Le centre hospitalier de Rouffach est certifié V2014
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Septembre 2015

Centre Hospitalier Rouffach

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2016 - 2020

VERS UN NOUVEAU PARCOURS DE SOINS

Centre hospitalier de Rouffach • 27 rue du 4e RSM • BP 29 • 68250 ROUFFACH • Téléphone : 03 89 78 70 70
http://www.ch-rouffach.fr

SOMMAIRE

Préambule	page 3
Principes généraux	page 4
Projet de gestion	page 8
Projet d'évolution de l'organisation des parcours de soins	page 10
Projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement	page 18
Projet social	page 30
Schéma directeur du système d'information	page 36

Annexes
Projet médical du pôle 2/3
Projet médical du pôle Lauch Thur Doller
Projet médical du pôle 8/9
Projet médical du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Projet du pôle médico-technique

Préambule

Le projet d'établissement du centre hospitalier de Rouffach est élaboré dans un moment particulier où les évolutions du monde et celles de l'organisation sanitaire de la France rendent les voies incertaines. Pourtant il marque une volonté de l'établissement de poursuivre résolument sa transformation pour s'orienter vers une psychiatrie à la fois humaniste et respectueuse de la résilience des patients, mais également scientifique et s'appuyant sur des soins dont l'efficacité et l'utilité sont prouvés.

Ce document dans son état à la fin de l'année 2015 rassemble les grandes orientations attendues dans un projet d'établissement. Il ne contient pas certains éléments importants qu'il n'est pas encore possible de fixer ; on ne trouve, en effet, ni plan directeur, ni plan de financement pluriannuel, ni projet médico-social. Ces aspects qui constituent des éléments importants du projet du centre hospitalier de Rouffach restent à finaliser parce que les modalités de réalisation des travaux de reconstruction de la maison Saint-Jacques restent à arrêter et que le plan de financement pluriannuel n'a pas de sens si on n'intègre pas cette donnée. Les projets des structures médico-sociales (maison Saint-Jacques, foyer pour adultes médicalisé, maison d'accueil spécialisée) sont en cours de finalisation. L'ensemble de ces documents sera soumis aux instances à la fin du premier trimestre de 2016. Ce décalage n'empêchera le début de mise en œuvre du projet sanitaire qui prendra du temps pour aboutir complètement et qui impose donc qu'on commence tôt.

Ce projet a été adopté par le conseil de surveillance de l'établissement le 18 décembre 2015.

PRINCIPES GENERAUX

En lien avec la charte de l'établissement, les valeurs exprimées dans le préambule du projet d'établissement ne doivent pas être considérées comme un catalogue de bonnes intentions, mais comme un véritable référentiel qui doit guider les décisions pendant toute la durée de mise en œuvre du projet.

Ce projet est le deuxième projet d'établissement, depuis la création des pôles au sein du centre hospitalier de Rouffach.

Le projet d'un établissement sanitaire et médico-social chargé d'une mission de santé publique

Le centre hospitalier se place comme un établissement de recours en matière de santé mentale.
Son caractère spécialisé s'exerce pour le reste comme un partenaire de la santé mentale, dans les zones géographiques qui sont de son ressort, dans le cadre du développement d'une psychiatrie communautaire qui privilégie le maintien de la personne malade au sein de son espace de vie habituel. Sa mission est d'assurer, au service du public, des soins visant à améliorer la qualité de vie et l'espérance de vie des personnes avec des troubles psychiatriques et psychiques.

Les compétences professionnelles restent spécifiques. La prise en charge des patients s'effectue sous la responsabilité médicale. Au-delà du dialogue singulier avec le médecin, les malades sont suivis par des équipes pluri-professionnelles composées de personnels de soins et de personnels socio-éducatifs.

Le centre hospitalier s'attache à accompagner le passage à l'âge adulte des adolescents qu'il aura suivis quelle que soit la pathologie psychique qui aura justifié son intervention.

Le centre hospitalier de Rouffach gère également des structures médico-sociales (EHPAD, FAM, MAS, CRA). Il met tout en oeuvre pour permettre à ses résidents de gagner en autonomie, et dans la mesure du possible, pour réaliser leurs projets de vie à l'extérieur de l'hôpital.

Le développement de programmes d'éducation thérapeutique ou la participation à ceux-ci est un élément important de la prise en charge aussi bien dans le domaine psychiatrique que dans le domaine somatique.

Le centre hospitalier est impliqué dans des actions de prévention. Celle-ci vise à réduire l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes environnementales. Elle s'adresse à la population générale ou certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions. La prévention oblige à privilégier un travail de partenariat avec les acteurs de première ligne que sont les médecins généralistes, les professionnels paramédicaux libéraux et les services sociaux.

Le centre hospitalier a également comme objectif de soutenir des actions de promotion de la santé mentale, de lutter contre la stigmatisation. Celle-ci vise à accroître le bien être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé.

La promotion est l'affaire de tous et ouvre l'espace d'intervention en direction des élus de la population générale, des usagers, des associations, des familles et place les équipes psychiatriques comme partenaires dans cette démarche notamment au sein des conseils locaux de santé mentale.

Néanmoins les données épidémiologiques actuelles manquent dans notre région et cet aspect pourrait être développé au sein d'une future fédération de recherche en psychiatrie d'Alsace.

Le respect des droits

Il s'appuie sur des valeurs communes plaçant le respect des droits de la personne, des patients, des résidents, de leur entourage, de leur famille comme socle de l'action et de la réflexion autour du soin. Cet engagement est d'autant plus important qu'il a également comme mission de prendre en charge des malades dans le cadre de soins non consentis. Même dans ce cadre, la contrainte doit demeurer l'exception et la recherche du consentement du patient doit toujours être poursuivie. Les espaces thérapeutiques sécurisés sont utilisés dans le cadre strict du soin faisant l'objet d'une procédure thérapeutique spécifique et ne sont pas considérés comme des lieux d'admission directe.

Ce projet doit être gage de qualité dans la prise en charge globale de l'usager devenant partenaire et acteur de ses soins et en consolidant les liens avec les partenaires impliqués (sa famille, les institutions sanitaires, médico-sociales, communales...) pour permettre un parcours de santé cohérent. Le travail en partenariat, coordonné, permet le partage des informations dans le respect de la personne, et abouti à la proposition de soins adaptés, dédiés et spécifiques aux problématiques rencontrées.

Ce type de pratiques engendre d'importantes modifications dans les pratiques professionnelles, plus encore suivant les projets qui sont prévus dans ce sens. L'accompagnement aux changements mérite d'être accentué, en termes de compétences à développer.

Le malade dans son lieu de vie habituel

Le centre hospitalier place son action au cœur de la cité. La création des pôles au sein du centre hospitalier a permis dans un premier temps la mutualisation de moyens entre les secteurs géographiques de proximité. La seconde étape de cette démarche pourrait aller dans le sens d'une mutualisation des savoirs et des compétences, au sein de l'établissement. Celle-ci permettrait de promouvoir des soins spécifiques, dans le cadre de missions inter-polaires visant le rétablissement de la personne dans la communauté.

Ceci implique de développer des partenariats avec les structures médico-sociales et sociales des territoires concernés et de renforcer le travail de continuité et de coordination avec les structures extra-hospitalières dans une logique de fluidité du parcours de prise en charge et d'accompagnement.

L'usager, son réseau primaire et secondaire ont une place dans l'institution ; l'institution est à leur service, ils participent à son fonctionnement et à son évaluation. Leur expérience complète le savoir des soignants.

Le secteur reste le pivot de l'organisation géographique des soins en psychiatrie ; il peut parfois avoir recours à des propositions de soins plus spécialisées pouvant nécessiter des équipes à l'échelon départemental.
Il se veut aussi, au-delà de la notion de territorialité, promoteur d'une psychiatrie communautaire, favorisant au maximum la prise en charge au sein de la cité, au plus près du patient et de son lieu de vie.
L'accès aux soins doit être lisible, aussi bien pour les usagers et leurs familles que pour tous les partenaires impliqués dans la prise en charge, ce qui nécessite une information régulière sur les dispositifs et leurs fonctionnements.

Les centres thérapeutiques de jour pourraient se doter de plates-formes balisées et structurées d'accueil, d'évaluation et d'orientation, dans un souci constant de réactivité et d'accessibilité, permettant une orientation rapide et adaptée, vers les structures dédiées : consultations, hospitalisation à temps partiel ou à temps plein.

Afin de favoriser au mieux le maintien du patient dans son cadre de vie habituel, les centres médico-psychologiques ont une place centrale du fait de leur disponibilité et de leur accessibilité.
Une coordination entre les différents centres médico-psychologiques dans une zone géographique donnée peut être un moyen d'accroître cette disponibilité. De plus, la promotion des soins à la personne nécessite une articulation de nos actions avec les partenaires du secteur médico-social et social et une intervention au domicile du patient par des équipes formées à ce mode de prise en charge. L'hospitalisation à temps complet peut devenir dans un tel schéma une alternative aux soins dans la cité.

La médecine basée sur les preuves

Le centre hospitalier utilise des méthodologies et techniques diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement validées et s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques, notamment sur les référentiels de la haute autorité de santé et de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), des sociétés savantes françaises ou internationales. Il considère que leur usage validé par des études cliniques ou reprises dans des revues scientifiques reconnues constitue le seul fondement de ses choix institutionnels ou médicaux afin de garantir aux patients et résidents pris en charge la meilleure qualité de soins possible.

L'hôpital s'est déjà doté d'outils spécifiques de prises en charge qui doivent bénéficier au plus grand nombre.

Il s'agira de promouvoir au sein de l'institution une psychiatrie d'évaluation, se basant sur la clinique (au moyen d'échelles de quantification de symptômes) et sur la para-clinique (neurobiologie, chrono-endocrinologie, électroencéphalographie diurne et nocturne, tests psychométriques, ...), à l'aide de protocoles de soins validés et reconnus, impliquant tous les acteurs du soin, par le biais de formations spécifiques et de soutien auprès des équipes.

La mise en œuvre du projet d'établissement organisée dans une optique de développement durable et de responsabilité sociétale

Le centre hospitalier de Rouffach s'attache au développement durable sous la norme ISO 26 000 « Développement durable et responsabilité sociétale ». Cette démarche globale constitue une norme d'éco-système. Elle embrasse quatre domaines fondamentaux pour l'hôpital :
- sa responsabilité sociétale
- sa responsabilité sociale
- sa responsabilité environnementale
- sa responsabilité économique

avec une préoccupation particulière pour le travail avec ses parties prenantes.

