

PROJET ELABORE AVEC LA COLLABORATION D'ANTARES CONSULTING

# PROJET D'ETABLISSEMENT 2020 - 2024

Directoire : 15/03/21  
CME : 18/03/21  
CSIRMT : 22/03/21  
CTE : 06/04/2021  
CS : 08/04/2021



**EPSAN** Etablissement Public  
de Santé Alsace Nord

*Un acteur majeur du dispositif de santé mentale dans le Bas-Rhin*

# INDEX

03

PREAMBULE

15

PROJET MEDICAL

215

PROJET PSYCHOLOGIQUE

230

PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION  
ET MEDICO-TECHNIQUES

301

PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

331

PROJET SOCIAL

381

PROJET DE GESTION

400

SCHEMA IMMOBILIER

422

SCHEMA DU SYSTEME D'INFORMATION

441

GLOSSAIRE

# PREAMBULE

# LE MOT DU PRESIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

"L'établissement Public de Santé Alsace Nord était créé il y a tout juste 20 ans par la fusion des centres hospitaliers de Brumath-Stephansfeld et de Hoerdtd.

Un vrai pari pour l'époque.

“

*"Ce projet d'établissement sera le fil conducteur du conseil de surveillance de l'EPSAN pour les prochaines années."*

”

"Depuis, notre établissement, « acteur majeur » de la psychiatrie publique du département du Bas-Rhin, porte avec forte volonté de nombreux projets pour les patients et résidents pris en charge ou suivis. Durant ces années, son activité s'est renforcée et déployée dans les services d'hospitalisation, avec l'ouverture du site de Strasbourg-Cronembourg mais aussi dans nos nombreuses structures extra-hospitalières, - pour être toujours au plus près de la population.

Par ailleurs, la création du conseil de surveillance, a permis de faire évoluer la gouvernance de l'établissement qui, depuis, repose sur une direction renforcée concertant avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance garantissant ainsi un meilleur pilotage de l'établissement.

Notre nouveau projet d'établissement sera la clé de voûte de notre stratégie pour les années à venir. Finalisé avec l'ensemble des professionnels, dans un contexte qui s'annonce encore et toujours plus compliqué dû à de nouvelles réformes structurantes, ce projet d'établissement sera le fil conducteur du conseil de surveillance de l'EPSAN pour les prochaines années".

Etienne Wolf, Président du Conseil de Surveillance

# LE MOT DU PRESIDENT DE CME

Au cours des cinq dernières années, le paysage dans lequel évolue l'EPSAN s'est profondément transformé. Avec, paradoxalement, une demande d'intégration forte dans de nouveaux ensembles à grande échelle : grande région, groupement hospitalier de territoire (GHT), projet territorial de santé mentale (PTSM). Le Projet médical Partagé du GHT et le PTSM, à périmètre grosso modo départemental, constituent indiscutablement un progrès pour les usagers de la psychiatrie, dans un rapprochement avec la médecine somatique d'une part, et une transversalité avec les champs sociaux et médico-sociaux d'autre part.

“

*"le GHT et le PTSM, constituent indiscutablement un progrès pour les usagers de la psychiatrie"*

”

Le PTSM (et sa déclinaison opérationnelle, le contrat territorial de Santé Mentale suivi entre autre par la communauté psychiatrique de territoire) consacre la révolution initiée en 2005 par la loi « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », dont on n'a pas fini de mesurer les effets. Le droit à l'inclusion sociale, l'empowerment, sont maintenant centraux dans l'attention portée aux personnes en situation de handicap psychique, qui sont aussi nos patients. Et cela constitue, également, une avancée.

L'EPSAN s'est, depuis les cinq dernières années, inscrit de plain-pied dans ce mouvement citoyen de la santé mentale. Entre 2015 et 2019, l'intra-hospitalier a été entièrement restructuré autour des droits des patients et notamment la liberté d'aller et venir. Il y avait, en 2015, 3 unités ouvertes sur 14 unités d'admission ; on en compte maintenant 7 sur 12, et 65% des lits de l'EPSAN se situent dans des unités ouvertes. En 2019, le site de Cronembourg, rapprochant les unités d'hospitalisation de la population résidant sur les secteurs de l'Eurométropole de Strasbourg, a ouvert ses portes. Entre 2015 et maintenant, le nombre de chambres d'isolement est passé de 13 à 8.

# LE MOT DU PRESIDENT DE CME

En même temps, l'EPSAN n'a rien concédé sur l'extra-hospitalier, et sa participation au PTSM, comprise comme la chance, pour la psychiatrie de secteur, de se réaliser en ancrant pleinement les suivis psychiatriques au plus près du milieu de vie, a été enthousiaste et ouverte, et continue de l'être. D'autant que les accompagnements médico-sociaux, fondés sur des valeurs citoyennes, ne seraient souvent pas réalisables sans le filet de sécurité de la psychiatrie de secteur, et son expertise clinique.

Vous trouverez ainsi, dans ce projet médical 2020-2024, essentiellement des actions tournées vers la cité, dont 3 projets innovants PTSM primés nationalement par le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, autour notamment de la détection et des soins précoces en périnatalité et psychiatrie de l'adolescent ; mais aussi des actions vers les personnes âgées (création d'un hôpital de jour), les personnes en grande précarité etc.

