts visiteurs lors de la visite de Certification d'Octobre 2016, de nouvelles EPP centrées sur la même thématique vont être planifiées dès 2017. Ces EPP seront formalisées grâce au suivi des indicateurs identifiés.

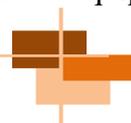
❖ Médicaments à risque :

Une liste de médicaments à risque a été formalisée au CHPE (validée en COMEDIMS). Cette liste peut être complétée à tout moment en fonction des admissions et/ou de nouveaux risques identifiés. Ces médicaments appellent à une vigilance particulière lors de leur prescription, de leur utilisation et de leur suivi. Ils sont assortis de protocoles adaptés (présents sur la base documentaire informatisée).

6) Le groupe référents pharmacie

Chaque unité dispose d'un référent pharmacie. Une fiche de mission a été élaborée. Elle est signée par chaque référent et son cadre de proximité. Leur principale mission est d'entretenir la communication avec la PUI et de permettre la diffusion réciproque des informations. Au sein de leurs unités les référents permettent l'adéquation besoins/ressources en respectant la réglementation, la sécurité, la qualité des soins et de la prise en charge médicamenteuse.

Des réunions régulières sont organisées (au moins 4 par an). Le but est de maintenir une équipe complète, efficace et motivée de référents malgré les mouvements de personnels. Cette équipe doit



être à même de remplir son rôle au sein des unités, notamment en ce qui concerne la diffusion de l'information et la sensibilisation de l'ensemble des soignants sur les problématiques de la PECM.

7) Les vigilances sanitaires

Les vigilances sanitaires qui sont assurées sur le CHPE sont : la pharmacovigilance, l'identitovigilance, la matériovigilance et réactovigilance.

L'établissement dispose d'un système d'alerte à la fois ascendant et descendant. En effet, l'ensemble du personnel a la possibilité de faire une déclaration d'évènement indésirable lié aux médicaments ou aux dispositifs médicaux via un formulaire disponible sur l'intranet. De plus, l'établissement reçoit, diffuse et répond aux alertes sanitaires émanant de l'ARS, de l'ANSM ou des laboratoires.

Des responsables pour chaque vigilance sont identifiés sur l'établissement. L'objectif est double :

- Sensibiliser et accompagner les personnels à la déclaration de chaque incident constaté.
- Réagir rapidement et efficacement en cas d'alerte sanitaire ou de retrait de lots de médicaments, de dispositifs médicaux ou de matériel médical.



5 - Le Projet de soins



Introduction :

Le projet de soins infirmiers définit la politique de soins établie par l'établissement pour la prise en charge du patient, en tenant compte de son environnement.

L'implication de l'encadrement soignant est indispensable pour relayer auprès des unités le projet de soins. Ce projet élaboré par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique et un groupe de soignants, se veut être une réflexion et des propositions d'actions pour l'évolution de l'établissement.

Ce document vise donc à inscrire le projet de soins dans l'évolution des pratiques professionnelles indispensables à la délivrance de prestations de qualité et en concordance avec l'ensemble du projet d'établissement dans une dynamique de progrès significative qui associe le plus grand nombre des professionnels présents de façon directe ou indirecte dans la prise en charge des personnes soignées.

Le projet de soins, articulé autour du projet médical s'appuie sur les préconisations des autorités de tutelles (ARS) en concordance avec le PRS.

De même, il est cohérent avec les orientations de la HAS et plus spécifiquement en lien avec les lignes directrices proposées par la mission d'appui en santé mentale.

Ce travail est porteur de grandes orientations que chaque acteur du soin devra s'approprier et approfondir avec son professionnalisme.

A) LES FONDAMENTAUX

8) Valeurs et objectifs

a) Valeurs

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, spécialisé depuis longtemps dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, reste attaché aux valeurs humaines qui sont l'accueil, le respect et la tolérance, qui se traduisent de la manière suivante :

- **Recevoir** dans le sens d'accueillir, accepter, donner, termes dont ressort une notion d'échange.
- **Respecter** : notamment la parole de l'autre, la vie privée, l'intimité, la confidentialité, les droits et les croyances de chacun.
- **Tolérer** : être tolérant c'est-à-dire, reconnaître le droit à la différence, ne pas porter de jugement de valeur, avoir une attitude conciliante.

Philosophie du soin :

Le soin participe au rétablissement de l'harmonie interne du sujet malade et des relations adaptées à son environnement.



Notre philosophie du soin s'imprègne des textes légaux :

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-2 : « l'infirmier a pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physique et psychique, en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ».

Article R. 4311-6 : « Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
- Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient ».

Aristote a dit : « l'Homme engendre l'Homme », nous y voyons la possibilité pour l'homme d'accéder à une ouverture nouvelle à condition qu'il soit accompagné « en acte » par un homme adulte (donc autonome et mature). Dans la pratique soignante nous nommons cela l'« étayage ».

Nous dirons pour conclure, que le soin est une relation d'homme à homme, considérant la personne soignée comme l'autre « alter » et non comme l'autre « aliénu ». Cette relation nécessite l'engagement professionnel prenant en compte la distance professionnelle qui passe obligatoirement par le vouvoiement de la personne soignée.

L'évolution des prises en soins :

La prise en soins du patient, objet de toutes les attentions soignantes, a considérablement évolué ces dernières années. Individualisée, elle tient davantage compte de l'environnement de la personne. Ainsi, les alternatives à l'hospitalisation sont plus nombreuses à ce jour et mieux maîtrisées.

Le CHPE a développé une offre de soins spécifique, répondant mieux aux besoins de la population :

- Alcoologie, hôpital de jour, partenariat avec l'ANPAA, les médecins généralistes et les structures hospitalières.
- Déficitaires : prise en charge, travail avec les foyers occupationnels et les maisons d'accueil spécialisées.
- Psychotiques : hospitalisations, travail en collaboration avec les CMP eux-mêmes en projet de convention avec les GEM et les SAMSAH, prises en charge spécifiques mais aussi en partenariat avec les ESAT et FO.
- Prise en charge des malades difficiles : hospitalisation et suivi en maison d'arrêt et centre de détention et UMD.
- Mutualisation des compétences.

Références légales (décrets infirmiers, règles professionnelles...) :

- **Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».
- **Extraits du décret du 29 avril 2002** : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenue par des professionnels et établissements de santé ».



- **Le décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier qui a abrogé et remplacé le décret du 11 février 2002.

Spécificité de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale, il crée un nouvel article dans le domaine de compétence des infirmiers.

Deux éléments importants peuvent être retenus :

- D'une part, le texte insiste sur la notion de « surveillance » du patient, surveillance lors de la mise en isolement afin de prévenir tout risque d'incident voire de blessure du patient.
- D'autre part, le texte insiste sur la notion de prise en charge individuelle. En effet, l'infirmier doit dans un premier temps s'entretenir avec le patient et son entourage puis adapter des activités à visées socio thérapeutiques aux besoins du patient.

b) Objectifs

Nouvelle organisation du service de soins :

L'organisation du service de soins tend à s'adapter à l'évolution des missions et des prises en charge du C.H.P.E.

Elle se décline en 4 pôles de compétences appelées aussi *Parcours de soins* :

1. Parcours de soins en Psychiatrie Générale :

Intégrant l'ensemble des structures de soins et d'alternatives à l'hospitalisation en rapport avec le parcours du patient : de son entrée en psychiatrie en passant par le soin pour repartir vers d'autres structures extérieures (CMP – CATTP).

2. Parcours de soins en Réhabilitation Psychosociale :

Sur le bassin de BRIVE, afin d'assurer à une population de patients, des soins adaptés en milieu ouvert et d'un retour à la vie normale.

3. Parcours de soins en Soins Intensifs et Sécurisés :

Relève d'une mission spécifique.

4. Parcours de soins en Prises en charge Spécifiques :

Pôle prenant en compte des unités dont la prise en charge est spécifique et très adaptée à la pathologie des patients (addictologie – déficitaires profonds).



B) L'ORGANISATION DÉCLINÉE

1) Parcours de soins en Psychiatrie Générale

a) Unité d'Admissions

Objectifs :

- Recevoir des patients en soins sans consentement des 3 secteurs de la Corrèze (BRIVE, TULLE et USSEL).
- Recevoir des patients complexes de la Corrèze en hospitalisation libre, après plusieurs tentatives de réhabilitation sur leur secteur d'origine.
- Traiter la crise dans l'attente de l'adhésion aux soins du patient.
- Évaluer les changements de comportement.
- Faciliter les parcours de soins et de vie pour les patients en rupture de soins.
- Travailler en lien avec les services adresseurs, afin de permettre un retour sur le lieu d'origine (synthèse en présentiel ou par visioconférence)
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient.

Moyens :

- C'est une unité fermée de 15 lits pour des patients issus du territoire de santé de la Corrèze, plus 2 chambres d'apaisement et une chambre d'isolement.
- La prise en charge est basée sur la reprise des soins et le rééquilibrage d'un traitement psychotrope satisfaisant.
- Des activités thérapeutiques sont proposées et/ou prescrites par le psychiatre et réalisées par l'équipe d'infirmières et de psychologues (éducation thérapeutique, activités médiatisées...etc)

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Cadre Supérieur de santé sur l'ensemble du pôle : 1
- Surveillant : 0,5
- Infirmiers : 2 ou 3 matin – 2 ou 3 soir – 1 journée continue (sauf week-end)
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,2
- ASH : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue



- Equipe de nuit : 1 infirmier – 2 aides-soignants.

b) Unité de Suite

Objectifs :

- Renforcer la prise en soins dans la continuité, après un passage dans l'unité d'admission et pour lesquels une solution sécurisée de sortie se fait attendre (retour à domicile, structure médico-sociale, famille d'accueil).
- Recevoir pour évaluation suite à une nouvelle décompensation des patients sédentarisés sur le territoire d'USSEL. La majorité de ces patients sont issus des autres territoires de santé de la Corrèze.
- Accueillir pour des séjours de répit et après convention des patients issus des structures médico-sociales notamment d'ESAT et FO.
- Évaluer les changements de comportement.
- Faciliter les parcours de soins et de vie pour les patients en rupture de soins.
- Travailler en lien avec les services adresseurs, afin de permettre un retour sur le lieu d'origine (synthèse en présentiel ou par visioconférence)
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient

Moyens :

- C'est une unité de 15 lits plus une chambre d'isolement, pour des patients issus du territoire de santé de la Corrèze. Plus ouverte que l'unité d'admission où de façon générale le patient est demandeur de soins bien que souvent son libre arbitre soit altéré par les contraintes de sa maladie ou de son environnement.
- Les actions comme dans l'unité d'admission se font sur la base d'entretiens individuels planifiés (infirmiers, psychologues, psychiatres).

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,5
- Infirmiers : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue (3 jours par semaine)
- Psychologue : 0,2
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 1 matin – 1 soir – parfois 1 journée continue pour activités
- ASH : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue
- Equipe de nuit : mutualisation avec l'unité « Admission »

c) Unité Cantou



Objectifs :

- Finaliser un projet de sortie pour des patients qui peuvent être en soins sous contrainte ou non, mais sans troubles du comportement avec projet de sortie en cours ou à mettre en place.
- Accueillir des patients nécessitant une hospitalisation brève lors d'une décompensation mineure.
- Permettre l'hospitalisation exceptionnelle de patients chroniques refusant l'entrée sur des unités du site de La Cellette.

Moyens :

- C'est une unité de 10 lits ouverte qui reçoit des patients brièvement déstabilisés ou en voie de réinsertion.
- Un véhicule de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 1
- Infirmiers : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 1 matin – 1 soir
- ASH : 1 journée continue
- Equipe de nuit : 1 Aide-Soignant
- Intervention de l'infirmier de l'UTMA à la demande

d) Unité Saint Dominique**Objectifs :**

- Être la structure de répit du Limousin en lien avec les EHPAD pour les sujets de plus de 60 ans souffrants de psychose.
- Permettre une évaluation en milieu sanitaire de cette population afin de faciliter l'adaptation en EHPAD.

Moyens :

- C'est une unité mixte de 30 lits avec 26 chambres individuelles, 2 doubles et 2 médicalisées contiguës à la salle de soins et une chambre d'isolement.
- L'admission se fait suite à la validation du dossier de pré admission, en accord avec le médecin psychiatre et le responsable de pôle.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.



- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 1
- Infirmiers : 2 matin – 1 soir
- Psychologue : 0,3
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 4 matin – 3 soir
- ASH : 2 matins – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier - 1 Aide-Soignant

e) Centre Médico-psychologique et Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel de Merlines

Objectifs :

- Évaluer les habiletés sociales.
- Favoriser la réhabilitation.

Moyens :

Actuellement :

Un CMP :

Consultations de psychiatres et psychologues.

Visites à Domicile réalisées par du personnel infirmier à la résidence d'accueil d'Eygurande et au domicile du patient par du personnel infirmier et aide-soignant pour une aide à la vie quotidienne.

Un C.A.T.T.P. :

Les activités proposées visent à maintenir une existence autonome par des actions de soutien.

Il est pourvu d'un restaurant thérapeutique qui fonctionne du lundi au vendredi à midi. Ils disposent de véhicules de service.

Cinq appartements relais thérapeutiques :

Permettent une évaluation de l'autonomie de certains patients à leur sortie d'hospitalisation.

Evaluation :

- Nombre d'usagers bénéficiant de l'accompagnement.
- Nombre de ré-hospitalisation.
- Fiches d'évènements indésirables.
- RimPsy.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,5
- Infirmiers : 2 en journée du lundi au vendredi
- Psychologue : 0,1
- Assistante sociale : 0,1
- Aides-Soignants : 1 en journée du lundi au vendredi



Une Résidence d'accueil à EYGURANDE de 15 studios

Elle est destinée à l'accueil de personnes :

- Fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi collective ;
- Suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin.
- Dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale à faible niveau de revenus, sans critère d'âge.

Nombre de personnels par poste :

- Hôtes : 1 de 10H00 à 18H00 du lundi au dimanche.

f) Centre Médico-Psychologique et Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel d'USSEL

Objectifs :

- Favoriser la continuité des soins,
- Permettre un suivi en ambulatoire,
- Eviter les temps d'hospitalisation.

Moyens :

- Le C.H.P.E. sur USSEL dispose d'un bâtiment qui héberge le CMP, l'hôpital de jour en addictologie et trois appartements relais thérapeutiques. Le CATTTP se trouve au cœur de la ville d'Ussel sous forme de café thérapeutique.
- Des véhicules de service.

Actuellement :

Un CMP :

- Consultations de psychiatres et psychologues.
- Interventions d'une équipe de thérapie familiale.
- VAD réalisées par du personnel infirmier au domicile du patient.
- Différentes activités thérapeutique (musicothérapie, groupe d'estime de soi, éducation thérapeutique, relaxation, théâtre subventionné...).
- Prise en charge psychologique des conjoints, concubins ou parents violents.
- Une cellule départementale de soutien, d'évaluation et d'orientation professionnelle.
- Entretiens d'aide aux familles, dont un enfant se radicalise.

Un C.A.T.T.P. :

Sous la forme de « café thérapeutique », c'est un lieu d'échanges et de rencontres non stigmatisé par le soin psychiatrique, afin de favoriser l'intégration à la vie sociale.

Evaluation :

- Nombre d'usagers bénéficiant de l'accompagnement.
- Nombre de ré-hospitalisation.
- RymPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.



Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,5
- Infirmiers : 3 en journée continue du lundi au vendredi.
- Psychologue : 0,7
- Assistante sociale : 0,2

2) Parcours de soins en Soins Intensifs et Sécurisés**a) UMD 1 et UMD 2**

Les UMD sont des services psychiatriques spécialisés. Les patients relevant d'une UMD doivent présenter pour autrui un danger tel qu'il nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sureté particulières.

Objectifs :

- Prendre en charge et amender l'agressivité du patient afin de l'amener à modifier son mode relationnel à l'autre pour qu'il puisse retourner dans son service d'origine.

Moyens :

- Deux unités mixtes de 20 lits en chambres individuelles et deux chambres d'isolement.
- Toute hospitalisation se fait sur dossier de pré-admission.
- La sortie de l'UMD se fait après avis de la Commission de Suivi Médical qui a lieu une fois par mois.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Echelle d'évaluation de la dangerosité des patients.

Nombre de soignants par poste :

- Cadre Supérieur de santé sur l'ensemble du pôle : 1

UMD 1 :

- Surveillant : 1

5 soignants par poste :

- Infirmiers : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir, 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Psychologue : 0,6
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-soignants : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 2 aides-soignants

UMD 2 :

- Surveillant : 1

5 soignants par poste :

- Infirmiers : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir, 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Psychologue : 0,6
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir



- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.

Espace social et ergothérapie :

- AMP : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Educateur spécialisé : 1 en journée continue du lundi au vendredi + 1 week-end par mois
- Educateur sportif : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Ergothérapeute : 1 en journée continue du lundi au vendredi + 1 week-end par mois.

b) USIP

Objectifs :

- Assurer la poursuite d'une prise en charge temporairement incompatible avec une unité psychiatrique traditionnelle en raison de l'expressivité et/ou de la sévérité d'une symptomatologie psychiatrique aiguë.

Moyens :

- Unité mixte de 10 lits en chambres individuelles.
- L'admission se fait sur dossier de pré admission et après engagement de reprise de l'établissement adresseur.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 1
- Equipe soignante : 4 par poste dont 2 infirmiers au minimum
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,1
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.

3) Parcours de soins en Prises en charge Spécifiques

a) Atrium

Objectifs :

- Observer l'évolution des comportements dans un environnement nouveau et inconnu des patients.
- Poser un diagnostic, évaluer les patients.
- Identifier les facteurs comportementaux sources d'angoisse
- Travailler sur le versant somatique des autistes et des patients souffrant de Troubles Envahissants du Développement générateurs de crise.
- Adapter les textures alimentaires et favoriser les goûts individualisés des patients.



- Adapter, réajuster un traitement.
- Permettre une évaluation avant hospitalisation et mener des actions de prévention auprès des équipes du médico-social, sur le lieu de vie de la personne autiste ou souffrant de troubles envahissants du développement.
- Répondre rapidement à la demande grâce à des échanges par visioconférence.

Moyens :

- Unité mixte de 30 lits en chambres individuelles divisée en 3 ailes de 10 lits. 6 chambres d'isolement existent aussi et accueillent ponctuellement les patients sur prescriptions médicale.
- L'admission se fait sur dossier de pré-admission et validation par le psychiatre.
- Une infirmière de liaison assure le lien entre le médico-social et l'ATRIUM.
- Des véhicules de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Cadre Supérieur de Santé sur l'ensemble du pôle : 1
- Surveillant : 1
- Infirmiers : 3 matins – 3 soir
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants ou AMP : 6 matins – 6 soir
- Educateur : 1 en journée
- ASH : 3 matins – 2 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.
- Infirmier de liaison : 1 en journée continue du lundi au vendredi.

b) Unité de traitement de la maladie alcoolique (UTMA)

Objectifs :

- Atteindre une abstinence totale ou une consommation contrôlée.

Moyens :

- Unité mixte de 15 lits en chambres individuelles (10 UTMA + 5 SSR).
- Admission sur dossier de pré-admission.
- La cure s'effectue sur un programme de 4 semaines basé sur les thérapies cognitivo-comportementales.
- Une infirmière de liaison travaille en amont et en aval de la cure, d'une part pour travailler la motivation dans le soin et d'autre part assurer un suivi après la cure. Par ailleurs, elle assure une permanence sur les centres de consultations avancées sur Neuvic – Meymac – Egletons – Bort les Orgues.
- Un suivi de 3 mois par SMS basé sur du renforcement positif à la sortie de la cure.



Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'événements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Bilan de fin de cure.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,4
- Equipe soignante Infirmiers – Aide-Soignant : 2 matins – 2 soir
- Psychologue : 0,3
- Assistante sociale : 0,2
- ASH : 1 en journée continue
- Equipe de nuit : 1 infirmier – 1 aide-soignante.
- Infirmière de liaison : 1 en journée continue du lundi au vendredi.

c) SSR en Addictologie**Objectifs :**

- Maintenir des patients encore fragilisés dans une dynamique de soins,
- Travail de psycho réhabilitation : travail sur les émotions, programmes d'éducation thérapeutique ...,
- Travail de réinsertion dans un milieu ordinaire : travail sur le dedans / dehors....

Moyens :

- Unité de 15 lits (5 SSR + 10 UTMA)
- Des véhicules de service.

Évaluation :

- Questionnaires de satisfaction.
- Bilan de fin de cure.
- TOL.
- DMS.
- Fiches d'événements indésirables.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,4
- Éducateur spécialisé : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Infirmier : 1 en journée continue, mutualisation avec UTMA
- Assistante sociale : 0,1

d) Hôpital de jour en alcoologie**Objectifs :**

- Maintien de l'abstinence totale ou une consommation contrôlée.
- Permettre un accompagnement avec les partenaires extérieurs.



Moyens :

- Un véhicule de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'événements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,2
- 2 infirmiers en journée continue du lundi au vendredi.
- Psychologue : 0,3

4) Parcours de soins en Réhabilitation Psychosociale

Le concept de réhabilitation psychosociale se définit comme l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient, de la fin de crise initiale jusqu'à la reprise de vie la plus équilibrée possible, c'est-à-dire avec la plus grande autonomie la meilleure qualité de vie possible et le moins d'intervention de professionnels.

Principes d'organisation des soins :

Le pôle est constitué de 3 unités fonctionnelles sur 2 sites distincts, ainsi que de 2 appartements dits de transition. Quelques principes communs aux différentes unités structurent l'organisation des soins :

- **L'admission** se fait sur orientation médicale, par un dossier de préadmission, une journée de visite et une réponse décidée en commission d'admission pluridisciplinaire.
- **Un projet de soins individualisé** est élaboré avec chaque patient, réactualisé tous les trois mois ou plus tôt si nécessaire, formalisé dans un **contrat de soins** écrit, lors de **synthèse clinique pluridisciplinaire**, en collaboration avec les **partenaires institutionnels extérieurs et les aidants familiaux**. Le projet personnel individualisé est élaboré avec et sous la responsabilité du médecin psychiatre.
- La continuité du projet est assurée par la désignation de **référént**, interlocuteur privilégié du patient, de son entourage et des partenaires extérieurs, selon les principes du « **case management** ».
- L'accompagnement est global : thérapeutique (psychologique et somatique), éducatif (de la gestion du quotidien à la sociabilisation), social, ainsi que d'insertion professionnelle. Il prend en compte la nécessité et l'affirmation du droit à l'autodétermination de chaque patient. L'accompagnement proposé est susceptible de réactivité en apportant des réponses précoces aux évolutions de situation du patient.

En fonction de l'évolution du projet de chaque patient, des objectifs définis ensemble, des évaluations réalisées, les patients sont orientés dans les différentes unités du pôle.

a) Escale

Objectifs prioritaires :

- Stabilisation, consolidation psychique.
- Adaptation du traitement médicamenteux
- Développement de la connaissance des troubles par le patient au moyen d'outils spécifiques
- Accompagnement psychothérapique.
- Evaluation des capacités d'autonomie dans la gestion des soins et du quotidien
- Aider le patient à développer, voire à acquérir, ses « habiletés individuelles », dans les domaines du physiologique, du psychique et de l'environnemental, pour éviter ou atténuer les crises.
- Évaluer et favoriser les capacités de soutien de l'environnement immédiat du patient.
- Elaborer un premier projet personnel individualisé.

Moyens :

- C'est une unité d'hospitalisation ouverte de 13 lits en chambres individuelles.
- Activité d'évaluation et d'apprentissage des habiletés de gestion du quotidien.
- Utilisation d'outils reconnus en Réhabilitation Psychosociale (AIPSS, Réhacom, Programme d'Education Thérapeutique agréée par les tutelles...)
- Suivi individuel psychiatrique, psychologique, social et éducatif.

Nombre de soignants par poste :

- Cadre Supérieur de Santé : 0,5.
- Surveillant : 0,5.
- Infirmiers : 1 matin – 2 soir – 1 infirmier en journée continue.
- Psychologue : 0,5
- Assistante sociale : 1 ETP
- Educateur spécialisé : 1 en journée continue en alternance avec l'infirmier de journée.
- ASH : 1 en journée continue.
- Equipe de nuit : 1 aide-soignant.

b) Val Horizon**Objectifs prioritaires :**

- Accueil de patients ayant davantage de capacité d'autonomie qu'à l'Escale ou dans une meilleure consolidation psychique.
- Poursuite de projet de soins avec proposition d'activités plus ouvertes sur l'extérieur.
- Accompagnement dans des projets d'insertion professionnelle, de l'évaluation psychotechnique, pratique, à la mise en situation.
- Redynamisation physique et psychique, réassurance.

Moyens :

- C'est une unité d'hospitalisation ouverte de 15 lits en chambres individuelles, située dans un bâtiment neuf.
- Augmentation du nombre d'activités proposées, choisies en fonction des objectifs de chaque patient, et de l'évolution de son projet, qui font l'objet d'un emploi du temps individualisé. (Gestion du quotidien, sociabilisation, sportives, culturelles, professionnelles, créatives)
- Accès à des activités préprofessionnelles lors d'activités animées par des moniteurs d'ateliers ou des éducateurs spécialisés, mise en situation de stage en milieu ordinaire ou protégé, recherche de formations qualifiantes.



- Possibilité d'accueil en hospitalisation de nuit.

Nombre de soignants par poste :

- Surveillant : 0,5.
- Infirmiers : 1 matin – 1 en journée continue - 1 soir.
- Educateurs spécialisés : 1 le soir du lundi au vendredi.
- Infirmier coordonnateur : 1 journée continue du lundi au vendredi.
- Éducateurs spécialisés : 3 en journée continue du lundi au vendredi.
- Psychologue : 1 ETP
- Assistante sociale : 1 ETP
- AMP : 1 en journée continue du lundi au vendredi.
- ASH : 1 en journée continue.
- Moniteur d'atelier : 1 journée continue.
- Éducateur technique : 1 en journée continue du lundi au vendredi.
- Équipe de nuit : 1 infirmier + 1 AMP.

c) L'hôpital de jour de Réhabilitation

Objectifs prioritaires :

- Accompagner des patients résidants à proximité géographique dans un projet global de Réhabilitation dans une prise en charge ambulatoire, sans hospitalisation complète.
- Poursuite de projet de soins de patients passés dans une structure d'hospitalisation complète du pôle.
- Aide à l'accès à un logement autonome.
- Organisation de relais vers des partenaires (SAMSAH, CMP, Associations...)
- Accompagnement dans un projet professionnel (travail, formation, orientation vers des structures sociale ou médicosociale)

Moyens :

- L'hôpital de jour de 10 places est organisé à partir de la structure neuve de Val Horizon. Un grand nombre des activités sont décentralisées au cœur de la cité (jardin, maison de la culture, salle de sport ...etc).
- Toutes les activités de l'Escale et de Val Horizon sont ouvertes aux patients suivis en hôpital de jour.
- Planification d'un emploi du temps défini en fonction du projet individualisé et de ses objectifs.

Nombre de soignants par poste :

Mutualisation avec le personnel de Val Horizon et de l'Escale.

d) Deux appartements de transition

Il s'agit de 2 appartements meublés, situés dans Brive, proches de toutes commodités notamment les moyens de transports en commun, gérés par l'hôpital et sous-loués à des patients. Ils permettent :

- Une mise en situation d'autonomie complète, évaluation.



- Une éventuelle reprise de travail
- Un suivi assuré sous forme de venues régulières à l'Hôpital de Jour mais aussi d'accompagnement à domicile pour évaluer concrètement le degré d'autonomie acquis par le patient.

e) La cellule de coordination et d'évaluation professionnelle

Suite à des demandes du secteur social ou médico-social, cette entité fonctionnelle repose sur un savoir-faire du service de Réhabilitation Psychosociale dans la réinsertion professionnelle. Ce dispositif comporte des programmes d'évaluation des compétences professionnelles de personnes présentant un handicap psychique, orientées par différents partenaires : pôle emploi, cap emploi, MDPH. La cellule fournit des prestations d'évaluation comprenant un bilan d'expérience, une mise en situation d'activité, une anamnèse des antécédents médicaux qui aboutit à une préconisation d'orientation professionnelle.

Cette activité est réalisée en partenariat conventionné avec d'autres acteurs de la réinsertion professionnelle (FEL, AGEFIPH)

Projets en cours et évolution :

Un projet de création d'une Résidence d'Accueil, dans un partenariat CHPE et bailleurs sociaux est en préparation sur le bassin de Brive.

Suite au processus de labellisation des centres de Réhabilitation Psychosociale engagé par l'ARS, des évolutions sont en cours pour répondre aux critères recommandés :

- Développement de l'activité de remédiation cognitive, avec acquisition des derniers outils validés, formation universitaire de personnel soignants, psychologue, psychiatre.
- Développement de l'usage de grilles standardisées d'évaluation de vie sociale
- Augmentation de l'activité ambulatoire :
 - Par la création d'un CMP – CATTP de Réhabilitation Psychosociale,
 - Par l'augmentation des liens avec les services de psychiatrie de proximité (CH Brive, CH Tulle), en proposant notamment un entretien systématique à tous les patients présentant un diagnostic récent de schizophrénie ou de trouble psychotique invalidant.
- Embauche d'un ergothérapeute.



5) Nombre de lits et de places

	2016	2021
Unité d'Admissions	15	15
Unité de Suite	15	15
Structure extérieure Merlines CANTOU	10	10
Psychotiques vieillissants St Dominique	30	30
Atrium	36	30
UTMA	10	10
SSR Addictologie l'Abeille	5	15
USIP	10	10
UMD 1	20	20
UMD 2	20	20
Escale MALEMORT	13	13
Val Horizon	15	15
Lits d'hospitalisation		
TOTAL Lits	199	203
Places d'hospitalisation de jour et de nuit	10	10
Hôpital de Jour USSEL (Places)	5	15
TOTAL Places	15	25
Résidence accueil EYGURANDE	15	15
Résidence accueil USSEL (projet)	/	10
Résidence accueil BRIVE (projet)	/	10
Hôpital de Jour au Centre de Détention d'Uzerche	/	8

Le C.H.P.E., établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) repose sur une organisation de son activité sur des pôles de compétences regroupant des activités soignantes complémentaires et cohérentes entre elles (pathologies, compétences...), appelés Parcours de soins.

Organisation des pôles de compétences ou parcours de soins au C.H.P.E. :

Les pôles de compétences sont organisés suivant une logique de pathologies. Chaque pôle de compétence est composé d'unités qui suivent le parcours du patient.

Cette organisation permet de lutter contre le cloisonnement des unités qui pèse sur l'organisation des soins. Elle doit ainsi permettre d'assurer les missions qui leur sont confiées pour répondre aux besoins des patients.

Stratégie de l'établissement :



Les 4 pôles de compétences de l'établissement sont organisés par le Directeur du C.H.P.E. sous la forme d'un binôme médecin-chef, cadre supérieur de santé de parcours patient.

Il n'y aura pas de responsable administratif et financier dans chaque pôle. La gestion administrative et financière reste centralisée.

Le parcours du patient :

L'objectif général du parcours du patient est de l'accompagner pendant toute la durée de sa maladie en satisfaisant ses besoins spécifiques au fur et à mesure qu'ils se présentent comme le préconise le rapport LARCHER. Afin d'optimiser la qualité du parcours patient au sein du C.H.P.E., l'organisation en pôles de compétences doit se structurer autour de trois mots clés :

collaboration, coopération et coordination.

Nos objectifs opérationnels dans chacun des pôles de compétences sont les suivants :

- Dès l'admission du patient, contractualiser avec lui les équipes de professionnels qui vont le prendre en charge,
- Organiser l'évaluation régulière des besoins médicaux, psychologiques et sociaux du patient grâce à des synthèses entre équipe actrice du soin et/ou de l'hébergement (FO, MAS, ESAT et EHPAD, Post-cure),
- Gérer pour chaque patient un plan de soins évolutif, en vérifier régulièrement la cohérence (en réunion multidisciplinaire) et en garantir le respect dans les délais adaptés à la situation,
- Suivre le fonctionnement du réseau par rapport à la prise en charge du patient et en évaluer régulièrement la qualité,
- Permettre aux acteurs du réseau de partager les mêmes représentations,
- Former les professionnels à l'amélioration de leur coordination et de leur coopération dans la prise en charge du patient,
- Aider les acteurs professionnels à vérifier et à harmoniser leurs connaissances,
- Faire connaître au public le réseau et ses actions,
- Favoriser les échanges au sein du pôle.

Psychiatrie de liaison :

La psychiatrie de liaison est une approche transversale où les différents partenaires échangent, autour de la situation rencontrée, en privilégiant l'approche globale de la personne dans son environnement médico-psychosocial.

Une infirmière assure le lien avec le médico-social.

Elle agit ponctuellement suite à des demandes précises de la part des unités.

La psychiatrie de liaison avec le médico-social a été initiée depuis quelques années au C.H.P.E. mais réellement formalisée depuis 2007, date de création du poste d'infirmière de liaison.

En effet, face aux demandes de soins constantes du médico-social concernant leurs résidents, l'hôpital a amené de la rigueur pour améliorer les mouvements notamment entrées, sorties et suivi à l'extérieur. Ainsi à ce jour, l'infirmière de liaison se déplace sur tout le département de la Corrèze et les départements limitrophes (Creuse, Puy de Dôme).

Afin de travailler de façon efficiente et formalisée, nous avons élaboré une convention inter établissements qui régit les modalités d'accueil et de suivi des patients venant du secteur médico-social, en ayant au préalable recueilli les attentes des structures demandeuses.

L'infirmière de liaison a un accès au dossier patient informatisé afin de pouvoir transmettre à l'équipe pluridisciplinaire ses observations.



L'activité de la psychiatrie de liaison va croître avec le développement des partenariats. Il semblerait intéressant de développer des outils spécifiques à la valorisation de notre activité afin de coller au mieux aux exigences et directives de l'Agence Régionale de Santé.

Evaluation des pratiques professionnelles paramédicales :

L'équipe d'encadrement a été formée en 2011 aux EPP paramédicales.

Certaines sont définies, d'autres sont en cours de réflexion.

- Restriction de liberté de circulation.
- EPP régionale (hospitalisations sans consentement).
- Prise en charge de la douleur.
- Suivi des benzodiazéphines.
- Suivi cardiométabolique.
- Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
- Pertinence de la prescription des correcteurs et leur traçabilité.
- Sevrage du patient alcoolo-dépendant.
- (IPAQSS) audit du dossier patient.
- Constipation.
- Douleur (évaluation dans les dossiers, formation du personnel aux échelles, information sur le livret douleur).
- Appel à renfort.
- Prise en charge somatique en psychiatrie.
- Patient traceur.

Education thérapeutique :

Un travail pour l'éducation thérapeutique au sein du CHPE est organisé. Une formation validante, dispensée par un organisme agréé est organisée en Juin et Septembre 2012 (40 heures obligatoires). Les cadres supérieurs de santé et les médecins se posent en référence pour la mettre en place pour l'établissement.