Le centre hospitalier de Rouffach s'attache à développer en son sein une dynamique de communication qui permet de faire participer un grand nombre de ses salariés à l'élaboration des orientations et des décisions ; il s'agit notamment des représentants du corps médical, des représentants du personnel et de l'encadrement.

Une attention particulière doit être apportée à l'appropriation des orientations de l'établissement par l'ensemble du personnel avec éventuellement un accompagnement dans l'adaptation aux emplois (informations, formations).

Une autre priorité est donnée aux formations initiales et continues des médecins (internat) et des personnels soignants et sociaux.

Le centre hospitalier de Rouffach affirme qu'en son sein la communication entre les personnels et avec les malades doit être empreinte de respect et s'appuyer sur une utilisation adaptée et retenue de la langue et de l'écrit. L'interlocuteur doit toujours être considéré comme une personne et non comme une fonction ou comme un diagnostic.

Projet de gestion

Il n'est fait référence dans ce document qu'aux nouvelles orientations de l'établissement en matière de gestion.

1 – Gouvernance des territoires de santé

Faute de précision sur le contenu définitif des projets sanitaires de territoire issus de la future nouvelle loi de santé, le centre hospitalier de Rouffach réaffirme sa volonté de développer des projets de définition de parcours de soins communs aux patients relevant des secteurs et pôles des agglomérations de Colmar et de Mulhouse et à cette fin le besoin de développer avec la même attention ses relations avec les hôpitaux civils de Colmar et avec le groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace.

Pour autant le centre hospitalier de Rouffach se sent complètement partie prenante dans les évolutions de l'hospitalisation publique dans le Haut-Rhin et reste ouvert à de nouveaux projets de coopérations entre les hôpitaux pour autant que sa spécificité dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale soit prise en compte et respectée.

Le rattachement formel de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire n'est pas le souhait du centre hospitalier de Rouffach qui pense pouvoir rester une référence dans son domaine de spécialité tout en s'engageant fortement dans des coopérations et en restant en dehors d'un GHT dans le cadre d'une dérogation qui reste possible dans l'actuel projet de loi.

2 – Gestion des pôles

Le découpage de l'établissement en pôle reste inchangé en ce qui concerne les pôles cliniques et médico-technique. Il sera procédé à la constitution de deux pôles de gestion qui regrouperont pour l'un les directions administratives et pour l'autre les directions techniques, logistiques et d'approvisionnement.

Des contrats de pôle seront signés avec les responsables des pôles sur le fondement du projet d'établissement et des projets de pôle. La mise en œuvre de ces contrats sera suivie à l'occasion de rencontres régulières entre le directoire et les responsables du pôle concerné.

Les contrats de pôle seront constitués des éléments de participation du pôle à la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet du pôle ; ils comporteront des indicateurs, notamment dans le domaine de la qualité. Ils permettront également de fixer les moyens financiers attribués au pôle et de les arrêter dans un budget de pôle annuel.

Il sera alors possible de suivre les dépenses (directes et indirectes), l'activité et les recettes affectées au pôle en les synthétisant dans un compte de résultats spécifiques. Le système d'information décisionnel <Im@@g> développé par l'établissement est un outil essentiel dans le dialogue de gestion et doit permettre aisément de partager des informations objectives sur le fonctionnement des pôles.

Les pôles de gestion seront également concernés par cette démarche. Cette couverture de l'ensemble des pôles sera un moyen de montrer la responsabilité globale de l'ensemble des services de l'établissement dans la recherche d'une gestion optimale qui permette de concilier les impératifs de chacun et l'équilibre budgétaire qui constitue un impératif pour un établissement de santé qui souhaite défendre son autonomie.

Une fois cette comptabilité analytique mise en place, une réflexion pourra être engagée dans l'établissement pour mesurer l'intérêt de mettre en place des formules d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion.

3 – Evolution de la direction commune

La direction commune entre les centres hospitaliers de Rouffach, de Pfastatt et la maison de retraite de Soultzmatt doit saisir les occasions pour faire en sorte que les liens entre les établissements aillent au-delà de la mise en commun du directeur et des directeurs délégués. Des synergies plus nombreuses doivent pouvoir se développer entre les directions fonctionnelles des trois établissements.

Ces rapprochements existent déjà dans certains domaines (ressources humaines, informatiques, logistiques, médecine de santé au travail, équipe inter hospitalière d'hygiène), mais d'autres opportunités peuvent être saisies pour donner plus de sens à cette direction commune.

La question de la fusion des établissements peut être un sujet de réflexion.

4 – Gestion financière

L'établissement participera autant que possible à la mise en place de la dématérialisation de ses relations avec ses fournisseurs et avec le trésor public, notamment dans le cadre de la procédure appelée « PES V2 ».

Une démarche de fiabilisation des comptes au sens des finances publiques est en cours et doit être poursuivie.

Il continuera à privilégier une politique de paiement rapide des fournisseurs afin de favoriser des systèmes d'escompte qui sont un élément d'amélioration du rendement des marchés publics.

5 – Responsabilité sociétale et développement durable

L'établissement continuera à placer ses orientations de gestion sous l'égide de « la responsabilité sociétale et du développement durable » (norme ISO 26000). Cette approche de la gestion vise à trouver un équilibre entre les impératifs économiques de l'établissement public et les ambitions de l'établissement de santé envers ses personnels, ses patients, ses résidents, son environnement et celui des usagers par l'hôpital.

Projet d'évolution de l'organisation des parcours de soins

1 - La citoyenneté

La question de la citoyenneté est une question centrale puisque c'est elle qui guide la volonté de l'établissement de favoriser le développement d'une psychiatrie dans la communauté plutôt que celui d'une psychiatrie centrée sur l'hôpital.

L'établissement veut faire sienne l'idée que le malade mental est un citoyen à part entière et que tout doit être fait pour qu'il soit reconnu dans ce statut ou qu'il puisse en retrouver les éléments si sa maladie et ses conditions de prise en charge l'ont conduit à en perdre pour lui-même les attributs.

Cette approche passe à la fois par une attention portée par l'établissement sur tout ce qui permettra au patient de se reconnaître et d'être reconnu dans son statut de citoyen; elle passe aussi par tout se qui conduira le patient à avoir une meilleure image de soi: c'est la question de ce qui est appelé « l'empowerment ».

Cette question de citoyenneté conduit également l'établissement à reconnaître que le patient a toute sa place dans l'organisation de sa prise en charge et que celle-ci ne repose pas uniquement sur les équipes de l'hôpital réputées détenir le savoir. Cette affirmation trouve tout son sens pour les patients intégrés dans des programmes de soins.

La citoyenneté ne concerne pas que les patients; elle sous-tend l'attention que le centre hospitalier doit porter pour que son projet d'évolution soit connu et partagé aussi par les élus, par les familles et par l'ensemble de ceux qui travaillent dans des domaines et des structures qu'utilisent les personnes souffrant de troubles psychiques.

La notion de citoyenneté recouvre également la volonté d'éviter les ruptures dans la prise en charge des patients pour éviter leur désinsertion. Afin de favoriser le rétablissement, une réflexion devra être menée pour la mise en place de programmes thérapeutiques individuels construits avec le patient par l'équipe pluridisciplinaire; ces programmes doivent permettre de créer un lien entre le projet de soins et le projet de vie. Dans ce cadre, le foyer pour adultes médicalisé doit être, plus qu'aujourd'hui, considéré comme un lieu de vie de passage ; il doit favoriser les projets de vie débouchant sur une insertion dans la cité, particulièrement celle de Rouffach qui constitue pour la plupart des résidents la cité d'habitude à laquelle ils appartiennent désormais.

Les travailleurs sociaux ont dans ce domaine un rôle particulier à jouer; ils sont en première ligne en ce qui concerne la connaissance des possibilités d'insertion par le logement, par le travail ou par l'aide du secteur médico-social, notamment des SAMSAH et des SAVS.

La place des éducateurs spécialisés doit être plus reconnue puisqu'ils ont un rôle particulier à jouer dans l'accompagnement des malades vers une vie ordinaire.

Dans le contexte du développement de la culture informatique, parmi les jeunes générations, la mise à disposition des équipes d'outils de mobilité pour un portage du système d'information devrait permettre au patient ou au résident d'être au coeur de sa prise en charge.

Action 1: *Mettre en oeuvre un projet de recherche de logements et favoriser l'adaptation de logements pour aider la réinsertion des patients sortants.*

Action 2: *Mettre en oeuvre un projet visant à soutenir la réinsertion par le travail des malades sortants.*

Action 3 : *Mettre en oeuvre un projet visant à développer l'inclusion scolaire des jeunes patients*

Action 4 : *Développer des outils informatiques de mobilité pour adapter les liens avec les patients.*

2 - Les modalités d'admission

La culture du centre hospitalier de Rouffach repose depuis longtemps sur une volonté d'accueillir facilement les personnes qui s'adressent à lui; les refus d'admission sont de ce fait assez rares et la mise en place des permanences d'accueil et d'orientation n'a modifié qu'à la marge cette pratique. Il en résulte une occupation importante des structures d'hospitalisation à temps plein de l'établissement alors qu'un consensus existe pour considérer qu'un « jour donné » un certain nombre de malades séjourne dans l'établissement pour des motifs autres que des motifs sanitaires. En outre, la réflexion engagée autour des « valeurs » du centre hospitalier de Rouffach vise à mettre en avant que le lieu de bonne prise en charge d'une personne atteinte de troubles psychiques n'est pas en première intention l'hôpital, en tout cas pas dans ses lits d'hospitalisation à temps complet.

Afin d'engager un processus permettant d'admettre différemment les patients, le projet médical s'oriente vers deux évolutions.

La première passe par une réflexion sur les modalités concrètes d'admission pour que chaque situation soit examinée sans délai par un psychiatre. Ceci se traduit d'abord par une implication forte au sein des structures d'urgence psychiatrique de Colmar et de Mulhouse et de la fédération des urgences psychiatriques du Haut-Rhin (FUP 68) afin de favoriser une meilleure régulation des entrées en hospitalisation complète, à la fois par la gestion de certaines situations individuelles, mais également en contribuant à l'évolution des pratiques des urgences. La mise en place des unités dites de 72 heures, particulièrement au sein des urgences du GHR-MSA (CAP 72 Mulhouse), est une opportunité à la fois pour mieux mesurer le besoin de soins des patients et offrir une alternative à l'hospitalisation complète dans les services de psychiatrie.

Cette réflexion sera conduite au sein de la commission de la permanence des soins du centre hospitalier de Rouffach, de la FUP 68 et des groupes de travail constitués avec les HCC et le GHR-MSA pour favoriser la complémentarité de l'offre en santé mentale sur Colmar et sur Mulhouse.