Vous trouverez également une attention portée à la formalisation de parcours-patients au sein de la filière psychiatrie-santé mentale du GHT concernant l'urgence et la crise, entre les 3 établissements autorisés en psychiatrie, les SU et le SAMU. En particulier sur l'Eurométropole, qui détient un triste record en termes de soins en péril imminent. Cette cohérence sur l'urgence et la crise, couplée à une action sur la gestion des lits, est rendue d'autant plus nécessaire que le taux d'équipement en lits de l'EPSAN est très inférieur (de 41%) à la moyenne nationale.

Vous trouverez, enfin, des projets portant sur la prise en charge, dynamique et respectueuse de leurs droits, des patients séjours longs et des résidents du médico-social, interfacée avec les structures d'hébergement du département, il est vrai en nombre insuffisant.

Ce projet médical 2020-2024, qui se veut attractif, a été construit de manière participative à partir de groupes de travail thématiques et pluri-professionnels (psychiatres, cadres de santé, psychologues, assistantes sociales). Dans une période de pandémie de la covid 19 qui oblige d'autant plus à « l'aller vers » que cette maladie est déstructurante sur le plan des relations humaines.

Dr Philippe AMARILLI, Président de la Commission médicale d'établissement

## LE MOT DU DIRECTEUR

Je suis très heureux de présenter le projet d'établissement de l'EPSAN qui définit pour 5 ans les objectifs généraux et les grands choix stratégiques de notre établissement. Dans la continuité des précédents projets nous avons voulu qu'il apporte la meilleure réponse possible aux besoins de santé de la population. Ce nouveau projet est le fruit d'une démarche collective, qui a mobilisé de nombreux porteurs de projets et groupes de travail et ce quel que soit le volet concerné.

L'année 2020 a été très marquée par un contexte sanitaire très déstabilisant au regard de la crise du COVID. Elle a aussi vu naître pour la première fois, la délivrance par le DGARS d'autorisations d'activité réservées au privé. Ces nouvelles autorisations dont nous devrions voir les effets à partir de 2023 vont radicalement changer la répartition de l'offre sur l'Eurométropole de Strasbourg.



*"Ce nouveau projet est le fruit d'une démarche collective qui a mobilisé de nombreux porteurs de projets"*

- L'établissement s'est jusqu'à présent particulièrement impliqué et de façon très volontariste aux réflexions et actions portant :
  - Sur les structures (CPT créée de façon préfiguratrice fin 2018) et dans les premières CPTS (avec les libéraux à plusieurs endroits) en cours d'installation ou nouvellement installées avec plusieurs réunions organisées en 2019, en particulier, et en ayant assuré le secrétariat général lors de la création de ladite CPT, (ainsi que pour 2021)
  - Sur les réflexions menées au sein de la CSSM (Commission Spécialisée en Santé Mentale) du CTS Basse-Alsace Sud-Moselle, dès l'avenant du PRS 19
  - Sur les projets stratégiques de mise en œuvre du PRS, à savoir, le PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale), afin de faire émerger des projets pouvant être convergents (internes- externes) en lien étroit avec les champs médico-sociaux et sociaux.



## LE MOT DU DIRECTEUR

Cet investissement se poursuivra pendant les années à venir avec en point d'orgue la mise en œuvre du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) dont les actions sont d'ailleurs en partie déclinées dans notre projet médical.

Par ailleurs, il est à noter que certains projets prévus dans le Projet d'Établissement, (et particulièrement dans le Projet médical) précédent 2013-2017, ont été revus, retravaillés, voire abandonnés, mais que d'autres qui n'étaient pas prévus ont été réalisés ou démarrés dans l'intervalle, tels que :

- Pour une meilleure prise en compte de la liberté d'aller et venir :  
Ouverture de 6 unités historiquement fermées lors de la refondation du projet médical en 2016  
Fermeture de 2 CSI sur 11 lors du déménagement des 140 lits sur le site de Strasbourg

*"Les nouvelles modalités de financement doivent amener l'établissement à intégrer ces sujets dans son organisation"*

- Pour de meilleures prises en charge : création d'unités intersectorielles supplémentaires, permettant une spécialisation des prises en charge : réhabilitation et resocialisation, géronto-psychiatrie, transformation et relocalisation des « 3 x 15 lits » en 2 unités de 20 et 16 lits d'unités psychiatriques intersectorielles pour patients déficitaires en situation clinique complexe (UPIDECC) et poursuite de la dynamique d'amélioration de la prise en charge des résidents du FAM et de la MAS de l'EPSAN.
- Pour le droit d'expérimenter : l'établissement vient d'obtenir récemment le financement de 2 projets (sur 42 retenus nationalement), - outre un troisième présenté par les HUS à vocation collaborative avec l'EPSAN- pour un montant de 1.2 M€ venant ainsi récompenser le dynamisme et la capacité d'innovation des équipes soignantes de l'EPSAN.

La réforme du financement de la psychiatrie est un des points majeurs de la feuille de route « Ma santé 2022 ». Les nouvelles modalités de financement, qui vont s'appliquer dès 2021-2022 (critères populationnels, de file active, de qualité de soins ou encore à la mise en œuvre de projets innovants), doivent amener l'établissement à intégrer ces sujets dans son organisation autour de nouveaux projets et dans l'analyse de son activité.



## LE MOT DU DIRECTEUR

S'agissant des autres volets du Projet d'Établissement, le Projet de Soins s'articule autour de 4 axes et décline le projet médical en affirmant les valeurs soignantes. Il est l'outil fédérateur des équipes qui proposent des soins de qualité s'inscrivant dans le respect absolu des droits fondamentaux du patient.

Le projet qualité impacte l'ensemble des volets du projet d'établissement. Il vise dans cette itération, à améliorer l'usage des outils et des méthodes de sécurisation des soins. La décentralisation au sein des pôles de cette démarche est le gage d'une appropriation vertueuse.