Privation de liberté :

Une politique de prise en charge des patients privés de liberté est mise en place au sein de l'établissement. Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée dans ce sens.

Une procédure existe et est très règlementée, faisant référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé et les recommandations de Madame HAZAN (Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés). Cette démarche concerne plusieurs unités : Admissions, Suite, Saint Dominique, Atrium, USIP et UMD.



6 - Le Projet Social



Introduction :

L'établissement, depuis juin 2003 et la refonte de ses statuts, applique la Convention Collective de 1951. Adhérent à la FEHAP, il dispose de l'ensemble des outils mis à disposition pour actualiser les dispositions conventionnelles de la convention et de la branche UNIFED.

L'ouverture des 40 lits d'UMD a été possible par le recrutement de personnels médical et soignant. Il en a résulté une augmentation de près de 30 % de son effectif. Le CHPE a engagé depuis 2014 une réorganisation de son service administratif et de sa logistique dans l'optique d'une optimisation de ces fonctions supports.

A) Dialogue social

1) Les accords d'entreprise

Le CHPE est en conformité avec tous les accords auxquels son effectif le contraint : GPEC, pénibilité, égalité hommes-femmes, accord de génération....

La **Négociation Annuelle Obligatoire** est menée chaque année avec conclusion d'un procès-verbal.

Une des dernières décisions majeures est un **accord sur le Compte Epargne Temps (CET)**. L'esprit de cet accord entend que le CET soit un outil de Gestion des Ressources Humaines permettant un aménagement de la fin de carrière, une nouvelle approche entre vie professionnelle et vie privée et offrant une plus-value pour le recrutement.

2) Les indicateurs

Les dernières élections professionnelles ont eu lieu le 18 février 2015 sans qu'un second tour soit nécessaire. Un taux de participation moyen pour l'ensemble des collèges et instances de 67,25 % est à souligner.

Ainsi le CHPE dispose d'un Comité d'Entreprise, de Délégués du Personnel, d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail pour l'ensemble de ses unités de travail.

Le dialogue social s'organise avec deux syndicats représentatifs : la CFDT et la CGT. Deux représentants de section syndicale sont présents : FO et SUD.

L'établissement ne recense **aucun jour de grève** sur les trois dernières années, ainsi **qu'aucune mise en demeure de l'inspection du travail**.



B) Qualité de vie au travail, santé et sécurité

1) Management, organisation et circulation de l'information

L'actuel directeur, en poste depuis mai 2014, a mis en place un **Comité de DIRECTION (CODIR)** un mois plus tard.

Ce CODIR se réunit tous les deux à trois semaines. Il s'agit de l'instance de pilotage de l'institution et des projets engagés. Il coordonne les actions interservices à mener. Il permet de partager les informations, d'arbitrer un choix institutionnel et d'organiser la communication vers les services.

L'année 2015 a marqué le début **d'une relecture de l'ensemble des fiches de postes**.

L'organigramme a été révisé dans la distribution des responsabilités et nombre de cadres et agents de maîtrise.

Ainsi la hiérarchie des services de soins a été renforcée, sous la forme d'une Direction des Services de Soins Infirmiers (DSSI), par des missions managériales fortes et a conduit à créer un poste **d'Infirmier Général** et un poste **d'Infirmier Général Adjoint** (une promotion et un recrutement suite à départ à la retraite). Les **transports sanitaires** sont désormais rattachés à la DSSI.

Pour l'Administration, un poste de **Responsable du Service Administratif** a remplacé les postes de Responsable Economique et Responsable des Achats, ayant ainsi en charge le service des ressources humaines, la micro-crèche, le contrôle de gestion et le bureau central des achats. Une **adjointe RH** a été embauchée suite à un départ d'un personnel du SRH, dans le cadre d'un recalibrage des compétences.

Les transports logistiques et la buanderie, suite à départs à la retraite, sont placés sous la responsabilité du **Responsable Technique et Logistique**.

Ces centralisations de prises de décision sont complétées, si nécessaire, par la nomination de **référents** dans les services concernés.

L'Entretien Annuel d'Evaluation (EAE) a fait l'objet d'une refonte. Désormais l'EAE cible les objectifs institutionnels, de service, individuels à fixer pour l'année à venir.

Ce dispositif est complété par **l'Entretien Professionnel**, obligatoire depuis mars 2015. Ce dernier fait place à un bilan biannuel sur les formations et projets professionnels du salarié.

2) Conciliation vie privée / vie professionnelle et intégration



Le CHPE a ouvert la **micro-crèche « Les P'Tits Loups »** en septembre 2013. Cette structure de 10 places, accueille des enfants de 10 semaines à 6 ans, du lundi au vendredi. Elle est ouverte aux enfants de parents salariés ou non du CHPE.

Cette structure d'accueil est inscrite dans le Schéma Départemental de Services aux Familles du Conseil Départemental de la Corrèze. Elle est donc assise dans son positionnement intercommunal et dans le cadre de l'aménagement du territoire du Pays d'Eygurande.

La micro-crèche a mis dix-huit mois pour atteindre son quota maximum d'accueil. Elle a recruté sa dernière assistante maternelle.

Le CHPE, de par son éloignement géographique et ses possibilités architecturales, a développé des possibilités de **logements temporaires** (augmentation de 16 à 29 chambres) **avec une prestation hôtelière** (buanderie à disposition, séjour et cuisine équipés)

Surtout offerts aux nombreux stagiaires (une moyenne de 155 stagiaires est comptabilisée chaque année), ce service s'est développé à l'attention de nos contrats à durée déterminée et aussi de nos contrats à durée indéterminée, le temps de trouver un logement à leur convenance, sans bloquer la date d'embauche.

Les demandes de temps partiels, pour aménagement de fin de carrière ou aménagement de la vie professionnelle au-delà du congé parental, sont traitées dans les meilleurs délais (engagement dans l'accord « Sénior » de 2009, repris dans l'accord « Accord de Génération » de 2013 et dans l'accord « Égalité Homme-Femme » de 2016).

Le premier schéma de la **Journée des nouveaux embauchés** n'a pas trouvé sa place. Une réflexion pour une nouvelle organisation en 2015 a relevé le défi de former et d'informer le nouvel arrivant avec efficacité et sans le soustraire à une prise de poste rapide. Ces travaux sont toujours en cours.

De manière informelle, un fort accompagnement d'intégration est mis en œuvre :

- Le Service des Ressources Humaines assure l'intégration économique et sociale : informations sur les garderies, la scolarité pour les enfants, les commerces....
- Une autre démarche a été possible grâce au Sous-Préfet de la Haute Corrèze qui a mobilisé les agences immobilières et les agences de travail temporaire afin de faciliter la recherche d'emploi pour les conjoints.
- Un lien avec les maisons du département (Eygurande et Messeix) complète ces actions d'accompagnement.

3) Pénibilité, Risques Psychosociaux et Document Unique

Un accord sur **la prise en charge de la pénibilité au travail** a été signé en janvier 2012. Il a mis en place une Commission associant CHSCT, encadrement et Direction. Il a permis d'établir un état des lieux, pour tous les facteurs, sur l'ensemble des postes de travail de l'établissement.

En 2014, une autre dimension est donnée à la prise en compte de la pénibilité. De nouveaux enjeux rentrent en ligne de compte dont une comptabilisation pour l'entreprise et un poids sur les charges patronales, et une comptabilisation pour les salariés concernés pour une retraite anticipée.

Le CHPE se donne les moyens d'un véritable **plan d'amélioration continue de la Qualité de Vie au Travail (QVT)** qui aura pour base le recueil de l'enquête sur les **Risques Psycho-sociaux (RPS)**.



A l'automne 2015, le CHPE bénéficie de fonds CLACT et met en œuvre l'intervention de l'ARACT pour enquêter sur le terrain et faire un diagnostic qui viendra en regard et complément des indicateurs chiffrés du service des ressources humaines.

Fin 2016, l'établissement, en lien avec le CHSCT, établira un plan d'actions. Des formations pour le CHSCT et l'encadrement conduites par l'ARACT interviendront en 2016 | 2017.

Ce plan d'actions sera intégré au **Document Unique** (DU) dont la présentation a été modifiée depuis le second semestre 2014. Il intègre désormais une approche par unité de travail et par poste de travail. Un état des risques est donc établi, chaque risque faisant l'objet d'une cotation validée par la cellule prévention des risques de l'établissement. A chaque risque est associé un plan d'actions précisant les modalités, les moyens et le délai de réalisation. Le DU est actualisé pour partie tous les ans.

C) GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences)

1) Etat des lieux

L'établissement a connu **un fort accroissement de ses effectifs** : environ 315 personnes en 1999, 375 dix ans plus tard, à la veille de l'ouverture des UMD et du transfert du Foyer de Post Cure, et 485 aujourd'hui.

Parallèlement à ces quinze années, le CHPE a connu de nombreux départs à la retraite de personnels infirmiers, en lien avec la génération de 1968. Cela nécessite dès lors une gestion du recrutement très réactive de ces personnels.

Le recrutement des médecins et des infirmiers reste cependant en tension : le nomadisme professionnel est un comportement désormais régulièrement constaté. La pénurie nationale, la difficulté de recruter des professionnels ayant un haut niveau d'études en milieu rural alourdissent l'état des lieux et ne permettent pas de trouver des réponses rapides afin de faire face aux départs.

Cette situation extrême a conduit à créer des solutions au-delà du simple recrutement et du plan de formation classique :

- **Travail sur notre communication** : utilisation des médias pour faire connaître notre travail, utilisation des réseaux sociaux, travail de partenariat avec les Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS) du Limousin et de l'Auvergne,
- **Renforcement de notre accueil des stagiaires et des nouveaux embauchés** : L'encadrement des étudiants est une autre de nos préoccupations. Aussi, nous participons aux deux sessions par an organisées sur le CH Ussel pour que nos professionnels infirmiers soient le plus efficaces dans les unités de soins par le biais du tutorat. L'accueil in situ des étudiants et stagiaires est organisé et se veut le plus rassurant possible. C'est souvent une découverte pour les stagiaires, une première fois en psychiatrie. Nous recevons chaque année 160 étudiants et cela peut représenter pour notre établissement une source de recrutement à venir. La direction des soins les accueille dans un 1er temps et fait une présentation de l'établissement ainsi que de leur service d'affectation. Un temps est consacré à l'échange sur les questions que les stagiaires ont et sur leurs éventuelles appréhensions. Ils sont reçus par un référent informatique dans un second temps pour une



présentation du dossier patient, des différents logiciels et la remise de leur carte informatique qui leur donnera l'accès à notre parc informatique.

- **Une politique de promotion interne à l'attention des salariés souhaitant devenir infirmiers.** Nous nous substituons au dispositif du congé individuel de formation d'UNIFAF pour former, dès l'obtention du concours d'entrée, deux nouveaux salariés par an. Jusqu'en 2012, cette politique était aussi ouverte au concours d'aide-soignant.

Le dispositif Allocation Fidélité Santé n'a pas eu de portée pour notre établissement : un seul a été signé en 2009.

2) Recrutement

a) L'effectif permanent

Un travail de fond quant aux **effectifs cibles** a été mené avec la Direction des Services de Soins Infirmiers pour répondre à une mise au clair rapide des moyens nécessaires pour les services.

Parallèlement, **un groupe de travail réfléchit à l'organisation des soins autour des patients** : les prises en charges ont évolué, les typologies de patients aussi, l'établissement offre des services performants qui l'ont mis sur le devant de la scène départementale (voire régionale pour les Unités pour Malades Difficiles), mais l'organisation des postes de travail est restée identique.

Des unités de soins servent aujourd'hui à l'expérimentation d'heures d'embauche décalées, plus en adéquation avec les besoins des patients, pour optimiser leur prise en soins et offrir aux soignants un cadre de travail plus serein.

Comme nous l'évoquons plus haut, le recrutement des médecins et des infirmiers est un point délicat.

Les canaux de recrutement utilisés sont multiples :

- Les canaux classiques au travers des offres d'emplois.
- Un travail d'information est mené auprès des étudiants au travers de leur accueil lors des **stages** dans l'établissement. Cet axe est assuré aussi bien par l'encadrement soignant que par les équipes qui contribuent, par la qualité de leur accueil, à renforcer l'image de l'établissement.
- Nos cadres de santé interviennent dans les **IFSI et IFAS** des régions Limousin et Auvergne : un fort partenariat est entretenu, en particulier avec celui d'Ussel.
- **Le recours à l'intérim infirmier n'est pas utilisé** pour compenser les manques de personnels : c'est un choix en lien avec la nécessité de maîtriser les coûts de personnel. L'année 2015 est marquée par la création d'un **pool de remplacement**, une première pour l'établissement.

Il est composé de quatre infirmiers et de deux aides-soignants qui sont recrutés en contrat à durée indéterminée. Son objectif est d'avoir à disposition du personnel stabilisé, connaissant l'établissement, formé à la psychiatrie, immédiatement opérationnel pour remplacer les maladies de courte durée.

Le recrutement médical : L'intérim médical est utilisé dans l'attente d'un recrutement définitif.

L'utilisation de **cabinets de recrutements** apporte les réponses à nos besoins.



Le CHPE s'ouvre d'autres possibilités pour se faire connaître auprès des jeunes diplômés de la région. L'établissement a monté un **dossier de demande de création de 4 postes d'internes en psychiatrie qui a été accepté en 2016.**

Nous gardons nos liens avec le **GCS Santé mentale et Handicap psychique du Limousin** pour d'éventuelles mises à disposition de personnel qualifié.

b) Effectif en Contrats à Durée Déterminée (CDD)

Les motifs de CDD sont sur des arrêts maladie longue durée et sur des congés maternité. Il y a très peu de CDD pour surcharge de travail.

Le pool de remplacement a été créé pour contenir un effectif à disposition des services pour assurer la continuité des soins et se soustraire du temps nécessaire au recrutement et traitement administratif de ces CDD.

Le CHPE affiche aujourd'hui la signature de quatre contrats aidés, 8 emplois d'avenir au 1^{er} septembre 2016.

Les aides à l'embauche permettent à l'établissement de recruter du personnel de la région, pas ou peu qualifié tout en les évaluant sur des postes dont l'environnement de travail est inconnu pour tous les candidats.

c) Les atouts du CHPE pour recruter :

- Fort accompagnement d'adaptation au poste pour la formation.
- La mise en place d'un Compte Epargne Temps permettant de gérer la fin de la carrière, voire de concilier vie professionnelle - vie privée.
- La mise à disposition d'un Logement temporaire pour les salariés sous contrat à durée déterminée et pendant la période d'essai pour les salariés embauchés en CDI.
- Le versement d'une prime à l'embauche pour les Infirmiers.
- L'existence d'un accord collectif sur la garantie complémentaire santé pris en charge aux 2/3 par l'employeur.

3) Professionnalisation de nos salariés

a) Le Plan de formation et le Développement Personnel des Compétences (DPC)

En 2015, près de 219 000 euros (hors salaires) sont consacrés à la formation du personnel du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, dans le cadre des **2,3 %** de la masse salariale attendue dans l'ancienne réglementation.

En plus, le CHPE a soutenu les **actions de formation supplémentaires pour un total de 99 253 euros.**

Pour 2016, le CHPE a maintenu son taux de 2,3 %, au-delà des 2,1 % conventionnels.



La Direction souhaite maintenir ce niveau de financement pour les années futures sous réserve de l'obtention des ressources budgétaires nécessaires.

En 2015, **19 882 heures de formations** diplômantes et/ou professionnelles sont financées soit l'équivalent de 11 ETP par an.

La formation continue représente :

- 289 sessions assurées par des formateurs en intra ou extra muros.
- 347 sessions assurées par nos professionnels.

Le projet de l'établissement intègre l'ambition que le CHPE soit reconnu comme **OGDPC** (Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu). Des actions de formation sur la bientraitance et prévention contre la maltraitance, l'hygiène, la relation aidante et la sensibilisation à la psychopathologie, gestes d'urgence, violence sont déjà assurées en interne par nos professionnels. Il serait opportun que leurs savoirs soient labellisés « DPC » afin de valoriser la transmission des savoirs.

Notre politique formation concerne l'ensemble de nos professionnels et nous la voulons très dynamique. Elle s'axe sur plusieurs points :

- La formation à l'intention des nouveaux diplômés : les écrits professionnels, la relation d'aide (3 niveaux : initiation, entretien infirmier niveau 1 et niveau 2), la consultation infirmière, formation éthique et juridique...
- La formation dédiée à la spécificité des unités : processus de radicalisation dans les prisons, DU addictologie, prise en charge de la violence chez les patients non communicants...
- La formation en lien avec le Projet Médical et de Soins : OMEGA, Sécurisation du circuit pharmacie, éducation thérapeutique du patient par exemple.
- La formation individuelle qui correspond à des prises en charge spécifiques : jeux de rôle, thérapies familiales...

L'établissement s'est engagé dans un travail avec le GCS Santé Mentale et Handicap Psychique de la Corrèze pour mettre en place des formations croisées pour répondre aux besoins des acteurs, des professionnels, des usagers et des familles. A ce titre, les thématiques portant notamment sur la connaissance du handicap psychique et des différentes approches pour l'aborder constituent le socle de base de cette offre de formations.

L'idée est que ces formations associent des formateurs issus aussi bien du secteur sanitaire que des secteurs médico-social et social.

Cette approche collective et départementale, n'exclut pas des formations croisées plus personnalisées que le CHPE proposera à ses partenaires médicosociaux, dans le cadre de convention cadre notamment en lien avec la gestion de la violence, compte-tenu des besoins exprimés, de l'expertise du CHPE et des parcours psychiatrie-santé mentale impliquant à la fois nos unités de soins et les établissements médico-sociaux.



b) L'autoformation :

Comme nous le présentions plus haut, des thématiques sont assurées en interne par nos professionnels.

FORMATIONS 2014 - INTITULES	Hommes	Femmes	Total
Bientraitance et prévention de la maltraitance	3	8	11
Sensibilisation à la maladie mentale	2	7	9
ECO Conduite	8	3	11
Gestes d'urgence (initiale)	6	15	21
Gestes d'urgence (recyclage)	18	44	62
Formation extincteurs	23	42	65
WEBGAP	16	7	23
Incendie + secourisme	6	0	6
Gestion violence - bouclier	1	3	4
Accueil des nouveaux embauchés	3	1	4
Référents pharmacie	2	7	9
Douleur	4	11	15
TOTAL	92	148	240

FORMATIONS 2015 - INTITULES	Hommes	Femmes	Total
Sensibilisation à la maladie mentale	3	6	9
Bouclier Atrium	10	20	30
Extincteurs	22	51	73
Gestes d'urgences	23	57	80
Incendie	25	57	82
Préparation au concours d'entrée à l'école d'aide-soignant	0	2	2
TOTAL	83	193	276

Ce sont des actions que nous valorisons car elles assurent une maîtrise du calendrier de formation, et des coûts.

c) Groupe recherche :

Le groupe recherche a été créé en 2014. Il est issu de la CSIRMT et sera un des leviers essentiels au développement de nouvelles compétences et à la reconnaissance du savoir-faire des soignants du CHPE. Il est composé, à ce jour, de cinq membres actifs (une cadre supérieure, 2 surveillantes et 2 infirmiers).

Le groupe a participé en 2016 aux :

- Journées nationales de recherche infirmière à Ecully.
- Journées régionales de recherche paramédicale à Poitiers.



Les objectifs du groupe sur les 5 ans à venir :

- Mettre en place une thématique de recherche infirmière au sein du CHPE.
- Organiser une phase exploratoire avec état des lieux de l'existant, analyse croisée et brainstorming, avec les équipes.
- Faire aboutir ce travail de recherche qui permet de découvrir la méthode de recherche.
- Publier pour annoncer le travail de recherche, dès la fin de la phase exploratoire et à la fin de la recherche.
- Devenir le support méthodologique de recherches menées individuellement par des soignants ou d'autres professionnels paramédicaux.
- Motiver les professionnels paramédicaux à développer des travaux de recherche afin de faire connaître et reconnaître notre savoir-faire.

Les moyens utiles identifiés :

- Besoin d'un guide méthodologique par le biais d'une formation action et/ou formation diplômante des membres.
- Temps libéré pour les membres du groupe.
- Coopération forte avec le groupe éthique.
- Achats de livres et cotisation à l'ARSI.
- Pérennisation de la participation aux colloques.

Actions :

- Prendre contact avec la Fehap et autres dispositifs pour leur demander leurs appuis et leurs soutiens au niveau de la méthodologie et de l'accompagnement des équipes.
- Mettre en place un groupe de travail pour l'organisation de colloque (création de l'association RICOCHET).

d) La promotion professionnelle :

Le CHPE, afin d'assurer une fidélisation de son personnel et de qualifier des salariés de la région, a mis en place une forte politique afin de soutenir **les réussites aux concours d'infirmier et d'aide-soignant**. Aujourd'hui, seul le soutien financier dirigé vers les IFSI est maintenu.

Cette mesure a permis, depuis 2004, de former 24 infirmiers et 15 aides-soignants. Actuellement cinq salariés sont en formation infirmière.

Nos **cadres de santé** ont bénéficié de cette politique Ressources Humaines en lieu et place d'un congé individuel de formation.

L'établissement assure ainsi le financement de la totalité des frais pédagogiques ainsi que de la masse salariale.

Il engage des **possibilités de co-financement** en montant des dossiers de Fonds d'Intervention auprès d'UNIFAF et des dossiers de promotion professionnelle auprès de l'ARS.

Cette orientation constituera un objectif fort pour les prochaines années compte-tenu du renouvellement de population au travail et des difficultés de recrutement citées plus haut.



D) Effectifs prévisionnels

	ETP MOYEN 2015	ETP MOYEN A ATTEINDRE D'ICI 2018	Ecart
PERSONNEL MEDICAL			
Praticiens contractuels en CDI	10,77	14,89	4,12
TOTAL 1 - PERMANENTS	10,77	14,89	4,12
Praticiens contractuels en CDD	0,42	0	-0,42
Internes	0	2	2
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	0,42	2	1,58
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2)	11,19	16,89	5,7
PERSONNEL NON MEDICAL			
Titulaires et stagiaires	0	0	0
TOTAL 3	0	0	0
Contrats à durée indéterminée			
Personnels administratifs	26,83	28,93	2,1
Personnels des services de soins	325,03	336	10,97
Personnels éducatifs et sociaux	21,04	24	2,96
Personnels techniques et ouvriers	59,58	59	-0,58
Personnels médico-techniques	2	2	0
TOTAL 4	434,48	450,93	16,45
TOTAL "PERSONNEL PERMANENT" (3+4)	434,48	449,93	15,45
Contrats à durée déterminée			
Sous-total CDD	16,41	15	-1,41
Intérim non médical	2	2	0
TOTAL 5	18,41	17	-1,41
Emplois aidés (dont CAE)		5	5
Contrats soumis à disposition particulière	10	5	-5
TOTAL 6	10	10	0
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL (3+4+5+6)	462,89	476,93	14,04
TOTAL PERSONNEL MEDICAL et NON MEDICAL	474,08	493,82	19,74



7 - La Démarche Qualité : Développement de la culture qualité



Depuis de nombreuses années l'ensemble de la démarche qualité, la gestion des risques et la procédure de Certification font partie intégrante de la vie de l'établissement. Cette démarche, pilotée par la Direction et la CME, représente aujourd'hui un élément clé essentiel au bon fonctionnement de l'ensemble des unités. A la recherche d'une constante amélioration de la qualité, cette approche s'inscrit de façon transversale dans l'ensemble des objectifs du projet d'établissement. Les orientations stratégiques évoluent vers un développement de la culture qualité par la mise en place et le suivi d'actions d'amélioration, visant à promouvoir une prise en charge adaptée du patient.

Ainsi, est présenté ci-après, le volet du projet d'établissement consacré au développement de la culture qualité au sein de la structure.

A) Instances Qualité

La démarche qualité au sein de Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est déclinée autour de deux Instances :

Le **Collège Qualité, Risques et Vigilances** est l'instance consultative et destinatrice d'informations relatives à la démarche qualité. C'est un lieu de propositions et un organe de communication entre les différents partenaires institutionnels.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le Collège Qualité, Risques et Vigilances se réunit au moins quatre fois par an, ou plus selon les sujets à aborder. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu, rédigé par le Responsable Qualité et diffusé à l'ensemble du personnel. Une réunion annuelle est organisée en début d'année, afin de réaliser une synthèse sur les actions validées par le Bureau Qualité, Risques et Vigilances et d'évaluer le fonctionnement du Collège Qualité, Risques et Vigilances.

Les bilans présentés par les groupes y compris ceux relatifs aux vigilances et aux risques sont préparés par l'animateur du groupe (ou son remplaçant) et le Responsable Qualité.

Le Collège Qualité, Risques et Vigilances est placé sous la présidence du Directeur de l'Etablissement et animé par le Responsable Qualité. Après chaque sujet abordé, l'avis des membres du Collège Qualité, Risques et Vigilances est recueilli par vote, à la majorité des présents. Sont exclus du vote les membres du Bureau Qualité, Risques et Vigilances.

Le Collège Qualité, Risques et Vigilances s'articule principalement autour des fonctions suivantes :



- Mise en commun du travail des différents groupes, y compris ceux relatifs aux vigilances et aux risques,
- Propositions ou avis par rapport au travail des groupes,
- Participation à la cohérence des différentes procédures transversales.

Le **Bureau Qualité, Risques et Vigilances** est une instance décisionnelle et stratégique. C'est aussi le comité de pilotage de la démarche qualité et de la certification.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire (Direction, responsable qualité, médecins dont le président de la CME, infirmier général, cadres supérieurs des parcours de soins, pharmacienne, responsable service administratif, responsable techniques et logistiques, psychologue, assistante sociale, pilotes de processus, représentants des usagers) le Bureau Qualité, Risques et Vigilances se réunit au moins quatre fois par an. Il peut se réunir en dehors des sessions ordinaires, à la demande du Directeur. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu, rédigé par le Responsable Qualité et diffusé à l'ensemble des membres du Bureau Qualité, Risques et Vigilances. Une réunion annuelle est organisée en début d'année, afin de réaliser une synthèse sur les actions de l'année précédente et d'évaluer le fonctionnement du Bureau.

Il s'articule principalement autour des fonctions suivantes :

- Suivi de la démarche de certification,
- Etablissement et mise à jour de la cartographie des processus,
- Suivi des processus,
- Prise en compte des avis et propositions émis en Collège Qualité, Risques et Vigilances et décision,
- Définition des groupes (composition et missions),
- Planification de la chronologie de travail,
- Conseil auprès des groupes de travail,
- Suivi des actions proposées,
- Synthèse des démarches,
- Intégration des travaux relatifs aux risques (professionnels ou liés à l'hospitalisation) et aux vigilances.

B) Certification

La démarche de certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe pilotée par la Haute Autorité de Santé. Chaque établissement de santé est visité, à une périodicité définie afin de valider la démarche qualité – gestion des risques et l'approche continue d'amélioration des pratiques.

1) Visites de certification antérieures

Après une première visite d'accréditation en Mars 2004 et une seconde en Février 2008, la dernière visite de certification remonte à Décembre 2011, dans le cadre de la V2010 (3^{ème} itération). L'établissement s'était vu notifier alors deux réserves majeures, six réserves et neuf recommandations. Tout cela a conduit à une visite de suivi en Juillet 2013, qui a permis de lever les réserves et de ne maintenir que des recommandations, au nombre de 10.



Le tableau qui figure en page suivante permet de suivre ces recommandations et de synthétiser les actions mises en place.

Suivi des recommandations - certification V2010			
	mise à jour 17/11/2015		
Thématique	Actions	Etat d'avancement	Commentaires
Management des emplois et des compétences	mettre en place un tableau GPEC en commun avec la responsable du service de soins et la responsable du service économique	fait	à partir de décembre 2012. Le tableau est également communiqué par le biais du Comité d'Entreprise
	relancer les entretiens annuels d'évaluation et en réaliser une synthèse	fait	relance à partir de Septembre 2012; première synthèse sur les retours en Juin 2013
	mettre en place des outils de mesure de la charge de travail	en cours	action qui était en attente de la mise en place d'un DSSI (Septembre 2013)
	définir la politique GPEC tous les 5 ans dans le projet d'établissement	fait	fin 2012
	éditer une note d'information sur les demandes de formations chaque année en Juin ; les formations collectives demandées permettent l'ajustement des compétences	fait	en juin 2012
Système d'information	relancer les réunions des référents OSIRIS	fait	depuis juin 2012
	identifier un référent OSIRIS médical	fait	juin 2012
	identifier un référent OSIRIS responsable de pôle	fait	août 2012
	embaucher un informaticien pour remplacer l'infirmier DIM	fait	avril 2012
	rédiger le schéma directeur du système d'information		prévu au 2ème trimestre 2013; en attente de lamise à jour du projet d'établissement
	définir les missions des référents OSIRIS	fait	octobre 2012
	former le personnel du service informatique à OSIRIS	fait	juin 2012
Gestion des événements indésirables	mettre à jour la procédure de signalements des événements indésirables et la fiche	fait	juillet 2012
	assurer un meilleur suivi des actions suite aux événements indésirables	fait	dès janvier 2013. Mise en place d'un tableau de suivi, information au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et à la CRUQPEC
	nommer un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	fait	octobre 2012
	former les professionnels à la qualité et la gestion des risques	en cours	programme à construire, en attente des besoins des professionnels: très peu de retours
			depuis mars 2014 pour les événements indésirables autres que les urgences vitales (depuis 2011) et les erreurs médicamenteuses (depuis 2012)
	mettre en place les retours d'expérience	fait	
Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	créer le Comité Local d'Éthique	fait	janvier 2013
	valider le projet Unité pour Malades Difficiles	fait	en comité d'entreprise le 28/10/2011
	aborder l'éthique dans le projet d'établissement	fait	
	aborder l'éthique dans les projets de soins		non réalisé à ce jour
	modifier le livret d'accueil des nouveaux embauchés	fait	1er semestre 2012
	associer les instances aux évaluations des pratiques professionnelles	fait	à partir d'avril 2012 pour la CRUQPEC, d'octobre 2012 pour la CME; un référent CSIRMT nommé
	intégrer les privations de liberté dans une réflexion éthique	fait	2013
Prise en charge de la douleur	tracer les réunions de synthèse	fait	dans OSIRIS et feuilles de présence
	former les membres du CLUD	fait	février 2012
	rédiger le règlement intérieur du CLUD, en intégrant les objectifs de la politique de prise en charge de la douleur	fait	mai 2012
	réaliser un audit sur la prise en charge de la douleur	fait	1er semestre 2013
	rédiger des protocoles sur la prise en charge de la douleur	fait	2012 (fiches thérapeutiques)
Gestion du dossier patient	mettre en place l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur	en cours	échec de la formation sur l'éducation thérapeutique
	définir les missions des référents OSIRIS	fait	octobre 2012
	informer à nouveau les référents OSIRIS des modalités pour les sauvegardes	fait	lors de réunions de référents
	mener une réflexion collégiale sur les droits d'accès à OSIRIS	fait	
Accès du patient à son dossier	poursuivre le recueil IPAQSS	fait	au 1er trimestre 2014
	mettre en place l'indicateur sur le suivi des demandes du dossier patient	fait	dès 2011, tableau de suivi revu en 2014
	préciser dans le rapport annuel de la Commission des Relations avec les Usagers les éventuelles actions d'amélioration	fait	dans le rapport annuel 2012, en janvier 2013
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	suivre les actions préconisées en Commission des Relations avec les Usagers	fait	à chaque bilan annuel
	modifier la charte d'identitovigilance (CIV moins formelle)	fait	mises à jour régulières
	réaliser un audit de pratiques (UTMA, selon les modalités de l'audit régional)	fait	en novembre 2015
	assurer un suivi tous les deux mois (mois impairs) du nombre de dossiers par unité qui contient la photographie du patient	fait	
	réaliser des séances d'information sur l'identitovigilance et les risques en cas de manque de vigilance	fait	audit mené le 4 novembre 2015
	pour chaque doublon constaté, cibler le service et transmettre l'information au cadre de proximité pour définir axe d'amélioration, notamment si besoin de formation	fait	indicateurs identitovigilance
Management de la prise en charge	intégrer le personnel du bureau des entrées au réseau régional d'identitovigilants (mail à la responsable du groupe régional)	fait	mars 2015: demande pour intégrer le réseau régional d'identitovigilants
	sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses	fait	au cours du 1er semestre 2012
	mettre en place le groupe d'analyse des erreurs médicamenteuses	fait	juin 2012

2) Visites de certification à venir

La prochaine visite est programmée en Octobre 2016. Les visites représentent des échéances importantes mais non des finalités. L'établissement se doit de rendre pérenne la démarche qualité et les actions d'amélioration menées. C'est en ce sens que dès le début de l'année 2014 se préparait la visite à venir selon deux axes :

- L'approche processus
- Le patient traceur.

Lors des précédentes visites de certification, un travail d'auto évaluation, réalisé sur la base des spécifications du manuel de certification des établissements de santé, devait être mené afin d'identifier les axes de travail prioritaires. Pour la visite de certification V2014, l'approche est différente : il s'agit d'identifier les risques encourus par les patients et les professionnels selon plusieurs thématiques dans un document de synthèse appelé « compte qualité ». Ce document devient alors un outil de management, de priorisation en interne et d'échanges avec la Haute Autorité de Santé.

Certaines thématiques alimentées dans le compte qualité sont rendues obligatoires :

- Gestion du risque infectieux,
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge,
- Parcours du patient,
- Droits des patients,
- Prise en charge de la douleur,
- Dossier patient,
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient,
- Gestion du système d'information.
- Qualité de vie au travail.
- Management et gestion de la qualité des risques.
- Gestion des ressources humaines.