L'atteinte de l'objectif sera évaluée au regard de la rédaction d'une nouvelle procédure d'admission pour ce qui est du centre hospitalier de Rouffach et de la mise en oeuvre sur Colmar et sur Mulhouse de dispositifs innovants pour prendre en charge les malades en urgences en passant par des structures autres que les structures d'hospitalisation à temps plein.

L'enjeu principal est de prévenir les situations de crise en précisant les rôle et les missions des centres médico-psychologiques (CMP), des unités mobiles d'évaluations et de soins (UMES) et des visites à domicile (VAD).

La prise en charge des patients en situation de crise doit faire l'objet d'une attention particulière. L'orientation vers les structures d'urgence ne peut être la seule solution. Il est essentiel de penser de nouveaux dispositifs innovants de prise en charge en soins intensifs au coeur de la cité. L'organisation de la continuité et de la permanence médicale est un enjeu pour la conception de ce dispositif.

Les liens avec la médecine de ville sont importants. Une meilleure articulation avec les médecins généralistes devra être recherchée ainsi que leur implication dans le suivi des patients en les associant au projet de soins de la personne. Le lien avec les pharmacies d'officine de ville est également à prendre en considération. La conciliation médicamenteuse et les accès au dossier pharmaceutique sont des démarches structurantes pour réussir au mieux la coordination des prises en charge.

La seconde consiste à suivre, autant que possible en temps réel, les séjours des malades afin d'en mesurer régulièrement l'opportunité en terme de qualité et d'adéquation de la prise en charge. Il est bien entendu qu'il est reconnu que la situation des malades est déjà évaluée actuellement; la nouveauté doit résulter du caractère systématique de cette évaluation.

Pour ce faire, l'établissement s'appuiera en premier lieu sur un groupe qui examinera systématiquement les séjours anormalement longs (à définir) dont le suivi restera assuré par le département d'information médicale. Par ailleurs, l'établissement fera l'acquisition d'un logiciel spécifique de suivi des prises en charge hospitalières pour en mesurer le bien-fondé ou demandera au GIP Symaris de réaliser un développement du logiciel Cariatides pour atteindre cet objectif.

Action 5 : *Engager une réflexion sur les admissions des patients intégrant l'accueil par les structures des urgences des établissements de Colmar et de Mulhouse et l'organisation de la permanence des soins du centre hospitalier de Rouffach.*

Action 6 : *Définir des projets de prises en charge des malades au sein des agglomérations de Colmar et de Mulhouse en lien avec les établissements sanitaires de ces villes gérant des secteurs de psychiatrie.*

Action 7 : *Développer les liens avec les professionnels de santé exerçant en ville pour favoriser leur association à la prise en charge des malades suivis par l'établissement.*

Action 8 : *Evaluer de façon continue l'opportunité des séjours en hospitalisation complète et partielle en s'appuyant sur des informations extraites de façon automatique des dossiers médicaux (évolution Cariatides) afin d'éviter la poursuite des séjours dont l'objet ne serait plus une prise en charge sanitaire adaptée (adultes et enfants).*

Action 9 : *Travailler avec l'agence nationale d'aide à la performance sur les conditions de mise en oeuvre des évolutions du centre hospitalier et faire usage du logiciel Aelipce pour vérifier la faisabilité et la validité des projets.*

3 - La psychiatrie dans la communauté

A l'image de ce qui a déjà été mis en place dans certains territoires, l'établissement décide de s'engager résolument dans une prise en charge des malades psychiques dans le cadre de leur lieu de vie ordinaire. La pratique de secteur, et sa transposition actuelle au sein des pôles, a déjà, bien sûr, permis de s'engager dans cette voie, mais il convient aujourd'hui d'aller plus loin dans cette direction que les traitements médicamenteux, psychothérapiques et comportementaux rendent possibles aujourd'hui. Il ne s'agit pas de copier ce qui se fait ailleurs, mais de s'appuyer sur ces expériences qui montrent qu'il est possible de centrer la prise en charge sur la communauté (centres de santé mentale) et non sur l'hôpital psychiatrique.

Cet objectif sera mis en oeuvre au sein de chaque pôle de psychiatrie générale et s'appuiera sur les projets en cours d'élaboration avec les HCC et le GHR-MSA pour les agglomérations urbaines de Colmar et de Mulhouse.

Dans ce but, le centre médico-psychologique devient la clé de voute pour les prises en charge ambulatoire qui s'organisent avec les usagers. Les horaires d'ouverture des centres médico-psychologiques doivent être notablement élargis (voire permanents, avec éventuellement un petit nombre de lits de répit) afin de permettre une orientation des malades en crise vers des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète et éviter autant que possible les soins sans consentement. Cette ambition nécessite d'évaluer les organisations et les activités en place au sein des centres médico-psychologiques. De ce diagnostic, de nouvelles modalités de fonctionnements pourront être dégagées en soulignant toute l'importance de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux. Les fonctions de plateforme téléphonique et de secrétariats sont également au coeur du sujet. Les missions de régulation, d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation sont à décliner de façon opérante.

L'établissement s'autorise à rechercher tout mode d'organisation qui, en conformité avec le code de la santé publique, permettra de favoriser le maintien du malade dans son milieu de vie ordinaire. Il est encore possible d'imaginer des prises en charge extra-hospitalières innovantes.

La création de postes « médiateurs de santé pairs » destinés à des personnes formées et ayant été à un moment de leur vie usagers de structures de santé mentale est une opportunité pour intégrer au sein de l'équipe pluridisciplinaire de nouveaux professionnels permettant aux malades de se projeter dans une autre vie et aux équipes d'obtenir une expertise particulière dont la plus-value a déjà été reconnue comme utile dans d'autres établissements. Ces « médiateurs de santé pairs » sont des partenaires professionnels qui, par leur formation, s'inscrivent pleinement dans le développement du « prendre soin » : facilitation de l'accès aux soins, développement de l'accompagnement, le soutien relationnel et l'éducation à la santé.

Si la mise en place des groupements hospitaliers de territoire devait conduire le centre hospitalier de Rouffach à intégrer un GHT, ce rattachement à l'un ou l'autre des territoires de santé du Haut-Rhin ne doit pas se faire au détriment d'une coopération autour de la psychiatrie communautaire dans les agglomérations urbaines de l'autre territoire de santé.

Il repose sur l'idée que l'accompagnement du malade ne repose pas uniquement sur les équipes hospitalières, mais également sur l'environnement du malade (familles, services sociaux, établissements médico-sociaux, employeurs, établissements de formation,...). Il induit également que le malade lui-même doit être associé fortement à son projet individualisé de soins, à son parcours de rétablissement, à son projet de vie. Le principal objectif est le maintien dans un milieu de vie ordinaire.

Action 10 : *Elaborer des projets de pôle visant à accroitre les modalités de prise en charge des malades dans leurs lieux de vie ordinaire et permettant notamment une ouverture plus longue en soirée et les fins de semaine des CMP.*

Action 11 : *Mettre en place des « médiateurs de santé pairs ».*

Action 12 : *Mettre en oeuvre un projet de psychiatrie transculturelle s'appuyant sur les compétences déjà en place dans l'établissement organisées dans le cadre d'une « équipe ressources ».*

4 - Les prises en charge spécialisées et le parcours de soins

Même si l'organisation future du centre hospitalier de Rouffach ne remet pas en cause la sectorisation et sa déclinaison actuelle par pôles qui peuvent intervenir dans tout le champ de la santé mentale, il est envisagé d'afficher une compétence plus marquée de telle ou telle équipe au sein de tel ou tel pôle autour d'un domaine particulier de la psychiatrie. Dès lors, le pôle correspondant a vocation à avoir un fonctionnement de recours dans le cadre de la pathologie visée; il devient légitime pour engager préférentiellement des actions de recherche ou organiser des prises en charge spécialisées sans que pour autant les autres pôles aient l'obligation d'orienter vers lui les malades atteints de ces pathologies.

Cet objectif repose sur la volonté d'offrir aux patients les soins les plus reconnus par la communauté scientifique; ceux-ci passent souvent par une spécialisation d'équipes qui sont d'autant plus compétentes qu'elles maîtrisent les actes considérés.

Il est ainsi possible de spécifier les choses:
- pôle 2/3: autisme, santé pénitentiaire, précarité
- pôle LTD: psychiatrie de l'âge avancé,
- pôle 8/9: dépressions résistantes, schizophrénies, sommeil,TDAH,
- pôle enfants et adolescents: troubles du neuro-développement.

Ces spécialisations ne veulent pas dire que les pathologies qui ne sont pas citées ne sont pas prises en charge au sein de l'établissement, ni que celles qui sont citées ne sont suivies que dans les pôles qui ont acquis une compétence particulière dans ces domaines.

Par ailleurs l'établissement veut continuer à être le siège d'un certain nombre de centres « expert ». Il s'agit notamment du centre de ressources autisme en lien avec les HUS et l'EPSAN, dans le cadre du groupement national des CRA; il s'agit ensuite du centre expert schizophrénie et du centre de ressources concernant les auteurs de violences sexuelles (CRAVS).

En parallèle, le centre hospitalier considère que le parcours de soins est la déclinaison contemporaine de la sectorisation psychiatrique. Il s'emploie à faire en sorte que tous les malades et particulièrement ceux atteints de pathologies psychiatriques assimilables à des maladies chroniques fassent l'objet d'un suivi par les équipes du pôle au cours d'un projet de soins et d'un projet de vie individualisés.

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique avec le malade sera recherchée par une adaptation du rythme de l'organisation interne au rythme de la personne soignée.

Action 13 : *Définir pour chaque centre expert (ou assimilé) les modalités de relations entre les spécialités et les pôles afin de clarifier la position des prises en charge de secteur et celle des prises en charge de « recours ».*

Action 14 : *Mettre en oeuvre des projets de soins personnalisés à titre expérimental pour les malades qui en ont particulièrement besoin avec une contractualisation autour des ressources à engager et des résultats escomptés au vu des objectifs fixés.*

Action 15 : *Évaluer les organisations internes de chaque unité pour vérifier quels sont leurs points forts et leurs points faibles en terme d'adaptation aux besoins des malades.*

Action 16 : *Travailler sur une meilleure régulation des parcours sanitaires, médico-sociaux et à leur lisibilité (adultes et enfants).*

Action 17 : *Développer des programmes spécifiques autour des:*
– spécificités de la filière de l'enfant et de l'adolescent,
- spécificités de la schizophrénie,
– spécificités de la filière de la psychiatrie de l'âge avancé,
– spécificités de la filière de la prise en charge des patients provenant d'une unité pénitentiaire,
– spécificités des prises en charge en ETS et du recours aux pratiques de contention,
– spécificités de la prise en charge des troubles du sommeil et de l'attention,
- spécificités de la prise en charge des addictions/doubles diagnostics/troubles psychotiques/dépressions résistantes.