Le Projet Social a pour mission de définir les objectifs généraux de la politique sociale de l'EPSAN. Il intervient à un moment charnière, au moment de la mise en place des lignes directrices de gestion, qui - dans la suite de la loi du 6 août 2019 dite de transformation de la fonction publique - visent à répondre de manière inédite aux enjeux de notre époque. Ces dernières sont obligatoires et partie intégrante du projet social, elles consistent à déterminer la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, notamment définie dans le projet d'établissement, à fixer les orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels et à favoriser, en matière de recrutement, l'adaptation des compétences à l'évolution des missions et des métiers, la diversité des profils et la valorisation des parcours professionnels ainsi que l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Le Projet de Gestion devra intégrer les enjeux liés à la réforme du financement, coupler la réflexion « projets » avec celle de restructuration afin que soient dégagées des marges de manœuvres garantes. Celles-ci permettront de venir en appui des orientations déclinées par le projet d'établissement et garantiront à la fois une capacité d'investissement et l'attractivité de l'EPSAN.

C'est un PDI essentiellement de finalisation des projets antérieurs, qui pourra évoluer en cours de période, dès lors qu'il y aura davantage de lisibilité, notamment quant à l'évolution de notre patientèle une fois que le privé aura décliné, et a fortiori, développé son offre.

Le volet Système d'Information accompagne les projets de l'EPSAN. Clairement inscrit dans la filière SI psychiatrie publique du GHT 10, il décline aussi les priorités de « Ma santé 2022 » en partenariat inédit avec les Hôpitaux d'Erstein. Ce volet est commun aux trois établissements (CHE, HUS et EPSAN).

## PRÉAMBULE

Je voudrais remercier toutes celles et ceux qui ont œuvré au quotidien dans la mise en œuvre des projets réalisés ; celles et ceux qui sont restés mobilisés pour finaliser les développements futurs de notre établissement (tant en interne, qu'en externe : CPT, PTSM, s'agissant du Projet Médical et du Projet de Soins, en particulier).

Le projet d'établissement 2020-2024 est très ambitieux. Il nous demandera de faire preuve d'agilité et de sens de l'adaptation pour répondre à l'évolution des besoins et attentes de nos patients.

Je sais pouvoir compter sur chacun d'entre vous, vous qui constituez la richesse de l'établissement.

M. Daniel Karol,  
Directeur de l'EPSAN

# LA DEMARCHE PARTICIPATIVE COMME 1<sup>ER</sup> ENGAGEMENT

30 entretiens auprès de la communauté hospitalière, 12 groupes de travail PMS et 8 groupes transversaux

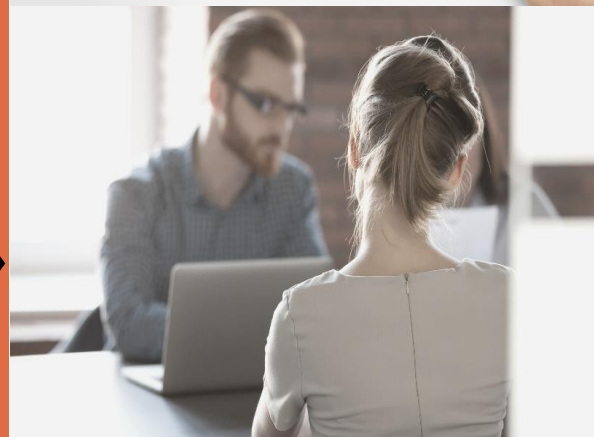
Afin de recueillir les attentes de chacun autour de ce projet commun, et que les actions de demain aient été pensées et élaborées par ceux qui en assureront la mise en œuvre

Une dizaine de comités de pilotage

Afin de construire une vision cohérente et commune à partir des éléments de diagnostic et des attentes de la communauté