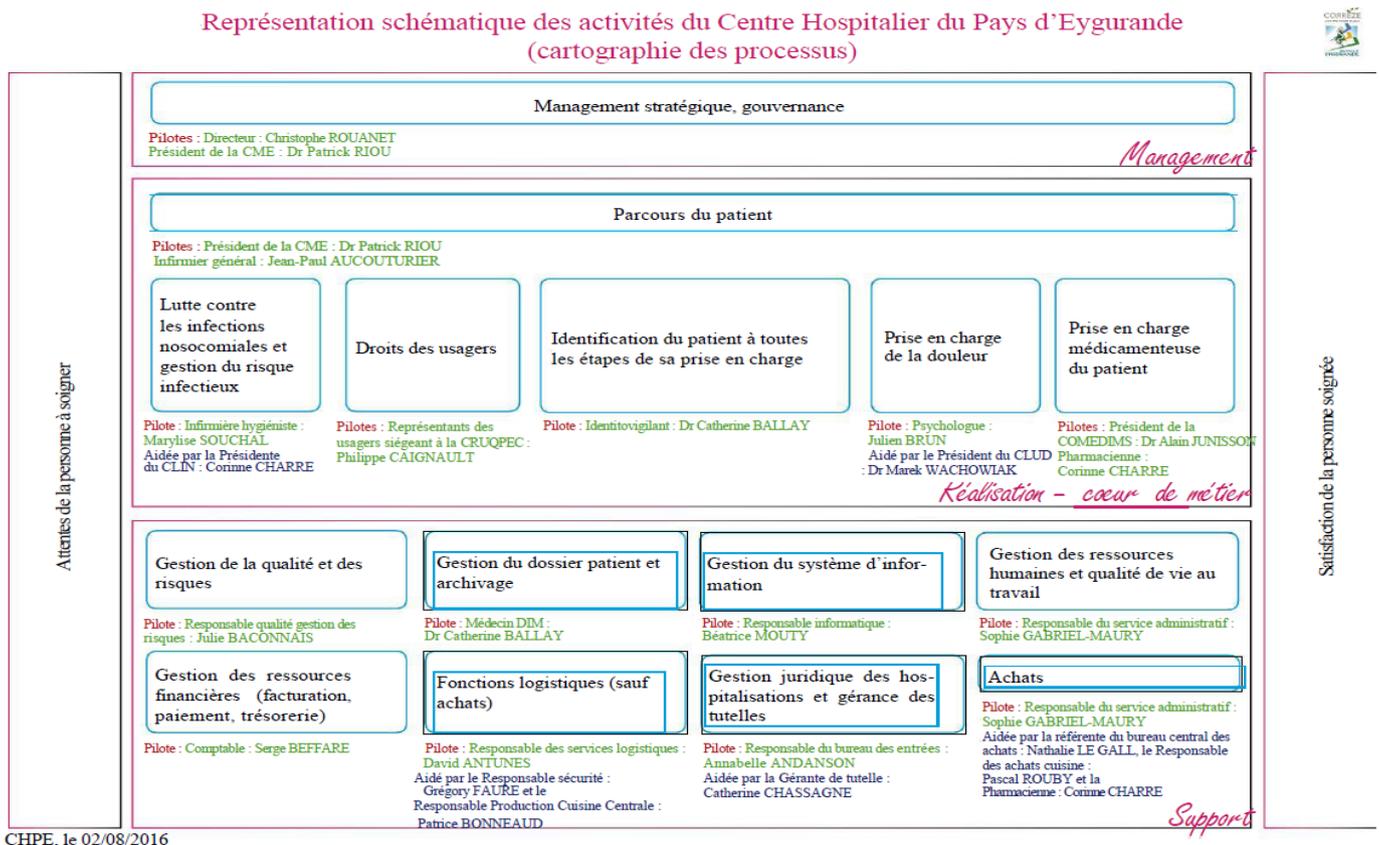
L'établissement a fait le choix d'intégrer une autre thématique :

- Achat éco-responsable.



C) Approche processus

L'approche processus représente un nouvel angle de vision de la démarche qualité permettant d'intégrer formellement davantage de personnes (les pilotes de processus notamment) et d'appuyer ainsi la fonction de responsable qualité. Une représentation schématique ou cartographie des processus a été élaborée (entre avril et juillet 2015) afin de modéliser les activités de l'établissement.



A chaque processus est associé un pilote, c'est-à-dire une personne ressource, en charge de veiller au fonctionnement de son processus. Cela implique un regard global sur les activités du processus, sur les indicateurs de suivi, les résultats d'évaluations diverses afin de déterminer les orientations de travail pour la période suivante (la périodicité retenue est généralement d'un an). Les pilotes ont été



désignés et informés de leurs missions en Juillet 2015. La Direction a également formalisé ce rôle dans une lettre de missions adressée en Novembre 2015 à l'ensemble des pilotes.

Au cours de l'été 2015, la responsable qualité a travaillé avec chaque pilote de processus pour établir les fiches descriptives. Ce document de synthèse (un processus = une fiche descriptive) reprend les éléments clés indispensables à la compréhension du processus :

- Intitulé
- Pilote(s)
- Données d'entrée
- Activités
- Données de sortie
- Indicateurs
- Liens avec les autres processus
- Fréquence des revues de processus et participants.

Le premier semestre 2016 sera marqué par les premières revues de processus : réunions visant à établir un bilan du processus, d'étudier les dysfonctionnements, les résultats des indicateurs et les évaluations afin de définir les actions à mener.

Début 2017 est acté comme le temps dédié à la première revue de Direction : réunion globale sur la démarche qualité par approche processus, permettant notamment d'ajuster la politique qualité, les objectifs et de déterminer les moyen humains, matériels et documentaires nécessaires.

Ainsi chaque année, la revue de Direction constituera le temps de pilotage indispensable au management de l'établissement.

La démarche qualité et les plans d'actions décidés lors des revues de processus et de Direction sont abordés en Comité de Direction, en Commission Médicale d'Etablissement et en Collège Qualité Risques et Vigilances.

D) Commissions

1) CME : Commission Médicale d'Établissement

L'article L.6144-1-I du Code de la santé publique (CSP), issu de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, précise qu'il est créé dans chaque établissement public de santé « une commission médicale d'établissement [CME] dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux, des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire ».

Auparavant associée à toutes les décisions importantes concernant les établissements, tant en matière financière qu'organisationnelle, la CME devait être régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs de l'établissement, ainsi que des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

Depuis le décret du 30 avril 2010, la CME est davantage orientée sur la qualité des soins et les relations avec les usagers.



Le projet d'établissement est élaboré entre le Directeur et le Président de la CME.

Néanmoins, la CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissements, financement).

L'article L. 6144-1 du CSP, dans sa rédaction antérieure à la loi HPST, prescrivait que la CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le nouvel article L. 6144-1 du CSP ne contient plus cette disposition.

En conséquence, il revient à chaque établissement, à chaque CME, à chaque président de CME de définir l'organisation la plus adaptée afin de répondre à ses missions en matière de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Ainsi, la CME a dorénavant pour mission principale de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conseils d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME du CHPE contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par différents dispositifs :

- Il s'agit de la lutte contre les infections nosocomiales (art. L.6111-1) (**CLIN**),
- De la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (**COMEDIMS**),
- De la prise en charge de la douleur. (**CLUD**)
- Du Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (**CLAN**)
- De la **cellule de prévention des risques** _ dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé (art. L.5311-1 du CSP), dans une prévention coordonnée des risques a priori et a posteriori avec un médecin coordonnateur de la gestion des risques. Cette cellule concerne :
 - L'identitovigilance
 - La matériovigilance
 - La pharmacovigilance
 - L'infectiovigilance
 - L'antibiothérapie
 - Les risques majeurs
 - Les risques professionnels
 - Les risques associés aux soins

Une commission antibiotique a été mise en place et un médecin référent pour l'antibiothérapie, nommé.

En ce qui concerne l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir (art. R. 6144-2-1 du CSP), il existe au CHPE :

- Une **réflexion sur l'éthique** liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- Une évaluation du fonctionnement de la **permanence des soins**, le cas échéant par secteur d'activité
- **Une organisation des parcours de soins.**

Ainsi, la CME propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme prend en compte :



- Les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (**CDU**).
- Le bilan des améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables.
- Les actions pour répondre aux recommandations du rapport de certification.
- La mise en œuvre des objectifs et engagements fixés dans le CPOM.

La CME élabore un rapport annuel présentant l'évolution des indicateurs de suivi.

Enfin, la CME est également chargée d'organiser **la formation continue** (art. L.4133-1 du CSP) et **l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles** en préparant, avec le directeur, les plans de formation des praticiens et les actions d'évaluation des médecins.

La CME rend aussi un avis sur l'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et médico-techniques et sur le projet de soins infirmiers.

La politique qualité et gestion des risques, ainsi que le programme qualité sont définis en CME. Cette commission valide également les plans d'actions établis pour l'amélioration des pratiques.

2) Sous-commission de la CME

Déclinaison de ces politiques et actions :

a) CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales se déclinent en trois étapes :

1. Prévention/surveillance.
2. Déclaration.
3. Suivi du plan d'action et évaluation.

1. Dans l'établissement le CLIN est en place et exerce clairement ses missions. Il existe un lien étroit entre le CLIN et les unités de soins avec le relais de l'EOH et des référents hygiène présents dans chaque unité. L'encadrement suit les actions mises en place avec un contrôle vigilant des traçabilités des différents circuits dans le respect des recommandations de l'HAS. Des prélèvements microbiologiques sont effectués de façon programmée par l'infirmière hygiéniste. Les enquêtes de prévalence nationale sont réalisées dans l'établissement.

Les aides-soignants et les ASH sont formés avec une sensibilisation rigoureuse à l'hygiène et à l'utilisation des produits d'entretien.

Un travail est réalisé en collaboration avec les services techniques. Pour les surveillances environnementales (eau, air).

La journée « hygiène des mains » est dynamique dans le but d'obtenir une bonne participation. Un plan épidémie a été élaboré. Un médecin généraliste a été désigné par la CME pour être référent en antibiothérapie.

2. L'établissement a un protocole de signalement des infections nosocomiales. La possibilité d'intervention et de prise en charge est rapide car l'établissement dispose de médecins généralistes



salariés avec une astreinte 24H/24H. La déclaration et la mise en place des précautions complémentaires est immédiate.

L'infirmière hygiéniste est à temps plein et a un relais dans les unités effectué par les référents.

Une aide extérieure est toujours demandée (ARS-CCLIN-ARLIN) et un plan d'actions est rapidement mis en place.

3. En interne le suivi du plan d'actions est basé sur un échange et un partage des informations entre professionnels de santé sur l'évolution de la situation. Les échanges se font entre médecins, pharmacien, responsables d'unités, infirmière hygiéniste et référents hygiène.

Ils existent également avec le médecin coordonnateur de la gestion des risques et la responsable qualité de la gestion des risques.

En externe il y a toujours un retour du CCLIN.

Un retour d'expérience et du débriefing avec réajustement si nécessaire est réalisé.

b) COMEDIMS : COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles

Présidence

Président : un médecin psychiatre, Vice-Président : pharmacien.

Date de création

La Commission a été créée en 2011.

Missions

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles contribue par ses avis et propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le domaine du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Cette politique est reprise dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'établissement.

La COMEDIMS :

- Participe à l'élaboration de la liste des médicaments (livret thérapeutique) et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée par l'établissement.
- Participe à l'élaboration des recommandations, à la rédaction de protocoles en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Définit les actions de formation et d'information de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière de gestion, d'approvisionnement, de préparation, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
- Evalue périodiquement les actions de lutte contre les risques iatrogènes médicamenteux.

En outre, la COMEDIMS peut :

- Mettre en place des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
- Optimiser les dépenses en médicaments et dispositifs médicaux stériles.
- Favoriser la recherche thérapeutique.



Actions phares

La COMEDIMS a instauré la mise en place depuis 2012 le groupe d'analyse des erreurs médicamenteuses, rédigé un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, en lien avec l'arrêté du 6 avril 2011, mené des audits sur le circuit du médicament. Un groupe de référents pharmacie a également vu le jour en 2014.

Projection

La COMEDIMS poursuit ses actions d'analyse (erreurs médicamenteuses et audits) et souhaite développer l'axe formation pour les référents pharmacie mis en place dans chaque unité de soins

c) CLUD : Comité de LUTte contre la Douleur

Présidence

Président : médecin généraliste, Vice-présidente : surveillante.

Date de création

Le CLUD du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande a été créé en 2006.

Missions

Le Comité de Lutte contre la Douleur :

- Est garant de la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
- Informe l'ensemble des professionnels de l'établissement des derniers textes en vigueur (législatifs, tutélaires, institutionnels...) et programme les réajustements nécessaires. Il veille notamment aux obligations de formations.
- Elabore, diffuse, évalue la mise en place des programmes avec des objectifs à court, moyen et long terme.
- Représente l'établissement auprès du public et participe à des colloques ou publications.

Un référent, voire deux (infirmier et / ou aide-soignant), par unité est désigné. Ses missions s'articulent autour de plusieurs axes :

- Recueil d'informations, de questionnements, de problèmes rencontrés dans les unités et transmission.
- Coordination et lien avec le CLUD par rapport à la gestion des priorités du projet de service.
- Aide aux professionnels sur l'utilisation des échelles de la douleur et autres outils.
- Accompagnement des professionnels à l'évaluation des outils.
- Vérification de la bonne utilisation des outils.
- Sensibilisation des collègues : tout professionnel est concerné par la prise en charge de la douleur.

Actions phares

Le Comité a ces dernières années créé les protocoles de prise en charge de la douleur nécessaires (arbre décisionnel, fiches thérapeutiques), diffusé les outils d'évaluation (échelles), réalisé des audits sur la traçabilité et l'effectivité de la prise en charge de la douleur, rédigé des outils de communication comme le « livret douleur en psychiatrie ».

Un axe important a été mis en place concernant la prise en charge de la douleur pendant les soins dentaires. Un travail en collaboration avec le dentiste vacataire a permis de développer une organisation répondant aux attentes et favorisant le bien être des patients.



Projection

Le Comité de Lutte contre la Douleur, dans les prochaines années, souhaite accentuer l'aspect relatif à la formation des professionnels et développer la communication auprès des équipes sur cette thématique. Il sera nécessaire de créer une CLUD psychiatrique sur la Corrèze au travers du Groupement de Coopération Sanitaire Santé Mentale et Handicap Psychique.

d) CLAN : Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition

Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition est chargé de gérer au sein de l'Établissement la politique de nutrition.

A cet effet un régime normocalorique à 2400 Cal/jour a été établi.

Ce régime reprend les préconisations du Programme National de Nutrition et de Santé.

Outre ce régime type, pour prendre en compte les différentes pathologies somatiques, des régimes adaptés ont été élaborés (diabétique, hypolipémiant, hypocalorique, hypercalorique, hyperprotéiné, riche en fibre, sans résidu, sous AVK...).

Afin d'assurer un suivi dans les différentes unités de soins un diététicien a été recruté.

Il assure le suivi auprès des usagers aussi bien hospitalisés que suivis dans les différentes structures externalisées.

Les ateliers thérapeutiques visant à une alimentation équilibrée sont de sa compétence.

Le personnel soignant participe à travers les référents des différentes structures à l'activité du CLAN.

Outre ces fonctions le CLAN a en charge l'éducation des patients et du personnel soignant à la détection et la prévention des troubles alimentaires.

Le CLAN a pour mission la formation du personnel soignant à la détection des troubles de la mastication et de la déglutition. Pour cette dernière, la formation doit être assurée par le diététicien et un orthophoniste (qui devra être recruté pour quelques heures annuelles).

Le CLAN souhaite poursuivre ses actions en terme de prévention et d'information auprès des unités, ce qui incombe notamment au diététicien, indispensable dans l'établissement.

Le CLAN participe à un réseau régional, en relation avec le CHU de Limoges, ce qui permet une information régulière et des échanges sur les nouveautés relatives à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé.

e) CLE : Comité Local d'Ethique

Présidence

Président : médecin psychiatre, Vice-Président : Infirmier Général.

Date de création

Le Comité Local d'Ethique a été créé en 2013.

Missions

Le Comité Local d'Ethique propose un lieu de réflexion collégial où sont pris en considération les principes de respect de la vie, de respect et de promotion de l'autonomie de la personne et de la qualité de vie, la déontologie, le droit...



- Il accompagne tous les professionnels aux prises, dans leur exercice quotidien, avec des dilemmes ou des problèmes de nature éthique. Après analyse des problèmes éthiques soulevés par la situation décrite, il formule un avis ponctuel ou des propositions visant une nouvelle appréhension de ces situations.
- Il apporte un éclairage éthique, notamment en regard du développement des sciences et de la technologie, sur des problématiques générales ou sur des situations quotidiennes de soins. Il alimente la réflexion éthique concernant les orientations, les lignes directrices de l'établissement et des situations et pratiques professionnelles afin de s'assurer qu'elles prennent en compte les dimensions éthiques.
- Il propose des actions d'information, de formation et de sensibilisation des professionnels sur les questions d'éthique ; il dispose à ce titre d'une enveloppe ciblée dans le plan de formation.

Le Comité Local d'Éthique du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est une instance consultative indépendante où chaque membre apporte sa propre expérience.

Actions phares

Le Comité Local d'Éthique a rédigé des avis sur des thèmes comme le respect des croyances, la sexualité ou la restriction de libertés.

Projection

Le Comité Local d'Éthique doit développer la communication autour de ses missions et des saisines déjà traitées. Le rapprochement avec d'autres établissements semble pertinent pour assurer la pérennisation de ce comité.

La politique concernant l'annonce d'un dommage lié aux soins :

Cette politique découle du manuel de certification des établissements de santé (Haute Autorité de Santé, Manuel V2010, critère 11c).

La psychiatrie est un secteur où l'identification des situations relevant d'un dommage lié aux soins est sensible.

La réflexion au niveau du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, concernant ce sujet, a été initiée en 2011. Les difficultés inhérentes au secteur psychiatrique ont freiné l'appropriation de la méthodologie d'annonce.

Une formation a été reçue, un livret élaboré puis complété (à destination des professionnels).

Le CHPE s'engage à informer le patient et/ou ses proches et/ou la personne de confiance pour tout dommage lié aux soins. Une évaluation de la procédure est planifiée par le Bureau Qualité.

Le travail pluridisciplinaire est dans un premier temps centré sur la réflexion bénéfico-risque relative à la délivrance de l'information.

Le fonctionnement, validé en Commission Médicale d'Etablissement en 2013 et donc encore récent, demande à être modifié et adapté en fonction des situations rencontrées et des informations transmises par les professionnels.

f) CEPP : Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles

Présidence



Animateurs : Président de la Commission Médicale d'Établissement, Infirmier Général, avec l'appui méthodologique du Responsable Qualité.

Date de création

La Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles a été créée en 2012.

Missions

La Commission EPP a défini plusieurs missions réparties entre différents acteurs :

- Organisation des EPP : Responsable Qualité en lien avec les médecins et le service de soins.
- Coordination des EPP : Médecin psychiatre référent EPP, désigné par ses pairs.
- Accompagnement méthodologique par la Responsable Qualité.
- Suivi des démarches : Responsable Qualité, en renseignant le tableau de bord EPP et au cours des réunions du Collège Qualité, Risques et Vigilances.
- Engagement des professionnels : incombe à chacun (médecin, soignant, paramédical).
- Communication : documents réalisés par le chargé de communication (journal du CHPE – éditions spéciales, comptes-rendus des réunions du Collège Qualité, Risques et Vigilances diffusés à l'ensemble du personnel, appels à candidature (note d'information) pour certaines EPP...).

Pour cette commission, il s'agit de définir et d'organiser les évaluations de pratiques professionnelles pertinentes et potentiellement sources d'amélioration. Les résultats des recueils sont analysés en commission. Les actions retenues sont inscrites au plan d'actions qualité.

Actions phares

Depuis sa création, la Commission, qui se réunit au moins deux fois par an, a permis de clarifier l'organisation des EPP, de déterminer quels sont les indicateurs de pratique clinique à suivre régulièrement et d'intégrer pleinement les évaluations (médicales et paramédicales) dans les pratiques soignantes.

Projection

Cette commission est pérenne. Avec la mise en place des évaluations par l'approche « patient traceur » qui reprend l'ensemble des thématiques sur le parcours du patient, les évaluations de pratiques professionnelles seront probablement plus ciblées sur les dysfonctionnements recensés ou appuyées par une demande spécifique.

g) CUV : Commission des Urgences Vitales

La Commission des Urgences Vitales organise et assure la coordination de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières. Elle fait partie intégrante de la Commission Médicale d'Établissement.

Composition :

La commission se compose :

- | | |
|---|--|
| - D'un Responsable : un médecin. | - D'un représentant de la Direction des Soins. |
| - Du Directeur d'établissement (membre de droit). | - D'un cadre supérieur. |
| - Du Président de la CME (membre de droit). | - Du matériovigilant. |
| | - D'un infirmier référent par unité de soins. |



- Du responsable de la Sécurité.
- Des formateurs.
- De la pharmacienne.
- D'un cadre de proximité.
- Du responsable qualité.



De plus, la commission peut inviter et entendre toute personne compétente.

A chaque fois qu'il est prévu de parler d'un point précis concernant une unité, le responsable de pôle et/ou le responsable d'unité seront invités à la réunion. Le référent de l'unité en aura préalablement parlé à son responsable et/ou au Président de la Commission des Urgences Vitales ou au responsable sécurité ou au gestionnaire des risques.

Il est créé une sous-commission chargée de la formation et du suivi de chaque intervention. Toute réunion de cette sous-commission est organisée par le responsable de la sous-commission pour effectuer un retour d'expérience. A cet effet un responsable est désigné : le responsable sécurité. La sous-commission est composée :

- Du responsable sécurité.
- Des formateurs.
- Du médecin responsable.
- Du responsable et du (des) infirmier(s) des unités concernées par l'intervention.
- Du responsable qualité.
- D'un représentant de la Direction des Soins.

Fonctionnement :

La CUV se réunit sur convocation du responsable ou d'un tiers des membres au moins 2 fois par an.

L'ordre du jour est fixé conjointement par le responsable, la Direction des Soins et le responsable de la sous-commission.

Le compte-rendu est rédigé par un secrétaire de séance désigné et signé par le responsable.

Le compte-rendu est adressé à l'ensemble du personnel.

Attributions :

La CUV :

- Procède à l'élaboration des protocoles liés à l'urgence vitale,
- Détermine l'ensemble des dispositifs médicaux nécessaires aux bonnes pratiques d'urgences vitales,
- Organise le suivi du matériel (sac ou chariot d'urgence),
- Vérifie et adapte le contenu de ces derniers,
- Assure la formation de l'ensemble du personnel, (gestes d'urgences, utilisation du défibrillateur, de l'aspirateur à mucosités et du moniteur des signes vitaux),
- S'informe auprès des services d'urgence des évolutions apportées dans ce domaine,
- Fait valider par le responsable des services d'urgences compétent du Centre Hospitalier d'Ussel l'ensemble des protocoles et du contenu du chariot ou du sac d'urgence,
- Assure le suivi des retours d'expérience.

Matéριοvigilance :

Cette commission permet de faire un point avec les matériovigilants et/ou référents matériovigilance.

h) CREX : Comité de Retour d'EXpérience



La commission des événements indésirables, sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement, se réunit de façon trimestrielle.

Elle répertorie et synthétise les événements indésirables.

Un plan d'actions d'amélioration est défini, avec éventuellement des pistes de travail pour les évaluations des pratiques professionnelles. La Commission est chargée d'assurer un suivi des actions décidées.

Elle est composée :

- D'un représentant des usagers (parmi les représentants des usagers participant à la Commission des Usagers, CDU).
- Du Président de la CME.
- Du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
- De la responsable qualité gestion des risques.
- Du responsable logistique et technique.
- Du responsable sécurité.
- De l'infirmier général et de son adjointe.
- D'au moins un responsable de pôle.
- D'au moins une surveillante.
- De deux infirmiers.
- D'un représentant de la CSIRMT.
- D'un représentant des 3 sous-commissions (violence, erreur médicamenteuse, AES).
- D'un médecin généraliste.
- D'une psychologue.
- D'au moins une infirmière volontaire / une assistante sociale volontaire.

Le quorum est atteint lorsqu'il y a présence de sept de ses membres.

Les fiches d'événements indésirables sont traitées au fur et à mesure de leur réception par la responsable qualité gestion des risques en lien avec le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, après information du président de la CME, du cadre et du surveillant concerné.

La commission se réunit une fois par trimestre. Toute personne extérieure peut être invitée à la commission, pour son expertise.

Un rapport d'activités annuel est établi et transmis à la Commission Médicale d'Etablissement.

La commission des événements indésirables fait également office de comité de retour d'expérience (CREX).

A chaque réunion, les membres de la commission, après lecture de tous les événements indésirables :

- Choisissent un événement indésirable parmi les événements indésirables graves.
- Déterminent un groupe pour mener une analyse des causes profondes, notamment par la méthode ALARM.

Lors de la réunion suivante, le groupe de travail présente les pistes d'actions retenues.

Définition d'un événement indésirable grave :



- En fonction de la fréquence ou de la gravité.
- Evénements sentinelles :
 - Décès.
 - Fugues ou tentative de fugue.
 - Violence (atteintes physiques graves aux patients ou aux personnels), (groupe spécifique).
 - Erreur médicamenteuse (groupe spécifique).
 - Episode infectieux touchant au moins 5 personnes.
 - Accident d'Exposition au Sang, AES (groupe spécifique).

Pour les items violence, erreur médicamenteuse et AES des sous-commissions spécifiques analysent l'ensemble des événements. Ces sous-commissions font remonter lors de la commission des événements indésirables – CREX l'ensemble des analyses et des plans d'actions définis. Si une de ces analyses préconise une action importante, elle sera étudiée en CREX, et remontée au CODIR.

Groupe d'analyse des erreurs médicamenteuses.

Un groupe chargé de l'analyse des erreurs médicamenteuses a été créé au sein de l'établissement. Ce groupe est délégué par la CME et doit établir un compte-rendu d'activité annuel lors de la première réunion de la CME de l'année. Ce compte-rendu est également présenté en COMEDIMS.

Le but est d'assurer un bon fonctionnement du circuit du médicament et d'améliorer les pratiques suite aux dysfonctionnements signalés.

Un plan d'actions est élaboré pour l'amélioration ou la réorganisation du circuit du médicament.

Au cours des réunions de la COMEDIMS, l'ensemble des mesures prises est réévalué.

Groupes d'analyse des accidents exposant au sang

Un groupe chargé de l'analyse des accidents exposant au sang a été créé au sein de l'établissement.

A partir du moment où la victime déclare un accident d'exposition au sang, une analyse est réalisée dans un délai de quinze jours suivant la déclaration. Pour ce faire, le groupe classe les différentes causes de l'évènement en cinq grandes familles : les 5M.

- Matière : les différents consommables utilisés, matières premières...
- Milieu : le lieu de travail, son aspect, son organisation physique...
- Méthodes : les procédures, le flux d'information...
- Matériel : les équipements...
- Main d'œuvre : les ressources humaines, les qualifications...

Cette analyse part d'une séance de brainstorming. Une fois les causes les plus probables déterminées, il convient d'établir un plan d'actions.

Groupe de prévention de la violence

Pour la « prévention de la violence », le CHPE met en place un référent soignant par unité de soins.

Le référent « prévention de la violence » aura les missions suivantes :

- Sensibilisation sur l'utilisation des outils existants et des règles de sécurité de base.
- Présentation et mise à jour du classeur « prévention de la violence ».
- Sensibiliser les collègues à la déclaration des faits de violence.
- Se présenter aux nouveaux embauchés comme référent « prévention de la violence » et l'informer au plus tôt après son embauche.
- Avoir connaissance des faits de violence dans son unité.



- Faire le lien entre l'équipe et le groupe « prévention de la violence », notamment pour transmettre des points de dysfonctionnements et des idées d'amélioration.
- Participer aux réunions du groupe, qui sont le lieu d'échanges d'expérience.
- Participation à l'élaboration de procédures, protocoles ou documents de travail.
- Information aux équipes, en appui avec le cadre de proximité, sur les travaux du groupe « prévention de la violence ».
- Communiquer entre référents, même en dehors des temps de réunion.

Chaque CREX sera remonté de façon systématique au CODIR.

i) CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques

La CISRMT est créée au sein du service de soins du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande en référence à :

- La circulaire n°222/DH/4 du 11 juillet 1975
- L'article L. 714-26 de la loi n° 91.748 du 31 juillet 1991
- Le décret n° 92-272 du 26 mars 1992
- Le décret du 26 décembre 2005
- Décret n°2010-449 du 30/04/2010

Cette commission est présidée par l'infirmier général qui est membre de droit. Elle est composée de représentants dans la limite de 30 membres élus de différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Les représentants élus constituent 3 collèges :

- Collège des Cadres de Santé ;
- Collège des Personnels Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- Collège des Aides-Soignants.

Chacun de ces trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10% du nombre total des membres élus de la Commission.

La composition de la CSIRMT se décline ainsi :

- 6 cadres ;
- 8 infirmiers ;
- 2 médico-techniques (1 préparatrice en pharmacie ; 1 psychomotricienne ou ergothérapeute) ;
- 2 éducateurs ;
- 2 aides-soignants.

Nombre de titulaires : 20

Autant de suppléants pourront être élus.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de 4 ans. Le mandat est renouvelable.

La commission, sous la présidence de l'infirmier général, doit se réunir au moins trois fois par an. Les convocations seront envoyées par le président. Les réunions seront fixées en début d'année à une périodicité définie. D'autres réunions pourront être provoquées à l'initiative du Directeur de l'établissement, du président de la C.M.E. ou de la moitié des membres désignés des 3 collèges.

Des personnes pourront être invitées pour certaines réunions en fonction de l'ordre du jour.



Chaque réunion fera l'objet d'un compte-rendu écrit par un secrétaire de séance. Le compte-rendu sera signé du président et du secrétaire et diffusé

- Au Directeur Général,
- Au Président de la C.M.E.,
- À chaque membre de la commission,
- À toutes les unités de soins.

Un membre de la commission sera désigné pour la représenter au sein du groupe « Formation continue » avec voix consultative.

Un membre siègera également au Conseil d'Administration, avec voix consultative.

Un membre siègera au CLIN avec voix consultative.

Un membre siègera au CLUD avec voix consultative.

Un membre siègera au CLAN avec voix consultative.

Un membre siègera à la cellule de prévention des risques avec voix consultative.

Un membre siègera au collège qualité avec voix consultative.

La commission est obligatoirement consultée sur :

- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins,
- L'élaboration d'une politique de formation ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles,
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

3) Autres commissions

3.1. CDU : Commission Des Usagers (ex CRUQPEC)

Présidence

Président : Représentant des Usagers.

Date de création

La CRUQPEC a été créée en 2002, elle s'appelait alors « commission de conciliation ». Depuis le mois de Juin 2016, elle s'appelle désormais Commission des Usagers (CDU) afin de respecter les dispositions de la loi de modernisation du système de santé de mois de Janvier 2016. Le Président est désormais un représentant des usagers.

Missions

La commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, faciliter leurs démarches, contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches.



Elle se réunit au moins quatre fois par an. Lors de ces réunions plusieurs points sont traités, notamment :

- Vie de l'établissement.
- Étude des plaintes et réclamations.
- Étude des évènements indésirables.
- Rapport des médiateurs.
- Mesure de la satisfaction des patients.
- Accès au dossier médical.
- Amélioration de la prise en charge des patients et de leurs proches.

Un rapport annuel d'activités est établi ; il est transmis à l'Agence Régionale de Santé et présenté au Conseil d'Administration de l'établissement.

Actions phares

La CDU a émis des avis sur les plans d'aménagement de nouveaux locaux (bar thérapeutique, espace d'accueil des familles, espace social...), traité toutes les plaintes et réclamations en rencontrant les usagers concernés par le biais de médiateurs (médicaux ou non médicaux), développé les enquêtes au cours de l'hospitalisation, construit le livret d'information sur l'annonce d'un dommage lié aux soins, développé et expliqué son travail et ses missions lors d'une réunion du Conseil d'Administration.

La Commission participe activement à la démarche qualité de l'établissement par l'implication des représentants des usagers.

3.2. Le Comité de Bienveillance

Présidence

Animation : un cadre supérieur de santé, aidé par une surveillante.

Date de création

Le groupe bienveillance a été créé en 2010.

Missions

Un référent bienveillance est identifié par unité.

Le groupe a pour missions de :

- Recueillir les situations à risque de maltraitance, d'apporter une expertise et un avis afin d'améliorer la situation.
- Réaliser des audits ponctuels sur la bienveillance et la confidentialité.
- Diffuser les bonnes pratiques.
- Rédiger et mettre à jour les protocoles en lien avec la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance.

Actions phares

Le groupe a créé une charte bienveillance, dont la mise à jour en 2015 a été confiée aux référents, en lien avec les patients. Le groupe a également mené une réflexion approfondie sur la gestion du tabac, notamment en chambre de soins intensifs, qui a abouti à des améliorations notables (adaptation de locaux, mise en place d'une organisation pour la fourniture de tabac aux personnes démunies ou arrivées en urgence).

Projection



Le groupe bientraitance doit se mobiliser afin d'inscrire dans le temps ses actions et définir les micro-cibles soulevées par les équipes, qui seront autant de pistes de travail et de réflexion. Un audit (établi à partir d'une trame élaborée par la HAS) est en cours de réalisation sur la fin de l'année 2016. Les résultats seront analysés afin d'élaborer un plan d'action précis.

3.3. Référents Osiris

Présidence

Animation : médecin DIM, avec deux référents : un médecin, un cadre supérieur de santé.

Date de création

Le groupe des référents Osiris a été créé en 2008.

L'animation était à l'origine confiée au service DIM, puis transférée au service informatique, avant de revenir au service DIM en 2015.

Chaque unité a identifié un référent dossier patient informatisé.

Missions

Dans le cadre de la certification nous avons arrêté ici les missions qui incombent à un salarié qui devient référent d'un logiciel « métier » pour son service ou pour l'établissement.

- Il fait le lien entre les utilisateurs et l'administrateur du logiciel.
- Il relève des dysfonctionnements constatés par les utilisateurs ou par lui-même et en fait état à l'administrateur.
- Il a toute latitude pour être force de proposition quant à l'évolution du produit à la demande des utilisateurs ou à sa propre demande.
- C'est l'administrateur qui assure la formation des professionnels désignés (c'est-à-dire former aux fonctionnalités du logiciel) et c'est le référent qui accompagne les professionnels dans l'utilisation du logiciel dans les compétences métier proprement dites.
- Le référent est l'interlocuteur de l'administrateur pour informer des nouveautés et des conduites à tenir dans l'utilisation du produit (observations de l'éditeur du logiciel notamment).
- Le référent n'a pas la responsabilité technique du paramétrage. Il y participe pour que le logiciel soit adapté aux besoins du terrain. C'est l'administrateur qui assure l'évolution des fonctionnalités du progiciel. C'est l'administrateur qui est en lien avec l'éditeur du logiciel.
- Le référent a l'obligation d'une réflexion collective et partagée de l'évolution et de l'utilisation du produit.
- Le référent ne se substitue pas à la hiérarchie des utilisateurs. Ainsi c'est le responsable du professionnel qui informe l'administrateur de l'ouverture d'un compte identifiant/mot de passe sur le progiciel.

A noter, l'administrateur est le responsable informatique, sauf si le Directeur, dans un souci d'organisation simplifiée, désignait un autre professionnel.

3.4. Groupes de travail en lien avec la démarche qualité

AGI : Autorité de Gestion des Identités et CIV : Cellule d'Identito-Vigilance

La Direction du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande considère qu'une identification fiable et unique de chaque patient est un élément clé de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des



patients hospitalisés, et qu'elle est un prérequis aux échanges d'informations médicales avec les autres acteurs du système de santé régional.