Action 18 : *Travailler avec les équipes sur le passage de l'âge enfant à l'âge adulte.*

Action 19 : *Engager une réflexion sur la prise en charge des troubles des personnalités limites.*

Action 20 : *Elaborer un projet fixant l'organisation de l'établissement pour développer la réhabilitation psychosociale (dont la remédiation cognitive) afin de permettre la sortie de l'hospitalisation, prévenir l'apparition de handicap, améliorer la qualité de vie et prévenir les rechutes.*

5 - La problématique de la capacité en lits et le redéploiement des moyens

Le centre hospitalier de Rouffach veut profiter de la mise en oeuvre du projet d'établissement pour s'interroger sur la structuration de ses prises en charge. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet a certes diminué depuis l'origine puisque l'établissement ne possède plus actuellement qu'environ 350 lits d'hospitalisation en psychiatrie. Pour autant, la volonté de favoriser les prises en charge dans la communauté et la question de l'opportunité de certaines hospitalisations permettent d'envisager la diminution de la capacité en lits d'hospitalisation à temps complet. Il est prévu de fermer durant les cinq années de mise en oeuvre du projet d'établissement une soixantaine de lits. Ces fermetures permettront d'affecter des moyens, notamment des effectifs de personnel, pour suivre les malades dans des services de proximité dans les communautés urbaines relevant de l'établissement, mais également dans les différents lieux de vie.

Dans ce cadre, il y a un objectif de renversement des valeurs, et, donc un continuum de prise en charge, c'est l'hospitalisation à temps plein qui doit devenir progressivement une alternative à la prise en charge dans le milieu de vie ordinaire et non l'inverse comme c'est le cas actuellement.

Quoique nécessaires, ces fermetures ne sont pas des éléments isolés du projet d'ensemble. Elles s'imposent pour qu'on puisse soutenir l'activité en ville, mais elles imposent que l'activité en ville soit aussi soutenue pour parvenir à rendre acceptable ces fermetures. Les fermetures de lits doivent donc être progressives pour permettre d'accompagner les redéploiements nécessaires. Elles doivent également se faire de façon coordonnée pour que les malades qui resteraient dans des unités destinées à disparaître soient orientés vers le lieu de vie le plus adapté pour eux.

Il est prévu de fermer à terme :
- pôle 2/3: pavillon 21
- pôle LTD: pavillon 3
- pôle 8/9: pavillons 24 et 7/8

La mise en place de nouveaux dispositifs de prise en charge, nécessitant d'engager des redéploiements de moyens en personnels, impose à la fois la prise en compte des situations individuelles, mais également des adaptations aux nouveaux emplois mis en place. Le développement d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) prend ici tout son sens : quelle compétence pour quelle mission ?

La répartition des effectifs par métier peut être ajustée. De nouveaux métiers peuvent émerger. Le périmètre des activités par métier peut évoluer.

Dans ce contexte, la gestion des ressources médicales et non médicales doit s'inscrire dans l'anticipation des besoins, le développement des compétences (programme « formation médicale continue » et « développement professionnel continu ») et l'adéquation des ressources avec les organisations et pratiques attendues.

Pour organiser ces choix, l'établissement s'attachera à obtenir une aide de l'agence nationale d'appui à la performance et utilisera le logiciel Aelipce.

Action 21 : *Fixer le calendrier et les modalités de fermeture pendant la durée du projet d'établissement d'au moins une unité d'hospitalisation à temps complet par pôle de psychiatrie générale.*

Action 22 : *Fixer un calendrier et les modalités de redéploiement d'activité d'hôpital de jour du pôle « enfants et adolescents » vers le médico-social dans le cadre d'une prise en charge adaptée des troubles du spectre autistique .*

Action 23 : *Réfléchir à des synergies entre les services adolescents de Rouffach et de Mulhouse.*

Action 24 : *Mettre en oeuvre les actions prévues dans « l'agenda d'accessibilité programmé » (AD'AP), concernant l'accueil des handicapés dans les établissements recevant du public en adaptant ou en remplaçant les structures extra-hospitalières concernées.*

Action 25 : *Accompagner les évolutions organisationnelles et les modifications de pratiques par une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.*

6 - La prise en charge somatique des malades et le plateau médico-technique

La prise en charge somatique des patients psychiatriques fait l'objet de recommandations spécifiques aujourd'hui labellisées par la HAS. L'établissement s'est engagé dans une démarche « processus » pour questionner et améliorer ses pratiques dans le cadre de l'hospitalisation complète.

Le devenir du plateau technique est lié aux évolutions des modalités de prises en charge en ambulatoire. Il est toutefois essentiel de soutenir les coopérations existantes en ce qui concerne les activités de spécialités.

Le développement des actions d'éducation thérapeutique doit être une priorité que ce soit au décours d'une hospitalisation mais également lors d'un suivi ambulatoire. Le développement d'applications informatiques peut être une ressource pour la coordination de telles démarches au plus près du lieu de vie.

Cependant, l'enjeu sera de coordonner, de façon adéquate, la prise en charge somatique en ambulatoire, dans le quotidien et à long terme, afin de prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques.

Action 26 : *Arrêter un programme d'amélioration de la prise en charge somatique des patients suivis à toutes les étapes de leurs maladies.*

Action 27 : Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient, d'aide aux aidants et s'associer à des programmes existants.

7 - La recherche et la formation

Le centre hospitalier de Rouffach porte une attention particulière à la recherche. La diversité de ses pratiques médicales est un atout que l'établissement ne veut pas perdre. L'organisation de la recherche repose sur deux orientations particulières,mais complémentaires. Il s'agit en premier lieu de la recherche clinique qui porte sur les évolutions thérapeutiques proposées aux malades suivis par la psychiatrie; il s'agit ensuite de la recherche plus opérationnelle portant sur l'organisation de la demande et de l'offre en matière de santé mentale et sur l'épidémiologie.

Action 28 : *Améliorer les études épidémiologiques ou les études sur le suivi des patients soignés par l'établissement afin de mieux objectiver les actions et les projets du centre hospitalier de Rouffach.*

Action 29 : *Mettre en oeuvre une unité de recherche clinique propre à l'établissement afin de structurer la recherche en psychiatrie et d'en mobiliser les financements.*

Le projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement

1. Un sens à partager

Le «projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement» s'appuie sur les principes du « projet d'évolution de l'organisation des parcours de soins », volet fondateur du projet d'établissement. Il représente l'expression et l'engagement de tous les professionnels du centre hospitalier de Rouffach à la promotion d'une psychiatrie au cœur de la cité, en considérant l'hôpital comme une alternative aux autres modes de prise en charge. C'est un véritable changement de paradigme, qui implique de questionner les modes de fonctionnement actuels et les activités en place. De nouveaux modes d'organisation, de nouvelles pratiques vont être au cœur de ce nouveau défi où le patient acteur doit avoir une place centrale.

Ce projet est ainsi une réaffirmation du droit à la citoyenneté du patient et au développement de ses habilités. C'est la recherche de *l'empowerment* : le patient est acteur au sein du dispositif de soins et de réhabilitation. Il tend à retrouver confiance, estime de lui-même. Il peut ainsi recouvrer ses capacités d'initiative et de contrôle de sa vie, s'engager ainsi dans un processus de rétablissement : *le recovery*. Cette approche du soin et du prendre soin s'inscrit dans la démarche de responsabilité sociétale organisationnelle et de développement durable (RSODD) que le centre hospitalier de Rouffach a engagée depuis plusieurs années. Il est important de se référer à la charte du centre hospitalier qui souligne la contribution de toutes les parties prenantes : patients, résidents, entourage, aidants et tous les professionnels, en rappelant les valeurs portées : le respect, le professionnalisme, l'écoute, la bienveillance, la qualité du service rendu.

En référence aux orientations et objectifs définis dans le volet « projet d'évolution de l'organisation des parcours de soins », le directoire de l'établissement a exprimé sa volonté de concevoir un projet global étendu aux attentes de tous les professionnels contribuant au parcours de santé du patient (ou résident). Cette démarche affiche la volonté de l'importance de la coordination entre tous. Les notions de réseaux, de coordination et de parcours trouvent ici tout leur sens. Plusieurs temps de concertation ont été réalisés auprès des cadres de pôle et cadres de santé, des représentants des psychologues, du cadre socio-éducatif et des assistants de service social, des chefs de pôle et d'autres praticiens, de l'équipe de direction et des représentants d'associations d'usagers.

Ainsi est né le « projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement ».

2. La méthodologie d'élaboration

Le conseil de surveillance du centre hospitalier de Rouffach, lors de sa séance du 10 avril 2015 a approuvé les cinq grands principes du nouveau projet d'établissement (2016-2020), à savoir :

1.le projet d'un établissement sanitaire et médico-social chargé d'une mission de santé publique,

2. le respect des droits,

3. le malade dans son lieu de vie habituel,

4. la médecine basée sur les preuves,

5. la mise en œuvre du projet d'établissement organisée dans une optique de développement durable et de responsabilité sociétale.

Dans un premier temps, en référence à ces cinq grands principes, la direction des soins a créé cinq groupes de travail constitués de membres de la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), de cadres de pôle, des personnels de rééducation, des personnels éducatifs. Par la méthodologie du brainstorming, ces groupes ont dégagé cinq axes prioritaires :

1. améliorer la qualité et la prise en charge du patient/résident,
2. promouvoir une organisation de soins centrée sur la notion de parcours et l'accès aux soins,
3. optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liées aux soins,
4. consolider le développement et la gestion des compétences professionnelles,
5. développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche.

Dans un second temps, une nouvelle démarche de concertation a été lancée auprès des cadres de pôles, des chefs de pôle, des psychologues et des assistants de service social.

A partir des axes déterminés par les groupes de travail, du projet élaboré par le collège de psychologie et le projet du collège des assistants de service social, il a été dégagé un projet commun et fédérateur autour du patient (ou résident).

Cette démarche a conduit à la formulation de 6 axes et de 70 actions.

Axe 1 : la promotion de l'empowerment en considérant le patient (ou résident) comme acteur de sa prise en charge.

Axe 2 : la continuité et la coordination du parcours de soin, de réhabilitation et de rétablissement.

Axe 3 : la gestion des compétences au profit du raisonnement clinique, de l'évaluation et de la recherche.

Axe 4 : la prise en compte des situations à risque.