Un volet « inter-établissements »  
Système d'information filière psychiatrie

GHT Basse-Alsace Sud-Moselle



# UN PROJET ANCRE DANS L'IDENTITE DE L'EPSAN

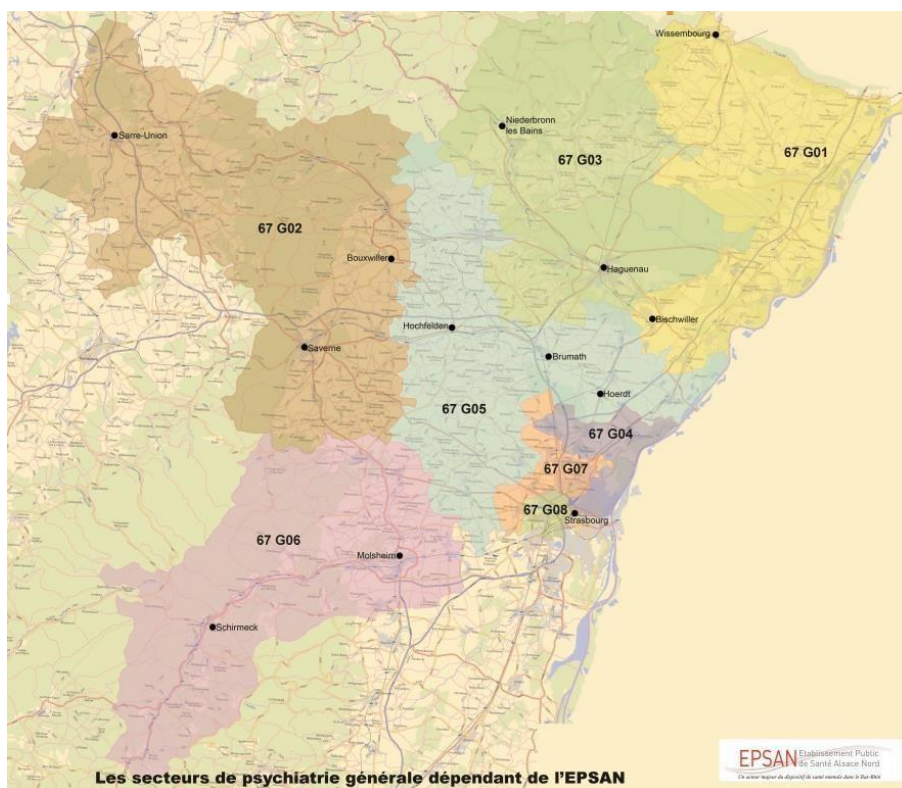


## Son identité territoriale

Inscrit sur le département du Bas-Rhin, l'EPSAN dessert un bassin de population de 855 579 habitants, relativement jeune et répartie de manière hétérogène sur le territoire : la population jeune se concentre sur les principales agglomérations tandis que la population âgée est davantage présente en zone rurale.

L'étude du territoire démontre une certaine division socio-économique sur le territoire, notamment entre le nord du département (ex TS1) et l'Eurométropole de Strasbourg (ex TS2).

L'offre de ressources psychiatrique suit ce même schéma, la quasi-totalité des implantations de psychiatres libéraux, très nombreux, étant concentrée sur Strasbourg. Un constat identique peut être observé pour l'implantation des médecins généralistes.



# UN PROJET ANCRE DANS L'IDENTITE DE L'EPSAN



## Son organisation bi-site

---

Du fait de la sectorisation de son offre, l'EPSAN est structuré autour de deux sites hospitaliers : celui de Brumath et celui de Strasbourg, dont le site de Cronembourg a été ouvert en 2019.

De par cette organisation multi-sites, mais également du fait de la dichotomie des deux territoires qu'il couvre (une région très urbanisée autour de l'Eurométropole de Strasbourg, et un territoire rural organisé autour de quelques pôles « urbains » au nord, notamment Haguenau et Saverne, etc.), l'établissement possède des fonctionnements et des organisations médicales assez différentes en son sein.

Le projet d'établissement va permettre de mettre en place un projet commun aux deux sites, afin de :

- Ne pas engendrer de perte de chance pour les patients
- Tendre vers une prise en charge de qualité et la plus homogène possible
- Trouver un juste milieu entre les différentes cultures et une certaine harmonisation des pratiques
- Trouver la bonne organisation avec le site des Urgences aux HUS





# UN PROJET ANCRE DANS L'IDENTITE DE L'EPSAN



## Son activité

Globalement, l'EPSAN détient la file active globale la plus importante d'Alsace et la 2e plus importante de la région Grand-Est, avec 17 993 patients en 2017 (selon la SAE), et ce malgré un taux de recours faible (2,57%). L'une des justifications de ce taux, parmi les plus faibles de la région, serait une sous-consommation des soins psychiatriques par les territoires ruraux.

De part des difficultés à réguler les admissions urgentes ainsi que l'ouverture du site de Cronembourg, l'établissement doit répondre à une demande d'hospitalisation particulièrement soutenue, conduisant à des phénomènes de suroccupation et de débordement et de prise en charge hospitalière hors secteur. Il s'agit d'un enjeu majeur pour lequel des actions ont été entreprises, et seront renforcées dans le cadre de ce projet d'établissement.



## Ses modes de prise en charge

Près de 75% des patients de l'EPSAN sont hospitalisés de façon libre au sein de l'établissement.

Si la proportion des soins sans consentement est légèrement inférieure aux moyennes nationales et régionales, l'EPSAN prend par ailleurs en charge la moitié des journées de péril imminent de l'ante-région Alsace. Cette problématique interroge quant à la gestion de l'amont des hospitalisations, et notamment la gestion des urgences - thématique aujourd'hui essentielle dans une démarche de parcours ~~fluid~~ et cohérent pour le patient et son entourage.

L'EPSAN bénéficie également d'une MAS de 24 places et d'un FAM de 40 places. La prise en charge de ses résidents est spécifique mais partage les mêmes orientations stratégiques.

# PROJET MEDICAL



# 7 A M B I T I O N S

## **AMBITION 1.**

DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES  
À L'HOSPITALISATION

## **AMBITION 2.**

S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE ET DE COORDINATION AUTOUR  
DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ

## **AMBITION 3.**

RENFORCER L'ORGANISATION ET LA GESTION DES LITS

## **AMBITION 4.**

DÉVELOPPER UNE DYNAMIQUE DE PARCOURS

## **AMBITION 5.**

RENFORCER LA LISIBILITÉ ET LA COORDINATION  
TERRITORIALE

## **AMBITION 6.**

CONSOLIDER L'ATTRACTIVITÉ ET LA GOUVERNANCE MÉDICALE

## **AMBITION 7**

ASSURER LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET PREVENIR LE  
RISQUE EPIDEMIQUE

Sont soulignées les fiches de la feuille de route PTSM dont l'EPSAN est pilote ou co-pilote

# DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

L'un des engagements premiers de ce projet médical relève d'une double démarche : le renforcement du repérage des patients psychiatriques pour une prise en charge précoce et adaptée, mais également, le développement des alternatives à l'hospitalisation pour l'ensemble des parcours.