Les missions de l'AGI sont :

- Déterminer la politique d'identification de l'établissement.
- Définir et allouer les moyens à mettre en place.
- Décider des modifications et mises à jour de la politique d'identification.
- Contrôler la conformité de la mise en œuvre de la politique d'identification.
- Élaborer et suivre les indicateurs qualité.
- Élaborer et diffuser les procédures d'application de la politique de sécurité.
- Organiser et mener les actions de communication et de formation nécessaires au maintien de la fiabilité des identités.

Les missions de la CIV sont :

- Mettre en œuvre la politique d'identification définie par l'AGI.
- Proposer à l'AGI des évolutions de la politique d'identification.
- Gérer au quotidien et avec réactivité les problèmes liés à l'identification du patient.
- Alerter l'AGI sur les éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification.
- Spécifier les besoins d'évolution du système d'information pour la gestion des identités patient.

Développement durable

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est engagé dans une politique de développement durable regroupé en 3 axes :

- La protection de l'environnement.
- Le développement écologique.
- Le progrès social.

Le développement durable en santé permet de réconcilier les démarches qualité déjà existantes en posant de nouvelles questions et en affinant le raisonnement sur :

- Les valeurs, missions, activités d'un établissement de santé et ses notions de responsabilité sociale et environnementale.
- La démarche d'amélioration continue de la qualité dans une perspective de continuité et de durabilité.
- La gestion des risques avec les risques environnementaux, sociaux et économiques.
- Un système de soins respectueux de l'homme et de son environnement.

Cellule de prévention des risques

Le rôle de la cellule de prévention des risques est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de prévenir les événements potentiellement dangereux.

La cellule de prévention des risques est notamment chargée :

- De rédiger un rapport annuel d'activités via l'outil de pilotage de la certification.
- De recenser les risques professionnels.
- De proposer un programme annuel de prévention des risques professionnels.
- De recenser les risques liés à l'hospitalisation.
- De proposer un programme annuel de prévention des risques liés à l'hospitalisation.



- De proposer des actions de communication et d'information sur la gestion des risques afin d'améliorer la formation et la culture du personnel de l'hôpital dans ce domaine.
- D'assurer le retour d'information aux déclarants des événements indésirables et aux responsables des secteurs d'activités concernés.
- De proposer des actions préventives ou correctives.
- De s'assurer de leur mise en place effective.
- D'optimiser la transmission des informations (ascendantes et descendantes) relatives aux alertes sanitaires.

A la demande des professionnels ou selon une injonction régionale ou nationale, des groupes de travail ponctuels peuvent être mis en place afin de traiter une problématique et de définir une organisation, menant généralement à l'élaboration d'un document explicatif.

L'animation est assurée par le responsable qualité.

Dans ce cadre, il convient de noter le groupe de travail qui a traité des modes de communication avec des patients étrangers. Ce groupe s'est intitulé « Se parler, se comprendre ». Il s'agissait d'améliorer la démarche de diffusion de l'information donnée aux patients non francophones.

E) Bilans et perspectives

1) Recommandations externes

La démarche qualité, pilotée par la Direction et la CME, est évaluée par des organismes externes : certification de la Haute Autorité de Santé, certification ISO (pour la cuisine centrale par exemple), inspections diverses (pharmacie, sanitaires, contrôleur général des lieux de privation de liberté...).

Les rapports établis suite à ces différentes visites alimentent, par leurs recommandations, le plan d'actions qualité et peuvent influencer la politique qualité.

Les résultats des certifications et les indicateurs nationaux sont diffusés auprès du public.

Le développement d'usage des indicateurs indique la prise de conscience de dépasser le quotidien pour maîtriser les actions menées et porter un regard objectif sur les pratiques.

2) Recommandations internes

Le développement de la culture qualité au sein de l'établissement permet de déployer les évaluations des pratiques en vue d'améliorations. Les actions retenues alimentent également le plan d'actions qualité.

Le nombre de professionnels formés à la qualité augmente et la formalisation de l'implication de chacun dans la démarche est accentuée.

3) Communication



L'implication de tous au déploiement de la démarche qualité et à son appropriation passe par une communication efficiente. Différents éléments y contribuent :

- Visites dans les services pour informer les professionnels des démarches en cours
- Diffusion à l'ensemble du personnel des comptes-rendus des réunions du Collège Qualité Risques et Vigilances
- Diffusion des documents dans le logiciel de gestion documentaire
- Utilisation de différents supports : journal interne, Internet, Intranet
- Informations régulières en Comité de Direction.

4) Perspectives

2016 est une étape importante dans la démarche, par la visite de certification V2014. Les travaux préparatoires et l'approche processus proposent désormais un nouveau regard sur l'approche qualité, déjà pérenne dans l'établissement.

Une étape supplémentaire sera franchie lorsque les revues de Direction, outil indispensable à un management par la qualité efficace, seront réalisées et reconnues par l'ensemble des collaborateurs comme l'outil de pilotage stratégique de l'établissement.

Le management de la démarche qualité au sein de l'établissement sera donc piloté principalement par les cinq outils suivants :

- La politique qualité issue de la politique Nationale et Régionale. Elle reprend l'organisation et la stratégie de la démarche qualité de l'établissement.
- Le programme qualité présentant les principaux objectifs (axes) de la démarche qualité et gestion des risques sur plusieurs années.
- Les comptes qualité permettant de hiérarchiser et de prioriser les actions.
- Les revues de processus.
- Les revues de Direction.

F) Objectifs et actions prioritaires

Dans la période 2016-2021, les principaux objectifs ont été définis ainsi :

Objectif général : Poursuivre le déploiement de la culture qualité, à travers le maintien et le développement de la Politique Qualité et Sécurité des Soins, basée sur la pertinence des axes d'amélioration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des plans d'actions.

Objectif 1 : Poursuivre la mise en place de la gestion de la qualité par processus.

Actions prioritaires :

- Mise en place de Revues de processus annuelles.
- Mise en place d'une Revue de Direction annuelle.



- Réaliser des audits internes de processus (au moins un par processus).

Indicateurs de suivi :

- Nombre de Revues de processus.
- Nombre de Revues de Direction.
- Suivi des indicateurs par processus.
- Nombre d'audits internes de processus réalisés.

Objectif 2 : Optimiser l'implication de l'ensemble du personnel dans la démarche qualité et gestion des risques.

Actions prioritaires :

- Poursuivre les groupes de travail existants et en créer d'autres.
- Poursuivre les formations qualité et gestion des risques (DU qualité, formation patient traceur...).
- Poursuivre la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Indicateurs de suivi :

- Taux de participation aux réunions.
- Nombre de personnes formées.
- Suivi des EPP.
- Mise à jour de la liste des référents.

Objectif 3 : Revoir l'organisation de l'accueil d'un patient et le suivi de son parcours.

Actions prioritaires :

- Améliorer les informations données au patient (personne de confiance, directives anticipées, droit des patients...).
- Formation des infirmiers à l'entretien d'accueil.
- Réactualisation générale du livret d'accueil et des entretiens d'accueil (médicaux et paramédicaux).
- Poursuivre la démarche patient traceur sur l'ensemble des unités de l'établissement.
- Evaluer l'application de la convention avec les Centres Hospitaliers d'Ussel, de Tulle et de Brive sur la prise en charge somatique du patient hospitalisé sans consentement (avec validation de l'ARS), en lien avec les partenaires.
- Poursuivre le travail sur l'identito-vigilance (procédure prise de photographie...).
- Développer la prise en compte des régimes multiples.
- Développer l'éducation thérapeutique.
- Généraliser les projets de soins individualisés.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'infirmiers formés.
- Nombre de patients traceurs effectués.
- Suivi des plans d'actions issus de la démarche patient traceur.
- Analyse des fiches d'évènements indésirables en lien avec l'application de la convention avec les CH d'Ussel, de Tulle et de Brive sur la prise en charge somatique du patient hospitalisé sans consentement.



- Création et mise à jour de procédures, protocoles, documents qualité.
- Nombre de régimes établis, compte-rendu du CLAN.
- Nombre de patients pris en charge en éducation thérapeutique.
- Nombre de projets de soins individualisés rédigés et insérés dans Osiris.

Objectif 4 : Poursuivre le travail sur le management des emplois et des compétences

Actions prioritaires :

- Audit évaluation des risques psycho-sociaux.
- Intégrer les risques psycho-sociaux dans les risques professionnels (Document Unique).
- Mettre à jour les fiches de poste.
- Mettre à jour le livret des nouveaux arrivants.
- Poursuivre les entretiens annuels d'évaluation et les entretiens professionnels. Suivi des demandes de formations et projets professionnels.

Indicateurs de suivi :

- Suivi du plan d'actions issu de l'audit.
- Mise à jour du Document Unique.
- Nombre de fiches de poste mises à jour.
- Mise à jour du livret des nouveaux arrivants.
- Nombre d'entretiens annuels d'évaluation et d'entretiens professionnels menés.

Objectif 5 : Développer les démarches parcours et la mise en place de la télémedecine.

Actions prioritaires :

- Favoriser les partenariats par la télémedecine (avec le médico-social, la médecine de ville et l'hôpital).
- Développer les DMP.
- Finaliser la mise en place de la messagerie cryptée et sécurisée.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de conventions signées.
- Nombre de partenaires équipés en télémedecine.
- Nombre de DMP ouverts.
- Nombre de comptes de messageries sécurisées.

Objectif 6 : Poursuivre et renforcer le management de la prise en charge médicamenteuse

Actions prioritaires :

- Actualisation du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.
- Mise à jour des procédures, protocoles, documents qualité autant que de besoin.
- Poursuivre les analyses des erreurs médicamenteuses et assurer le suivi et l'évaluation des actions mises en place. Faire remonter ces analyses en CREX.
- Améliorer la maîtrise du circuit du médicament sur l'hôpital de jour.
- Poursuivre les formations pharmacologiques (effets indésirables, prescription chez le sujet âgé...).
- Poursuivre les audits Interdiag et renforcer le suivi des plans d'actions.

Indicateurs de suivi :

- Manuel qualité mis à jour.
- Tableau de bord de suivi des actions mises en place.



- Compte-rendu Commission évènements indésirables – CREX.
- Nombre d'erreurs médicamenteuses déclarées.
- Nombre de personnels formés.
- Nombre d'audits Interdiag menés.

Objectif 7 : Développer et renforcer la prise en charge de la douleur physique et psychique.

Actions prioritaires :

- Poursuivre les formations.
- Création d'un inter-CLUD.
- Poursuivre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles « douleur ».
- Harmoniser les pratiques.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnels formés.
- Création de l'inter-CLUD. Nombre de rencontres effectuées dans ce cadre.
- Suivi de l'EPP.

Objectif 8 : Poursuivre le renforcement de la gestion des évènements indésirables.

Actions prioritaires :

- Poursuivre les réunions de la Commission des évènements indésirables – CREX.
- Poursuivre le travail des sous-commissions : gestion de la violence, analyse des erreurs médicamenteuses et accident avec exposition au sang.
- Faire remonter en CREX les analyses des différentes sous-commissions.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de réunions de CREX par an.
- Tableau de suivi des déclarations d'évènements indésirables.
- Suivi des plans d'actions suite aux CREX.

Objectif 9 : Améliorer la gestion documentaire.

Actions prioritaires :

- Revoir l'utilisation de Therefore.
- Réaliser un listing des documents qualité.

Indicateurs de suivi :

- Absence de fiches d'évènements indésirables.
- Satisfaction du personnel.

Objectif 10 : Poursuivre la politique de sécurité du Système d'Information.

Actions prioritaires :

- Poursuivre le suivi des indicateurs Hôpital Numérique.
- Poursuivre l'audit du système d'information tous les deux ans.

Indicateurs de suivi :

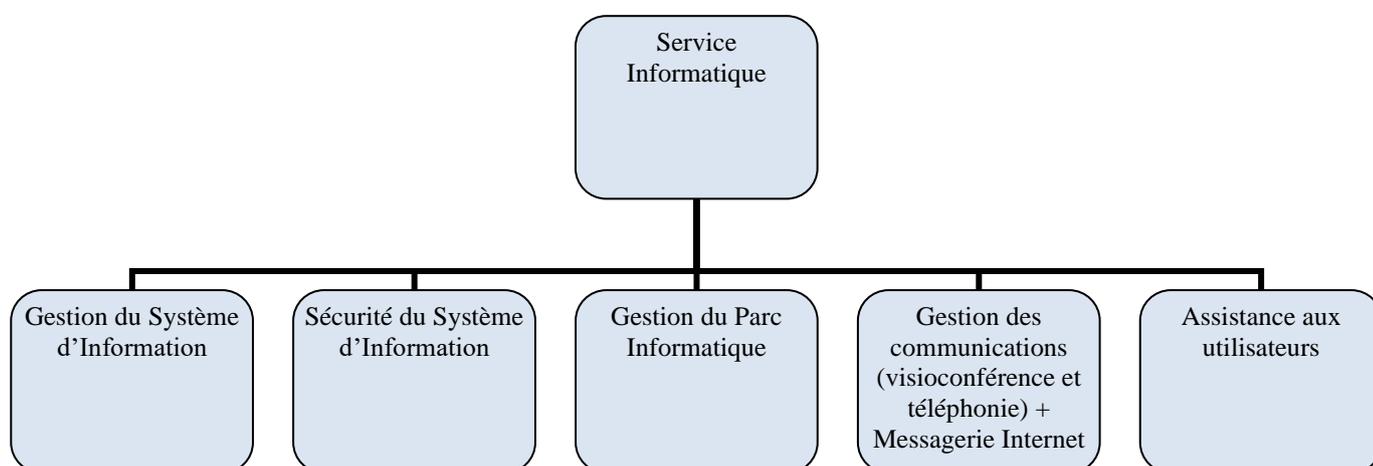
- Indicateur Hôpital Numérique.
- Résultat audit tous les deux ans.



8 - Le schéma directeur du Système d'Information



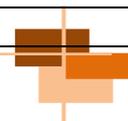
A) Approche schématique du Système d'Information du CHPE



B) Le schéma directeur du Système d'Information repose sur les éléments suivants :

- La cartographie applicative du système d'information est la suivante :

Domaines	Outils
Gestion administrative du patient	MEDIANE
Gestion économique et financière	MEDIANE
Gestion du personnel	MEDIANE
Gestion de la paye	MEDIANE
Comptabilité	SAGE
Gestion des règlements	MEDIANE
Dossier Patient Informatisé	OSIRIS
Gestion du PMSI psychiatrie	OBSIUS
Gestion du PMSI SSR	OXALYS
Gestion du temps	OCTIME



Gestion de la Restauration	WINREST
Gestion Électronique de Documents	THEREFORE
Gestion de la Pharmacie	OSIPHARM

Cette cartographie reflète les besoins de fonctionnement de l'établissement, selon les préconisations attendues dans le cadre du programme Hôpital Numérique et veille à ce que les éditeurs appliquent les évolutions de réglementation.

Le système d'information (SI) s'articule autour de la structure fonctionnelle de l'établissement. Cette dernière est révisée selon les évolutions nécessaires. La structure fonctionnelle correspond au référentiel unique de structure qui traduit l'organisation juridique, géographique et fonctionnelle de l'établissement.

Chaque modification oblige à analyser les impacts sur l'ensemble de ces champs.

- **La sécurité du Système d'Information repose sur :**

- La politique de sécurité du système d'information (PSSI) : elle définit l'ensemble des principes et règles devant être appliqués pour garantir la protection des données et, de manière générale, pour garantir la sécurité du SI du CHPE.
- Cette politique est accompagnée d'une charte d'accès et d'usage du SI qui rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent. Elle constitue une annexe au règlement intérieur de l'établissement.
- De même, il existe une charte d'accès applicable aux prestataires informatiques qui utilisent les moyens informatiques de l'établissement.
- L'analyse des risques : une analyse annuelle des risques est réalisée à l'aide de la méthode EBIOS par la Responsable du SI afin de gérer les risques sur le long terme et de déterminer les plans d'actions en adéquation. Le périmètre d'étude englobe la gestion des moyens de communication, le cœur de métier du SI et les principales interfaces humaines.
- Le plan de reprise d'activité (PRA) : Afin de pallier aux indisponibilités du SI, un plan de reprise d'activité est opérationnel et formalisé. Des procédures dégradées existent notamment pour la gestion administrative et le dossier de soins du patient.
- La sauvegarde des données est assurée quotidiennement de manière automatisée sur bandes et disques, et est entreposée à deux endroits physiquement différents.

- **Gestion du parc informatique :**

Il est composé de 16 serveurs physiques et de 19 serveurs virtuels, répartis sur les deux salles serveurs du CHPE géographiquement situées sur le site de la Cellette et sur un site de secours éloigné.

Les postes clients sont au nombre d'environ 190.

La téléphonie comprend 200 téléphones fixes et 148 téléphones mobiles de type DECT, auxquels sont associées certaines fonctionnalités de protection du travailleur isolé (PTI).

Les périphériques de type imprimante réseau sont au nombre d'environ 100.

- **Gestion des communications :**

Le CHPE est desservi sur son réseau LAN (réseau interne) par la fibre optique et par câble FTP (cuivre) pour accéder aux différentes unités selon la proximité avec le routeur.

Le VPN (accès au réseau informatique : Virtual Private network) du CHPE est relié en fibre optique sur son site principal et son site de secours puis en SDSL sur les 14 sites déportés.



La téléphonie est véhiculée sous IP sur l'ensemble des sites afin de réduire les coûts de communication.

La visioconférence est installée sur les sites les plus importants afin non seulement de réduire les déplacements des professionnels et les coûts afférents mais aussi pour faciliter les contacts avec les établissements partenaires situés sur l'ensemble du territoire français y compris les DOM TOM.

Les outils de navigation internet sont mis à la disposition des professionnels et des patients selon les avis médicaux.

Le CHPE est doté d'un serveur de messagerie Exchange permettant la synchronisation des différents équipements. D'autres fonctionnalités, comme le partage de calendriers et la création d'espaces de travail collaboratifs sont également proposées aux professionnels.

- **Assistance aux utilisateurs :**

Une assistance à l'utilisation est proposée sur l'ensemble des outils mis à disposition soit par télé assistance, soit sur intervention directe.

Une astreinte informatique est assurée les week-ends et les jours fériés sur les serveurs applicatifs et leur accessibilité.

C) Les projets en lien avec le Système d'Information et ses évolutions

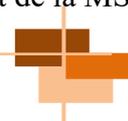
- L'archivage numérique : afin de libérer de l'espace physique, il est nécessaire que l'ensemble des services administratifs archivent numériquement leurs données. Pour cela, une étude a été réalisée en fonction des besoins annuels de stockage ; les services concernés sont les suivants : la comptabilité, le service Ressources Humaines, la paye, la qualité, l'informatique et le secrétariat médical.

Concernant les données existantes, un travail important de numérisation est à envisager et devra être calibré en termes de stockage numérique.

- Le pilotage médico économique : pour faire le lien avec le point exposé précédemment, ce projet nécessite l'acquisition d'un outil permettant de réaliser différentes interrogations sur nos bases de données administratives et médicales et confronter ces résultats en Comité médico économique (CMECO), mais aussi, répondre aux indicateurs Hôpital Numérique et aux instances administratives.
- La téléconsultation : afin de répondre aux besoins des services de soins et plus particulièrement le SSR Addictologie, l'établissement se dotera sur les années couvrant le projet d'établissement de la structure technique permettant aux médecins et infirmiers d'assurer un suivi médical et soignant, à distance, sur deux axes :
 - Entre le CHPE et le domicile.
 - Entre le CHPE et tout autre structure (sociale, médico-sociale) accueillant l'utilisateur.

A la suite de l'entretien, une ordonnance sera adressée au patient en mode sécurisé.

- La messagerie sécurisée en santé : Suite de la mise en œuvre du DMP, le CHPE continuera dans sa dynamique afin de véhiculer les données de santé à caractère personnel par le biais d'une messagerie sécurisée. C'est pourquoi, il s'inscrira dans le déploiement de la MS Santé.



En conclusion :

Le Système d'Information du CHPE et ses évolutions doivent constituer, sur la durée du projet d'établissement, un élément fort permettant à l'institution de s'inscrire parfaitement dans les prises en charge du futur. Ces évolutions sont déterminées annuellement lors d'une réunion spécifique du CODIR (en septembre de chaque année).

Chaque membre du CODIR, chacun dans son domaine, fait remonter les suggestions d'amélioration qui font ensuite l'objet d'une analyse, puis d'un arbitrage par la Direction.

Même si, compte tenu des pathologies accueillies, les temps d'hospitalisation seront toujours nécessaires, la préparation et le suivi de ces périodes avec les patients eux-mêmes et les équipes qui les prendront en charge devront être pris en compte.

C'est pourquoi, des projets reposant sur la télémédecine notamment verront le jour dans le cadre de la réalisation du projet d'établissement ainsi que la généralisation des liaisons avec l'ensemble de nos partenaires, qu'ils soient du domaine sanitaire ou du secteur social et médico-social.

Notre architecture informatique et les investissements présents et à venir sur notre Système d'Information garantiront la capacité du CHPE à répondre aux enjeux de la prise en soin du futur.



9 - Les projets



A) Hôpital de Jour Centre de Détention Uzerche

Le projet régional de santé 2012-2016 a précisé la nécessité de créer 8 places d'hospitalisation de jour au bénéfice de patients ayant aussi la qualité de détenus.

Le plan d'actions stratégique 2010-2014 pour la politique de sécurité des personnes placées sous-main de justice prévoit une organisation du dispositif de soins psychiatriques pour la prise en charge des personnes détenues.

Trois niveaux de soins sont ainsi définis :

- Niveau 1 : soins ambulatoires.
- Niveau 2 : activité d'hospitalisation de jour.
- Niveau 3 : hospitalisation à temps complet et sans consentement en milieu hospitalier.
- Il était précisé que toutes les régions devaient disposer d'au moins une unité sanitaire de niveau 2.

L'objectif du CHPE est de créer un lieu de soins, à l'intérieur du Centre de détention d'Uzerche, permettant une prise en charge spécifique à hauteur de 5 jours par semaine entre 9 heures et 17 heures. Les outils utilisés seront des ateliers à but thérapeutiques, socio thérapeutiques et d'éducation thérapeutique animés par l'équipe infirmière soutenue par un psychologue et un art thérapeute.

Cette unité de soins nécessitera un renfort en personnel à hauteur de 5,30 ETP (temps de psychiatre, infirmiers, art thérapeute) soit une masse salariale annuelle chargée de 220 K€.

	Projet Hôpital de Jour Centre de Détention Uzerche
Psychiatre	0,20
Surveillant	0,40
Art thérapeute	1

Ergothérapeute	0,30
Infirmiers	3
Assistante sociale	0,20
Psychologue	0,50
<u>Total</u>	5,60

B) Réhabilitation Psychosociale : CMP / CATTP de réhabilitation psychosociale (Brive)

Texte de référence :

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Appels à projet de l'Agence Régionale de Santé ALPC sur le champ de la Réhabilitation Psychosociale.

Le contexte :

Le CHPE possède trois agréments sur le territoire de Basse Corrèze : 2 unités d'hospitalisation (13 lits sur l'ESCALE et 15 lits sur VAL HORIZON) et de 10 places d'hôpital de jour. Ce dispositif a une mission régionale de réhabilitation psychosociale. Les patients issus du bassin de Brive peuvent bénéficier d'une continuité des soins grâce aux 10 places d'hospitalisation de jour.

Fort de l'expérience acquise, le CHPE doit à présent s'inscrire dans les orientations stratégiques posées par l'Agence Régionale de Santé de la région Aquitaine Limousin Poitou Charentes sur le plan de la Réhabilitation Psycho Sociale.

En effet, dans le cadre d'une démarche permettant d'habiliter un certain nombre d'acteurs sur la base de critères de prise en charge scientifiquement établis et évalués, l'ARS souhaite s'appuyer sur des acteurs de santé à deux niveaux :

- Le niveau 2 tout d'abord qui concerne les établissements ayant une activité d'enseignement et de recherche, en plus des activités suivantes :
 - Une mission de soins : parcourir et développer des soins de réhabilitation.
 - Une mission formations partenariat : assurer des formations universitaires sous pilotage et coordination du Centre de Ressource de niveau 3.
 - Une mission de réseau : favoriser la coordination de parcours.
 - Une mission évaluation et recherche : développer la recherche clinique.

- Le niveau 1 ensuite qui demande aux établissements concernés de venir en appui des acteurs de niveau 2 sur des aspects plus opérationnels et notamment :
 - Prérequis des centres niveau 1 déjà en place au CHPE.
 - Remédiation cognitive.
 - Entraînement des compétences sociales.
 - Education thérapeutique.



- Renforcement de l'autonomie.
- Soutien à l'emploi.
- Soutien des familles.

Le CHPE se positionne clairement pour être habilité sur le niveau 1, compte tenu non seulement de son expérience sur l'hospitalisation complète en RPS mais surtout des capacités de prise en charge qu'il a développées depuis de nombreuses années tant sur le secteur de Brive que sur celui de la Haute Corrèze.

La RPS étant, par définition, un champ d'activité transversal, le CHPE a tout naturellement vocation à devenir le référent départemental de cette activité et du territoire de santé :

- Corrèze.
- Haute-Vienne.
- Creuse.

La patientèle :

- CMP/CATTP accueillant des patients en phase de :
- Pathologie stabilisée.
- Évaluation, accompagnement et /ou apprentissage de l'autonomie.
- Évaluation ou aide à l'élaboration d'un projet professionnel.
- Poursuite d'un accompagnement psychothérapeutique
- Evaluation neuropsychologique.
- Amélioration des fonctions cognitives.

Les objectifs :

- Prendre en compte la nécessité et l'affirmation du droit à l'autodétermination de chaque patient.
- Favoriser la dynamique vers l'insertion dans le milieu ordinaire.
- Individualiser les projets et leurs réactualisations.
- Évaluer et favoriser les capacités de soutien de l'environnement immédiat du patient.
- Communiquer et échanger les informations avec les institutions qui facilitent l'insertion du patient, dans le respect de la confidentialité.
- Se positionner dans une continuité des soins effective, tant que nécessaire.
- Construire un projet personnel individualisé : ce projet est conduit par un référent, infirmier ou éducateur, responsable entre autres du suivi du projet, des contacts avec les partenaires extérieurs, de la mise à jour des dossiers. Le projet personnel individualisé est élaboré avec et sous la responsabilité du médecin psychiatre.
- Penser et personnaliser au mieux le projet de chaque patient.
- Identifier les besoins/demandes.
- Proposer au patient un soutien psychologique en toutes circonstances.
- Développer l'autonomie du patient par l'extension de ses diverses capacités.
- Favoriser la socialisation du patient par le développement personnel de conduites sociales et de modes de communication adaptés aux situations.
- Assurer au patient la possibilité d'envisager un projet professionnel.
- Assurer au patient la possibilité d'envisager une insertion sociale la plus autonome possible.
- Organiser les relais avec les autres acteurs du champ sanitaire médico-social ou social.

Les moyens :



- Le CHPE dispose d'un bâtiment au centre de Brive, qui pourrait accueillir le CMP et le CATTP de réhabilitation psychosociale.

Un CMP :

Service de consultations et de visites à domicile (psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur, assistante sociale).

Pour une durée prédéfinie avant le relais aux structures du secteur si besoin.

Un C.A.T.T.P. :

Les soins s'adressent à une population ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social. La mise en place d'activités adaptées sous la forme d'une ressourcerie pourrait être un lieu d'échanges et de rencontres non stigmatisés par le soin psychiatrique, afin de favoriser l'intégration à la vie sociale

L'évaluation :

- Nombre d'usagers bénéficiant de l'accompagnement.
- Nombre d'usagers réinsérer professionnellement.
- Le nombre d'usagers repris en charge par le secteur de Brive.
- Nombre de ré-hospitalisation.
- RymPsy.
- Fiches d'événements indésirables.

Les effectifs :

- Pour le CMP à moyen constant + 1 neuropsychologue + ½ ETP psychiatre.
- Pour le CATTP :
 - Deux infirmiers.
 - Un ergothérapeute.

C) Résidences sociales Ussel, Tulle et Brive

Compte tenu du fait qu'un certain nombre d'usagers connaissent des difficultés de maintien dans leur environnement à l'issue de leur hospitalisation, le CHPE s'est déjà inscrit sur le volet social de la prise en charge en obtenant l'agrément d'intermédiaire bailleur social.

C'est ainsi que depuis 2007, une résidence sociale a été créée sur Eygurande tout d'abord à hauteur de 10 studios puis plus récemment 5 nouveaux studios sont venus s'ajouter au dispositif existant.

Le constat fait apparaître un taux de ré hospitalisation très faible concernant les résidents accueillis. En effet, depuis 2007 et sur la base de 10 résidents, seuls 3 ont connu une nouvelle hospitalisation.

Cette structure fait appel à de nombreux partenariats et notamment dans le secteur sanitaire (CMP), le secteur médico-social (SAMSAH), le secteur social (Gérants de tutelle), la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Personnes (DDCSPP), le Conseil Départemental, les bailleurs sociaux et les associations d'aide à domicile.

Fort de cette expérience réussie, il est fait appel aujourd'hui au CHPE sur des projets nouveaux qui vont être étudiés sur les villes de Tulle et de Brive.



Ces deux projets doivent reposer sur une analyse précise des besoins, en lien avec les services de l'Etat et du Département, les usagers et les associations gestionnaires de majeurs protégés.

Le planning prévisionnel pourra être le suivant :

- Ussel : 2017.
- Tulle : 2018.
- Brive : 2019.

Concernant plus particulièrement le projet de la ville d'Ussel, l'étude des besoins fait état de la nécessité de créer 10 studios. Cette étude a associé :

- Les acteurs du secteur médico-social : Fondation Jacques Chirac, ADAPEI 19, PEP 19.
- Les usagers : UNAFAM.
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection de la Population (DDCSPP).
- La Sous-Préfecture.
- Le Conseil Départemental.
- L'ARS Limousin.

En l'état du dossier, l'année 2016 va voir la concrétisation du projet sous réserve de sa validation par les Services de l'Etat et de son financement.

D) Equipe mobile en Psychiatrie

Il s'agit de renforcer notre dispositif actuel.

Aujourd'hui, seule une infirmière (appelée infirmière de liaison) intervient sur le champ du médico-social (MAS, FO) autour de trois grands axes :

- Le soutien aux équipes éducatives des établissements partenaires du CHPE, notamment lors de difficultés rencontrées avec un résident.
- La préparation de l'hospitalisation au sein de l'unité ATRIUM.
- La préparation du retour, à la suite de l'hospitalisation, au sein de la structure médico-sociale.

Pour les années 2017 et 2018, trois orientations seront engagées, sous réserve de l'obtention des moyens nécessaires, y compris au travers de redéploiements :

- Le renforcement du soutien aux établissements médico-sociaux dans le domaine du handicap mental et psychique, par la mise en œuvre de temps infirmier supplémentaire :
 - 2017 : + 1 ETP au profit des MAS et FO à partir de l'ATRIUM.
 - 2018 : + 1 ETP au profit des FAM et ESAT à partir de l'unité la Suite.
- Le renforcement du soutien aux EHPAD, par la création de 2 ETP (1 Infirmier et 1 Aide-soignant), à partir de l'unité St Dominique (psychotiques vieillissants) en 2017.
- L'utilisation de la télémédecine en support aux structures médico-sociales : consultations médicales, psychologiques et infirmières.



Enfin, il sera important que le CHPE prenne toute sa place dans la mise en œuvre opérationnel du PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie).

E) Conseil Local de Santé Mentale à Ussel

Véritable lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants, le conseil local de santé mentale (CLSM) est l'outil permettant de définir les politiques locales et les actions nécessaires à l'amélioration de la santé mentale de la population.

Le CHPE va donc accompagner la commune d'Ussel (ou la Communauté des communes de la Haute Corrèze) sur l'élaboration de ce projet permettant une approche transversale au seul bénéfice du parcours des usagers.

Une réflexion va être engagée, dès le mois de septembre 2016, avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé ALPC, dans le cadre du contrat local de santé de Haute Corrèze.

Le CHPE va donc participer à la réponse à un appel à projet, publié par l'ARS, en tant qu'acteur en santé mentale. Cependant, le pilotage de ce Conseil Local en Santé Mentale revient aux instances politiques (Maire de la commune notamment). C'est pourquoi il est absolument nécessaire que le CLSM devienne un des outils du contrat local de santé et associe l'ensemble des acteurs concernés.

Enfin, cela permettra au CHPE de s'inscrire pleinement dans les recommandations proposées par l'ANAP la suite du diagnostic départemental qui a été mené sur la fin de l'année 2015 et sur une grande partie de l'année 2016.

F) Partenariats sur les Parcours de Soins

1) Projet d'un dispositif bucco-dentaire pour handicapés psychiques de Haute-Corrèze

a) Description détaillée du projet :

Les textes de référence :

- Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313.
- Rapport Jacob.
- Loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et



aux territoires.

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le contexte :

Le territoire de Haute-Corrèze est vaste et rural. Le contexte socio-économique a permis de développer de façon très importante l'offre d'accompagnement médico-social. La fondation Jacques CHIRAC comprend à l'heure actuelle 1260 places, l'ADAPEI de la Corrèze et les PEP19 ont aussi des structures sur ce territoire. Actuellement le CHPE dispose de 199 lits d'hospitalisation complète et de 15 places d'hôpital de jour. Ces deux paramètres entraînent la présence d'un grand nombre de personnes handicapées psychiques sur la Haute-Corrèze. Cet état des lieux potentialise le ratio patients/habitants. L'accès aux soins bucco-dentaires, pour les handicapés psychiques est peu couvert.

Les objectifs :

Créer des groupes d'éducation thérapeutique de patients dédiés aux problématiques bucco-dentaires :

L'aspect préventif doit être un des axes forts. La totalité de nos unités va disposer de ces groupes d'éducation thérapeutique. De plus, nous allons proposer aux structures du médico-social d'intervenir sous forme d'équipe mobile sur cette thématique spécifique.

Permettre aux patients lors de leur hospitalisation en soins psychiatriques d'avoir une évaluation et des soins appropriés à leur état dentaire :

Chez les personnes souffrant de troubles psychiques, on constate très souvent une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Cette réalité contribue sans doute à la stigmatisation dont souffrent cruellement ces patients. Au-delà, la mauvaise santé buccale a des conséquences graves sur l'état de santé général et la qualité de vie, l'insertion sociale et professionnelle. De plus, notre patientèle est majoritairement en situation de précarité avec un suivi bucco-dentaire antérieur quasi-inexistant. Le dispositif pour handicapés psychiques sur le territoire de Haute-Corrèze permettra à l'ensemble des patients hospitalisés d'avoir une évaluation et des soins appropriés à leurs problèmes bucco-dentaires avec utilisation possible de la technique MEOPA.

Faciliter l'accès aux soins dentaires sous MEOPA de l'ensemble des personnes handicapées psychiques du territoire de Haute-Corrèze :

Le manque de professionnels ayant des compétences spécifiques dans les soins bucco-dentaires en lien avec le handicap et nécessitant la technique MEOPA engendre de longs trajets et des délais importants de prises en soins pour les résidents des structures médico-sociales. Nous allons proposer à nos partenaires du secteur médico-social de Haute-Corrèze sous forme de convention cadre de bénéficier de notre dispositif. Des temps dédiés seront attribués à ces structures, et notre position géographique diminuera très largement les délais de route.