Axe 5 : la gestion des situations exceptionnelles.

Axe 6 : la recherche permanente d'efficience.

Toutes les parties prenantes ont attesté de l'intérêt de disposer de ce « projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement », affichant ainsi la nécessité d'une pluridisciplinarité et d'une coordination tout au long du parcours de santé du patient (ou résident).

Chacun des axes est décliné en actions. Chaque action fait l'objet d'une explicitation sous forme de fiche descriptive comprenant différents items :

- référence de l'action,
- cadre réglementaire et recommandations diverses,
- lien avec le référentiel HAS V2014,
- motivation du projet,
- description de l'action à développer,
- conditions préalables à la mise en œuvre de l'action,

- résultat attendu,
- ressources nécessaires au développement de l'action (durant la phase projet),
- ressources nécessaires au fonctionnement (une fois l'action mise en place),
- échéance (à définir entre 2016 et 2020),
- chefs de projet et l'instance de référence (ou commission compétente),
- dispositif d'évaluation et de mesure corrective.

Chaque action sera conduite par un binôme « chefs de projet ». Les psychologues, les assistants de service social, les cadres et les membres de la CSIRMT seront intégrés dans plusieurs de ces binômes. En référence à la thématique abordée, l'instance ou la commission compétente sera associée à la rédaction de la fiche, à la mise en œuvre et au suivi de l'action.

3. Les actions identifiées pour chacun des axes

Axe 1 : La promotion de l'empowerment en considérant le patient (ou résident) comme acteur de sa prise en charge

Synthèse de l'axe :

La promotion de l'empowerment du patient (ou résident) ne peut se résumer à la seule intention de considérer le patient au centre du dispositif de soin. Le rôle des équipes est de l'accompagner, voire le soutenir, dans une démarche progressive afin qu'il devienne un acteur actif au sein de son parcours de vie. Il tend à acquérir une autonomisation, une capacité de prise de décision et d'action (autodétermination). Cette approche implique un engagement de toutes les parties prenantes. Afin de mobiliser toutes les ressources disponibles, iI est essentiel de soutenir la triangulation « patient (ou résident) / famille (entourage) / professionnels ». Cela se traduit par un ajustement des comportements professionnels et des attitudes personnelles afin de favoriser l'empowerment du patient. Les temps de transmissions et les réunions pluridisciplinaires sont des moments privilégiés pour s'accorder et consolider cette alliance thérapeutique avec le patient.

Le respect des droits et devoirs des patients/résidents est une thématique centrale des pratiques de soins. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est un des leviers pour faciliter l'expression de ces droits et devoirs. Elle est également un lieu d'ajustement des pratiques professionnelles. Le centre hospitalier de Rouffach a déjà réalisé un audit « démocratie sanitaire » associant des patients, des représentants des associations de famille et des professionnels. Considérant les effets bénéfiques de cette démarche, tant sur le plan de l'empowerment du patient que sur le plan institutionnel, cette méthodologie sera renouvelée au sein des structures extrahospitalières des différents pôles.

Les assistants de service social contribuent à l'évaluation de la situation sociale du patient (ou résident). Ils œuvrent à garantir l'accès et le maintien des droits sociaux du patient, à assurer la protection de l'enfance ou de l'adulte vulnérable et le cas échéant à favoriser le signalement. Ils veillent au respect du patient (ou résident) et contribuent à son « mieux être » en assurant une passerelle entre le médical et le social.

Pour faciliter l'expression des patients, des résidents, des aidants, des représentants d'associations, notamment au sein des différentes instances ou groupes de travail, il est proposé de développer des dispositifs d'information ou de formation adaptés. Cette démarche contribue à la lutte contre la stigmatisation de l'environnement psychiatrique et de la santé mentale. Des communications « grand public » s'inscrivent aussi dans cette logique.

Le projet de recours, à un « médiateur de santé pair » membre de l'équipe de soins, marque une étape fondamentale vers un renouveau de la médiation thérapeutique, réduisant ainsi la distance entre soignants et soigné. Ce nouveau professionnel de santé, par ses compétences et son savoir expérientiel de la maladie, devient un partenaire pour promouvoir le « prendre soin ». Il va également contribuer à construire une image d'un rétablissement possible.

Une étude de préfiguration pour la mise en place d'un centre ressources handicap psychique (CReHPsy) en Alsace est en cours. Le centre hospitalier de Rouffach souhaite être partie prenante dans cette étude. Un tel dispositif permettrait de gagner en lisibilité tant pour les professionnels que pour les usagers, notamment en matière d'accueil, d'information, d'expertise, d'animation et d'orientation.

Dans l'objectif de soutenir la lutte contre la stigmatisation des pathologies psychiatriques, de promouvoir l'empowerment des patients (ou résidents) et de développer une psychiatrie au cœur de la cité, il est nécessaire de soutenir les initiatives locales au sein des conseils locaux de santé mentale (CLSM). Le CLSM est un véritable dispositif de démocratie sanitaire qui donne sens aux principes de la citoyenneté et de la santé communautaire. La réalisation d'activités thérapeutiques, qu'elles soient culturelles, artistiques ou sportives est une opportunité pour ancrer le dispositif de soin au cœur de la cité. Il est toutefois essentiel qu'elles répondent aux besoins exprimés du patient afin de contribuer à son autodétermination. Le projet « Culture et santé » s'inscrit également dans cette démarche.

Le contrat social multipartite (CSM), en référence au modèle élaboré par le conseil de l'Europe, est un instrument de coresponsabilité qui devrait se développer car il permet à des personnes souffrant de troubles psychiques de retrouver un mieux être et de se considérer comme citoyen au cœur de la cité. A souligner que le centre hospitalier de Rouffach s'est engagé aux côtés de la Ville de Mulhouse à initier, développer et évaluer l'outil, le CSM s'inscrivant dans la démarche *« Mulhouse : territoire de coresponsabilité »*. Cette démarche est aussi réalisée avec la Ville de Guebwiller.

Une attention particulière doit être également portée aux familles de patients car si elles sont considérées comme des ressources pour le patient (ou résident), elles sont aussi exposées à bon nombre de difficultés. Une association précise *« les familles ne sont pas formées, ne sont pas professionnelles (...) »* . Cependant elles développent des compétences dans l'observation et l'accompagnement de leurs proches et de ce fait constituent, des partenaires indispensables lors des différentes phases de suivi de leur proche. Elles citent : « *les soignants changent, les familles restent (...) »*.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 1 : *assurer les droits et devoirs des patients et résidents en développant l'appropriation de ces principes par les professionnels, dans le soin (cure) et le prendre soin (care).*

Action 2 : *développer les actions de formation, d'orientation et d'accompagnement spécifiquement envers les aidants, en soutenant l'importance de la triangulation patient (ou résident) - entourage et famille - professionnels.*

Action 3 : *informer les patients (ou résidents) et représentants des usagers afin de faciliter leur contribution au sein des différentes instances et groupes de travail.*

Action 4 : *maintenir et renforcer les liens familiaux en mobilisant les ressources des familles, en faveur des projets de vie et dans la perspective de mieux prendre en considération les besoins des patients.*

Action 5 : *soutenir les actions mises en œuvre au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), par une écoute dynamique des représentants des usagers et des professionnels.*

Action 6 : *poursuivre la réalisation d'audits « démocratie sanitaire », en favorisant l'empowerment.*

Action 7 : *faciliter l'intégration et le développement des fonctions de « médiateur de santé pair » tout au long du parcours de vie du patient.*

Action 8 : *garantir l'accès et le maintien des droits des patients (ou résidents). Assurer une veille juridique en référence aux différents dispositifs de prise en charge.*

Action 9 : *assurer une vigilance soutenue dans le cadre de la protection de l'enfance et du majeur vulnérable et favoriser le signalement.*

Action 10 : *promouvoir des temps de communication auprès du grand public et participer au projet de mise en place d'un centre ressources régional handicap psychique (CReHPsy).*

Action 11 *: assurer, par un engagement fort, la prévention et la promotion de la santé mentale au cœur de la cité, particulièrement au sein de conseils locaux de santé mentale (CLSM), des points « écoute ». Il est essentiel d'intégrer au moins un représentant des usagers au sein des CLSM.*

Action 12 : *faciliter la démarche de développement du contrat social multipartite au sein du territoire dans une logique de coresponsabilité.*

Action 13 : *créer et/ou développer des synergies avec les associations de famille et d'usagers en s'appuyant particulièrement sur les structures existantes, pour exemple la Maison des usagers (MDU).*

Action 14 : *favoriser des activités thérapeutiques culturelles, artistiques, sportives (...) insérées dans la cité en considérant les besoins du patient/résident.*

Action 15 : *au sein des unités d'hospitalisation, concevoir un nouvel aménagement des chambres avec un mobilier de type hôtelier et non hospitalier. Cette démarche contribue à la déstigmatisation de la maladie et renforce l'image positive du patient.*

Axe 2 : la continuité du parcours coordonné de soins, de réhabilitation et de rétablissement : un projet personnalisé

Synthèse de l'axe :

Si la notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est une notion récente, comme le souligne l'agence nationale d'appui et la performance (ANAP), la psychiatrie de secteur a toujours œuvré dans cette logique.

Cependant, l'affirmation d'une politique du « soin » et du « prendre soin » au plus près du lieu de vie habituel du patient, impose de soutenir et développer la coordination entre les parties prenantes pour que le parcours de soins, de réhabilitation, de réinsertion et de rétablissement ne subisse pas de rupture. Aujourd'hui, près de 80% des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique sont suivis en ambulatoire. Toute la difficulté est de considérer qu'il n'existe pas un parcours type mais une multitude de configuration. Le parcours de santé est propre à chaque patient. Les modalités d'accompagnement seront par conséquent différentes du fait de la spécificité de la pathologie psychiatrique, de la situation somatique, de l'environnement familial, social et géographique de chaque patient. Il s'agit bien de définir un programme personnalisé d'interventions.

Le référent ou coordonnateur de parcours (case manager) prend ici tout son sens. Il a ce rôle de faciliter le parcours en coordonnant les interventions des professionnels du soin, de la réhabilitation et de la réinsertion. Il est le garant du maintien du contact avec le patient. En assurant une intervention individualisée, il contribue au développement des aptitudes individuelles, de l'autonomie du patient.

Afin de faciliter la mission de coordination, il est important de donner de la lisibilité concernant le rôle des structures existantes et de celles à venir. Le parcours de vie du patient impose de soutenir les collaborations, les liens entre ces différentes entités publiques ou privées, qu'elles relèvent du champ sanitaire, médico-social, social ou associatif, le patient restant toujours acteur au sein de son parcours.