L'intention est de prévenir les hospitalisations évitables, inadéquates, qui réduisent très sensiblement les chances pour le patient d'atteindre un rétablissement complet, englobant des aspects multiples : vie dans la cité, autonomie, empowerment. Le parcours du patient doit être tourné autant que possible dans ces directions.

Cet engagement revêt plusieurs enjeux d'avenir, du renforcement des liens avec les partenaires du territoire au développement de nouveaux services et/ou structures.

## Objectif N°1 : Renforcer et investir sur le repérage précoce

Dans le cadre du PTSM, l'EPSAN a souhaité proposer une réponse d'ampleur sur l'ensemble du département, dont il est apparu que les structures actuelles ne permettaient pas de répondre aux besoins des personnes très éloignées du dispositif de soins, ou en non demande de soins.

Ainsi, dans une volonté de faciliter l'accès à une première évaluation en psychiatrie et santé mentale, l'EPSAN a souhaité constituer des **équipes mobiles pluridisciplinaires de dépistage précoce en psychiatrie (action de la feuille de route du PTSM, fiche 1.3. en annexe)**, dispositif "d'aller vers" les non demandeurs et/ou les équipes sociales et médico-sociales.

Au-delà de cette fiche majeure pour le repérage chez les adultes, l'EPSAN souhaite renforcer son dispositif de repérage existant auprès des adolescents et des plus jeunes.

En ce sens, l'établissement a construit un projet, co-porté avec les HUS, **d'une équipe mobile de diagnostic et d'intervention précoce adolescents (action de la feuille de route du PTSM, fiche 1.9 en annexe)**, projet par ailleurs primé dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie 2019, qui doit permettre de favoriser la mise en place et la continuité des soins pour les jeunes avec des troubles cliniques sévères qui échappent habituellement aux soins ambulatoires.

## DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Ce dispositif est complété par d'autres fiches actions portées par l'établissement :

- **Amélioration de l'accès aux soins dans un délai adapté aux nécessités cliniques « adolescents mais aussi enfants et nourrissons »** (fiche 8.2 en annexe)
- **Formation des partenaires de la périnatalité et de la petite enfance au repérage précoce** des signes d'alerte évocateurs des troubles du développement, de troubles des interactions et de troubles psychiques chez le tout petit (fiche 8.4. en annexe)
- **Création d'une équipe mobile de psy-périnatalité en complément du dispositif existant** (fiche 8.5 en annexe)
- **Amélioration de la prise en charge précoce des enfants de 0 à 4 ans** porteurs ou à risque de troubles du neurodéveloppement au sein du secteur I01 (fiche 8.6 en annexe)
- **Cellule d'information et de prévention sur l'usage des écrans à visée des adolescents** (Fiche 3.12 en annexe)

# DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

## Objectif N°2 : Renforcer les alternatives à l'hospitalisation pour les adolescents et les jeunes adultes

L'enjeu du développement d'alternatives à l'hospitalisation est d'autant plus fort dans le cadre des jeunes adultes et des adolescents, cette période de la vie représentant un temps de construction fondamental pour l'individu, tant sur le plan psychique que social, relationnel... Ainsi, si parfois l'hospitalisation se révèle indispensable, il convient néanmoins de toujours privilégier les soins en ambulatoire, afin d'éviter la rupture que représente souvent un séjour hospitalier. Les hospitalisations peuvent par ailleurs s'effectuer sur les modalités spécifiques et plus adaptées au parcours de vie, en fonction des troubles présentés.

C'est sur ces convictions que les fiches actions suivantes ont été bâties :

- **Mise en place d'ateliers collectifs hors site dans le cadre de l'hôpital de jour pour pré- adolescents et adolescents au Centre Hospitalier de Saverne** (action de la feuille de route PTSM, fiche 1.6 en annexe), afin de promouvoir le bien être de ces usagers par le biais des compétences psycho-sociales (permettre aux adolescents de se questionner/de réfléchir à des thèmes qui les préoccupent et les intéressent, permettre de travailler la relation à soi-même et à l'autre, la gestion des émotions, l'estime de soi ainsi que la place de l'individu dans le groupe...)
- **Créer des places d'appartements communautaires** (fiche 3.3 en annexe), espace d'encadrement tant éducatif que de soin. Il ne s'agit pas réellement d'une hospitalisation mais d'un accueil à temps plein qui permet de conserver les investissements scolaires et relationnels tout en offrant la possibilité à l'adolescent de reconsidérer ses rapports à autrui (autres adolescents et adultes), en évitant par ailleurs des ruptures et des hospitalisations conventionnelles.
- **Ouvrir un Hôpital de Jour Adolescents sur l'Eurométropole** (fiche 3.5 en annexe), afin d'offrir un parcours patient adapté aux adolescents présentant des troubles psychiques du secteur du I01 en proposant des soins en lien avec le CATTP, le CMP et en relai des soins de l'hôpital de jour jeunes enfants. Cette ouverture permettrait à la fois de prévenir des hospitalisations, de proposer une alternative, mais également de se positionner en aval d'une hospitalisation pour réduire le temps de séjour et favoriser la continuité du parcours.

## DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

- **Proposer des soins psychothérapeutiques à domicile (SPAD)** (fiche 3.7 en annexe), permettant de prendre en compte l'adolescent dans son contexte familial. Le SPAD donne la possibilité au patient de trouver une voie de construction de lui-même alors qu'il se trouve coincé dans une sorte d'impasse relationnelle. C'est aussi une possibilité d'appui pour les parents qui eux aussi peuvent trouver une issue à une ambiance bloquée. C'est un soin qui peut éviter le recours à l'hospitalisation temps plein, surtout lorsqu'elle est conjuguée à des groupes en AT. C'est un temps de soin qui s'articule aussi facilement avec les soins en hôpital de jour.