Les moyens matériels :

Le CHPE dispose d'un cabinet dentaire équipé d'un autoclave, le matériel est donc stérilisé sur site mais l'usage de matériels à usage unique est privilégié. Le cabinet est également équipé du dispositif MEOPA. Il répond aux normes en vigueur.



Les moyens humains :

Le CHPE a conventionné avec un chirurgien-dentiste vacataire à raison de deux demi-journées par semaine les lundis et jeudis après-midi.

Dix infirmiers ont été formés aux techniques de relation d'aide aux handicapés psychiques, à l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique et à l'utilisation du MEOPA, (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote).

L'évaluation :Quantitatif :

- Nombre d'admissions au CHPE + nombre de places dans les structures médico-sociales.
- Nombre de patients ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique.
- Nombre de patients reçus en consultation pour un diagnostic.
- Nombre de patients ayant bénéficié de soins sans MEOPA.
- Nombre de patients ayant bénéficié de soins avec MEOPA.

Qualitatif :

Mise en place d'un questionnaire de satisfaction.

2) Développer les programmes d'éducatons thérapeutiques sur la Corrèze

Les textes de référence :

- Décision n° 2014.0107:DC/SMACDAM du 21 mai 2014 du collège de l'HAS portant adoption du document intitulé "Guide méthodologique pour les coordinateurs et les équipes - Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique et d'une démarche d'auto-évaluation"
- Rapport Jacob.
- Décret du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- Décret du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
- Loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Recommandation HAS de juin 2007 sur l'éducation thérapeutique
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le contexte :

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Le CHPE dispose depuis le 29 Août 2013 d'une autorisation ARS de pratiquer au niveau du CMP d'USSEL et du pôle de réhabilitation psychosociale, deux programmes d'éducation thérapeutique :

Programme 1 : "Connaître et mieux vivre sa maladie"

Programme 2 : "Atelier et connaissance du médicament"



Le premier programme est pérenne depuis sa validation. Le second est resté au stade de projet, suite au changement de notre Docteur en pharmacie.

Les objectifs :

Ouvrir notre dispositif "connaître et mieux vivre sa maladie" sur l'ensemble du territoire :

- Communiquer sur cette pratique avec l'ensemble des structures du sanitaire et du médico-social du département accueillant des patients/résidents souffrants de schizophrénie, afin d'être plus efficient sur le territoire.
- Organiser sur des lieux dédiés ces groupes.

Mettre en place au niveau du CMP d'USSEL et du pôle de réhabilitation psychosociale le programme (cf projet) :

- Redynamiser notre équipe avec l'appui de notre Docteur en pharmacie

Créer des groupes d'éducation thérapeutique de patients dédiés aux problématiques bucco-dentaires :

- Mettre en place sur la totalité de nos unités ce dispositif de groupe d'éducation thérapeutique bucco-dentaire.
- Proposer aux structures du médico-social d'intervenir sous forme d'équipe mobile sur cette thématique spécifique.

Les moyens matériels :

Le CHPE dispose de locaux dédiés sur le CMP d'USSEL et sur le pôle de réhabilitation psychosociale.

Les moyens humains :

Quatre psychiatres, un médecin généraliste, trois psychologues, dix-huit infirmiers et deux éducateurs ont bénéficié de la formation spécifique de 40 heures.

L'évaluation (cf projet) :

Les indicateurs de suivi sont transmis annuellement à l'ARS.

G) Offre de soins en Addictologie

L'offre de soins proposée par le CHPE s'articule aujourd'hui à la fois sur le volet ambulatoire et sur celui de l'hospitalisation complète.

Concernant le volet ambulatoire, l'offre est constituée par :

- Un hôpital en addictologie de jour de 5 places situé à Ussel.
- Des consultations avancées en addictologie sur Bort-les-Orgues, Meymac, Neuvic et Egletons.
- Des partenariats avec les structures médicosociales et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

Concernant l'offre de soins en hospitalisation complète :

- Une unité de soins de 10 lits : Unité de Traitement de la Maladie Alcoolique (UTMA).
- Une unité de soins de suite et de réadaptation en addictologie de 5 lits (15 lits autorisés).



La réflexion doit porter aujourd'hui sur l'adaptation des dispositifs existants aux besoins de prise en soins. En effet, il apparait aujourd'hui la nécessité, pour le CHPE, de s'orienter vers :

- L'ouverture de 15 lits de SSR en addictologie sur des séjours de 8 semaines.
- Le redéploiement des 10 lits de l'UTMA d'hospitalisation complète en 5 places supplémentaires d'hôpital de jour en addictologie à Ussel et en renforcement de l'équipe mobile en addictologie qui interviendrait :
 - Sur les consultations avancées déjà existantes.
 - Sur les partenariats avec le Centre Éducatif Renforcé, géré par MSA Services, et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).
 - Sur les établissements médico-sociaux et sociaux de la Haute Corrèze dans le cadre de l'addictologie.

H) Offre de soins en Santé Mentale en Haute Corrèze

1) Offre de soins en Santé Mentale en Haute Corrèze

Par décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, les autorisations de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Haute Corrèze (CHHC) vont être transférées au 1^{er} Juin 2017 au Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande (CHPE).

L'offre de soins du CHPE et celle du CHHC doivent être complémentaires et s'organiser de manière efficiente.

Ainsi, ce transfert d'autorisation va permettre de créer des parcours fluides pour les usagers de la Haute Corrèze.

Les soins sans consentement : la complémentarité de la psychiatrie du CHHC et du CHPE va de soi en ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte. Elle est d'ailleurs effective depuis 2 ans. Les locaux du site historique sont adaptés à ce type de soins et leur situation géographique permet une souplesse d'un accompagnement sans l'enfermement auquel les services de ville peuvent être contraints.

La psychiatrie générale polyvalente : pour l'accueil, l'orientation, les soins et le suivi des patients de la zone géographique de la Haute Corrèze, le service de psychiatrie d'USSEL doit être le service de référence mais sans plus ignorer les patients de la région auparavant suivis par le CHPE. Ainsi, le service Le Cantou qui accueille la même population de patients que le service d'Ussel devrait y être progressivement redéployé.

Le service de psychiatrie d'USSEL décrit une forte activité de gérontopsychiatrie avec des équipes mobiles allant sur les EHPAD. L'ensemble de ces établissements de secteur devrait être inclus dans des conventions formalisées.

Dans l'avenir, une meilleure harmonisation des hospitalisations nécessaires sera organisée avec le service St Dominique dont la modernisation et le projet ne correspondent plus à l'image asilaire qui



lui est attachée. La jonction des deux services devrait aussi permettre un meilleur flux des patients sous l'égide des équipes mobiles.

Des patients âgés en psychiatrie souffrant parfois de graves pathologies en décompensation pourront bénéficier de la proximité des unités somatiques de l'hôpital d'USSEL avec deux places réservées à ces soins.

La création d'un hôpital de jour pour personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques peut être envisagée afin d'éviter les effets délétères de l'hospitalisation complète et de l'isolement social mais les locaux ne sont pas adaptés et il n'y a pour l'instant pas d'appel à projet de l'ARS.

L'activité intra hospitalière en liaison avec le service des urgences et les services somatiques restera assurée par les gardes et consultations des psychiatres de l'unité d'hospitalisation d'USSEL.

La déficience grave avec troubles du comportement : le service ATRIUM reste la plateforme de référence en lien avec le médicosocial. On ne devrait plus retrouver de patients « inadéquats » occuper des places pendant des années en service de psychiatrie polyvalent du Centre Hospitalier d'Ussel ciblant des soins en phase aigüe.

L'Addictologie sur le secteur d'Ussel : le Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier d'Ussel reçoit directement ou par les urgences des sujets ayant un mésusage ou une dépendance envers l'alcool. Après évaluation par les praticiens hospitaliers du service, à noter la compétence de l'un d'entre eux en addictologie, une orientation se fera :

- Si hospitalisation nécessaire :
 - Vers l'UTMA – SSR de l'Abeille.
 - Vers l'hôpital de jour.
- Si le patient présente un état psychiatrique avéré avec comorbidité à l'alcool, il restera dans le service psychiatrie d'Ussel et les interventions de l'infirmière de liaison se feront dans le cadre défini par le praticien référent du service.
- Si une hospitalisation n'est pas nécessaire :
Le sujet sera orienté sur le CMP en addictologie d'Ussel en gardant le praticien de son choix et en bénéficiant des interventions de l'équipe.

Relations avec les associations impliquées dans les soins aux addictions :

- L'ANPAA est représentée à Ussel par le Dr BELCOUR.
- Le CHPE répond principalement aux demandes de prise en charge hospitalière.
- L'ELSA- Réseau : L'unité prend en charge nombre de patients qui bénéficient d'interventions médicales ou d'Hôpital de Jour.
- Deux rencontres annuelles formalisées permettent des échanges sur les différentes prises en charge effectuées.
- Des contacts en cas de nécessité sont fréquents.



Ce transfert d'autorisation devra s'accompagner du versement d'une Dotation Annuelle de Financement réévaluée au CHPE, en prenant en compte les besoins en personnels : + 3,5 ETP d'infirmiers ; + 1 ETP de Psychiatre et + 0,5 ETP de préparateur en pharmacie. Cependant, un poste de cadre de santé (sur les 2 présents au CHHC) sera supprimé et ses missions seront mutualisées avec celles du surveillant au CHPE présent sur les structures ambulatoires de la Haute Corrèze.

Enfin, un projet immobilier devra être engagé afin d'offrir aux patients, un accueil de qualité.

Le constat actuel fait apparaître les éléments suivants :

- CHPE :
 - Hospitalisation complète : 10 lits (unité le Cantou) et 15 lits (unité la Suite).
 - Soins ambulatoires : CMP Ussel, Hôpital de jour en alcoologie 5 places à Ussel, consultations avancées en addictologie à Bort-les-Orgues, Meymac, Egletons et Neuvic, CATTP café thérapeutique l'Envolée à Ussel.
- CH d'Ussel :
 - Hospitalisation complète : 24 lits.
 - Soins ambulatoires : Hôpital de jour pour adultes (14 places) et CATTP à Bort-les-Orgues.
 - Activité de liaison Urgences, services MCO et EHPAD.

A ce jour, par convention :

- Les équipes peuvent travailler dans le cadre d'une mutualisation au niveau du CMP d'Ussel, des CATTP de Bort-les-Orgues et d'Ussel.
- Les locaux, pour les prises en charges ambulatoires, sont communs dans le cadre d'une mise à disposition par le CHPE.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PROJETS AVEC LES IMPACTS EN EFFECTIFS

Projets	Psychiatre	Assistante sociale	Psychologue	Hote	Art thérapeute	IDE	Ergothérapeute	Aide soignant	Surveillant	<u>Total</u>
Réhabilitation Psychosociale	0,5		1			2	1			4,50
Hôpital de jour CD Uzerche	0.20	0.20	0.50		1	3	0.40		0.40	5,70
Equipe mobile 2016	0.50					2		1	0.30	3,80
Equipe mobile 2017						1				1
Résidence d'accueil				2						2
Total	1,20	0.20	1,50	2	1	8	1,40	1	0,70	17

**PRESENTATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT
AUX INSTANCES REPRESENTATIVES DU PERSONNEL :**

→ **Comité d'Entreprise** :
16 Décembre 2016 (*Avis favorable*)

→ **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail** :

→ **Commission Médicale d'Etablissement** :
09 Septembre 2016 (*Avis favorable*)

→ **Conseil d'Administration** :
30 Mai 2017 (*Avis favorable*)



10 - Additif au projet d'établissement du CHPE 2016 - 2021



Cet additif a été rédigé à la fin de l'année 2019 et permet de prendre en compte les évolutions qui sont intervenues depuis 2016 au niveau de l'offre de soins.

Par ailleurs, le corps médical ayant été renouvelé en quasi-totalité, il était nécessaire de procéder à des ajustements tant sur le plan du projet médical que sur celui du projet de soins.

L'intégration de ces modifications dans cet additif est intervenue au 1^{er} trimestre 2020.

Le choix de ne pas les intégrer directement dans le corps du projet d'établissement initial permet de garder le document d'origine tel qu'il a été validé initialement.

Lorsqu'il fera l'objet d'une réécriture complète en 2021, un nouveau document sera dès lors produit dans le cadre d'une refonte globale.

Les points modifiés sont les suivants :

- Le projet médical et le projet de soins.
- L'organisation déclinée.
- La politique du circuit du médicament.
- La démarche qualité.
- Le schéma directeur du système d'information
- Le projet social.



A) LE PROJET MEDICAL ET DE SOINS INFIRMIERS

Introduction :

Le projet médical et de soins infirmiers définit la politique de soins établie par l'établissement pour l'orientation des filières médicales et la prise en charge du patient, en tenant compte de son environnement.

L'implication des médecins responsables de services et de l'encadrement soignant est indispensable pour relayer auprès des unités le projet de soins. Ce projet élaboré par la CME et la Direction des Soins, en lien avec l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité, se veut être une réflexion accompagnée de propositions d'actions pour l'évolution de l'établissement. L'ensemble des grands axes est débattu lors des réunions de nos commissions (CME, CLIN, CLAN, CLUD, CUV, CLE, OSIRIS...) dans lesquelles des représentants médicaux et infirmiers par unités, siègent afin d'avoir une vision institutionnelle montante et descendante.

Ce document vise donc à inscrire le projet médical et de soins dans l'évolution des pratiques professionnelles indispensables à la délivrance de prestations de qualité. Il donne une ligne directrice au projet d'établissement, dans une dynamique significative de progrès, qui associe le plus grand nombre de professionnels présents de façon directe ou indirecte dans la prise en charge des personnes soignées.

Le projet s'appuie sur les axes définis au sein du PRS.

De même, il est cohérent avec les orientations de la HAS et plus spécifiquement en lien avec les lignes directrices proposées par la mission d'appui en santé mentale.

Ce travail est porteur de grandes orientations que chaque acteur du soin devra s'approprier et approfondir avec son professionnalisme.

1) Les fondamentaux

1.1) Valeurs et objectifs



a) Valeurs

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, spécialisé depuis longtemps en psychiatrie et désormais dans la santé mentale, reste attaché aux valeurs humaines, qui sont l'accueil, le respect et la tolérance, qui se traduisent de la manière suivante :

- **Recevoir** dans le sens d'accueillir, accepter, donner, termes desquels ressort la notion d'échange.
- **Respecter** : notamment la parole de l'autre, la vie privée, l'intimité, la confidentialité, les droits et les croyances de chacun.
- **Tolérer** : reconnaître le droit à la différence, ne pas porter de jugement de valeur, avoir une attitude conciliante.

Philosophie du soin :

Le soin participe au rétablissement de l'harmonie interne du sujet malade et des relations adaptées à son environnement. Le soin procède de l'interaction entre soignant et soigné, de la relation de co-construction d'un fonctionnement psychique à même de rétablir le sujet et de lui permettre de retrouver de l'autonomie.

La philosophie du soin s'imprègne des textes légaux du code de la santé publique :

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, *Article R. 4311-2* : « l'infirmier a pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physique et psychique, en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ».

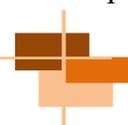
Article R. 4311-6 : « Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
- Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient ».

Nous dirons pour conclure, que le soin est une relation d'homme à homme, considérant la personne soignée comme l'autre « alter » et non comme l'autre « aliénus ». Cette relation nécessite l'engagement professionnel prenant en compte la distance professionnelle qui passe obligatoirement par le vouvoiement de la personne soignée.

L'évolution des prises en soins :

La prise en soins du patient, objet de toutes les attentions soignantes, a considérablement évolué ces dernières années. Individualisée, elle tient davantage compte de l'environnement de la personne.



Ainsi, les alternatives à l'hospitalisation et l'offre de soins ambulatoires sont plus nombreuses à ce jour et mieux maîtrisées.

Références légales (décrets infirmiers, règles professionnelles...) :

- **Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».
- **Extraits du décret du 29 avril 2002** : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenue par des professionnels et établissements de santé ».
- **Le décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier qui a abrogé et remplacé le décret du 11 février 2002.
- **Instruction DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017** relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Spécificité de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale, il créé un nouvel article dans le domaine de compétence des infirmiers.

- **Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016** relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

b) Objectifs

Nouvelle organisation du service de soins :

L'organisation du service de soins tend à s'adapter à l'évolution des missions et des prises en charge du C.H.P.E.

Elle se décline en 5 parcours de soins :

1. Parcours de Soins en Psychiatrie Générale :

Intégrant l'ensemble des structures de soins et d'alternatives à l'hospitalisation en rapport avec le parcours du patient : de l'évaluation à l'entrée éventuelle en hospitalisation pour repartir vers d'autres structures extérieures (CMP – CATTTP).

2. Parcours de Soins en Réhabilitation Psychosociale :

Le centre de référence de réhabilitation psychosociale de la Corrèze permet un suivi spécifique sur l'ensemble des trois secteurs de la Corrèze (cette organisation est conventionnée avec l'ensemble de nos partenaires).

3. Parcours de Soins en Soins Intensifs et Sécurisés :

Relève de missions régionale et nationale spécifiques.

4. Parcours de Soins en Addictologie :

Ce parcours a deux vocations, une axée sur le secteur 3 constituée de 8 centres de consultations avancées au cœur des maisons de santé et une d'hospitalisation ouverte à l'ensemble de la patientèle du Centre France.



5. Parcours de Soins chez les patients souffrant de troubles envahissant du développement et de troubles du spectre autistique :

Ce parcours est en lien direct avec l'ensemble des structures médico-sociales de la Corrèze et des départements limitrophes. Il est constitué d'une équipe mobile et d'un lieu d'hospitalisation pour bilan diagnostic et thérapeutique, pour évaluation pluriprofessionnelle.



B) L'ORGANISATION DÉCLINÉE

1) Parcours de soins en Psychiatrie Générale

Le dispositif se veut tourné vers la cité. L'hospitalisation à domicile, dans son approche en santé mentale relève d'un accompagnement médico-social. L'hospitalisation complète est filiarisée, disposant d'équipes spécifiquement formées et expérimentées. L'accueil en CMP et HDJ se développe et fluidifie le parcours du patient. Les ressources médicales sont faibles en Corrèze, ce qui explique la supervision des soins psychologiques et infirmiers par un psychiatre, parfois en délégation. Les orientations de chaque unité fonctionnelle sont définies par le psychiatre en coopération avec le cadre supérieur de santé et le cadre de santé.

a) Unité d'Hospitalisation Complète d'Ussel

Service de psychiatrie générale à destination de patients librement hospitalisés, y séjournant de manière ponctuelle.

Objectifs :

- Recevoir des patients du secteur 3 Haute Corrèze, en soins libres.
- Evaluer et diagnostiquer pour proposer une orientation dans l'unité la plus adaptée, ou un projet médical avec sa déclinaison de soins de courte durée sur l'UHCU.
- Evaluer la qualité du retour à domicile, en mettant en place un étayage permettant un suivi ambulatoire efficient.
- Travailler en lien avec les partenaires, en organisation le suivi le plus tôt possible et en invitant les acteurs aux synthèses concernant la personne.
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient, en ayant pour objectif une qualité de vie satisfaisante pour ce dernier.

Moyens :

- C'est une unité de 20 lits d'hospitalisation complète, (offrant 2 places d'hospitalisation de nuit), et d'une chambre d'isolement utilisée si nécessaire en attente d'un changement de régime d'hospitalisation et de transfert dans une autre unité.
- Elle est située dans l'enceinte de l'hôpital général de proximité (Centre Hospitalier de Haute Corrèze)
- Des activités thérapeutiques sont proposées et/ou prescrites par le psychiatre et réalisées par l'équipe de soignants et le psychologue (éducation thérapeutique, activités médiatisées...etc)
- L'évaluation sociale et le suivi sont assurés par l'assistante sociale.
- Une activité de liaison assurée par une infirmière et l'équipe de psychiatres est déployée sur le CHHC, afin d'évaluer, de donner un avis psychiatrique, et de proposer une offre de soins la plus adéquate.
- Un véhicule de service



Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Nombre d'intervention de l'équipe de liaison.

Effectif cible :

- Cadre Supérieur de santé sur l'ensemble du parcours : 1
- Cadre de Proximité : 1
- Infirmiers : 2 matin – 2 soir – 1 journée continue (sauf week-end)
- Aide soignants : 2 matin – 2 soir
- Psychologue : 0,5
- Assistante sociale : 0,4
- ASH : 1 matin – 1 soir –
- Equipe de nuit : 1 infirmier – 1 aide-soignant

b) Unité d'Admissions

Service de psychiatrie générale à destination de patients hospitalisés sous contrainte ou librement, depuis le territoire Corrèzien entier. Patientèle relevant de soins plus spécialisés accueillie au sein d'un service au fonctionnement bien rodé, accueillie par une équipe pluridisciplinaire expérimentée.

Objectifs :

- Recevoir des patients en soins sans consentement des 3 secteurs de la Corrèze (BRIVE, TULLE et USSEL).
- Recevoir des patients complexes de la Corrèze en hospitalisation libre, après plusieurs tentatives de réhabilitation sur leur secteur d'origine.
- Traiter la crise dans l'attente de l'adhésion aux soins du patient.
- Évaluer les changements de comportement.
- Stimuler la vie relationnelle.
- Faciliter les parcours de soins et de vie pour les patients en rupture de soins.
- Travailler en lien avec les services adresseurs, afin de permettre un retour sur le lieu d'origine (synthèse en présentiel ou par visioconférence)
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient.

Moyens :

- C'est une unité fermée de 15 lits pour des patients issus du territoire de santé de la Corrèze, plus 2 chambres d'apaisement et une chambre d'isolement.
- La prise en charge est basée sur la reprise des soins et le rééquilibrage d'un traitement psychotrope satisfaisant.
- Des activités thérapeutiques sont proposées et/ou prescrites par le psychiatre et réalisées par l'équipe d'infirmières et de psychologues (éducation thérapeutique, activités médiatisées...etc)



Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre Supérieur de santé sur l'ensemble du parcours : 1
- Cadre de Proximité : 0,5
- Infirmiers : 2 ou 3 matin – 2 ou 3 soir – 1 journée continue (sauf week-end)
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,2
- ASH : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue
- Equipe de nuit : 1 infirmier – 2 aides-soignants (mutualisation avec l'équipe de « la suite »).

c) Unité de Suite

Service de psychiatrie à destination de patients hébergés en structure médico-sociale ou admis depuis les services de psychiatrie générale du CHPE en raison de difficultés dans le retour vers l'extérieur.

Objectifs :

- Renforcer la prise en soins dans la continuité, après un passage dans l'unité d'admissions et pour lesquels une solution sécurisée de sortie se fait attendre (retour à domicile, structure médico-sociale, famille d'accueil).
- Recevoir pour évaluation suite à une nouvelle décompensation des patients sédentarisés sur le territoire d'USSEL. La majorité de ces patients sont issus des autres territoires de santé de la Corrèze.
- Accueillir pour des séjours de répit et après convention des patients issus des structures médico-sociales notamment d'ESAT et FO.
- Limiter le nombre d'hospitalisation et la durée de séjour de ces personnes, en proposant un suivi au sein des structures (équipe mobile).
- Évaluer les changements de comportement.
- Aider le sujet dans la reprise de relations.
- Faciliter les parcours de soins et de vie pour les patients en rupture de soins.
- Travailler en lien avec les services adresseurs, afin de permettre un retour sur le lieu d'origine (synthèse en présentiel ou par visioconférence).
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient.

Moyens :

- C'est une unité de 15 lits plus une chambre d'isolement, pour des patients issus du territoire de santé de la Corrèze. Plus ouverte que l'unité d'admission où, de façon générale, le patient est demandeur de soins, bien que souvent son libre arbitre soit altéré par les contraintes de sa maladie ou de son environnement.



- Les actions comme dans l'unité d'admissions se font sur la base d'entretiens individuels planifiés (infirmiers, psychologues, psychiatres).

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- File active de l'équipe mobile

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,5
- Infirmiers : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue (3 jours par semaine)
- Psychologue : 0,2
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 1 matin – 1 soir – parfois 1 journée continue pour activités
- ASH : 1 matin – 1 soir – 1 journée continue
- Equipe de nuit : mutualisation avec l'unité « Admission »

d) Unité Le Cantou

Service de psychiatrie générale dédié aux patients dans un milieu hospitalier moins formel. Les soins sont très inspirés des principes de la psychiatrie institutionnelle.

Objectifs :

- Finaliser un projet de sortie pour des patients qui peuvent être en soins libres ou sans consentement, mais sans troubles du comportement avec projet de sortie en cours ou à mettre en place.
- Accueillir des patients nécessitant une hospitalisation brève lors d'une décompensation mineure.
- Permettre l'hospitalisation exceptionnelle de patients chroniques refusant l'entrée sur des unités du site de La Cellette.

Moyens :

- C'est une unité de 10 lits ouverts.
- Un véhicule de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.



Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,5
- Infirmiers : 1 matin – 1 soir
- Psychologue : 0,2
- Assistante sociale : 0,1
- Aides-Soignants : 1 matin – 1 soir
- ASH : 1 journée continue
- Equipe de nuit : 1 Aide-Soignant, intervention de l'infirmier de l'UTMA à la demande

e) Unité Saint Dominique

Service de psycho-gériatrie lié au dispositif de Psychiatrie de la Personne Agée.

Objectifs :

- Accueillir pour évaluation des patients ayant des troubles psychiatriques en provenance des neuf EHPAD ou de leur domicile, de Haute-Corrèze.
- Approche médicale, gériatrique au premier plan.
- Faciliter les parcours de soins et de vie pour les patients en rupture de soins.
- Etablir un projet de soins et de vie avec le patient.
- Travailler avec l'entourage : famille, mandataire, personne de confiance.

Moyens :

- C'est une unité mixte de 15 lits avec 15 chambres individuelles plus 2 chambres médicalisées, et 1 chambre d'isolement.
- L'admission se fait suite à la validation du dossier de pré admission, en accord avec le médecin gériatre responsable de l'équipe mobile de la psychiatrie de la personne âgée.
- Une équipe mobile dédiée.
- 3 véhicules de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- File active de l'équipe mobile

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 1
- Infirmiers : 1 matin – 1 soir
- Psychologue : 0,2
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 3 matin – 2 soir
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier - 1 Aide-Soignant
- Equipe mobile dédiée à la psychiatrie de la personne âgée : 3 infirmiers



f) Centre Médico-psychologique et Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel d'Ussel et ses deux antennes

Service de consultation et traitement ouvert accueillant une patientèle volontaire sur des temps courts.

Objectifs :

- Évaluer les habiletés sociales.
- Favoriser la réhabilitation.
- Favoriser la continuité des soins.
- Eviter ou limiter les temps d'hospitalisation.
- Suivi psychiatrique/addictologique

Moyens :

Le CMP :

- Un lieu de consultations à Ussel de psychiatres, psychologues et d'assistantes sociales, ouvert 5 jours par semaine.
- Une antenne à Merlines avec consultations de psychiatres, psychologues et d'assistantes sociales, ouverte 1 jour par semaine.
- Une antenne à Bort les Orgues au sein de la maison de santé avec consultations psychiatres, psychologues et assistantes sociales, ouverte 1 journée par semaine.
- Visites à Domicile et accueil réalisés par du personnel soignant sur l'ensemble du secteur 3. 5 jours par semaine.
- Différentes activités thérapeutiques : groupe d'estime de soi, éducation thérapeutique du patient, relaxation, hypnose, thérapie familiale et entretiens d'aide aux familles.
- Une résidence d'accueil à Eygurande de 15 studios à visée sociale. Elle est destinée à l'accueil de personnes :
 - ✓ Fragilisées, handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est insuffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collectives.
 - ✓ Suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin.
 - ✓ Dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale à faible niveau de revenus, sans critère d'âge.

Le C.A.T.T.P. :

- Sur Ussel : sous la forme de « café thérapeutique », c'est un lieu d'échanges et de rencontres non stigmatisé par le soin psychiatrique, afin de favoriser l'intégration à la vie sociale, ouvert 4 demi-journées par semaine.
- Sur Merlines : sous la forme d'activités séquentielles et de restaurant thérapeutique, ouvert 10 demi-journées par semaines.
- Sur Bort les Orgues : sous la forme d'un local à visé commercial, dans le but de travailler sur les interrelations usagers/citoyens et de favoriser un renforcement positif de l'estime de soi, ouvert 4 demi-journées par semaine.



Quatre appartements relais thérapeutiques :

Permettent une évaluation de l'autonomie de certains patients à leur sortie d'hospitalisation.

6 véhicules.

Evaluation :

- Nombre d'usagers bénéficiant de l'accompagnement.
- Nombre de ré-hospitalisation.
- Fiches d'évènements indésirables.
- RimPsy.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 1
- Infirmiers : 6 en journée du lundi au vendredi
- Aides-soignants : 1 en journée du lundi au vendredi
- Psychologue : 2 en journée du lundi au vendredi
- Assistante sociale : 0,5 ETP
- Secrétaires médicales : 1 en journée du lundi au vendredi
- Hôtes : 1 de 10H00 à 18H00 du lundi au dimanche

g) L'hôpital de jour :

Service de psychiatrie générale ouvert accueillant les patients sur quelques heures par jour.

Objectifs :

- Accueillir des patients du secteur 3, pour leur proposer les soins adéquates.
- Evaluer la qualité de vie à domicile.
- Proposer des activités ouvertes sur la cité, afin que le patient puisse graduellement les inclure en autonomie à son quotidien.
- Travailler en lien avec les partenaires extérieurs, afin d'harmoniser l'étayage.
- Travailler avec l'entourage (famille, mandataire et personne de confiance)
- Établir un projet de soins et de vie avec le patient, en ayant pour objectif une qualité de vie satisfaisante pour ce dernier.

Moyens :

- Situé à l'étage (avec ascenseur) d'un bâtiment usellois dont le CHPE est propriétaire.
- Il compte 14 places
- Un véhicule de service.

Évaluation :

- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de proximité : 0,3
- 3 infirmiers en journée continue du lundi au vendredi.
- Psychologue : 0,1



2) Parcours de soins en Réhabilitation Psychosociale

Le concept de réhabilitation psychosociale se définit comme l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient, de la fin de crise initiale jusqu'à la reprise de vie la plus équilibrée possible, c'est-à-dire avec la plus grande autonomie la meilleure qualité de vie possible et le moins d'intervention de professionnels.

Principes d'organisation des soins :

Le parcours est constitué de 3 unités fonctionnelles sur 2 sites distincts, ainsi que de 2 appartements dits relais. Quelques principes communs aux différentes unités structurent l'organisation des soins :

- **L'admission** se fait sur orientation médicale, par un dossier de préadmission, une journée de visite et une réponse décidée en commission d'admission pluridisciplinaire.
- **Un projet de soins individualisé** est élaboré avec chaque patient, réactualisé tous les trois mois ou plus tôt si nécessaire, formalisé dans un **contrat de soins** écrit, lors de **synthèse** clinique pluridisciplinaire, en collaboration avec les **partenaires institutionnels extérieurs et les aidants familiaux**. Le projet personnel individualisé est élaboré avec et sous la responsabilité du médecin psychiatre.
- La continuité du projet est assurée par la désignation de **référént**, interlocuteur privilégié du patient, de son entourage et des partenaires extérieurs, selon les principes du « **case management** ».
- L'accompagnement est global : thérapeutique (psychologique et somatique), éducatif (de la gestion du quotidien à la sociabilisation), social, ainsi que d'insertion professionnelle. Il prend en compte la nécessité et l'affirmation du droit à l'autodétermination de chaque patient. L'accompagnement proposé est susceptible de réactivité en apportant des réponses précoces aux évolutions de situation du patient.

En fonction de l'évolution du projet de chaque patient, des objectifs définis ensemble, des évaluations réalisées, les patients sont orientés dans les différentes unités du parcours.

a) Escale

Objectifs prioritaires :

- Permettre une stabilisation et une consolidation psychique.
- Adapter le traitement médicamenteux
- Développer la connaissance des troubles par le patient au moyen d'outils spécifiques
- Faciliter l'accompagnement psychothérapeutique.
- Evaluer les capacités d'autonomie dans la gestion des soins et du quotidien
- Aider le patient à développer, voire à acquérir, ses « habiletés individuelles », dans les domaines du physiologique, du psychique et de l'environnemental, pour éviter ou atténuer les crises.
- Évaluer et favoriser les capacités de soutien de l'environnement immédiat du patient.
- Elaborer un premier projet personnel individualisé.

Moyens :

- C'est une unité d'hospitalisation ouverte de 13 lits en chambres individuelles.
- Activité d'évaluation et d'apprentissage des habiletés de gestion du quotidien.
- Utilisation d'outils reconnus en Réhabilitation Psychosociale (AIPSS, Recos, Programme d'Education Thérapeutique agréé par l'ARS...)



- Suivi individuel psychiatrique, psychologique, social et éducatif.
- Possibilité d'accueil en hospitalisation de nuit.

Evaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,4
- Infirmiers : 1 matin – 2 soir – 1 infirmier en journée continue.
- Psychologue : 0,5
- Assistante sociale : 1 ETP
- Educateur spécialisé : 1 en journée continue en alternance avec l'infirmier de journée.
- ASH : 1 en journée continue.
- Equipe de nuit : 1 infirmier - 1 aide-soignant.

b) Appartements thérapeutiques de Val Horizon

Objectifs prioritaires :

- Accueillir des patients ayant davantage de capacité d'autonomie qu'à l'Escale ou dans une meilleure consolidation psychique.
- Poursuivre le projet de soins avec proposition d'activités plus ouvertes sur l'extérieur.
- Accompagner dans des projets d'insertion professionnelle, de l'évaluation psychotechnique pratique à la mise en situation.
- Evaluer les capacités d'autonomie au niveau du logement.
- Redynamiser le physique et le psychique.

Moyens :

- 7 appartements thérapeutiques avec une chambre, une salle de bain et une kitchenette.
- 1 équipe dédiée à l'accompagnement et à l'évaluation au niveau du logement.
- 1 self ayant une double vocation : fournir les repas aux usagers de l'hôpital de jour et aux patients des appartements et évaluer l'apprentissage professionnel sur cet axe.
- Augmentation du nombre d'activités proposées, choisies en fonction des objectifs de chaque patient, et de l'évolution de son projet, qui font l'objet d'un emploi du temps individualisé (Gestion du quotidien, sociabilisation, sportives, culturelles, professionnelles, créatives).
- 1 logiciel d'activités qui permet aux patients d'avoir le planning des activités à la semaine sur leur téléphone portable.
- Accès à des activités préprofessionnelles lors d'activités animées par des moniteurs d'ateliers ou des éducateurs spécialisés, mise en situation de stage en milieu ordinaire ou protégé, recherche de formations qualifiantes.
- 2 véhicules.



Evaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de proximité : 0,2.
- Infirmiers ou éducateurs spécialisés ou AES : 1 en journée continue du lundi au dimanche.
- Educateurs spécialisés ou infirmiers : 1 le soir du lundi au vendredi.
- ASH : 0,2 en journée continue.
- Équipe de nuit : 1 infirmier + 1 AS mutualisés avec l'Escale grâce à un système d'appel.

c) L'hôpital de jour de Réhabilitation**Objectifs prioritaires :**

- Accompagner des patients résidants à proximité géographique dans un projet global de Réhabilitation dans une prise en charge ambulatoire, sans hospitalisation complète.
- Poursuivre le projet de soins de patients passés dans une structure d'hospitalisation complète du parcours.
- Cibler les soins sur l'évaluation et la remédiation cognitive, l'évaluation écologique, les habilités sociales et l'éducation thérapeutique.
- Aider à l'accès à un logement autonome.
- Accompagner le patient dans un projet professionnel (travail, formation, orientation vers des structures sociale ou médicosociale)

Moyens :

- L'hôpital de jour de 20 places est organisé à partir de Val Horizon. Un grand nombre des activités sont décentralisées au cœur de la cité (jardin, maison de la culture, salle de sport ...etc).
- Toutes les activités de l'Escale et de Val Horizon sont ouvertes aux patients suivis en hôpital de jour.
- Planification d'un emploi du temps défini en fonction du projet individualisé et de ses objectifs.
- 1 logiciel d'activités qui permet aux patients d'avoir le planning des activités à la semaine sur leur téléphone portable.
- Accès à des activités préprofessionnelles lors d'activités animées par des moniteurs d'ateliers ou des éducateurs spécialisés, mise en situation de stage en milieu ordinaire ou protégé, recherche de formations qualifiantes.
- 3 équipes dédiées :
 - ✓ Champ des soins (remédiation cognitive, évaluation neuropsychologique, éducation thérapeutique, hygiène de vie...),
 - ✓ Champ du logement (évaluation, réinsertion, 2 appartements relais, des baux glissants signés avec Brive Habitat),
 - ✓ Champ professionnel (ateliers professionnels mis en place au sein de l'hôpital de jour, mise en situation de stage en milieu ordinaire ou protégé, recherche de formations qualifiantes).
- 4 véhicules.



Evaluation :

- DMS.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Nombre d'évaluations neurocognitives réalisées
- Nombre de personnes formées par an à la réhabilitation psychosociale.
- Nombre de formations organisées en partenariat avec le centre ressource.

Effectif cible :

- Cadre de proximité : 0,4.
- Equipe de soins : 3 infirmiers et 1 éducateur spécialisé en journée continue.
- Equipe logement : 2 infirmiers, 1 éducateur spécialisé et 1 AES (accompagnement éducatif et social) en journée continue
- Equipe travail : 1 éducateur technique spécialisé, 1 éducateur technique et 2 moniteurs d'ateliers en journée continue
- Job coach : 1 en journée continue
- Ergothérapeute : 0.8
- Neuropsychologue : 1 en journée continue
- Assistante sociale : 1 en journée continue
- ASH : 0,8 en journée continue.

d) Equipe mobile du CMP de réhabilitation Corrèzien**Objectifs prioritaires :**

- Coordonner le projet de rétablissement avec l'équipe de secteur les partenaires médico-sociaux.
- Mettre en place des conventions avec les partenaires.
- Intervenir le plus précocement possible dès le diagnostic posé.
- Etendre l'offre de soins de réhabilitation psychosociale au département de la Corrèze.
- Prévenir l'isolement social et le repli sur soi.

Moyens :

- 1 équipe dédiée se déplaçant sur l'ensemble des trois CMP de la Corrèze (Brive, Tulle, Ussel).
- Des outils d'évaluation.
- La mise en place d'une stratégie d'empowerment.
- 1 véhicule.

Evaluation :

- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Durée moyenne de la prise en charge.



- Délai d'attente avant le premier entretien.
- Délai d'attente avant les tests et avant la prise en charge.
- Taux de ré-hospitalisation dans l'année.
- Pourcentage de patients adressés par un médecin généraliste, un spécialiste, ou un autre professionnel libéral.

Effectif cible :

- Médecin psychiatre : 0.2
- Ergothérapeute : 0.2

e) La cellule de coordination et d'évaluation professionnelle

Suite à des demandes du secteur social ou médico-social, cette entité fonctionnelle repose sur un savoir-faire du service de Réhabilitation Psychosociale dans la réinsertion professionnelle. Ce dispositif comporte des programmes d'évaluation des compétences professionnelles de personnes présentant un handicap psychique, orientées par différents partenaires : pôle emploi, cap emploi, MDPH. La cellule fournit des prestations d'évaluation comprenant un bilan d'expérience, une mise en situation d'activité, une anamnèse des antécédents médicaux qui aboutit à une préconisation d'orientation professionnelle.

Cette activité est réalisée en partenariat conventionné avec d'autres acteurs de la réinsertion professionnelle (FEL, AGEFIPH).

3) Parcours de soins en Soins Intensifs et Sécurisés

a) UMD 1 et UMD 2

Les UMD sont des services psychiatriques de niveau 3. Les patients accueillis relèvent de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète et dont l'état de santé « requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières » (décret fév. 2016).

Objectifs :

- Prendre en charge le sujet en l'amenant à modifier ses modalités relationnelles. Les services disposent de ressources autorisant un traitement institutionnel de la maladie mentale. Le service est avant tout un lieu de soins intensifs. L'évaluation de la dangerosité et l'accompagnement tout au long d'une procédure judiciaire ou après une reconnaissance en irresponsabilité pénale sont d'autres aspects de la prise en charge.

Moyens :

- Deux unités mixtes de 20 lits en chambres individuelles et deux chambres d'isolement par unité.
- Toute hospitalisation se fait sur dossier de pré-admission.



- La sortie de l'UMD se fait après avis de la Commission de Suivi Médical qui a lieu une fois par mois.
- Une prise en charge graduée qui débute au sein de l'unité fermée qui s'étend par la suite au sein du service d'ergothérapie jusqu'à l'organisation de sortie thérapeutique sur autorisation médicale pour certains

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Echelle d'évaluation de la dangerosité des patients.

Effectif cible :

- Cadre Supérieur de santé sur l'ensemble du parcours : 1

UMD 1 :

- Cadre de Proximité : 1

5 soignants par poste :

- Infirmiers : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir
- Psychologue : 0,6
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-soignants : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 2 aides-soignants

UMD 2 :

- Cadre de proximité : 1

5 soignants par poste :

- Infirmiers : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir, 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Psychologue : 0,6
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants : 2 ou 3 matins – 2 ou 3 soir
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.

Espace social et ergothérapie :

- AMP : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Educateur spécialisé : 1 en journée continue du lundi au vendredi + 1 week-end par mois
- Educateur sportif : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Ergothérapeute : 1 en journée continue du lundi au vendredi + 1 week-end par mois.



b) USIP

Les USIP sont des services psychiatriques de niveau 2. Les patients accueillis relèvent de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète et dont l'état de santé nécessite des soins dispensés par une équipe expérimentée et pluriprofessionnelle dense.

Objectifs :

- Assurer la poursuite d'une prise en charge temporairement incompatible avec une unité psychiatrique traditionnelle en raison de l'expressivité et/ou de la sévérité d'une symptomatologie psychiatrique aiguë. Accueil de détenus depuis les lieux de détention de Corrèze voire du Puy-de-Dôme.

Moyens :

- Unité mixte de 10 lits en chambres individuelles.

L'admission se fait sur dossier de pré admission et après engagement de reprise de l'établissement D'origine

- La sortie se fait sur décision médicale après une hospitalisation maximale de 2 mois.
- Mise en place d'une équipe mobile pour le suivi des détenus de la maison d'arrêt de Tulle.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 1
- Equipe soignante : 4 par poste dont 2 infirmiers au minimum
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,1
- ASH : 1 matin – 1 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.
- Infirmière de l'équipe mobile : 1 à raison d'un jour par semaine

C) Equipe psychiatrique de l'USMP : Unité sanitaire en Milieu pénitentiaire du Centre de Détention d'Uzerche

Objectifs :

Les USMP assurent les prises en charge individuelles et peuvent proposer des prises en charge de groupe. Elles incluent deux dispositifs de soins : un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe. Les médecins reçoivent les patients de manière individuelle et proposent des stratégies thérapeutiques en liaison avec le personnel l'équipe et l'administration pénitentiaire.



Moyens :

- Évaluer, orienter, repérer les fragilités des patients, ce dès la première rencontre et toute la durée de l'incarcération
- Évaluer et prévenir la crise suicidaire
- Psychothérapie (travail sur l'alliance thérapeutique afin d'amener au soin lorsque c'est nécessaire.)
- Distribution des traitements quotidiens avec une IDE somatique
- Gestion des urgences, évaluer les risques de passage à l'acte auto et hétéro agressif sous fond de décompensations psychotiques (BDA) ou pas. Orienter vers le psychiatre ou solliciter un avis psychiatrique en l'absence de ce dernier puis mise en place de soins ou hospitalisation sur décision médicale
- Gestion des tâches administratives pour toutes orientations USIP UHSA SMPR.
- Travail en collaboration avec l'ARS et administration pénitentiaire lors des hospitalisations en HO D398.
- Gestion des consultations psychiatriques (agenda, présentation des patients et de leurs problématiques.
- Consultations psychiatriques.
- Demandes de compte-rendu d'hospitalisations antérieures
- Mise en place de groupes (socio-thérapeutique)
- Travail d'éducation thérapeutique (groupe ou en entretien)
- Assurer une continuité des soins sur l'extérieur (rdv CMP, addictologie etc.... en fonction des profils et des besoins)

Évaluation :

- RIMPpsy
- Nombre d'hospitalisations
- CPU
- Comité de coordination (Bilan annuel CH Tulle/CHPE/AP)

Effectif cible :

- Equipe soignante : 3 ETP d'infirmiers
- Psychologue : 1,4 ETP
- Assistante sociale : 0,2 ETP
- Cadre de santé : Réunions régulières

4) Parcours de soins en Addictologie**a) Unité de traitement de la maladie alcoolique (UTMA)****Objectifs :**

- Atteindre une abstinence totale ou une consommation contrôlée.

Moyens :

- Unité mixte de 10 lits en chambres individuelles, une partie de la structure est destinée au SSR.
- Admission sur dossier de pré-admission.
- La cure s'effectue sur un programme de 4 semaines basé sur les thérapies cognitivo-comportementales.



- Deux infirmières de l'équipe mobile d'addictologie travaillent en amont et en aval de la cure, d'une part pour travailler la motivation dans le soin et d'autre part assurer un suivi après la cure. Par ailleurs, elles assurent une permanence sur les centres de consultations avancées sur Meymac et Egletons. Et dans les maisons de santé de Neuvic – Bort les Orgues – La Courtine – Peyrelevade – Sornac – Bugeat – Ussel – Merlines.
- Un logiciel de réalité virtuelle afin de travailler sur le craving.
- Un suivi de 3 mois par SMS basé sur du renforcement positif à la sortie de la cure.
- Un véhicule.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'événements indésirables.
- Questionnaires de sortie.
- Bilan de fin de cure.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,4
- Equipe soignante Infirmiers – Aide-Soignant : 2 matins – 2 soir
- Psychologue : 0,9
- Assistante sociale : 0,2
- ASH : 1 en journée continue -1 du soir les lundi et vendredi
- Equipe de nuit : 1 infirmier – 1 aide-soignante.
- Infirmière de l'équipe mobile : 2 en journée continue du lundi au vendredi.

b) SSR en Addictologie

Objectifs :

- Maintenir des patients encore fragilisés dans une dynamique de soins,
- Travail de psycho réhabilitation : travail sur les émotions, programmes d'éducation thérapeutique ...,
- Travail de réinsertion dans un milieu ordinaire : travail sur le dedans / dehors....

Moyens :

- Unité de 5 lits, une partie de la structure est destinée à l'UTMA.
- Un véhicule de service.

Évaluation :

- Questionnaires de satisfaction.
- Bilan de fin de cure.
- TOL.
- DMS.
- Fiches d'événements indésirables.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,4
- Éducateur spécialisé : 1 en journée continue du lundi au vendredi
- Infirmier : 1 en journée continue, mutualisation avec UTMA



- Psychologue : 0,1
- Assistante sociale : 0,1

c) Hôpital de jour en alcoologie

Objectifs :

- Maintien de l'abstinence totale ou une consommation contrôlée.
- Permettre un accompagnement avec les partenaires extérieurs.

Moyens :

- Un véhicule de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- RimPsy.
- Fiches d'événements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 0,2
- 2 infirmiers en journée continue du lundi au vendredi.
- Psychologue : 0,3

5) Parcours de soins en chez les patients souffrant de troubles envahissant du développement et de troubles du spectre autistique

a) Atrium

Service d'hospitalisation de sujets « déficients » présentant des troubles psychiatriques nécessitant répit ou évaluation diagnostique et thérapeutique.

Objectifs :

- Observer l'évolution des comportements dans un environnement nouveau et inconnu des patients.
- Poser un diagnostic.
- Identifier les facteurs comportementaux sources d'angoisse
- Travailler sur le versant somatique, parfois générateur de crise.
- Adapter les textures alimentaires et favoriser les goûts individualisés des patients.
- Adapter, réajuster un traitement.
- Permettre une évaluation avant hospitalisation et mener des actions de prévention auprès des équipes du médico-social, sur le lieu de vie de la personne autiste ou souffrant de troubles envahissants du développement.
- Répondre rapidement à la demande grâce à des échanges par visioconférence.



Moyens :

- Unité mixte de 29 lits en chambres individuelles divisée en 3 ailes, deux de 10 lits et une de neuf lits. 3 chambres d'isolement et 3 chambres d'apaisement existent aussi et accueillent ponctuellement les patients sur prescriptions médicale.
- L'admission se fait sur dossier de pré-admission et validation par le psychiatre.
- Une infirmière de l'équipe mobile en lien avec le médico-social afin d'évaluer en amont la nécessité ou non de l'hospitalisation et en aval d'assurer le suivi.
- Deux véhicules de service.

Évaluation :

- DMS.
- TOL.
- Nombre de synthèse avec nos partenaires.
- RimPsy.
- Fiches d'évènements indésirables.
- Questionnaires de sortie.

Effectif cible :

- Cadre de Proximité : 1
- Infirmière coordinatrice : 1 en journée
- Infirmiers : 3 matin – 2 soir en semaine, 3 matin – 3 soir le week-end.
- Psychologue : 0,4
- Assistante sociale : 0,2
- Aides-Soignants ou AMP : 6 matins – 6 soir
- Educateur coordinateur : 1 en journée
- Educateur : 1 en journée
- ASH : 3 matins – 2 soir
- Equipe de nuit : 1 infirmier et 1 aide-soignant.
- Infirmier de l'équipe mobile : 1 en journée continue du lundi au vendredi.



6) Nombre de lits et de places

	2016	2021
UHCU	0	20
Unité d'Admissions	15	15
Unité de Suite	15	15
Structure extérieure Merlines Le CANTOU	10	10
Psychiatrie de la Personne Agée St Dominique	30	15
Atrium	36	29
UTMA	10	10
SSR Addictologie l'Abeille	5	5
USIP	10	10
UMD 1	20	20
UMD 2	20	20
Escale MALEMORT	13	13
Val Horizon Lits d'hospitalisation (2016) Appartements thérapeutiques (2021)	15	7
TOTAL Lits	199	189
Places d'hospitalisation de jour et de nuit en RPS	10	20
Hôpital de Jour USSEL (Addictologie)	5	10
Hôpital de Jour USSEL (Psychiatrie Générale)	0	14
TOTAL Places	15	44
Résidence accueil EYGURANDE	15	15
Résidence accueil USSEL (projet)	/	10
Résidence accueil TULLE (projet)	/	12
Résidence accueil BRIVE (projet)	/	12
Hôpital de Jour au Centre de Détention d'Uzerche	/	8

Le C.H.P.E., établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), repose sur une organisation de son activité, basée sur des parcours de compétences regroupant des activités soignantes complémentaires et cohérentes entre elles (pathologies, compétences...).

Organisation des parcours de compétences ou parcours de soins au C.H.P.E. :

Les parcours de compétences sont organisés suivant une logique de pathologies.

Cette organisation permet de lutter contre le cloisonnement des unités qui pèse sur l'organisation des soins. Elle doit ainsi permettre d'assurer les missions qui leur sont confiées pour répondre aux besoins des patients.



Stratégie de l'établissement :

Les 5 parcours de compétences de l'établissement sont organisés par le Directeur du C.H.P.E. sous la forme d'un binôme médecin-chef, cadre supérieur de santé de parcours patient.

Il n'y aura pas de responsable administratif et financier dans chaque parcours. La gestion administrative et financière reste centralisée.

Le parcours du patient :

L'objectif général du parcours du patient est de l'accompagner pendant toute la durée de sa maladie en satisfaisant ses besoins spécifiques au fur et à mesure qu'ils se présentent comme le préconise le rapport LARCHER. Afin d'optimiser la qualité du parcours patient au sein du C.H.P.E., l'organisation en parcours de compétences doit se structurer autour de trois mots clés :

collaboration, coopération et coordination.

Nos objectifs opérationnels dans chacun des parcours de compétences sont les suivants :

- Dès l'admission du patient, contractualiser avec lui, les équipes de professionnels qui vont le prendre en charge,
- Organiser l'évaluation régulière des besoins médicaux, psychologiques et sociaux du patient grâce à des synthèses entre équipes actrices du soin et/ou de l'hébergement (FO, MAS, ESAT et EHPAD, Post-cure),
- Gérer pour chaque patient un plan de soins évolutif, en vérifier régulièrement la cohérence (en réunion multidisciplinaire) et en garantir le respect dans les délais adaptés à la situation,
- Suivre le fonctionnement du réseau par rapport à la prise en charge du patient et en évaluer régulièrement la qualité,
- Permettre aux acteurs du réseau de partager les mêmes représentations,
- Former les professionnels à l'amélioration de leur coordination et de leur coopération dans la prise en charge du patient,
- Aider les acteurs professionnels à vérifier et à harmoniser leurs connaissances,
- Faire connaître au public le réseau et ses actions,
- Favoriser les échanges au sein du parcours.

Equipes mobiles :

La mise en place des équipes mobiles en psychiatrie est une approche transversale où les différents partenaires échangent, autour de la situation rencontrée, en privilégiant l'approche globale de la personne dans son environnement médico-psychosocial.

Cinq infirmières assurent le lien avec le médico-social (12 conventions avec des structures médico-sociales et 9 avec des EHPAD).

Elles agissent ponctuellement suite à des demandes précises de la part des unités.

Les équipes mobiles avec le médico-social ont été initiées depuis quelques années au C.H.P.E. mais réellement formalisées depuis 2007, date de création du 1^{er} poste d'infirmière de liaison.

En effet, face aux demandes de soins constantes du médico-social concernant leurs résidents, l'hôpital a amené de la rigueur pour améliorer les mouvements notamment entrées, sorties et suivi à l'extérieur. Ainsi à ce jour, les infirmières des équipes mobiles se déplacent sur tout le département de la Corrèze et les départements limitrophes (Creuse, Puy de Dôme).

Afin de travailler de façon efficiente et formalisée, nous avons élaboré une convention inter établissements qui régit les modalités d'accueil et de suivi des patients venant du secteur médico-social, en ayant au préalable recueilli les attentes des structures demandeuses.



Les infirmières des équipes mobiles ont accès au dossier patient informatisé afin de pouvoir transmettre à l'équipe pluridisciplinaire leurs observations (utilisation de PAACO Globules pour permettre l'interface entre le DPI du CHPE et le dossier du résident de la structure médico-sociale). L'activité des équipes mobiles va croître avec le développement des partenariats. Il semblerait intéressant de développer des outils spécifiques à la valorisation de notre activité afin de coller au mieux aux exigences et directives de l'Agence Régionale de Santé.

Evaluation des pratiques professionnelles paramédicales :

L'équipe d'encadrement a été formée en 2011 aux EPP paramédicales.

Certaines sont définies, d'autres sont en cours de réflexion.

- Restriction de liberté de circulation.
- EPP régionale (hospitalisations sans consentement).
- Prise en charge de la douleur.
- Suivi des benzodiazéphines.
- Suivi cardiométabolique.
- Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.
- Pertinence de la prescription des correcteurs et leur traçabilité.
- Sevrage du patient alcoololo-dépendant.
- (IPAQSS) audit du dossier patient.
- Constipation.
- Douleur (évaluation dans les dossiers, formation du personnel aux échelles, information sur le livret douleur).
- Appel à renfort.
- Prise en charge somatique en psychiatrie.
- Evaluation des risques suicidaires.
- Evaluation de la prise en charge en CMP.
- Patient traceur.

Education thérapeutique :

Un travail pour l'éducation thérapeutique au sein du CHPE est organisé. Des formations validantes, dispensées par un organisme agréé sont organisées sur les années 2012 – 2013 – 2015 et 2019 (40 heures obligatoires). Les cadres supérieurs de santé et les médecins se posent en référence pour la mettre en place pour l'établissement. Le CHPE dispose de 29 personnes formées. Trois programmes d'éducation thérapeutique ont bénéficié d'un agrément ARS.

Privation de liberté :

Une politique de prise en charge des patients privés de liberté est mise en place au sein de l'établissement. Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée dans ce sens.

Une procédure existe et est très règlementée, faisant référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé et les recommandations de Madame HAZAN (Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés). Cette démarche concerne plusieurs unités : Admissions, Suite, Saint Dominique, Atrium, USIP et UMD.



Axes médicaux de prise en charge :

Les médecins s'engagent à promouvoir des soins spécialisés selon les recommandations en vigueur, de manière humaine et responsable. Les orientations des services se veulent pérennes afin de proposer un cadre institutionnel stable et rassurant pour chacun. Les personnels paramédicaux s'engagent quant à eux à s'inscrire dans une collaboration étroite, en confiance, et respecter les axes de traitement proposé par le médecin, l'organisation du service décidée par le binôme médecin / CS+CSS.



C) LA POLITIQUE DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Cette partie nous permet de définir les lignes directrices de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Un état des lieux propre à notre établissement a permis de prioriser les actions à mener selon un calendrier établi et avec des indicateurs de suivi.

C'est un axe stratégique de la politique qualité et gestion des risques et du projet d'établissement. Sa mise en place s'appuie sur le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Cette politique est formalisée par la Direction après concertation avec les membres de la CME, à partir d'un bilan qui prend en compte notamment les résultats des différentes visites de certification, les rapports d'inspection, les recommandations de bonnes pratiques, la cartographie des risques, les indicateurs du CAQES, les rapports de la COMEDIMS...

Les grandes lignes en sont :

- La sécurisation du circuit du médicament à toutes les étapes (informatisation des prescriptions et de la gestion de stock, délivrance nominative reglobalisée, identitovigilance (photographie des patients), formations et information des soignants).
- L'efficacité de la prise en charge du patient (dossier patient informatisé et DMP, mise en place de la conciliation médicamenteuse, prescriptions sur le logiciel de soins, analyse pharmaceutique, disponibilité des traitements).
- L'éducation thérapeutique.
- Les déclarations, analyses des erreurs médicamenteuses et suivi des plans d'actions.
- L'identification des patients à risques et des médicaments à risques avec la mise en place de procédures particulières.
- L'organisation et l'animation d'un groupe de référents pharmacie.
- Les vigilances sanitaires.

Ces différents axes de travail s'organisent autour d'une collaboration et d'une communication horizontales et verticales.

La sécurisation du circuit du médicament

Elle concerne chaque étape du circuit du médicament. L'établissement met l'accent sur chacune d'elles :

- **La prescription** : utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (Osiris), diffusion des bonnes pratiques, formations continues des prescripteurs.
- **L'approvisionnement** : optimisé par l'adhésion à une centrale d'achat et l'installation d'un nouvel outil de gestion à la PUI (Osipharm), intégré à Osiris.
- **La détention et le stockage** : réaménagement de la PUI programmé, gestion des stocks améliorée par le nouveau logiciel.
- **La dispensation** : analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions, dispensation nominative reglobalisée sur la quasi-totalité des unités et extension des chariots de transfert qui permettent un approvisionnement plus juste et plus sécurisé des services.



- **Le transport** : caisses de transport scellées, traçabilité du transport pour les stupéfiants et assimilés chariots de transfert sécurisés.
- **La détention et le stockage dans les unités de soins** : aménagement des salles de soins et des armoires à médicaments. Visite annuelle des salles de soins par l'équipe pharmaceutique.
- **La préparation et l'administration des traitements** : formations spécifiques au circuit du médicament et aux risques d'erreurs médicamenteuses pour chaque référent pharmacie des unités. Prise en compte des analyses des erreurs médicamenteuses pour l'amélioration des pratiques. Identification des patients par photographies. Traçabilité en direct de l'administration par la mise en place des tablettes. Mise à disposition de matériel adapté (chariots de distribution, gobelets de couleur, piluliers nominatifs).

Des formations spécifiques destinées aux membres de la COMEDIMS font aussi parties des priorités sur les items suivants : sensibilisation aux erreurs médicamenteuse – démarche qualité sur le circuit du médicament – conciliation médicamenteuse...

L'établissement permet par l'intermédiaire de sa base documentaire (mise en place d'une bibliothèque et accès aux revues médicales) l'information continue de ses professionnels.

La mise en place de cette organisation requiert le fait qu'il y ait une adéquation entre les objectifs fixés et les moyens mis à disposition (matériels et humains).

L'efficience de la prise en charge médicamenteuse du patient

L'établissement permet celle-ci par :

- Une bonne gestion du dossier patient informatisé : 100% des prescriptions sont faites ou reprises sur le logiciel de soin et la quasi-totalité des analyses biologiques. Ce dossier est accessible par l'ensemble des professionnels de santé. Il permet également un analyse pharmaceutique globale du traitement du patient.
- La possibilité pour le patient de créer et d'utiliser un dossier médical partagé (DMP).
- La concertation avec les différents acteurs du parcours de soins du patient avant, pendant et après sa prise en charge au CHPE (sauf refus du patient), afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse (PECM).

Cette prise en charge repose également sur une amélioration constante de la disponibilité des médicaments en stock à la PUI, notamment grâce au logiciel de gestion Osipharm.

Information et éducation thérapeutique des patients

L'information du patient fait partie intégrante de sa prise en charge. Elle se réalise régulièrement au sein des unités à travers les échanges avec les soignants et les médecins.

L'établissement est particulièrement porteur de projets pour une éducation thérapeutique plus formalisée. Son premier agrément date de décembre 2013 et il propose un programme « Mieux



vivre avec sa maladie » qui inclut la gestion des traitements. De nombreux membres des équipes soignantes ont bénéficié, ou vont bénéficier de la formation requise.

La gestion des erreurs médicamenteuses

L'établissement a mis en place un système complet de prise en charge des événements indésirables dont les erreurs médicamenteuses.

L'ensemble des soignants a la possibilité de déclarer les erreurs (ou les risques d'erreurs) médicamenteuses via un formulaire informatisé et disponible via l'intranet de l'hôpital. Une sensibilisation continue est réalisée, avec une incitation à la déclaration à travers la « **charte d'invitation au signalement des événements indésirables** ».

Ces déclarations sont ensuite analysées par un groupe constitué au moins du déclarant et de son responsable de service, d'un pharmacien, de la responsable qualité. Les synthèses d'analyse et le plan d'actions associé sont validés en COMEDIMS et diffusés à l'ensemble des soignants (avec émargement). Un retour est ensuite fait en CREX. Un suivi des plans d'actions est assuré par la Responsable du Management de la Qualité de la PECM et la Responsable Qualité.

Patients et médicaments à risques

Des groupes de patients à risques et une liste de médicaments à risques ont été arrêtés en réunion de la COMEDIMS et validés en CME.

Patients à risque :

Nous apportons une attention particulière aux patients âgés polypathologiques (≥ 65 ans).

Une première série d'EPP, centrée sur la prescription médicamenteuse et le suivi des benzodiazépines chez le sujet âgé, a été menée de 2012 à 2016.

Selon les recommandations émises par les experts visiteurs lors de la visite de Certification d'Octobre 2016, une nouvelle EPP centrée sur la même thématique a été réalisée en 2019 portant sur les sur-prescriptions et les effets indésirables atropiniques.

Ces EPP seront formalisées grâce au suivi des indicateurs identifiés.

Médicaments à risque :

Cette liste peut être complétée à tout moment en fonction des admissions et/ou de nouveaux risques identifiés. Ces médicaments appellent à une vigilance particulière lors de leur prescription, leur délivrance, leur administration et de leur suivi. Ils sont assortis de protocoles adaptés (présents sur la base documentaire informatisée).



Le groupe référents pharmacie

L'organisation et l'animation d'un groupe de référents pharmacie participent à la dynamique du processus PECM et à la diffusion des différentes informations.

Chaque unité dispose d'un référent pharmacie. Une fiche de mission a été élaborée. Elle est signée par chaque référent et son cadre de proximité. Leur principale mission est d'entretenir la communication avec la PUI et de permettre la diffusion réciproque des informations. Au sein de leurs unités les référents permettent l'adéquation besoins/ressources en respectant les règles de bonnes pratiques de qualité et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse et la sensibilisation de l'ensemble des soignants sur ces problématiques.

Des réunions régulières sont organisées (au moins 4 par an). Le but est de maintenir une équipe complète, efficace et motivée de référents malgré les mouvements de personnels.

Les vigilances sanitaires

Le CHPE assure ses obligations de vigilances sanitaires : pharmacovigilance, l'identitovigilance, la matériovigilance et réactovigilance.

Il dispose d'un système d'alerte à la fois ascendant et descendant.

L'ensemble du personnel a la possibilité de faire une déclaration d'évènement indésirable lié aux médicaments ou aux dispositifs médicaux via des formulaires disponibles sur l'intranet.

L'établissement reçoit, diffuse et répond aux alertes sanitaires émanant de l'ARS, de l'ANSM ou des laboratoires.

Des responsables pour chaque vigilance sont identifiés.

L'objectif est triple :

- Sensibiliser et accompagner les personnels à la déclaration de chaque incident constaté.
- Réagir rapidement et efficacement en cas d'alerte sanitaire ou de retrait de lots de médicaments, de dispositifs médicaux ou de matériel médical.
- Informer en temps utile les professionnels des évolutions des réglementations et des nouveautés thérapeutiques.



D) LA DEMARCHE QUALITE : DEVELOPPEMENT DE LA CULTURE QUALITE

Depuis de nombreuses années l'ensemble de la démarche qualité, la gestion des risques et la procédure de Certification font partie intégrante de la vie de l'établissement. Cette démarche, pilotée par la Direction et la CME, représente aujourd'hui un élément clé essentiel au bon fonctionnement de l'ensemble des unités. A la recherche d'une constante amélioration de la qualité, cette approche s'inscrit de façon transversale dans l'ensemble des objectifs du projet d'établissement. Les orientations stratégiques évoluent vers un développement de la culture qualité par la mise en place et le suivi d'actions d'amélioration, visant à promouvoir une prise en charge adaptée du patient.

Ainsi, est présenté ci-après, le volet du projet d'établissement consacré au développement de la culture qualité au sein de la structure.

A) Approche processus

L'approche processus représente un nouvel angle de vision de la démarche qualité permettant d'intégrer formellement davantage de personnes (les pilotes de processus notamment). Une représentation schématique ou cartographie des processus a été élaborée (entre avril et juillet 2015) afin de modéliser les activités de l'établissement. Le premier semestre 2016 a été marqué par les premières revues de processus : réunions visant à établir un bilan du processus, à étudier les dysfonctionnements, les résultats des indicateurs et les évaluations afin de définir les actions à mener.

Pour chaque thématique un responsable de processus est nommé. Les pilotes ont été formés et informés de leurs missions en 2015. La responsable qualité et les différents pilotes ont établi deux documents :

- **Une fiche descriptive**

C'est un document de synthèse (un processus = une fiche descriptive) qui reprend les éléments clés indispensables à la compréhension du processus :

- Intitulé
- Pilote(s)
- Données d'entrée
- Activités
- Données de sortie
- Indicateurs
- Liens avec les autres processus
- Fréquence des revues de processus et participants



- **Une fiche concernant la vie du processus**

C'est un document de synthèse (un processus = une fiche) qui reprend les éléments clés indispensables à la vie du processus (événements marquants de l'année et projections sur l'année suivante).

- Intitulé
- Pilote(s)
- Les éléments marquants de l'année
- Les indicateurs
- Le plan d'actions

La démarche qualité au sein du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est déclinée autour de deux axes principaux :

La mise à jour **des Revues de Processus et des Comptes Qualité** (plateforme SARA) : chaque début d'année, le Directeur et la Responsable qualité établissent un planning avec les différents pilotes pour effectuer la mise à jour de leur processus. Cela consiste à identifier les éléments marquants de l'année passée, à faire un point sur les indicateurs de suivi et à déterminer les actions d'amélioration pour l'année suivante. Chaque revue de processus s'appuie sur la fiche descriptive et la fiche concernant la vie du processus et génère 3 axes prioritaires qui viendront alimenter le Compte Qualité (SARA).

Les Comptes Qualité se trouvent sur la plateforme SARA. C'est l'outil de pilotage des actions d'amélioration de la qualité et un moyen de communication entre l'établissement et les experts visiteurs de la HAS au moment de la certification. C'est une approche qui est fondée sur l'analyse des risques à priori ou à posteriori pour l'établissement. Cela consiste à hiérarchiser les risques, à valoriser les dispositifs de maîtrise en place et à définir les plans d'actions.

Certaines thématiques alimentées dans le compte qualité (SARA) sont rendues obligatoires :

- Gestion du risque infectieux.
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- Parcours du patient.
- Droits des patients.
- Prise en charge de la douleur.
- Dossier patient.
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient.
- Gestion du système d'information.
- Qualité de vie au travail.
- Management et gestion de la qualité des risques.
- Gestion des ressources humaines.

L'établissement a fait le choix d'intégrer une autre thématique :

- Achat éco-responsable.

Le **Bureau Qualité**, est une instance décisionnelle et stratégique. C'est aussi le comité de pilotage de la démarche qualité et de la certification. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire : (Direction, responsable qualité, médecins dont le président de la CME, infirmier général, infirmière générale adjointe, cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, pharmacienne, responsable service administratif, responsable techniques et logistiques, psychologue, assistante sociale, pilotes de processus, représentants des usagers).

Une réunion annuelle, organisée en début d'année, est consacrée à la **Revue de Direction**.



Cette réunion consiste à identifier pour l'ensemble des processus, les axes prioritaires pour l'année à venir, définissant ainsi le plan d'actions stratégique de l'établissement. Chacun des pilotes de processus présente les axes prioritaires identifiés parmi les actions d'amélioration définies lors des revues de processus.

Le Bureau Qualité peut se réunir en dehors de la session ordinaire, à la demande du Directeur ou de la Responsable Qualité. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu, rédigé par le Responsable Qualité et diffusé à l'ensemble des membres du Bureau Qualité.