Les écrits professionnels doivent être questionnés au regard des évolutions des pratiques (dossier informatisé, outils de mobilité) et des organisations. La mise en place d'une commission des écrits professionnels permettrait de partager sur le plan institutionnel les attentes de chacun et de formaliser un guide d'utilisation du dossier patient informatisé.

L'essor des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peut contribuer à une logique d'optimisation des parcours patient. Ces NTIC contribuent à donner une meilleure lisibilité et induire une meilleure coordination des parcours « patient » au niveau de l'établissement, mais également au niveau territorial. Elles permettent aussi de proposer aux personnels de meilleures conditions de travail. Il est important de spécifier que le développement des prises en charge en extra hospitalier implique de mettre à disposition des personnels des outils de mobilité permettant la saisie des données au plus proche du patient. Un outil informatisé de planification et de programmation des interventions pourrait être facilitant pour optimiser la coordination des différents acteurs.

Le développement de programmes d'éducation thérapeutique est un axe prioritaire dans l'autonomisation du patient, et ce tout au long de son parcours de santé. La perspective d'une organisation coordonnée des différents programmes d'éducation thérapeutique répond à un réel besoin tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 16 : *ancrer les différents volets du « projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement » autour de la fonction clinique et d'une écoute de la singularité du patient (ou résident), dans la prise en compte de sa parole et de sa dimension psychique et subjective.*

Action 17 : *rendre opérant les référents parcours « patient » en soutenant la mise en place et le suivi du projet personnalisé d'interventions. Solliciter l'apport de la psychologie pour l'élaboration du cadre et du sens de cette fonction.*

Action 18 : *contribuer à la mise en œuvre et à la coordination des filières spécifiques médicales.*

Action 19 : *favoriser les passerelles entre l'intra et l'extra hospitalier en structurant le travail de réseau avec les partenaires de terrain.*

Action 20 : *garantir la prise en charge et l'évaluation des soins somatiques durant tout le parcours de santé du patient (ou résident).*

Action 21 : *développer l'éducation thérapeutique et la psychoéducation, en intra comme en extra hospitalier, en assurant une coordination par une équipe dédiée et formée. Préciser de façon opérationnelle le périmètre d'organisation, les programmes, les champs d'intervention et de prise en charge, les modalités d'évaluation des résultats, dans le respect de la dimension somatique et psychique de la personne.*

Action 22 : *assurer auprès des professionnels médicaux et non médicaux, auprès des familles et des patients, la promotion des activités thérapeutiques et éducatives.*

Action 23 : *étudier la pertinence d'une mutualisation de certaines activités thérapeutiques.*

Action 24 : *conduire une démarche de maitrise des écrits professionnels, en référence aux déontologies des pratiques et en intégrant à cette réflexion l'ensemble des acteurs. Il serait opportun d'assurer la traçabilité immédiate des éléments de synthèse (traçabilité des données dans le dossier patient par l'équipe soignante et élaboration des courriers ou autres documents médico-administratifs par la secrétaire).*

Action 25 : *faciliter les évolutions du dossier patient (ou résident) informatisé en prenant en considération l'importance du développement des outils de mobilité et la nécessité du partage des données.*

Action 26 : *harmoniser les outils et pratiques de planification des interventions.*

Action 27 : *garantir et optimiser les temps de transmission, des réunions cliniques et synthèses pluridisciplinaires. Favoriser notamment la démarche clinique essentielle à la bonne articulation de l'ensemble des professionnels réunis autour du patient (ou résident). Ces temps participent à la coordination, à la qualité, à la sécurité et à la pertinence des actions de soins, d'interventions et d'accompagnement.*

Action 28 : *former les professionnels aux outils de la réadaptation et de la réhabilitation psycho sociale dans un rapport de cohérence avec l'analyse de tous les éléments cliniques du patient.*

Action 29 : *mener une étude de faisabilité pour la formalisation de projets individualisés de soins tout en estimant les coûts des ressources mobilisées.*

Action 30 : *favoriser l'insertion professionnelle des personnes souffrant d'un handicap psychique.*

Action 31 : *à partir de l'expérience de la Maison Saint-Vincent, poursuivre le développement de modèles d'évaluation au sein de la cité, afin de faciliter l'insertion de la personne.*

Action 32 : *apporter des actions de formation, de conseils auprès des différents partenaires sociaux et médico-sociaux afin de favoriser l'accueil et/ou le suivi des patients/résidents au sein de leurs structures.*

Action 33 : *favoriser le maintien des patients dans leur lieu de vie habituel en assurant une coordination des différents intervenants. Renforcer les actions de soutien et de prévention des équipes au plus proche du domicile du patient afin d'éviter que l'hospitalisation ne soit la seule réponse à une situation complexe.*

Action 34 : *promouvoir une adaptation de l'offre de soins psychiatriques aux situations les plus complexes et extrêmes.*

Action 35 : *soutenir les interventions psychologiques à visée psychothérapique et clinique au sein des structures extra-hospitalières.*

Axe 3 : la gestion des compétences au profit du raisonnement et de l'élaboration clinique, de l'évaluation et de la recherche.

Synthèse de l'axe :

L'évolution des structures, des organisations, des pratiques de soins et des modes d'intervention pose la question de l'adaptation des métiers et des compétences. Le préalable à cette gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est la consolidation des savoirs spécifiques des professionnels en psychiatrie et santé mentale. Cette formation se pose comme une nécessité pour développer et soutenir la réflexion clinique en référence aux spécificités des parcours.

L'accueil et la formation de nouveaux professionnels a toujours été une préoccupation des équipes. Le partenariat avec les divers instituts de formation et universités est à pérenniser : dans le cadre d'interventions pédagogiques, de dispositifs de tutorat, de travaux de recherche, d'organisation de stages, de participation à des jurys, ou de dispositifs de simulation.

Il est fondamental de maintenir et d'enrichir les compétences des professionnels. La démarche de GPMC contribue à soutenir une forme de fidélisation des personnels.

Les dispositifs de formation continue et les actions de développement professionnel continu (DPC) sont des leviers pour faciliter l'évaluation et l'ajustement des pratiques. De plus, si la volonté de développer la recherche médicale est bien présente, la recherche non médicale mériterait d'être initiée, notamment dans le cadre de différents programmes ou appels à projet.

Dans un contexte de changement, les cadres sont amenés à être des leviers pour accompagner ces modifications d'organisation et de pratiques. Il est essentiel d'apporter une reconnaissance particulière de leur fonction afin de les soutenir dans cette démarche managériale. L'objectif est de promouvoir un mode de management dit « apprenant » qui assure un juste équilibre entre le formalisme (respect des règles) et la prise d'initiative (créativité). Le partenariat avec l'Université et les Ecoles en management permet de promouvoir l'évolution et le partage de connaissances des cadres tout en suscitant le questionnement managérial.

La réflexion éthique est aussi à soutenir. En ce sens, la contribution des professionnels non médicaux est à conforter, voire développer au sein de l'espace de réflexion éthique.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 36 : *développer un socle de connaissances fondamentales en psychiatrie et santé mentale à destination des personnels non médicaux (dispositif de formation interne complémentaire à la formation initiale : apports théoriques et tutorat).*

Action 37 : *soutenir les dispositifs de tutorat au sein des différents parcours de professionnalisation.*

Action 38 : *participation des psychologues à la formalisation en interne d'un champ d'actions spécifiques de transmission des savoirs. De plus, il est envisagé la création d'espaces de travail pluridisciplinaires afin de favoriser la communication scientifique.*

Action 39 (une fiche par thématique) : *soutenir la réflexion clinique en prenant en considération la diversité des référentiels théoriques des professionnels concernant les spécificités des problématiques rencontrées :*

- psychiatrie de l'âge avancée,

- psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (troubles du neuro-développement, transition vers l'âge adulte),

- troubles du spectre autistique (TSA),

- dépressions résistantes,

- schizophrénie,

- troubles du sommeil,

- troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH),

- handicap psychique et physique,

- précarité,

- santé pénitentiaire,

- conduites addictives,

- troubles de la personnalité (ou « états limites »).

Action 40 : *s'engager dans des actions de recherche qu'elles soient médicales ou non médicales.*

Action 41 : *construire ou pérenniser les liens avec les différents instituts de formation, les universités et autres écoles afin de soutenir l'évolution des compétences et l'attractivité des professionnels.*

Action 42 : *contribuer au développement de centres d'expertise par un engagement fort dans le cadre de formations diplômantes.*

Action 43 : *référencer les ressources spécifiques des psychologues dans la diversité des spécialités, des méthodes, des champs d'application et des lieux d'exercice, pour une définition et une mise en perspective de l'offre des compétences des psychologues.*

Action 44 : *promouvoir la collaboration et le dialogue entre les disciplines médicales et le champ de la psychologie, représenté dans l'établissement au travers de ses multiples domaines d'investigation et d'expertise.*

Action 45 : *assurer une participation active dans le cadre de la formation continue, en définissant des priorités en adéquation avec le projet d'établissement.*

Action 46 : *garantir l'engagement des équipes dans le cadre de programmes de développement professionnel continue (DPC).*

Action 47 : *participer au développement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) en questionnant l'évolution des métiers, les compétences requises, les organisations et les activités.*

Action 48 : *soutenir la formation des professionnels, en particulier des cadres, à l'accompagnement du changement, notamment par la mise en oeuvre du projet d'établissement.*

Action 49 : *promouvoir le questionnement et la réflexion éthique en s'engageant activement au sein de l'espace local de réflexion éthique (ELRE).*

Axe 4 : la prise en compte des situations à risque (en lien avec le rapport de certification V 2014)

Synthèse de l'axe :

La démarche qualité et la gestion des risques associés aux soins est aussi un axe phare pour assurer au patient les meilleures prestations qui soient. Le récent rapport de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) a souligné un très grand nombre de points positifs, confortant ainsi la maturité des démarches qualité et gestion des risques (compte qualité). L'établissement est aujourd'hui certifié V2014, validant ainsi le dynamisme des équipes de l'établissement. Il reste toutefois à conduire un certain nombre d'actions d'amélioration autour des différentes thématiques : qualité de vie au travail, management de la qualité et des risques, les droits des patients, le parcours du patient, le dossier du patient, le management de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement réaffirme toute l'importance de soutenir les démarches d'amélioration de pratiques professionnelles et les évaluations des pratiques professionnelles.