### Objectif N°3 : Eviter les hospitalisations inadéquates

Aujourd'hui, de nombreux séjours sont considérés, à l'échelle nationale comme locale par les professionnels de santé comme des hospitalisations inadéquates. En effet, une prise en charge hospitalière se révèle parfois symptomatique du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médicosociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médicosociales adaptées. Dans ce contexte les deux établissements médico-sociaux de l'EPSAN continuent d'offrir une alternative à l'hospitalisation pour des patients dont le handicap psychique ne permet pas d'envisager un projet de vie en dehors de ces établissements spécialisés. La prise en charge orientée vers les troubles psychiques permet d'éviter un grand nombre d'hospitalisations.

Si cette problématique se pose pour différents parcours de santé (personnes âgées, adolescents) elle est particulièrement prégnante pour le parcours des personnes en grande précarité, et dont les manifestations psychiatriques et leurs prises en charge, parfois inadéquates, entravent leurs projets de réinsertion et d'orientation.

L'EPSAN a donc souhaité répondre à cet objectif de réduction des hospitalisations inadéquates, à la fois de manière globale pour les différents parcours (cf ambition n°4) mais en portant une attention bien particulière pour les personnes en grande précarité.

Ainsi, l'établissement a porté une fiche action dans le cadre du PTSM, visant au **renforcement de la réponse aux besoins et aux demandes d'accès aux soins précoces en psychiatrie des personnes en grande précarité** (action de la feuille de route PTSM, fiche 1.5 en annexe, fiche 9.5 du PM), avec plusieurs hypothèses, d'un élargissement des plages d'ouverture des structures, à des activités de médiation thérapeutiques, en passant par de nouvelles conventions. Cette action fera l'objet de la création d'un COPIL psychiatrie-Précarité EPSAN.

## DÉVELOPPER LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Cette première fiche est complétée par d'autres actions portées dans le cadre du Projet Médical de l'Etablissement, notamment :

- **Intégrer le Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS) Un Chez Soi d'Abord Strasbourg Eurométropole au titre de membre conventionné** (fiche 9.3 en annexe), afin de faciliter l'accès des personnes accueillies au Un Chez Soi d'Abord aux services de soins
- **Mettre en place des places (8) d'hébergement temporaire non médicalisées (hôtel hospitalier)**  
pour trois typologies spécifiques de patients (fiche 9.1 en annexe) :
  - Patients stabilisés et en attente d'un logement sans nécessité d'un temps d'hospitalisation temps plein.
  - Patients qui sont actuellement hospitalisés dans un contexte de rupture des liens familiaux sans  
nécessité clinique d'un temps d'hospitalisation temps plein.
  - Patients en attente d'une réfection de leur logement sans nécessité clinique d'un temps d'hospitalisation temps plein.

## S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE D'ANTICIPATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ

Depuis plusieurs années, une augmentation des demandes de soins en urgence est enregistrée. L'urgence psychiatrique, qui a longtemps été représentée uniquement par l'hospitalisation sous contrainte, a elle-même fait l'objet d'une mutation, dans un contexte plus général de mutation des soins psychiatriques. La désinstitutionnalisation, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation et la saturation des structures de consultation impactent nécessairement l'organisation des soins en psychiatrie, notamment en urgence.

Aujourd'hui, les travaux dans le cadre du PTSM mettent en lumière un manque de lisibilité du dispositif de soins psychiatriques sur le territoire pour les situations d'urgences et de crise, et ce à plusieurs niveaux :

- Une présence de psychiatres seniors difficile à assurer en cas de congés ou formations, dans les SU du GHT
- Une complexité certaine de l'accès aux soins non programmés
- Des plateformes existantes mais peu connues et non connectées
- Une méconnaissance et donc un usage minime de la plateforme téléphonique du territoire pour la pédopsychiatrie
- Des temps d'intervention sur les lieux de situation de crise et d'urgence trop longs
- Une coordination insuffisante avec les dispositifs de prise en charge (SOS médecins / 15 / SU sur l'Eurométropole de Strasbourg)
- Une articulation insuffisante entre les urgences psychiatriques des HUS et les structures des EPSM (CMP, intra-hospitalier)

### Objectif n°1 : Collaborer à la constitution d'un dispositif d'urgence départemental complet

A partir de ces constats, les acteurs impliqués dans l'élaboration du PTSM ont souhaité donner une nouvelle impulsion à la gestion de la crise et de l'urgence sur le territoire, au travers d'une fiche action dont l'EPSAN est partie prenante :

- **Le déploiement d'une plateforme d'accès efficiente aux demandes de soins pour les situations d'urgence et de crise (action la feuille de route PTSM, fiche 1.8 en annexe)**, qui doit permettre aux professionnels et partenaires d'obtenir une réponse spécialisée rapide et adéquate.



## S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE D'ANTICIPATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ

A ces premiers travaux est venue une réflexion complémentaire quant aux lits d'urgences et de crise. En effet, il est considéré que les **12 lits d'urgences et de crise du GHT**, positionnés sur les HUS, s'ils permettent une avancée importante pour améliorer la prise en charge des patients, ne représentent pas un dispositif suffisant au regard des besoins du territoire et du besoin d'interface avec les deux autres établissements du GHT.

Dans le cadre du GHT a été constitué **un groupe de travail Urgences et crise médio-soignant pérenne** réunissant les trois établissements autorisés en psychiatrie (HUS, CH Erstein et EPSAN).