B) Certification

La démarche de certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe pilotée par la Haute Autorité de Santé. Chaque établissement de santé est visité, à une périodicité définie afin de valider la démarche qualité – gestion des risques et l'approche continue d'amélioration des pratiques.

a) Visites de certification antérieures

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande a connu plusieurs visites de certification en :

- Mars 2004.
- Février 2008.
- Décembre 2011 dans le cadre de la V2010 (3^{ème} itération) : l'établissement s'était vu notifier deux réserves majeures, six réserves et neuf recommandations.
- Visite de suivi en Juillet 2013, qui a permis de lever les réserves et de ne maintenir que des recommandations, au nombre de 10.
- Octobre 2016 dans le cadre de la V2014 : Certification avec recommandations d'amélioration (niveau B). Prochaine visite octobre 2020.

b) Visites de certification à venir

La prochaine visite de Certification est programmée en Octobre 2020. L'établissement se doit de rendre pérenne la démarche qualité et les actions d'amélioration menées. L'objectif de ce cette certification est de rester au minimum au niveau B voire atteindre le niveau A.

Les comptes qualité devront être renseignés et validés par l'établissement sur SARA pour fin Avril 2020.

C) Commissions

1) CME : Commission Médicale d'Établissement

L'article L.6144-1-I du Code de la santé publique (CSP), issu de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, précise qu'il est créé dans chaque



établissement public de santé « une commission médicale d'établissement [CME] dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux, des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire ».

Auparavant associée à toutes les décisions importantes concernant les établissements, tant en matière financière qu'organisationnelle, la CME devait être régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs de l'établissement, ainsi que des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

Depuis le décret du 30 avril 2010, la CME est davantage orientée sur la qualité des soins et les relations avec les usagers.

Le projet d'établissement est élaboré entre le Directeur et le Président de la CME.

Néanmoins, la CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissements, financement).

L'article L. 6144-1 du CSP, dans sa rédaction antérieure à la loi HPST, prescrivait que la CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le nouvel article L. 6144-1 du CSP ne contient plus cette disposition.

En conséquence, il revient à chaque établissement, à chaque CME, à chaque président de CME de définir l'organisation la plus adaptée afin de répondre à ses missions en matière de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Ainsi, la CME a dorénavant pour mission principale de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conseils d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME du CHPE contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par différents dispositifs :

- Il s'agit de la lutte contre les infections nosocomiales (art. L.6111-1) (**CLIN**),
- De la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (**COMEDIMS**),
- De la prise en charge de la douleur. (**CLUD**)
- Du Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (**CLAN**)
- De la **cellule de prévention des risques** _ dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé (art. L.5311-1 du CSP), dans une prévention coordonnée des risques a priori et a posteriori avec un médecin coordonnateur de la gestion des risques. Cette cellule concerne :
 - L'identitovigilance.
 - La matériovigilance.
 - La pharmacovigilance.
 - L'infectiovigilance.
 - L'antibiothérapie.
 - Les risques majeurs.
 - Les risques professionnels.
 - Les risques associés aux soins.

En ce qui concerne l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir (art. R. 6144-2-1 du CSP), il existe au CHPE :

- Une **réflexion sur l'éthique** liée à l'accueil et à la prise en charge médicale.



- Une évaluation du fonctionnement de la **permanence des soins**, le cas échéant par secteur d'activité.
- **Une organisation des parcours de soins.**

Ainsi, la CME propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.
Ce programme prend en compte :

- Les informations contenues dans le rapport annuel des usagers (**CDU**).
- Le bilan des améliorations mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables.
- Les actions pour répondre aux recommandations du rapport de certification.
- La mise en œuvre des objectifs et engagements fixés dans le CPOM.

La CME élabore un rapport annuel présentant l'évolution des indicateurs de suivi.

Enfin, la CME est également chargée d'organiser **la formation continue** (art. L.4133-1 du CSP) et **l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles** en préparant, avec le directeur, les plans de formation des praticiens et les actions d'évaluation des médecins.

La CME rend aussi un avis sur l'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et médico-techniques et sur le projet de soins infirmiers.

La politique qualité et gestion des risques, ainsi que le programme qualité sont définis en CME. Cette commission valide également les plans d'actions établis pour l'amélioration des pratiques.

1.1) Sous-commissions de la CME

Déclinaison de ces politiques et actions :

a) CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Présidence

Président : un pharmacien, Vice-Président : Infirmière Hygiéniste.

Date de création

La Commission a été créée avant 2010.

Missions

Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales se déclinent en trois étapes :

1. Prévention/surveillance.
2. Déclaration.
3. Suivi du plan d'action et évaluation.

1. Dans l'établissement le CLIN est en place et exerce clairement ses missions. Il existe un lien étroit entre le CLIN et les unités de soins avec le relais de l'EOH et des référents hygiène présents dans chaque unité. L'encadrement suit les actions mises en place avec un contrôle vigilant des traçabilités des différents circuits dans le respect des recommandations de l'HAS. Des prélèvements microbiologiques sont effectués de façon programmée par l'infirmière hygiéniste.

Les professionnels des unités sont formés avec une sensibilisation rigoureuse à l'hygiène : précautions standard, précautions complémentaires, entretien des locaux...



Un travail est réalisé en collaboration avec les services techniques en particulier pour les surveillances environnementales (eau) mais aussi pour les plans concernant des travaux.

Une journée « hygiène des mains » est organisée chaque année, celle-ci est également proposée dans les services afin de sensibiliser le maximum de professionnels et patients.

2. L'établissement a un protocole de signalement des infections nosocomiales. La possibilité d'intervention et de prise en charge est rapide car l'établissement dispose de médecins généralistes salariés avec une astreinte 24H/24H. La déclaration et la mise en place des précautions standards et/ou complémentaires est immédiate.

L'infirmière hygiéniste est à temps plein et a un relais dans les unités effectué par les référents.

3. En interne le suivi du plan d'actions est basé sur un échange et un partage des informations entre professionnels de santé sur la situation. Les échanges se font entre médecins, pharmacien, responsables d'unités, responsable qualité, infirmière hygiéniste et référents hygiène.

Un retour d'expérience et du débriefing avec réajustement si nécessaire est réalisé.

b) COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

Présidence

Président : un médecin psychiatre, Vice-Président : pharmacien.

Date de création

La Commission a été créée en 2011.

Missions

La COMEDIMS contribue par ses avis et propositions à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le domaine du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Elle agit par délégation de la CME et de la Direction de l'établissement auxquelles elle rend comptes de ses actions et de ses résultats.

La COMEDIMS :

- Participe à l'élaboration de la liste des médicaments (livret thérapeutique) et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée par l'établissement.
- Participe à l'élaboration des recommandations, à la rédaction de protocoles en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Définit les actions de formation et d'information de l'ensemble des acteurs du circuit du médicament de l'établissement en matière de gestion, d'approvisionnement, de préparation, de contrôle, de détention et de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
- Evalue périodiquement les actions de lutte contre les risques iatrogènes médicamenteux.

En outre, la COMEDIMS peut :

- Mettre en place des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.



- Optimiser les dépenses en médicaments et dispositifs médicaux stériles.
- Favoriser la recherche thérapeutique.

Actions phares

La COMEDIMS a instauré la mise en place depuis 2012 le groupe d'analyse des erreurs médicamenteuses, rédigé un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, en lien avec l'arrêté du 6 avril 2011, mené des audits sur le circuit du médicament. Un groupe de référents pharmacie a également vu le jour en 2014.

Projection

La COMEDIMS poursuit ses actions sur la prévention des erreurs médicamenteuses et l'optimisation de la PECM notamment des patients âgés :

- EPP personnes âgées
- Audit des piluliers
- Etude de la faisabilité de la conciliation médicamenteuse

c) CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

Présidence

Président : médecin généraliste, Vice-présidente : cadre de santé.

Date de création

Le CLUD du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande a été créé en 2006.

Missions

Le Comité de Lutte contre la Douleur :

- Est garant de la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement.
- Informe l'ensemble des professionnels de l'établissement des derniers textes en vigueur (législatifs, tutélaires, institutionnels...) et programme les réajustements nécessaires. Il veille notamment aux obligations de formations.
- Elabore, diffuse, évalue la mise en place des programmes avec des objectifs à court, moyen et long terme.
- Représente l'établissement auprès du public et participe à des colloques ou publications.

Un référent, voire deux (infirmier et / ou aide-soignant), par unité est désigné. Ses missions s'articulent autour de plusieurs axes :

- Recueil d'informations, de questionnements, de problèmes rencontrés dans les unités et transmission.
- Coordination et lien avec le CLUD par rapport à la gestion des priorités du projet de service.
- Aide aux professionnels sur l'utilisation des échelles de la douleur et autres outils.
- Accompagnement des professionnels à l'évaluation des outils.
- Vérification de la bonne utilisation des outils.
- Sensibilisation des collègues : tout professionnel est concerné par la prise en charge de la douleur.

Actions phares

Le Comité a ces dernières années créé les protocoles de prise en charge de la douleur nécessaires (arbre décisionnel, fiches thérapeutiques), diffusé les outils d'évaluation (échelles) et formé les



professionnels à leur utilisation, réalisé des audits sur la traçabilité et l'effectivité de la prise en charge de la douleur, rédigé des outils de communication comme le « livret douleur en psychiatrie ».

Un axe important a été mis en place concernant la prise en charge de la douleur pendant les soins dentaires. Un travail en collaboration avec le dentiste vacataire a permis de développer une organisation répondant aux attentes et favorisant le bien être des patients.

Projection

Le Comité de Lutte contre la Douleur, dans les prochaines années, souhaite accentuer l'aspect relatif à la formation des professionnels et développer la communication auprès des équipes sur cette thématique.

Le comité a pour objectif de développer les méthodes de prise en charge de la douleur non médicamenteuse (MEOPA...). Il semble nécessaire de créer un CLUD psychiatrique sur la Corrèze au travers du Groupement de Coopération Sanitaire Santé Mentale et Handicap Psychique. Le CLUD travaille également sur la possibilité d'intégrer un Inter CLUD Régional Psychiatrique.

d) CLAN : Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition

Présidence

Président : médecin généraliste, Vice-présidente : diététicienne

Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition est chargé de gérer au sein de l'Établissement la politique de nutrition. A cet effet un régime normocalorique avec un minimum de 2000 kcal/jour a été établi. Ce régime reprend les préconisations du Programme National de Nutrition et de Santé.

Outre ce régime type, pour prendre en compte les différentes pathologies somatiques, des régimes adaptés ont été élaborés (hypolipémiant, hypocalorique, hypercalorique, hyperprotéiné, riche en fibre, sans résidu...). Le régime « diabétique » disparaît selon les recommandations. De même, l'établissement est dans une démarche éthique de respect des habitudes religieuses.

Afin d'assurer un suivi dans les différentes unités de soins un diététicien a été recruté.

Il assure le suivi auprès des usagers aussi bien hospitalisés que suivis dans les différentes structures externalisées.

Les ateliers thérapeutiques visant à une alimentation équilibrée sont de sa compétence.

Le personnel soignant participe à travers les référents des différentes structures à l'activité du CLAN.

Outre ces fonctions le CLAN a en charge l'éducation des patients et du personnel soignant à la détection et la prévention des troubles alimentaires.

Le CLAN a pour mission la formation du personnel soignant à la détection des troubles de la mastication et de la déglutition. Une formation a eu lieu pour les référents CLAN. Elle permettra la mise en place d'une procédure de dépistage et de traitement des troubles de la déglutition à l'admission des patients et tout au long de leur parcours, ainsi que d'une EPP.

Le CLAN souhaite poursuivre ses actions en matière de prévention et d'information auprès des unités, ce qui incombe notamment au diététicien, indispensable dans l'établissement. Des journées dédiées de consultations individuelles et d'ateliers d'éducation ont lieu dans nos unités de réhabilitation psychosociale.



Le CLAN participe à un réseau régional, en relation avec le CHU de Limoges, ce qui permet une information régulière et des échanges sur les nouveautés relatives à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé.

e) CLE : Comité Local Ethique

Présidence

Président : médecin psychiatre, Vice-Président : Infirmier Général.

Date de création

Le Comité Local d'Ethique a été créé en 2013.

La composition

Le comité Local Ethique est une instance pluridisciplinaire, pluraliste et ouverte, composée de professionnels de santé et de personnes choisies pour leurs compétences et leur intérêt pour les questions éthiques. Il est composé de 17 membres permanents.

Le bureau est composé de 4 membres : le président, le vice-président, un membre et le représentant des usagers. Il est en charge de l'instruction des situations qui sont soumises au Comité Local Ethique. Il se réunit autant que de besoin.

Le comité Local Ethique est adhérent au Comité locale régional.

Missions

Le Comité Local d'Ethique propose un lieu de réflexion collégial où sont pris en considération les principes de respect de la vie, de respect et de promotion de l'autonomie de la personne et de la qualité de vie, la déontologie, le droit...

- Il accompagne tous les professionnels aux prises, dans leur exercice quotidien, avec des dilemmes ou des problèmes de nature éthique. Après analyse des problèmes éthiques soulevés par la situation décrite, il formule un avis ponctuel ou des propositions visant une nouvelle appréhension de ces situations.
- Il apporte un éclairage éthique, notamment en regard du développement des sciences et de la technologie, sur des problématiques générales ou sur des situations quotidiennes de soins. Il alimente la réflexion éthique concernant les orientations, les lignes directrices de l'établissement et des situations et pratiques professionnelles afin de s'assurer qu'elles prennent en compte les dimensions éthiques.
- Il propose des actions d'information, de formation et de sensibilisation des professionnels sur les questions d'éthique ; il dispose à ce titre d'une enveloppe ciblée dans le plan de formation.

Le Comité Local d'Ethique du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est une instance consultative indépendante où chaque membre apporte sa propre expérience. Il est rattaché institutionnellement à la Commission Médicale l'Etablissement.

Actions phares

Le Comité Local d'Ethique a rédigé des avis sur des thèmes comme le respect des croyances, la sexualité ou la restriction de libertés.



Projection

Le Comité Local d’Ethique doit développer la communication autour de ses missions et des saisines déjà traitées. Le rapprochement avec d’autres établissements semble pertinent pour assurer la pérennisation de ce comité.

La politique concernant l’annonce d’un dommage lié aux soins :

Cette politique découle du manuel de certification des établissements de santé (Haute Autorité de Santé, Manuel V2010, critère 11c).

La psychiatrie est un secteur où l’identification des situations relevant d’un dommage lié aux soins est sensible.

La réflexion au niveau du Centre Hospitalier du Pays d’Eygurande, concernant ce sujet, a été initiée en 2011. Les difficultés inhérentes au secteur psychiatrique ont freiné l’appropriation de la méthodologie d’annonce.

Une formation a été reçue, un livret élaboré puis complété (à destination des professionnels).

Le CHPE s’engage à informer le patient et/ou ses proches et/ou la personne de confiance pour tout dommage lié aux soins. Une évaluation de la procédure est planifiée par le Bureau Qualité.

Le travail pluridisciplinaire est dans un premier temps centré sur la réflexion bénéfico-risque relative à la délivrance de l’information.

Le fonctionnement, validé en Commission Médicale d’Etablissement en 2013 et donc encore récent, demande à être modifié et adapté en fonction des situations rencontrées et des informations transmises par les professionnels.

f) CEPP : Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles**Présidence**

Animateurs : Président de la Commission Médicale d’Etablissement, Infirmier Général, avec l’appui méthodologique du Responsable Qualité.

Date de création

La Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles a été créée en 2012.

Missions

La Commission EPP a défini plusieurs missions réparties entre différents acteurs :

- Organisation des EPP : Responsable Qualité en lien avec les médecins et le service de soins.
- Coordination des EPP : Médecin psychiatre référent EPP, désigné par ses pairs avec un appui technique d’un cadre de santé.
- Accompagnement méthodologique par la Responsable Qualité.
- Suivi des démarches : Responsable Qualité, en renseignant le tableau de bord EPP et au cours des commissions EPP.
- Engagement des professionnels : incombe à chacun (médecin, soignant, paramédical).
- Communication : Rédaction d’un compte rendu par la secrétaire qualité et / ou la responsable qualité à chaque réunion. Diffusion des comptes rendu à l’ensemble des membres puis diffusion à l’ensemble des équipes par le biais des cadres de santé. Les comptes rendus se trouvent également sur l’Intranet.

Pour cette commission, il s’agit de définir et d’organiser les évaluations de pratiques professionnelles pertinentes et potentiellement sources d’amélioration. Les résultats des recueils sont analysés par la responsable qualité puis présentés en commission par la suite. Les actions retenues sont inscrites au plan d’actions qualité et diffusées à l’ensemble des professionnels.



Actions phares

Depuis sa création, la Commission, qui se réunit au moins quatre fois par an, a permis de clarifier l'organisation des EPP, de déterminer quels sont les indicateurs de pratique clinique à suivre régulièrement et d'intégrer pleinement les évaluations (médicales et paramédicales) dans les pratiques soignantes. Elle questionne les pratiques et permet de faire émerger de nouvelles problématiques qui conduisent à la création de nouvelles EPP.

Projection

Cette commission est pérenne. Avec la mise en place des évaluations par l'approche « patient traceur » (5 patients traceurs par an) qui reprend l'ensemble des thématiques sur le parcours du patient, les évaluations de pratiques professionnelles seront probablement plus ciblées sur les dysfonctionnements recensés ou appuyées par une demande spécifique

g) CUV : Commission des Urgences Vitales

Présidence

Président : médecin généraliste, Un animateur : un cadre supérieur de santé.

La Commission des Urgences Vitales organise et assure la coordination de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières. Elle fait partie intégrante de la Commission Médicale d'Établissement.

Composition :

La commission se compose :

- D'un Président : un médecin.
- Du Directeur d'établissement (membre de droit).
- Du Président de la CME (membre de droit).
- D'un représentant de la Direction des Soins.
- D'un cadre supérieur.
- D'un infirmier référent par unité de soins.
- Du responsable de la Sécurité.
- Un formateur SST.
- De la pharmacienne.
- D'un cadre de proximité.
- Du responsable qualité.
- D'un psychologue

De plus, la commission peut inviter et entendre toute personne compétente.

A chaque fois qu'il est prévu d'aborder un point précis concernant une unité, le responsable de pôle et/ou le responsable d'unité seront invités à la réunion. Le référent de l'unité en aura préalablement parlé à son responsable et/ou au Président de la Commission des Urgences Vitales ou au responsable sécurité.

Il est créé une sous-commission chargée de la formation et de l'analyse de chaque intervention. La sous-commission est composée :

- Du responsable sécurité.
- Des formateurs.
- Du médecin responsable.
- Du responsable et du (des) infirmier(s) des unités concernées par l'intervention.
- Du responsable qualité.



- D'un représentant de la Direction des Soins.

Fonctionnement :

La CUV se réunit sur convocation du responsable ou d'un tiers des membres au moins 4 fois par an.

L'ordre du jour est fixé conjointement par le Président et le pilote.

Le compte-rendu est rédigé par une secrétaire de séance désigné et signé par le responsable président.

Le compte-rendu est adressé à l'ensemble du personnel et est disposition sur l'Intranet.

Attributions :

La CUV :

- Procède à l'élaboration et à la mise à jour des protocoles liés à l'urgence vitale,
- Détermine l'ensemble des dispositifs médicaux nécessaires aux bonnes pratiques d'urgences vitales,
- Organise le suivi du matériel (sac ou chariot d'urgence),
- Vérifie et adapte le contenu de ces derniers,
- Propose la formation à l'ensemble du personnel, (gestes d'urgences, utilisation du défibrillateur, de l'aspirateur à mucosités et du moniteur des signes vitaux),
- S'informe auprès des services d'urgence des évolutions apportées dans ce domaine,
- Assure le suivi des retours d'expérience.

Matériorigilance :

Un point sera fait si besoin lors de cette commission par les personnes en charges de la matériovigilance.

h) CREX : Comité de Retour d'Expérience

Présidence

Pilote : responsable qualité

La commission des événements indésirables, sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement, se réunit de façon trimestrielle. Toute personne extérieure peut être invitée à la commission, pour son expertise.

Elle répertorie et synthétise les événements indésirables.

Un plan d'actions d'amélioration est défini, avec éventuellement des pistes de travail pour les évaluations des pratiques professionnelles. La Commission est chargée d'assurer un suivi des actions décidées.

Elle est composée :

- D'un représentant des usagers (parmi les représentants des usagers participant à la Commission des Usagers, CDU).
- Du Président de la CME.
- Du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.



- De la responsable qualité gestion des risques.
- Du responsable des services techniques et logistiques.
- De l'infirmier général et de son adjointe.
- D'au moins un cadre supérieur de santé.
- D'au moins un cadre de proximité.
- De l'infirmière hygiéniste.
- De la pharmacienne.
- D'une psychologue.

Le quorum est atteint lorsqu'il y a présence de sept de ses membres.

Les fiches d'événements indésirables sont traitées au fur et à mesure de leur réception par la responsable qualité gestion des risques en lien avec le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, après information du président de la CME, du cadre supérieur de santé et du cadre de proximité

La commission des événements indésirables fait également office de comité de retour d'expérience (CREX).

A chaque réunion, les membres de la commission, après lecture de tous les événements indésirables :

- Choisissent un événement indésirable parmi les événements indésirables signalés.
- Déterminent un groupe pour mener une analyse des causes profondes.

Lors de la réunion suivante, le groupe de travail présente les pistes d'actions retenues.

Pour les items violence, erreur médicamenteuse et AES des sous-commissions spécifiques analysent l'ensemble des événements. Ces sous-commissions font remonter lors de la commission des événements indésirables – CREX l'ensemble des analyses et des plans d'actions définis. Si une de ces analyses préconise une action importante, elle sera étudiée en CREX, et remontée au CODIR.

Groupe d'analyse des erreurs médicamenteuses.

Un groupe chargé de l'analyse des erreurs médicamenteuses a été créé au sein de l'établissement. Ce groupe est délégué par la CME et doit établir un compte-rendu d'activité annuel lors de la première réunion de la CME de l'année. Ce compte-rendu est également présenté en COMEDIMS.

Le but est d'assurer un bon fonctionnement du circuit du médicament et d'améliorer les pratiques suite aux dysfonctionnements signalés.

Un plan d'actions est élaboré pour l'amélioration ou la réorganisation du circuit du médicament.

Au cours des réunions de la COMEDIMS, l'ensemble des mesures prises est réévalué.

Groupes d'analyse des accidents exposant au sang

Un groupe chargé de l'analyse des accidents exposant au sang a été créé au sein de l'établissement.

A partir du moment où la victime déclare un accident d'exposition au sang, une analyse est réalisée dans un délai de quinze jours suivant la déclaration. Pour ce faire, le groupe classe les différentes causes de l'événement en cinq grandes familles : les 5M.

- Matière : les différents consommables utilisés, matières premières...



- Milieu : le lieu de travail, son aspect, son organisation physique...
- Méthodes : les procédures, le flux d'information...
- Matériel : les équipements...
- Main d'œuvre : les ressources humaines, les qualifications...

Cette analyse part d'une séance de brainstorming. Une fois les causes les plus probables déterminées, il convient d'établir un plan d'actions.

Groupe de prévention de la violence

Pour la « prévention de la violence », le CHPE met en place un référent soignant par unité de soins. Le référent « prévention de la violence » aura les missions suivantes :

- Sensibilisation sur l'utilisation des outils existants et des règles de sécurité de base.
- Présentation et mise à jour du classeur « prévention de la violence ».
- Sensibiliser les collègues à la déclaration des faits de violence.
- Se présenter aux nouveaux embauchés comme référent « prévention de la violence » et l'informer au plus tôt après son embauche.
- Avoir connaissance des faits de violence dans son unité.
- Faire le lien entre l'équipe et le groupe « prévention de la violence », notamment pour transmettre des points de dysfonctionnements et des idées d'amélioration.
- Participer aux réunions du groupe, qui sont le lieu d'échanges d'expérience.
- Participation à l'élaboration de procédures, protocoles ou documents de travail.
- Information aux équipes, en appui avec le cadre de proximité, sur les travaux du groupe « prévention de la violence ».
- Communiquer entre référents, même en dehors des temps de réunion.

Chaque REX sera remonté de façon systématique au CODIR.

i) Organisation de l'information ascendante et descendante

Une CSIRMT avait été mis en place au début des années 2000. Le turn-over des élus ne lui permettait pas une stabilité nécessaire à l'accomplissement de ses missions. Devant ce constat et le choix laissé aux ESPIC d'avoir ou non une CSIRMT, le choix de la dissoudre a été fait en 2017. De plus, notre politique institutionnelle nous a permis de développer une organisation plus efficiente en termes de transmission de l'information. La Direction Des Soins a ainsi réfléchi à une organisation pérenne.

Cette organisation est basée sur cinq axes essentiels :

- Les réunions hebdomadaires de la Direction des Soins composées de l'infirmier général, de l'infirmière générale adjointe, des trois cadres supérieurs et de la responsable qualité, gestion des risques. Ces réunions permettent d'avoir une réactivité opérationnelle entre les décisions du CODIR, les axes médicaux de la CME et le quotidien des unités.
- Les réunions hebdomadaires d'encadrement de pôle, composées du cadre supérieur et des cadres de proximité du pôle. Elles permettent aux cadres supérieurs d'assurer la



communication ascendante et descendante au sein du pôle et de décliner la politique managériale.

- Les réunions mensuelles de la Direction des Soins avec les participants de la réunion hebdomadaire, l'ensemble des cadres de proximité, la responsable du service social et la coordinatrice des psychologues. Les responsables des services supports ou de la Direction Générale peuvent aussi participer pour des interventions ciblées. Ces réunions permettent de questionner les organisations, les projets et d'avoir une démarche en soins cohérente en lien avec les bonnes pratiques. Les participants ont comme mission de relayer les différents questionnements auprès des équipes et de remonter pour la réunion suivante les pistes d'amélioration.
- Les réunions mensuelles ou trimestrielles suivant les commissions composées des pilotes du processus correspondant ou du président de commission, du cadre supérieur et du cadre référents, d'un référent (infirmier, aide-soignant, ergothérapeute...) par unité et par commission permettent une grande transversalité des procédures, protocoles et projets de l'établissement. De plus, elles permettent à un très grand nombre de soignants d'être acteurs de la dynamique institutionnelle et de la communication ascendante et descendante.

Enfin, en 2014, le CHPE s'est doté d'un groupe de recherche infirmière. Il s'est élargi en 2018 pour suivre une formation/action et réaliser un travail de recherche. Il est ainsi actuellement composé d'un cadre supérieur pilote du groupe, de deux cadres de proximité et de cinq infirmiers. Le projet du groupe à moyen terme est de pouvoir

2) Autres commissions

2.1) CDU : Commission des Usagers (ex CRUQPEC)

Présidence

Président : Représentant des Usagers.

Date de création

La CRUQPEC a été créée en 2002, depuis le mois de Juin 2016, elle s'appelle désormais Commission des Usagers (CDU) afin de respecter les dispositions de la loi de modernisation du système de santé de mois de Janvier 2016. Le Président est désormais un représentant des usagers.

Missions

La commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, faciliter leurs démarches, contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches.

Elle se réunit au moins quatre fois par an. Lors de ces réunions plusieurs points sont traités, notamment :

- Vie de l'établissement.
- Étude des plaintes et réclamations.



- Étude des évènements indésirables.
- Rapport des médiateurs.
- Mesure de la satisfaction des patients.
- Accès au dossier médical.
- Amélioration de la prise en charge des patients et de leurs proches.
- Un rapport annuel d'activités est établi ; il est transmis à l'Agence Régionale de Santé et présenté au Conseil d'Administration de l'établissement.

Depuis 2018, l'établissement a instauré une réunion extraordinaire en début d'année regroupant les pilotes des différentes commissions pour une présentation de leurs actions phares ainsi que leurs plans d'actions. Une réunion extraordinaire peut également avoir lieu pour examen de cas urgent et/ou complexe.

Actions phares

La CDU a émis des avis sur les plans d'aménagement de nouveaux locaux (bar thérapeutique, espace d'accueil des familles, espace social...), traité toutes les plaintes et réclamations en rencontrant les usagers concernés par le biais de médiateurs (médicaux ou non médicaux), développé les enquêtes au cours de l'hospitalisation, construit le livret d'information sur l'annonce d'un dommage lié aux soins, développé et expliqué son travail et ses missions lors d'une réunion du Conseil d'Administration.

La Commission participe activement à la démarche qualité de l'établissement par l'implication des représentants des usagers.

2.2) Le Comité de Bienveillance

Présidence

Animation : un cadre supérieur de santé, aidé par un(e) cadre de proximité.

Date de création

Le groupe bienveillance a été créé en 2010.

Missions

Un référent bienveillance est identifié par unité.

Le groupe a pour missions de :

- Recueillir les situations à risque de maltraitance, d'apporter une expertise et un avis afin d'améliorer la situation.
- Réaliser des audits ponctuels sur la bienveillance et la confidentialité.
- Diffuser les bonnes pratiques.
- Rédiger et mettre à jour les protocoles en lien avec la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance.

Actions phares

Le groupe a créé une charte bienveillance, dont la mise à jour en 2015 a été confiée aux référents, en lien avec les patients. Le groupe a également mené une réflexion approfondie sur la gestion du tabac, notamment en chambre de soins intensifs, qui a abouti à des améliorations notables (adaptation de locaux, mise en place d'une organisation pour la fourniture de tabac aux personnes démunies ou arrivées en urgence).



En 2016, le comité Bientraitance a pu obtenir un kit hygiène qui est disponible à la pharmacie contenant une brosse à dent, du dentifrice et du savon pour les patients qui n'ont pas les moyens d'en acheter.

Chaque année une formation de 2 jours sur la « sensibilisation à la Bientraitance » est proposée au personnel. Un brainstorming clôture la session où chacun peut s'exprimer librement sur des axes d'amélioration à mettre en place sur chaque unité de soins

Projection

Le groupe bientraitance doit se mobiliser afin d'inscrire dans le temps ses actions et définir les micro-cibles soulevées par les équipes, qui seront autant de pistes de travail et de réflexion.

2.3) Référents Osiris

Présidence

Animation : médecin DIM, avec deux référents : un médecin, un cadre supérieur de santé.

Date de création

Le groupe des référents Osiris a été créé en 2007.

L'animation était à l'origine confiée au service DIM, puis transférée au service informatique, avant de revenir au service DIM en 2015.

Chaque unité a identifié un référent dossier patient informatisé.

Missions

Dans le cadre de la certification nous avons arrêté ici les missions qui incombent à un salarié qui devient référent d'un logiciel « métier » pour son service ou pour l'établissement.

- Il fait le lien entre les utilisateurs et l'administrateur du logiciel.
- Il relève des dysfonctionnements constatés par les utilisateurs ou par lui-même et en fait état à l'administrateur.
- Il a toute latitude pour être force de proposition quant à l'évolution du produit à la demande des utilisateurs ou à sa propre demande.
- C'est l'administrateur qui assure la formation des professionnels désignés (c'est-à-dire former aux fonctionnalités du logiciel) et c'est le référent qui accompagne les professionnels dans l'utilisation du logiciel dans les compétences métier proprement dites.
- Le référent est l'interlocuteur de l'administrateur pour informer des nouveautés et des conduites à tenir dans l'utilisation du produit (observations de l'éditeur du logiciel notamment).
- Le référent n'a pas la responsabilité technique du paramétrage. Il y participe pour que le logiciel soit adapté aux besoins du terrain. C'est l'administrateur qui assure l'évolution des fonctionnalités du logiciel. C'est l'administrateur qui est en lien avec l'éditeur du logiciel.
- Le référent a l'obligation d'une réflexion collective et partagée de l'évolution et de l'utilisation du produit.
- Le référent ne se substitue pas à la hiérarchie des utilisateurs. Ainsi c'est le responsable du professionnel qui informe l'administrateur de l'ouverture d'un compte identifiant/mot de passe sur le logiciel.

A noter, l'administrateur est le responsable informatique, sauf si le Directeur, dans un souci d'organisation simplifiée, désignait un autre professionnel.



2.4) Groupes de travail en lien avec la démarche qualité

AGI : Autorité de Gestion des Identités et CIV : Cellule d'Identito-Vigilance

La Direction du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande considère qu'une identification fiable et unique de chaque patient est un élément clé de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients hospitalisés, et qu'elle est un prérequis aux échanges d'informations médicales avec les autres acteurs du système de santé régional.

Les missions de l'AGI sont :

- Déterminer la politique d'identification de l'établissement.
- Définir et allouer les moyens à mettre en place.
- Décider des modifications et mises à jour de la politique d'identification.
- Contrôler la conformité de la mise en œuvre de la politique d'identification.
- Élaborer et suivre les indicateurs qualité.
- Élaborer et diffuser les procédures d'application de la politique de sécurité.

Les missions de la CIV sont :

- Mettre en œuvre la politique d'identification définie par l'AGI.
- Proposer à l'AGI des évolutions de la politique d'identification.
- Gérer au quotidien et avec réactivité les problèmes liés à l'identification du patient.
- Alerter l'AGI sur les éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification.
- Spécifier les besoins d'évolution du système d'information pour la gestion des identités patient.
- Organiser et mener les actions de communication et de formation nécessaires au maintien de la fiabilité des identités.

Développement durable

Le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande est engagé dans une politique de développement durable regroupé en 3 axes :

- La protection de l'environnement.
- Le développement écologique.
- Le progrès social.

Le développement durable en santé permet de réconcilier les démarches qualité déjà existantes en posant de nouvelles questions et en affinant le raisonnement sur :

- Les valeurs, missions, activités d'un établissement de santé et ses notions de responsabilité sociale et environnementale.
- La démarche d'amélioration continue de la qualité dans une perspective de continuité et de durabilité.
- La gestion des risques avec les risques environnementaux, sociaux et économiques.
- Un système de soins respectueux de l'homme et de son environnement.

Cellule de prévention des risques

Le rôle de la cellule de prévention des risques est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de prévenir les événements potentiellement dangereux.

La cellule de prévention des risques est notamment chargée :



- De rédiger un rapport annuel d'activités via l'outil de pilotage de la certification.
- De recenser les risques professionnels.
- De proposer un programme annuel de prévention des risques professionnels.
- De recenser les risques liés à l'hospitalisation.
- De proposer un programme annuel de prévention des risques liés à l'hospitalisation.
- De proposer des actions de communication et d'information sur la gestion des risques afin d'améliorer la formation et la culture du personnel de l'hôpital dans ce domaine.
- D'assurer le retour d'information aux déclarants des événements indésirables et aux responsables des secteurs d'activités concernés.
- De proposer des actions préventives ou correctives.
- De s'assurer de leur mise en place effective.
- D'optimiser la transmission des informations (ascendantes et descendantes) relatives aux alertes sanitaires.