Il souligne la nécessité de l'exemplarité des professionnels, la conformité et la sécurité des pratiques. Tels sont les engagements à soutenir car ils conditionnent le processus de réhabilitation et le rétablissement des patients.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 50 : *assurer la maitrise de toutes les étapes du circuit du médicament.*

Action 51 : *formaliser une politique du dossier patient. Définir les règles de tenue du dossier, ainsi que les modalités d'accès.*

Action 52 *: améliorer la gestion du processus « parcours du patient (ou résident) ».*

Action 53 : *conduire une politique et évaluer les actions en matière de prévention des infections associées aux soins et du bon usage des antibiotiques, en lien avec le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015).*

Action 54 : *contribuer au développement et à la traçabilité de la réflexion bénéfice/risque en lien avec les équipes médicales,*

Action 55 (une fiche par thématique) *: développer les analyses de pratiques dans une logique réflexive, plusieurs thématiques sont ciblées :*

- prise en charge des situations d'urgences vitales,

- pratique de la contention et le recours aux mesures de restriction de liberté intégrant l'utilisation des espaces thérapeutiques sécurisés (ETS)

- *gestion des situations de crise et/ou d'hétéro-agressivité*
- *prise en charge de la douleur,*
- *promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance,*
- *prévention des chutes,*
- *situations de fin de vie,*
- *repérage et la prise en considération du risque suicidaire,*
- *identification, la prise en charge et l'évaluation des troubles métaboliques et/ou nutritionnels (prise en charge de la dénutrition, prise de poids, qualité de la prestation repas...),*
- *respect des principes d'identito-vigilance et de confidentialité des données,*
- *gestion des sorties non-autorisées.*

Action 56 : *favoriser des méthodologies de reprise des pratiques (supervision, analyse des pratiques), outil de travail clinique institutionnel auprès des équipes.*

Axe 5 : la gestion des situations exceptionnelles

Synthèse de l'axe :

Les organisations et les pratiques doivent être en mesure de s'adapter face à des situations exceptionnelles. L'actualisation des différents plans s'impose, notamment du fait de l'évolution des structures (plan blanc, plan bleu ...).

Les modalités d'intervention des personnels du centre hospitalier au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) 68 sont définies sans toutefois bénéficier d'une évaluation récente.

Le développement de la dématérialisation des éléments constitutifs du dossier patient expose au risque d'une panne informatique majeure. Un plan de continuité d'activité (PCA) et de reprise d'activité (PRA) est en place au sein de l'établissement, mais est insuffisamment maitrisé. Il est toutefois à développer au sein des structures extrahospitalières.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 57 : *actualiser et adapter le plan blanc et le plan bleu aux évolutions des pratiques et aux évolutions de l'établissement.*

Action 58 : *évaluer et soutenir l'engagement des personnels du centre hospitalier de Rouffach au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP 68). Définir les modalités de mobilisation pour un relais de prise en charge psychologique dans l'ensemble de l'établissement.*

Action 59 : *évaluer et ajuster les organisations et pratiques à mettre en œuvre dans le cadre d'une panne informatique (plan de continuité d'activité ou PCA et plan de reprise d'activité ou PRA).*

Axe 6 : la recherche permanente d'efficience

Synthèse de l'axe :

La recherche d'efficience des organisations est constante. Ce projet est une opportunité pour souligner la nécessité d'une juste adéquation entre les environnements, les structures et leurs organisations. Cette juste adéquation conditionne également la réussite du développement des dispositifs de coordination des parcours de vie des patients. Elle sous-tend la maîtrise et l'évaluation des activités, la préservation des ressources et le principe de la responsabilisation individuelle et collective.

Ce projet se veut porteur de la démarche RSODD (ISO 26000) et s'affiche comme un vecteur de déstigmatisation de la psychiatrie et de la santé mentale.

Les actions à retenir pour cet axe :

Action 60 : *favoriser, coordonner et réguler les interfaces entre les différentes structures partenaires au sein de la cité (« case management »).*

Action 61 : *faciliter la synchronisation des temps médicaux et non médicaux.*

Action 62 : *sous couvert de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), développer une gestion efficiente des lits, des séjours d'hospitalisation en soutenant l'importance de la coordination et de la régulation des parcours de soins, de réhabilitation. Les modalités d'admission sont au cœur de la problématique. Le fonctionnement des permanences d'accueil et d'orientation doit faire l'objet d'une évaluation en fonction des spécificités de chaque pôle.*

Action 63 : *soutenir les démarches d'adaptation des activités du pôle médico-technique en lien avec les évolutions des structures internes ou externes. Inscrire les activités du plateau technique dans une recherche constante d'efficience en matière d'organisation et en référence aux besoins des patients.*

Action 64 : *préciser le positionnement des responsables hôtelières et définir leurs besoins de formation. Cette réflexion s'inscrit également dans une réflexion globale relative à la fonction « bionettoyage » au sein des structures de soins.*

Action 65 : *contribuer à l'optimisation de l'organisation des secrétariats. Conforter l'assistante médico-administrative référente du chef de pôle dans la fonction de coordinatrice des secrétariats du pôle.*

Action 66 : *poursuivre la démarche d'amélioration de la gestion des archives médicales et administratives.*

Action 67 : *soutenir la création d'une commission des investissements.*

Action 68 : *évaluer, actualiser et/ou formaliser les procédures utiles au bon fonctionnement du bureau du service infirmier (BSI).*

Action 69 : *contribuer à l'évolution et à l'utilisation du système d'information décisionnel (SID) Im@@g en développant le pilotage des organisations par les indicateurs : activités, ressources, productivité, qualité, écoute des professionnels, patients, résidents et familles.*

Action 70 : *faire évoluer le périmètre de la CSIRMT, afin d'intégrer des représentants des psychologues et des assistants de service social lors des séances spécifiques dédiées au suivi du projet coordonné de soins, d'interventions et d'accompagnement.*

PROJET SOCIAL

Introduction

Le projet social transcrit la politique sociale de l'établissement en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel. Il est le volet social du projet d'établissement et accompagne l'ensemble de ses volets, le projet médical, le projet de soins, le projet de gestion, le projet des systèmes d'information. Sa formalisation se traduit dans un document où sont consignées les évolutions et orientations cibles de l'établissement pour les cinq années à venir en matière de développement des compétences, recrutement, amélioration des conditions de travail.

Des objectifs de la gestion des ressources humaines sont permanents, tels que le suivi budgétaire et financier, le suivi des effectifs, la qualité de la gestion des ressources humaines selon les normes de la haute autorité en santé, la formation initiale et tout au long de la vie professionnelle, les évaluations des pratiques professionnelles, les conditions de travail.

Des orientations complémentaires ou plus qualitatives sont choisies en plus ou pour préciser ces grands principes constants.

La démarche d'élaboration du projet social est participative. Les partenaires sociaux ont participé à sa rédaction en se basant sur l'évaluation du précédent projet social. Il se veut pragmatique, réaliste, réalisable et évaluable selon des indicateurs simples.

I – La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences outil d'évolution des métiers

A- Définition des termes

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences peut se définir comme « la conception, la mise en oeuvre et le suivi de plans d'actions visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines en terme de métiers et de compétences, en relation avec le projet d'établissement et en impliquant les agents dans le cadre d'un projet professionnel ».

La G.P.M.C. doit permettre de traiter les enjeux actuels et futurs de :
- la performance individuelle et collective
- les mobilités professionnelles
- la transmission du savoir
- le recrutement dans un contexte de raréfaction quantitative de certains métiers essentiels dits sensibles.

La G.P.M.C. est une démarche prospective, elle dynamise et structure les missions du management qui consistent à :
- définir et faire partager des priorités
- évaluer les ressources
- anticiper les besoins
- déterminer les modalités d'organisation et les pratiques professionnelles pertinentes
- mesurer les actions réalisées ainsi que les résultats obtenus.

Dans le cadre de la G.P.M.C., les compétences sont analysées et définies pour chaque métier, sur la base d'un référentiel de compétences qui précise ce que doit maîtriser le salarié pour tenir un poste donné de manière performante.
Ce référentiel sert de point de départ à la tenue d'un entretien annuel d'évaluation permettant de mesurer et d'analyser les éventuels écarts.

Les objectifs et résultats à atteindre sont les suivants :
- une meilleure anticipation de l'adaptation des compétences aux emplois, utilisant pleinement les outils de développement des compétences : tutorat, formation, validation des acquis de l'expérience
- une meilleure connaissance des effectifs à long terme
- une meilleure maîtrise des conséquences des évolutions des techniques de soins et du projet médical d'établissement
- une meilleure gestion des carrières
- une réduction des risques et des coûts liée à l'inadéquation compétences-métiers.

B - Plan d'actions

1 - Identifier tous les métiers existants au centre hospitalier ainsi que les agents exerçant ces métiers et élaborer les fiches métiers correspondantes.
2 - Organiser régulièrement des concours pour éviter les emplois précaires : un concours par an pour les ASHQ, agents d'entretien, adjoint administratif, aide-soignant, infirmier, cadre de santé, éducatif, psychologue.
3 - Organiser l'évolution des métiers notamment vers l'extra-hospitalier qui est l'axe majeur de développement du projet médical avec un accompagnement individuel
La formation soignante doit s'orienter vers la prise en charge du patient dans le cadre d'un parcours de soins qui propose des interventions dans les lieux de vie habituels de la personne soignée. En tant que de besoin, une cellule spécifique d'accompagnement des situations individuelles des agents dont le poste est modifié sera mise en oeuvre. Si nécessaire les aides financières du fonds pour l'emploi hospitalier seront recherchées.
4 – Développement de la formation professionnelle spécifique à la psychiatrie
L'adaptation au travail des nouveaux infirmiers dont l'enseignement de la psychiatrie est limité en formation initiale est un axe majeur.
En effet, l'enseignement théorique de la psychiatrie a fortement diminué. Les soignants ne peuvent effectuer dans leur cursus de formation qu'un temps limité dans des unités de soins en psychiatrie, or, la complexité des pathologies et des prises en charge des personnes accueillies en psychiatrie nécessitent une formation continue spécifique.
5 - Améliorer les compétences professionnelles par la formation notamment par la mise en place d'un plateau de formation dédié ouvert à tous les nouveaux moyens de formation, notamment dans une optique de promotion professionnelle.

C- Evaluation

Un bilan du plan d'action est prévu auprès du comité de suivi du projet social.

II – La qualité de vie au travail

A- Champ d'application

Un document unique de gestion des risques a été établi. Il est suivi et mis à jour régulièrement en lien avec le C.H.S.C.T.