Afin de compléter le dispositif, les trois établissements ont ainsi conduit une réflexion concernant la thématique urgences et crise de la filière psychiatrique du GHT, qui a abouti à des logigrammes sur l'orientation et l'organisation des flux non programmés qui pourraient permettre de ne pas emboliser les lits d'urgence et de crise situés aux HUS, centrés sur le territoire de l'EMS (**cf logigrammes dans la fiche action 5.3 Coordination des urgences psychiatriques**).

A cette fin, les orientations travaillées afin d'assurer une capacité de réponse sur l'ensemble du territoire prévoient pour l'EPSAN un renforcement des **dispositifs ambulatoires des CMP** des secteurs Strasbourg Centre et Schiltigheim/Bischheim, ainsi qu'une équipe mobile d'interface entre ces CMP et les lits d'urgence et crise psychiatriques des HUS.

Il est prévu également un renforcement des CMP Nord, qui sont en lien avec les SU périphériques (Haguenau, Saverne, Wissembourg). Il s'agit de **structurer l'aval de crise dans les CMP, pour plus de réactivité et de mobilité** (fiche 5.1 en annexe). Ce renforcement permettra notamment un accueil non programmé sur des plages horaires dédiées, et le recours possible à un psychiatre. L'un des objectifs principaux est, en effet, de développer des relais de prise en charge en circuit court vers les CMP, en évitant les hospitalisations indues, notamment les SPI sur l'Eurométropole de Strasbourg. Il s'agit aussi pour les équipes des CMP d'être en mesure de repérer en amont les situations complexes, et de prévenir les futures situations de crise.

## S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE D'ANTICIPATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ

### Objectif n°2 : Construire une gestion harmonisée et commune de l'urgence et de la crise sur le territoire

D'autres actions ont été pensées à l'échelle du GHT, pour renforcer l'articulation avec les dispositifs de prise en charge de l'urgence :

- Créer une **permanence téléphonique psychiatrique d'orientation**, de journée, par pôle, afin de déterminer l'orientation adéquate (CMP, hospitalisation à l'EPSAN, urgences psychiatriques des HUS, SU MCO) d'un patient lors d'une sollicitation en urgence provenant d'un SU, SAMU, SOS médecins, en fonction des logigrammes Urgence et crise du GHT (fiche 5.5. en annexe).
- Améliorer le parcours des patients dans le cadre de l'urgence psychiatrique, au travers notamment de réunions de coordination régulières entre le groupe de travail Urgences et crise du GHT et les services d'urgences MCO et le SAMU (fiche 5.3 en annexe). Elles permettront en s'appuyant sur les logigrammes parcours-patients, d'analyser les problématiques de soins rencontrées (RMM).
- **Renforcer la présence d'une équipe de psychiatre (psychiatre senior et infirmière psy) aux SU des CHG de Haguenau, Saverne et Wissembourg** (fiche 5.4 en annexe). Cette présence infirmière 7j/7 et d'un psychiatre senior 5J/7 permettra d'assurer l'évaluation, la prise en charge ainsi que l'orientation des patients arrivés au SAU souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques - notamment vers les solutions ambulatoires, telles que les CMP de secteurs, qui sont systématiquement envisagées avant le recours aux soins hospitaliers.
- **Permettre une liaison entre l'équipe mobile de pédopsychiatrie de l'EPSAN avec l'unité de crise des urgences psychiatriques des HUS (fiche 3.4 en annexe)**, dans laquelle 4 lits pour adolescents en crise psychique seront identifiés. L'équipe mobile aurait pour but de travailler en collaboration avec l'équipe de pédopsychiatrie du CHU autour des situations de mineurs qui dépendraient des secteurs I01 et I02 d'EPSAN. Elle permettra ainsi d'en améliorer la prise en charge. La présence d'une équipe de secteur permettra une continuité plus fluide avec le relais ambulatoire (CMP, CATTP, HDJ, équipe mobile des secteurs infanto-juvénile I01 et I02).

## S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE D'ANTICIPATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ

Cette fluidification du parcours n'est envisageable sans une attention particulière portée aux CMP, structures pivots des parcours. Les Centres médico-psychologiques (CMP) représentent des acteurs principaux de l'offre de proximité, car centraux pour la continuité des soins et des parcours comme pour l'accès à des soins diversifiés. En effet, le CMP est organisé afin de pouvoir répondre aux demandes de soins comme d'orientation dans des délais les plus brefs possibles, y compris dans des situations d'urgences et de crise.

Une fiche action porte aussi sur le renforcement des CMP :

- **Améliorer la coordination avec la CUMP 67** (fiche 5.2 annexe), afin de fluidifier les relais vers les CMP en post crise.

## S'ENGAGER DANS UNE POLITIQUE D'ANTICIPATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE L'URGENCE ET DU NON PROGRAMMÉ



### Equipes mobiles pluridisciplinaires de dépistage précoce en psychiatrie (fiche 1.3 en annexe)

Ce projet, porté dans une optique de partenariat avec les acteurs territoriaux du sanitaire, du médico- social et du social, a pour objectif de créer cette équipe afin d'organiser une évaluation et une réponse rapide aux situations de crise en psychiatrie et santé mentale sur les territoires de Strasbourg (secteurs 67 G 04 et 67 G 08) et de faire émerger à terme une dynamique territoriale intra-GHT pour répondre à ces mêmes besoins. L'objectif principal de l'équipe mobile pluridisciplinaire de dépistage précoce en psychiatrie est d'éviter l'aggravation des situations de crise psychiatriques et leur évolution vers l'urgence et l'hospitalisation, notamment en soins contraints.