A la demande des professionnels ou selon une injonction régionale ou nationale, des groupes de travail ponctuels peuvent être mis en place afin de traiter une problématique et de définir une organisation, menant généralement à l'élaboration d'un document explicatif.

L'animation est assurée par le responsable qualité.

D) Bilans et perspectives

1) Recommandations externes

La démarche qualité, pilotée par la Direction et la CME, est évaluée par des organismes externes : certification de la Haute Autorité de Santé, inspections diverses (pharmacie, sanitaires, contrôleur général des lieux de privation de liberté...).

Les rapports établis pour donner suite à ces différentes visites alimentent, par leurs recommandations, le plan d'actions qualité et peuvent influencer la politique qualité.

Les résultats des certifications et les indicateurs nationaux sont diffusés auprès du public.

Le développement d'usage des indicateurs indique la prise de conscience pour maîtriser les actions menées et porter un regard objectif sur les pratiques.

2) Recommandations internes

Le développement de la culture qualité au sein de l'établissement permet de déployer les évaluations des pratiques en vue de s'améliorer. Les actions qui ne figurent pas dans les comptes Qualité (SARA) sont suivis au niveau du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

Le nombre de professionnels formés à la qualité augmente et la formalisation de l'implication de chacun dans la démarche est accentuée.

3) Communication



L'implication de tous au déploiement de la démarche qualité et à son appropriation passe par une communication efficace. Différents éléments y contribuent :

- Visites dans les services pour informer les professionnels des démarches en cours et les impliquer
- Diffusion à l'ensemble du personnel des comptes-rendus des réunions
- Diffusion des documents dans le logiciel de gestion documentaire Therefore
- Utilisation de différents supports : journal interne, Internet, Intranet, Facebook
- Informations régulières en Comité de Direction.
- Réalisation d'audit Patient traceur

4) Perspectives

2020 est une année importante dans la démarche, par la visite de certification V2014. Les travaux préparatoires et l'approche processus proposent désormais un nouveau regard sur l'approche qualité, déjà pérenne dans l'établissement.

Le management de la démarche qualité au sein de l'établissement sera donc piloté principalement par les cinq outils suivants :

- La politique qualité issue de la politique Nationale et Régionale. Elle reprend l'organisation et la stratégie de la démarche qualité de l'établissement.
- Le programme qualité présentant les principaux objectifs (axes) de la démarche qualité et gestion des risques sur plusieurs années.
- Les comptes qualité permettant de hiérarchiser et de prioriser les risques et les actions.
- Les revues de processus.
- Les revues de Direction.

E) Principaux objectifs

Dans la période 2016-2021, les principaux objectifs ont été définis ainsi :

Objectif général : Poursuivre le déploiement de la culture qualité, à travers le maintien et le développement de la Politique Qualité et Sécurité des Soins, basée sur la pertinence des axes d'amélioration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des plans d'actions.

Objectif 1 : Poursuivre la mise en place de la gestion de la qualité par processus.

Actions prioritaires :

- Mise à jour des Revues de processus annuellement.
- Mise en place d'une Revue de Direction annuelle.
- Réaliser des audits internes de processus

Indicateurs de suivi :

- Nombre de Revues de processus.
- Nombre de Revues de Direction.
- Suivi des indicateurs par processus.
- Nombre d'audits internes de processus réalisés.



Objectif 2 : Optimiser l'implication de l'ensemble du personnel dans la démarche qualité et gestion des risques.

Actions prioritaires :

- Poursuivre les groupes de travail existants et en créer d'autres si nécessaire.
- Poursuivre les formations qualité et gestion des risques (DU qualité, formation patient traceur...).
- Poursuivre la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Indicateurs de suivi :

- Taux de participation aux réunions.
- Nombre de personnes formées.
- Suivi des EPP.
- Mise à jour de la liste des référents.

Objectif 3 : Revoir l'organisation de l'accueil d'un patient et le suivi de son parcours.

Actions prioritaires :

- Améliorer les informations données au patient (personne de confiance, directives anticipées, droit des patients...).
- Formation des infirmiers à l'entretien d'accueil.
- Réactualisation générale du livret d'accueil et des entretiens d'accueil (médicaux et paramédicaux).
- Poursuivre la démarche patient traceur sur l'ensemble des unités de l'établissement.
- Evaluer l'application de la convention avec les Centres Hospitaliers d'Ussel, de Tulle et de Brive sur la prise en charge somatique du patient hospitalisé sans consentement (avec validation de l'ARS), en lien avec les partenaires.
- Poursuivre le travail sur l'identitovigilance (procédure prise de photographie...).
- Développer la prise en compte des régimes multiples.
- Développer l'éducation thérapeutique.
- Généraliser les projets de soins individualisés.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'infirmiers formés.
- Nombre de patients traceurs effectués.
- Suivi des plans d'actions issus de la démarche patient traceur.
- Analyse des fiches d'évènements indésirables en lien avec l'application de la convention avec les CH d'Ussel, de Tulle et de Brive sur la prise en charge somatique du patient hospitalisé sans consentement.
- Nombre de régimes établis, compte-rendu du CLAN.
- Nombre de patients pris en charge en éducation thérapeutique.
- Nombre de projets de soins individualisés rédigés et insérés dans Osiris.

Objectif 4 : Poursuivre le travail sur le management des emplois et des compétences

Actions prioritaires :

- Audit évaluation des risques psycho-sociaux.
- Intégrer les risques psycho-sociaux dans les risques professionnels (Document Unique).
- Mettre à jour les fiches de poste.



- Mettre à jour le livret des nouveaux arrivants.
- Poursuivre les entretiens annuels d'évaluation et les entretiens professionnels. Suivi des demandes de formations et projets professionnels.

Indicateurs de suivi :

- Suivi du plan d'actions issu de l'audit.
- Mise à jour du Document Unique.
- Nombre de fiches de poste mises à jour.
- Mise à jour du livret des nouveaux arrivants.
- Nombre d'entretiens annuels d'évaluation et d'entretiens professionnels menés.

Objectif 5 : Développer les démarches parcours et la mise en place de la téléconsultation et téléexpertise.

Actions prioritaires :

- Favoriser les partenariats par la téléconsultation et téléexpertise (avec le médico-social, la médecine de ville et l'hôpital).
- Développer les DMP.
- Finaliser la mise en place de la messagerie cryptée et sécurisée.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de conventions signées.
- Nombre de partenaires équipés pour la téléconsultation.
- Nombre de DMP ouverts et alimentés.
- Nombre de boîtes à lettres de messageries sécurisées.

Objectif 6 : Poursuivre et renforcer le management de la prise en charge médicamenteuse

Actions prioritaires :

- Actualisation du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.
- Mise à jour des procédures, protocoles, documents qualité autant que de besoin.
- Poursuivre les analyses des erreurs médicamenteuses et assurer le suivi et l'évaluation des actions mises en place. Faire remonter ces analyses en COMEDIMS et éventuellement en CREX.
- Améliorer la maîtrise du circuit du médicament sur les hôpitaux de jours et les CMP d'Ussel et de Merlines.
- Poursuivre les formations en lien avec le circuit du médicament (prévention des effets indésirables, prescription chez le sujet âgé...).
- Poursuivre les audits InterDiag et renforcer le suivi des plans d'actions.

Indicateurs de suivi :

- Manuel qualité mis à jour.
- Tableau de bord de suivi des actions mises en place.
- Compte-rendu COMEDIMS - CREX
- Nombre d'erreurs médicamenteuses déclarées.
- Nombre de personnels formés.
- Nombre d'audits InterDiag menés.

Objectif 7 : Développer et renforcer la prise en charge de la douleur physique et psychique.



Actions prioritaires :

- Poursuivre les formations.
- Création d'un inter-CLUD.
- Poursuivre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles « douleur ».
- Harmoniser les pratiques.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnels formés.
- Création de l'inter-CLUD. Nombre de rencontres effectuées dans ce cadre.
- Suivi de l'EPP.

*Objectif 8 : Poursuivre le renforcement de la gestion des évènements indésirables.***Actions prioritaires :**

- Poursuivre les réunions de la Commission des évènements indésirables – CREX.
- Poursuivre le travail des sous-commissions : gestion de la violence, analyse des erreurs médicamenteuses et accident avec exposition au sang.
- Faire remonter en CREX les analyses des différentes sous-commissions.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de réunions de CREX par an.
- Tableau de suivi des déclarations d'évènements indésirables.
- Suivi des plans d'actions pour donner suite aux CREX.

*Objectif 9 : Améliorer la gestion documentaire.***Actions prioritaires :**

- Mise à jour de la base documentaire qualité Therefore
- Mise en place du versioning de la base documentaire qualité Therefore
- Réaliser un listing des documents qualité.
- Formation du personnel à l'utilisation de Therefore

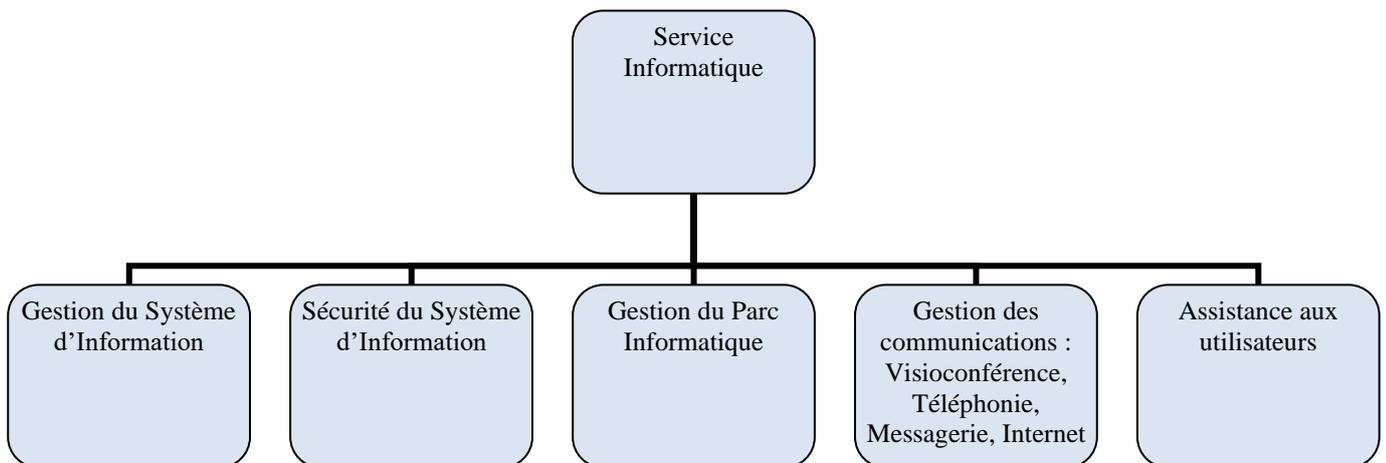
Indicateurs de suivi :

- Mise à jour réalisée.
- Statistiques du versioning documentaire.
- Sommaire réalisé.
- Nombre de personnes formées.



E) LE SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

A) Approche schématique du Système d'Information du CHPE



B) Le schéma directeur du Système d'Information repose sur les éléments suivants :

- La cartographie applicative du système d'information est la suivante :

Domaines	Outils
Gestion administrative du patient	MEDIANE
Gestion économique et financière	MEDIANE
Gestion du personnel	MEDIANE
Gestion de la paye	MEDIANE
Comptabilité	SAGE



Gestion des règlements	MEDIANE
Dossier Patient Informatisé	OSIRIS
Planning d'Activités en Réhabilitation Psycho Sociale	PAA
Gestion du PMSI psychiatrie	OBSIUS
Gestion du PMSI SSR	OXALYS
Gestion du temps	OCTIME
Gestion de la Restauration	WINREST
Gestion Électronique de Documents	THEREFORE
Gestion de la Pharmacie	OSIPHARM

Cette cartographie reflète les besoins de fonctionnement de l'établissement, selon les préconisations attendues dans le cadre du programme Hôpital Numérique et veille à ce que les éditeurs appliquent les évolutions de réglementation.

Le système d'information (SI) s'articule autour de la structure fonctionnelle de l'établissement. Cette dernière est révisée selon les évolutions nécessaires. La structure fonctionnelle correspond au référentiel unique de structure qui traduit l'organisation juridique, géographique et fonctionnelle de l'établissement.

Chaque modification oblige à analyser les impacts sur l'ensemble de ces champs.

- **La sécurité du Système d'Information repose sur :**

- La politique de sécurité du système d'information (PSSI) : elle définit l'ensemble des principes et règles devant être appliqués pour garantir la protection des données et, de manière générale, pour garantir la sécurité du SI du CHPE.
- Cette politique est accompagnée d'une charte d'accès et d'usage du SI qui rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent. Elle constitue une annexe au règlement intérieur de l'établissement.
- De même, il existe une charte d'accès applicable aux prestataires informatiques qui utilisent les moyens informatiques de l'établissement.
- L'analyse des risques : une analyse annuelle des risques est réalisée à l'aide de la méthode EBIOS par la Responsable du SI afin de gérer les risques sur le long terme et de déterminer les plans d'actions en adéquation. Le périmètre d'étude englobe la gestion des moyens de communication, le cœur de métier du SI et les principales interfaces humaines.
- Le plan de reprise d'activité (PRA) : Afin de pallier aux indisponibilités du SI, un plan de reprise d'activité est opérationnel et formalisé. Des procédures dégradées existent notamment pour la gestion administrative et le dossier de soins du patient.
- La sauvegarde des données est assurée quotidiennement de manière automatisée sur bandes et disques, et est entreposée à deux endroits physiquement différents.

- **Gestion du parc informatique :**

Il est composé de 17 serveurs physiques et de 40 serveurs virtuels, répartis sur 3 salles serveurs au CHPE géographiquement situées sur le site de la Cellette et sur un site de secours éloigné.

Les postes clients sont au nombre d'environ 223.

La téléphonie comprend 216 téléphones fixes et 185 téléphones mobiles de type DECT, auxquels sont associées certaines fonctionnalités de protection du travailleur isolé (PTI).



Les périphériques de type imprimante réseau sont au nombre de 68.

- **Gestion des communications :**

Le CHPE est desservi par une fibre optique Orange et par câble FTP (cuivre) pour accéder aux différentes unités selon la proximité avec le routeur. Le réseau interne LAN est véhiculé par une fibre optique interne.

La téléphonie IP est mise en œuvre sur l'ensemble des sites afin de réduire les coûts de communication et ce, depuis 2009.

La visioconférence est installée sur les sites les plus importants afin non seulement de réduire les déplacements des professionnels et les coûts afférents mais aussi pour faciliter les contacts avec les établissements partenaires situés sur l'ensemble du territoire français y compris les DOM TOM. Le développement de cette technologie a commencé en 2008.

Le CHPE est doté des outils de messagerie Office365 permettant la synchronisation des différents équipements. D'autres fonctionnalités, comme le partage de calendriers et la création d'espaces de travail collaboratifs sont également proposées aux professionnels.

- **Assistance aux utilisateurs :**

Une assistance à l'utilisation est proposée sur l'ensemble des outils mis à disposition soit par télé assistance, soit sur intervention directe.

Une astreinte informatique est assurée les week-ends et les jours fériés sur les serveurs applicatifs et leur accessibilité.

C) Les projets en lien avec le Système d'Information et ses évolutions

- **Le programme HOP'EN :** Notre établissement s'est investi sur le programme Hôpital Numérique depuis 2016 au cours duquel nous avons pu valider le Domaine D2 – Dossier Patient Informatisé Interopérable avec le DMP ;

En 2019, nous avons déposé notre pré-candidature pour le programme HOP'EN et avons été retenus sur le Domaine D7 – Mettre à disposition des Services en ligne aux usagers et aux patients. Atteindre les indicateurs des prérequis du socle commun et ceux des cibles d'usage sur les domaines D2 et D3 est notre ambition quotidienne car reflète la maturité de notre Système d'Information en toute sécurité.

Dans le cadre du Domaine D7, nous envisageons le déploiement de :

- La prise de Rendez-vous en ligne pour permettre à la patientèle des CMP de l'Etablissement de prendre rendez-vous avec un médecin, un psychologue, une assistante sociale selon leur disponibilité.
- Des dossiers de pré-admission en ligne, avec fournitures des pièces justificatives nécessaires à la validation du dossier.

- **L'archivage numérique :** afin de libérer de l'espace physique, il est nécessaire que l'ensemble des services administratifs archivent numériquement leurs données. Pour cela, une étude a été réalisée en fonction des besoins annuels de stockage ; les services concernés sont les suivants : la comptabilité, le service Ressources Humaines, la paye, la qualité, l'informatique et le secrétariat médical.

Concernant les données existantes, un travail important de numérisation est à envisager et devra être calibré en termes de stockage numérique.



- **Le pilotage médico économique** : pour faire le lien avec le point exposé précédemment, ce projet nécessite l'acquisition d'un outil permettant de réaliser différentes interrogations sur nos bases de données administratives et médicales et confronter ces résultats en Comité médico économique (CMECO), mais aussi, répondre aux indicateurs Hôpital Numérique et aux instances administratives.
- **La téléconsultation** : afin de répondre aux besoins des services de soins, de nos partenaires des Etablissements de Santé, médico sociaux.
Actuellement, cette activité est principalement utilisée autour de la psychiatrie de la personne âgée, des usagers du secteur médico-social mais également pour le suivi des patients en addictologie. Les échanges de données personnelles et/ou médicales sont véhiculés par la Messagerie Sécurisée MSSANTE, ou bien déposés sur la plateforme d'échanges des professionnels autour de la personne âgée (PAACO).
La téléconsultation apparaît indispensable dans notre secteur géographique. Cette pratique est très intéressante en terme de suivi de notre patientèle mais aussi pour accompagner nos partenaires Etablissements de Santé et médico-sociaux. Le 1^{er} contact direct Médecin-Patient reste indispensable mais les consultations suivantes peuvent se réaliser en téléconsultation. Une infirmière accompagne le patient au moment de l'entretien, le DPI est renseigné en temps réel, les documents (ordonnances, comptes-rendus...) sont déposés sur le DMP du patient, la plateforme PAACO ou encore, adressés par messagerie sécurisée.
Cependant, de nombreux partenaires ne sont pas encore équipés de moyens sécurisés pour véhiculer ou recevoir des données personnelles des patients. C'est pourquoi, il nous semble opportun de mettre en œuvre une solution de transfert de fichiers sécurisé permettant de répondre à ces besoins et au RGPD. Aussi, il convient d'offrir aux professionnels de notre Etablissement des outils numériques simples d'utilisation. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi de réunir sur la Messagerie Outlook le connecteur MSSanté et le connecteur de la solution de transfert de fichiers sécurisé BlueFile.
- **La messagerie sécurisée en santé** : Suite à la mise en œuvre du DMP, le CHPE a continué dans sa dynamique afin de véhiculer les données de santé à caractère personnel par le biais d'une messagerie sécurisée. C'est pourquoi, il s'est inscrit dans le déploiement de la MS Santé sur les boîtes aux lettres des professionnels de Santé. Afin de faciliter cet usage, actuellement utilisé en Webmail, un connecteur va être mis en œuvre entre Office 365 et MSSANTE pour unifier la messagerie et simplifier les pratiques de nos professionnels.
- **La Protection du Travailleur Isolé sur smartphone** pour nos équipes mobiles couplée au système de localisation fait également partie de nos priorités pour assurer la sécurité de nos professionnels en visite au domicile des patients.
- **Le suivi de la livraison de nos colis** dans le cadre de la traçabilité du médicament reste le dernier point à améliorer sur ce thème.

En conclusion :

Le Système d'Information du CHPE et ses évolutions doivent constituer, sur la durée du projet d'établissement, un élément fort permettant à l'institution de s'inscrire parfaitement dans les prises en charge du futur. Ces évolutions sont déterminées annuellement lors d'une réunion spécifique du CODIR (en septembre de chaque année).

Chaque membre du CODIR, chacun dans son domaine, fait remonter les suggestions d'amélioration qui font ensuite l'objet d'une analyse, puis d'un arbitrage par la Direction.



Même si, compte tenu des pathologies accueillies, les temps d'hospitalisation seront toujours nécessaires, la préparation et le suivi de ces périodes avec les patients eux-mêmes et les équipes qui les prendront en charge devront être pris en compte.

C'est pourquoi, des projets reposant sur la télémédecine notamment verront le jour dans le cadre de la réalisation du projet d'établissement ainsi que la généralisation des liaisons avec l'ensemble de nos partenaires, qu'ils soient du domaine sanitaire ou du secteur social et médico-social.

Notre architecture informatique et les investissements présents et à venir sur notre Système d'Information garantiront la capacité du CHPE à répondre aux enjeux de la prise en soin du futur.

F) PROJET SOCIAL AVENANT 2020 DU PE 2016-2021

A) LE DIALOGUE SOCIAL

L'année 2019 est marquée par la mise en place du **Comité Social et Economique (CSE)** se substituant au Comité d'Entreprise, aux Délégués du Personnel et au CHSCT.

Nous restons avec les mêmes partenaires sociaux étiquetés CFDT et CGT. Seul le syndicat CFDT est représentatif au regard des dispositions réglementaires en vigueur.

Les attributions du CHSCT en matière de prévention, consultation, contrôle et investigation sont désormais passées aux mains du CSE. La **CSSCT (Commission de Sécurité, Santé et Conditions de Travail)** devient un simple groupe de travail, au risque de voir les sujets SST dilués dans les prérogatives plus générales du CSE.

Aussi le CHPE a pris le parti d'enrichir les missions et le nombre d'élus de la CSSCT afin de donner une dynamique à ce groupe de travail qui s'est vu attribuer des heures de délégations et une périodicité de convocation avec la Direction fixée à 2 fois par trimestre.

Le dialogue social reste soutenu avec des accords d'entreprise signés sur de nombreux sujets ; les plus marquants sont :

- La mise en place d'un **PERCO (Plan d'Epargne pour le Retraite Collectif)** : il s'agit ici de maîtriser la charge comptable du CET (Compte Epargne Temps) tout en offrant un dispositif fiscalement avantageux à nos salariés.
- La mise en conformité de notre **accord « Complémentaire Santé » avec le reste à charge zéro,**



- Un **accord Egalité Femmes-Hommes** dont nous avons fait la rédaction après calcul de l'index Femmes-Hommes. Nous affichons un **index de 93/100**.

Pour l'année 2020, les objectifs sont la signature d'accords sur les blocs de négociation, la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) et la QVT (Qualité de Vie au Travail).



a) QVT :

a) La maîtrise des risques professionnels :

Le **Document Unique (DU)** a fait l'objet d'une totale relecture en partenariat avec l'ex-CHSCT. Il en est ressorti un plan d'actions pour lequel des pilotes ont été désignés afin de s'assurer de l'exécution des actions.

Ce DU va s'enrichir d'une méthodologie « **DU-RPS** » : apportée par notre Médecine du travail, cet outil va approfondir les risques psycho-sociaux afin de cibler les facteurs existants dans notre établissement.

Selon une méthode mise en œuvre par l'INRS qui s'est appuyé sur le rapport GOLLAC de 2011, elle va nous permettre de mesurer périodiquement, à notre rythme, les RPS. C'est un atout par rapport à un évaluateur externe.

Cette évaluation à froid est un complément à notre recueil d'évènements indésirables et fiches de signalement pour faits de violence qui font l'objet, à l'instant, selon le degré de gravité, d'une proposition de suivi psychologique, de rencontre du salarié et/ou de l'équipe avec le groupe « Violence ». Ce sont des cadres de santé qui assurent le débriefing d'une situation vécue difficilement par une équipe. Une CREX est organisée régulièrement pour exposer les situations précisément afin de trouver les causes à l'incident passé et proposer des solutions qui feront l'objet d'une validation par le directeur de l'établissement.

b) La lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes :

Le lieu de travail est le reflet de la société. Les chiffres obligent à une prise de conscience forte : 14,5 % de femmes, 3,9 % d'hommes de 20 à 69 ans ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie (Enquête « Violences et rapports de genre » - 2016 – menée par INED). Dans le cadre du travail, un quart des femmes, 4 % des hommes ont déjà subi un comportement hostile au travail en raison de leur sexe dans les 12 derniers mois (enquête DARES de 2013).

Notre établissement a nommé une **référente**. Le CSE a lui aussi désigné sa référente.

Les textes donnent des missions précises au référent de l'employeur. Les risques de harcèlement sexuels, d'agissements sexistes, sans oublier le harcèlement moral, sont des risques professionnels à part entière. Ils seront intégrés dans le Document Unique. Il y a lieu notamment d'établir **un plan de prévention et d'informations** auprès des salariés, de former nos managers. Ce travail débutera en 2020 avec un objectif affiché de tolérance zéro.

c) Les travailleurs handicapés :

Le CHPE a nommé une **référente Handicap**. Cette personne ressource, qui sera formée en 2020 par l'OETH (collecteur des contributions financières des établissements de la branche), a pour missions principales de faciliter l'information auprès des salariés, qu'ils soient bénéficiaires ou pas, faciliter l'intégration d'un nouvel embauché reconnu travailleur handicapé, faciliter la recherche de solutions en cas d'inaptitude d'un salarié.



b) GPEC :

a) La maîtrise des effectifs :

Nos métiers en tension sont ceux de médecin généraliste, médecin psychiatre, aides-soignants. Nous n'écartons pas de cette liste celui d'infirmier, mais cela est moins marqué depuis quelques années.

Notre **politique de promotion interne** favorise l'accès à la formation d'infirmier et d'aide-soignant en accompagnant, lorsque cela reste encore le cas, nos salariés à la préparation du concours.

Nous garantissons le maintien de salaire et la prise en charge des frais pédagogiques pendant la durée de la formation contre un engagement de la part des salariés admis, à rester dans notre établissement pour 5 ans après obtention du diplôme.

Chaque année, nous faisons partir 2 salariés en IFSI maximum et 2 salariés en IFAS maximum.

En ce qui concerne les médecins, pour les psychiatres notamment, la reconnaissance en qualité de médecin psychiatre par le Conseil de l'Ordre, après avoir obtenu le DU en Psychiatrie et une expérience certaine en milieu psychiatrique, devient de plus en plus faible. Nous n'avons pas réussi à embaucher un médecin généraliste prêt à se mobiliser pour ce projet.

Nous intégrons des **intérimaires** au long cours, dans nos professionnels : ce sont des intérimaires qui restent, ou reviennent régulièrement au CHPE, mais en refusant de travailler dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée. Le coût budgétaire n'est pas négligeable. Cela permet cependant d'avoir des médecins identifiés, tout un chacun prenant ses marques pour travailler ensemble ; et ce, au service du patient.

Le nouveau métier d'**Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en psychiatrie** nous ouvre de nouvelles perspectives d'organisation de prise en charge afin de compenser le manque de médecins. Nous adressons trois candidatures pour la rentrée 2020.

Autre angle de réflexion : la maîtrise des effectifs lors de la rédaction des plannings de travail en situation tendue.

Des effectifs cibles journaliers ont été établis pour chacune de nos unités de soins. Chacun d'entre eux a fait l'objet d'un **effectif cible dégradé**. Cela permet aux cadres de santé, aux équipes, aux cadres en situation d'astreintes d'aborder de manière factuelle la gestion de l'effectif auprès des patients.

b) La maîtrise des compétences

La formation assurée dans le cadre de notre plan de formation annuel :

Le CHPE va au-delà de l'obligation de cotisation de 2% pour la formation continue en la portant à 2,3% (taux en vigueur avant réforme).

Cela a un double impact :

- Augmenter le volant financier et donc permettre plus de formations,
- Percevoir plus d'aides complémentaires de la part de la branche (par exemple les fonds mutualisés) grâce à la politique de notre OPCO de soutenir les sur-cotisants.



Au regard de ce que devrait investir sur le taux légal le CHPE, si on ajoute le coût pour les formations diplômantes IDE et AS, **notre budget formation investit 2,5 fois plus que la loi le lui oblige.**

La formation assurée par nos professionnels pour nos professionnels :

Les thèmes hygiène, bientraitance, psychopathologie à l'attention des non-soignants... sont désormais complétés par des séminaires.

Les **séminaires** offrent des formats de formation qui pèsent moins sur la gestion des plannings : organisés pendant la transmission de 13h00, d'une durée d'1h30, animés par des médecins, des psychologues, cadres de santé principalement, ils abordent des sujets de fond pour la prise en charge des patients. L'objectif est de muscler nos soignants par des apports théoriques (le suicide, les psychoses schizophréniques, trouble bipolaire, psychoses paranoïaques, états-limites...).

Pour 2020, nous allons nous faire accompagner par notre OPCO et son ingénieur en formation pour structurer nos offres de formation et les valoriser dans le **parcours individuel des salariés.**

De même, nous allons nous inscrire dans une démarche de **FEST (Formation En Situation de Travail) devenue AFEST (Action de Formation en situation de Travail)**. Nous nous sommes positionnés comme terrain expérimentateur au service de l'ANACT, pilote de la mise en place des FEST dans le secteur hospitalier.

Les AFEST reposent sur deux principes :

- 1- Le travail est un matériau pédagogique,
- 2- La réflexivité : les essais, erreurs, réussites de l'apprenant sont des supports pédagogiques pour le formateur (qui peut être un tuteur) : on tire des enseignements de la situation de travail.

On voit ici tout l'intérêt pour pallier les écarts de savoirs, de pratiques de nos jeunes diplômés auprès de patients de plus en plus complexes par une approche pédagogique structurée.

Le NIC au service de la formation continue :

Un projet de « Mobile Learning » développé par l'INFIPP offrira de former nos salariés via un smartphone un apprentissage court mais très régulier des savoirs en psychopathologie. Nous serions hôpital expérimental.

Le CHPE a ouvert son organisme de formation :

Depuis octobre 2018, le CHPE a fait enregistrer son **organisme de formation** qui a pour principale clientèle les établissements médico-sociaux, sociaux et les administrations au contact du public. C'est même d'ailleurs la demande qui a convaincu de l'utilité d'offrir cette prestation pour le GCS Santé Mentale Corrèze mais pas seulement.

Il n'y a pas de catalogue de formations. L'offre de formation est construite selon la demande du client. Nos formateurs sont nos professionnels.



Cette théorisation de nos pratiques, qui sera renforcée par le groupe Recherche de notre établissement, ouvre de plus amples perspectives d'accompagnement de nos partenaires et d'une valorisation d'un savoir-faire, de **notre savoir-faire**.

c) La Marque employeur :

Il s'agit d'une démarche marketing afin de cibler nos atouts, ce qui nous différencie des autres hôpitaux psychiatriques pour valoriser notre image auprès du public et donc de nos candidats potentiels.

C'est un outil RH et de communication. Il est en cours de développement par nos professionnels. L'objectif est d'ici la fin d'année 2020 d'harmoniser nos supports de communication, d'établir un cahier des charges pour réactualiser notre site internet et de définir une politique d'utilisation des réseaux sociaux.



G) CRÉATION DES POSTES D'INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA) – Avril 2021

Suite à une longue réflexion institutionnelle, à de nombreux échanges externes sur des retours d'expériences autour de la mise en place d'Infirmier en Pratique Avancée en Psychiatrie et à notre connaissance des dispositifs universitaires, le CHPE va s'orienter dans les années à venir vers la mise en place de ce dispositif en déclinant les trois grands objectifs stratégiques essentiels à notre institution :

- Aider à la réflexion et à l'amélioration de la qualité des soins par une approche conceptuelle autour des sciences infirmières.
- Favoriser les apprentissages des nouveaux arrivants par de la formation allant jusqu'à la recherche en soins infirmiers
- Renforcer la coordination des parcours entre l'hôpital et la ville déjà existante grâce nos équipes mobiles.

Quelles nouvelles pratiques de soins peuvent être utilisées pour atteindre les objectifs identifiés (quel est leur niveau de preuve ?) (ex : recommandations officielles, consensus, publications, expérimentations...).

Nous mettrons donc en place le guide de bonnes pratiques HAS qui encadre l'axe principal des Infirmiers de Pratique Avancée : *« Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. C'est une méthode faisant appel à l'analyse des processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et protocoles thérapeutiques. Elle permet d'améliorer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients ».*

Protocole d'organisation

Les missions :

- Au niveau de l'amélioration de la qualité des soins, l'infirmier de pratique avancée devra animer la réflexion institutionnelle de façon transversale autour des changements stratégiques en lien avec la Direction des Soins (gestion de la violence, isolement et contention, démarche de soins, parcours de soins...). Il aura un rôle essentiel dans le maintien des savoirs et la connaissance des nouveaux outils de soins avec l'ensemble des équipes pluridisciplinaires.
- Au niveau des apprentissages et de la recherche en soins infirmiers, l'infirmier de pratique avancée devra apporter une aide stratégique au niveau des orientations du plan de développement des compétences et dispenser une culture novatrice sur l'ensemble de notre institution. Il aura un rôle essentiel dans l'aide méthodologique autour de la recherche infirmière.
- Au niveau de la coordination des parcours, l'infirmier de pratique avancée devra faciliter les interfaces entre nos équipes mobiles et la ville, mais aussi dans nos équipes et entre nos



équipes. Il aura un rôle essentiel avec le Médecin et les équipes dans le champ de l'évaluation, du diagnostic, de l'éducation thérapeutique, de la réhabilitation psychosociale et de la thérapeutique.

Positionnement hiérarchique et fonctionnel :

Les Infirmiers en Pratique Avancée auront un lien hiérarchique direct avec le Directeur des Soins. Au niveau fonctionnel, leurs missions seront transversales, l'axe principal sera le travail en équipe pluridisciplinaire autour des trois objectifs mentionnés ci-dessus.

L'évaluation :

Au niveau de l'amélioration la qualité des soins :

- Nombre de participations en staffs médico-soignants.
- Nombre de participations en réunions cliniques.
- Nombre d'évaluations des pratiques professionnelles, d'audits de processus réalisés, ...
- Nombre de nouveaux protocoles de soins élaborés.
- Nombre de représentation auprès d'instances internes et externes à l'établissement.

Au niveau des apprentissages et de la recherche en soins infirmiers :

- Nombre de travaux de recherche accompagnés.
- Nombre d'interventions de formation dispensées.

Au niveau de la coordination des parcours :

- Nombre d'actes réalisés.
- Nombre de patients suivis.
- Nombre de prescriptions / renouvellement de prescriptions (médicaments, DM, ...).

Notre estimation des besoins est actuellement de 3 IPA au regard de notre état des lieux. Enfin, nous bâtirons plusieurs questionnaires de satisfaction afin d'évaluer notre dispositif (du patient et de son entourage, de l'IPA, du médecin référent du protocole d'organisation et des équipes médico-soignantes).

Textes de référence :

- Arrêté du 18 Juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'IPA qui détaillent les référentiels d'activités, de compétences et de formation des IPA en intégrant ceux de ce nouveau domaine.
- Article R4127-36 du Code de la Santé Publique : Consentement du patient.
- Article L1111-4 du Code de la Santé Publique : Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.”
- Courrier C. Billon (IPA) HCL Hôpital Lyon Sud.
- Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique.
- Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA) – ARS Provence Côte d'Azur.
- Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins – Guide ARS Île de France 2015.