L'origine d'une baisse de la qualité de vie au travail est multifactorielle et il existe plusieurs modèles d'analyses de ce déséquilibre et les facteurs les plus souvent cités sont liés :

- au contenu du travail à effectuer (monotonie, surcharge de travail),
- à l'organisation du travail (rythme, exigences contradictoires, absence d'objectifs ou trop d'objectifs nouveaux alors que les anciens ne sont pas encore consolidés, inadaptation des moyens aux objectifs),
- aux relations de travail (manque de soutien, reconnaissance),
- à l'environnement physique (bruit, chaleur, manque d'espace, sécurité des locaux, vestiaires, douches),
- à l'environnement socio-économique (incertitude sur l'avenir de l'établissement ou du service, lenteur pour le changement du matériel).
- à l'accès à la formation (parfois plus faite en fonction du planning que de la demande de l'agent).

B - La prise en compte d'une amélioration de la qualité de vie au travail

La détection de la qualité de vie au travail passe par l'analyse de facteurs comme le contenu et l'organisation du travail, la qualité de la communication, l'environnement de travail. L'absentéisme, le turn-over, la fréquence des conflits interpersonnels et des plaintes sont autant d'indicateurs à prendre en compte pour la prévention.

La nature et l'origine de ce niveau de qualité de vie au travail placent donc l'organisation du travail et le dialogue social dans l'établissement au cœur des mesures de prévention afin de rechercher les origines et d'identifier les modalités d'action possibles.

C – Un travail particulier sur la reconnaissance au travail et le dialogue social

Composante de la qualité de vie au travail, elle mérite un traitement particulier.
La notion est vague et propre à chacun mais une action simple peut être mise en place :
Il faut impliquer davantage l'équipe dans le changement, il ne doit pas être imposé mais issu d'une réflexion commune.
Il ne faut pas mettre en place de nouvelles contraintes sans étudier leurs impacts sur les conditions de travail dans une étude bénéfices-risques.
Il faut travailler sur la synchronisation de l'organisation du temps de travail médical et soignant.
Il faut garder un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.
La réalisation de l'ensemble des actions du projet social devrait avoir une incidence positive sur la notion de reconnaissance au travail.
Penser à remercier et féliciter les agents qui font un travail de qualité est une procédure à encourager. Cela relève du rôle du cadre qui est le dynamisateur de l'équipe.
Cet objectif est indissociable d'une qualité du dialogue social de la direction avec les partenaires sociaux mais aussi avec les cadres et les cadres avec leur équipe et réciproquement pour tous.

D – Plan d'actions

1 - Prévention des situations d'agressivité et violence :
Les agressions et les violences contre les soignants ont considérablement augmenté dans les établissements de santé et les services de psychiatrie restent les premiers exposés.
En effet, le personnel soignant subit quotidiennement dans son travail des actes d'incivilité, d'agressivité et des menaces. Il est nécessaire de mettre en place une politique active de prévention des situations d'agression et de violence.

L'établissement soutiendra et apportera un accompagnement aux soignants agressés, mais il prendra également les dispositions nécessaires pour assurer et garantir la protection du personnel.
Il s'emploiera à travailler sur ce sujet avec les services de police.
2 - Promotion de la communication et de l'information :
Développer une politique de communication et accessibilité des informations.
Un climat de dialogue doit être mis en place pour en faire une culture d'entreprise.
3 - Poursuite de la démarche d'évaluation des risques (mise à jour et suivi du document unique) et d'élaboration de plans de prévention dont l'achat de sièges ergonomiques pour l'équipe de nuit.
4 - Une réflexion sur l'adéquation des effectifs sera poursuivie.
Les fiches-métiers seront actualisées et les métiers sensibles suivis.
5 - Un logiciel de gestion du temps de travail améliorera la stabilité du planning prévisionnel.
Sa mise en place sera progressive en se basant sur des services-pilotes.
6 - La poursuite des études des contraintes psychologiques et organisationnelles et troubles musculo-squelettiques
L'amélioration des conditions de travail passe par une étude au plus près des remarques des équipes et un plan d'action adapté.
7 - Mise en place des outils de prévention de la discrimination au travail
La charte du recrutement et de la diversité sera diffusée et gérée.

E – Evaluation

Il sera fait un bilan du plan d'actions auprès du comité de suivi du projet social.

III – L'emploi des seniors

A – Problématique

Le relèvement du taux d'emploi des seniors suite à l'évolution de la réglementation sur les retraites ne passe pas seulement par le maintien dans l'emploi occupé. Il suppose tout autant de faire en sorte que l'établissement et les agents aient un intérêt réel et partagé à poursuivre leurs relations de travail, le cas échéant en les faisant évoluer.
Par cet objectif du projet social, il est prévu la mise en œuvre de moyens propres à permettre d'anticiper les conditions de maintien et d'évolution dans l'emploi des agents de plus de 50 ans.
Cela passe par différentes actions de prévention ou d'adaptation destinées tant au développement de leurs possibilités d'évolution de carrière ou de maintien dans leur emploi qu'au développement de leurs possibilités de mobilité professionnelle interne ou externe mais également par des actions à mener sur les conditions de travail et l'organisation du travail, par la capacité et la motivation des agents à s'adapter aux évolutions de leur métier et à être en mesure de changer d'emploi.
Cela conduit à développer la formation professionnelle tout au long de la vie professionnelle, à renforcer l'individualisation de la gestion des parcours professionnels et à encourager la reconnaissance des acquis de l'expérience pour préparer la mobilité professionnelle et faciliter le maintien dans l'emploi des seniors.
Ce présent objectif s'applique à tous les agents dans une tranche âge comprise entre 50 ans et 65 ans quel que soit leur statut.

B – Plan d'action

1- Entretiens professionnels de deuxième partie de carrière

Chaque agent a droit, à l'occasion de l'entretien professionnel qui suit son 50ème anniversaire à un entretien de deuxième partie de carrière destiné à faire le point avec son responsable hiérarchique, au regard de l'évolution des métiers et des perspectives d'emploi dans l'établissement, sur ses capacités globales, ses besoins de formation, sa situation et son évolution professionnelle.

Il est destiné à :

- éviter toute pratique discriminatoire liée à l'âge dans les évolutions de carrière
- permettre à l'agent d'anticiper la seconde partie de sa vie professionnelle
- examiner les perspectives de déroulement de carrière de l'agent en fonction de ses souhaits et au regard des possibilités de l'établissement
- faire le point sur un éventuel aménagement des conditions d'emploi (aménagement de poste, aménagement d'horaires, tutorat ou toute autre adaptation prenant en compte l'expérience professionnelle de l'agent).

Cet entretien est intégré à l'entretien professionnel annuel à saisir sur GESFORM GPMC, il a lieu à l'initiative de l'agent ou de la hiérarchie. Il doit être systématiquement proposé par le cadre à partir de 55 ans et à titre prévisionnel, il peut être sollicité dès 45 ans par l'agent. Une importante politique de communication pour les cadres et les agents concernant cette procédure doit être mise en place.

Les cadres peuvent être formés au management du vieillissement d'une équipe.

2 – Amélioration et aménagement des conditions de travail et d'emploi

- Conditions d'emploi :

L'amélioration des conditions de travail revêt une réelle importance pour maintenir le taux d'emploi des seniors compte tenu des effets du vieillissement et/ou de l'usure professionnelle.

Il s'agit, en d'autres termes, de rechercher la plus grande compatibilité entre le poste de travail et l'évolution des capacités de chaque agent.

Elle doit se traduire par des adaptations dans les domaines de l'ergonomie, de l'organisation (y compris du temps de travail avec la mise en place possible de dispositifs de temps partiel de fin de carrière) et des compétences.

-Aménagement des horaires de travail

Les agents âgés de 55 ans et plus qui le souhaitent bénéficieront, en accord avec leur chef de pôle, d'aménagements de leurs horaires de travail, y compris sous forme de temps partiel, organisés sur la semaine, le mois ou l'année.

3 - Reconversion de fin de carrière

Il est certain que les situations de maladie, d'invalidité définitive ou de reclassements menacent davantage les agents âgés.

Ces situations d'incapacité seront étudiées dans le cadre de reclassements préventifs et de lutte contre la pénibilité.

Une attention particulière sera portée pour les personnels :

- ayant travaillé de nuit, en travail posté ou alterné (jours / nuits)
- accidentés du travail avec incapacité égale ou supérieure à 10 %
- touchés par une maladie professionnelle reconnue.

C - Evaluation de l'objectif

Un bilan du plan d'actions sera effectué auprès du comité de suivi du projet social.

IV – L'emploi des handicapés

A – Problématique

L'établissement est soumis à une double préoccupation en matière d'emploi des handicapés. Il a d'une part l'obligation d'avoir dans ses effectifs au moins 6% de personnel ayant le statut de travailleurs R.Q.T.H. Ensuite, de par sa spécialisation dans le domaine de la santé mentale et son orientation vers la responsabilité sociétale il a ensuite une obligation d'exemplarité dans l'accueil et dans la réinsertion professionnelle du handicapé.

B- Plan d'actions

1- Favoriser le recrutement de personnes handicapés
2 - Inciter les agents de l'établissement porteurs d'un handicap à se faire reconnaître comme tel
3 - Mettre l'accent sur l'adaptation de certains postes pour des personnes atteintes d'une pathologie mentale ou d'un handicap psychiques
4 - Développer une politique de communication interne autour de la place du travailleur handicapé.

C - Evaluation de l'objectif

Un bilan du plan d'actions sera effectué auprès du comité de suivi du projet social.

V – Réflexions sur l'évaluation

A – Problématique

La procédure de notation a longtemps été au cœur du dispositif de reconnaissance de la valeur professionnelle des agents de l'établissement.
Dès 1999, le centre hospitalier a constaté que cette procédure ne permettait plus de mesurer objectivement et précisément la valeur professionnelle des agents et était devenue source de nombreuses dérives. Ainsi, il a été introduit l'entretien professionnel annuel (appelé à l'époque entretien de progrès et de compétences) comme complément indispensable à la procédure de notation pour l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires, l'un au premier semestre, l'autre au second semestre afin de bien les scinder, l'un s'intéressant au métier, l'autre plus lié au grade, à la carrière.
Toutefois, devant la lourdeur de cette combinaison (évaluation et notation) une réflexion peut être lancée pour ne se fonder que sur un entretien professionnel en lieu et place de la notation pour apprécier la valeur professionnelle des fonctionnaire.
La notation peut être maintenue et être fixée à l'issue de l'entretien professionnel annuel ou pas

B- Plan d'action

1 - Faciliter l'utilisation de l'outil GESFORM GPMC pour les rédacteurs
2 - Regrouper entretien d'évaluation et de notation en une unique procédure
3 - Réfléchir sur l'évolution de la notation dans l'établissement

C - Evaluation de l'objectif

Un bilan du plan d'actions sera effectué auprès du comité de suivi du projet social.