En effet, l'équipe mobile existante sur ces secteurs ne possède aujourd'hui que de faibles moyens qui permettent de ne prendre en charge que peu de situations émanant des urgences psychiatriques. Il s'agit donc d'élargir le spectre d'action, et d'organiser des collaborations avec différentes structures externes (Service d'Accueil des Urgences, structures sociales, cabinets de médecins libéraux...) afin de permettre une meilleure articulation entre les structures et ainsi faciliter l'accès aux soins des patients.

Le projet est également de rendre cette équipe mobile accessible par patients ou à leur proches via une ligne téléphonique afin de faciliter le signalement d'une situation.

Concrètement il s'agit :

- D'être au plus près des patients et au plus juste dans la réponse à leurs besoins, D'aller vers les personnes qui le nécessitent et n'arrivent pas à aller jusqu'aux soins,
- De proposer une plus grande réactivité dans la réponse soignante lorsque la crise psychiatrique le requiert,
- De proposer des soins à domicile lorsque les patients sont dans l'incapacité de se déplacer.

Ces interventions à domicile permettront de diminuer la durée d'absence de soins pour les patients connus en rupture ou la durée de la pathologie non diagnostiquée et donc non traitée ; pour les personnes non connues, de pouvoir proposer soit une évaluation précoce, soit des soins plus intensifs en période de crise et potentiellement une alternative à l'hospitalisation. La précocité du diagnostic et des soins en général, la diminution des temps de rupture de soins peut avoir différents bénéfices comme améliorer l'alliance thérapeutique, éviter l'aggravation de situations cliniques conduisant à des soins sous contrainte, éviter les résistances aux traitements.

Cette équipe couvrira les secteurs du pôle G 4/8, mais avec des moyens supplémentaires son territoire d'action pourra être élargi pour couvrir à terme tous les secteurs de la ville de Strasbourg.

## Objectif N°1 : Réorganiser les lits de l'établissement pour une plus grande pertinence face à la demande et améliorer les conditions d'hébergement des patients

### 1.1 Transformation des lits de réhabilitation du site de Cronembourg.

Le site de Cronembourg, situé dans un quartier en grande précarité sociale de Strasbourg, a été ouvert en mai 2019 et souffre depuis son ouverture d'un engorgement d'occupation avec un déport de 19/20 équivalent-lits sur le site de Brumath alors qu'ils devraient être hospitalisés près de leur lieu de vie, dont une partie importante de périls imminents. Cette insuffisance de lits sur le site de Cronembourg rend donc plus aiguë la question de l'organisation de circuits courts de prise en charge sur l'EMS en amont de l'hospitalisation.

Le projet médical prévoit, de plus, de résoudre cette difficulté en **transformant les 20 lits de réhabilitation sociale en lits de psychiatrie aiguë**, avec la création d'une unité intersectorielle TS2 de soins non programmées (cf fiche action 10-13 en annexe). Cette transformation va par ailleurs permettre à l'équipe de réhabilitation d'orienter son activité vers une **réhabilitation « hors les murs »** sur des dispositifs innovants (AAP habitat inclusif etc.), appuyée et soutenue par une équipe mobile.

### 1.2 Réorganisation du projet dit des 3x15 : mise en place d'unités de soins psychiatriques intersectorielles pour patients déficitaires en situation clinique complexe (UPIDECC) – fiche 4.7 en annexe

L'accès à des soins psychiatriques et somatiques de qualité adaptés aux besoins individuels des patients adultes qui souffrent de troubles psychiques depuis l'enfance est essentiel. Ces patients doivent pouvoir bénéficier de soins psychiatriques et somatiques spécialisés réalisés par des soignants formés aux questions spécifiques du diagnostic et de l'approche thérapeutique. Ces soins doivent avoir comme objectifs le mieux-être de la personne mais aussi l'insertion (ou la réinsertion) dans des lieux de vie adaptés notamment des établissements médico-sociaux.

Ce projet d'unités spécifiques d'hospitalisations programmées répond à un double enjeu :

- Améliorer la prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés au long cours dans l'établissement afin de leur permettre à terme de bénéficier d'une admission en structure médico- sociale adaptée.
- Améliorer la prise en charge psychiatrique de patients provenant de leur domicile (dont médico-social) et nécessitant un temps d'hospitalisation.

# RENFORCER L'ORGANISATION ET LA GESTION DES LITS

Ainsi, le projet a permis la constitution de deux unités, une ouverte de 20 lits, une fermée de 16 lits, mais également d'un Centre d'activité commun - le tout dans un cadre architectural cohérent, permettant au patient de trouver ses repères, de faciliter ses déplacements, et de symboliser le passage entre les différents lieux et événements.

Il est important d'avoir à l'esprit que cette réorganisation proposée ne doit pas s'arrêter à la seule mise en place de lieux d'hospitalisation spécifiques mais doit s'articuler avec un dispositif de soins extra- hospitalier (équipes de secteurs, équipe mobile, SAMSAH, Centre de Ressource Autisme...) en collaboration avec divers partenaires : patients, familles, représentants légaux, établissements médico- sociaux, MDPH....

Par ailleurs les liens entre les UPIDECC, le FAM et la MAS de l'EPSAN permettent une dynamique commune en terme de recherche de prises en charge innovantes pour ces patients / résidents présentant un handicap psychique important associé à un handicap mental (individualisation des prises en charge, prise en charge snoezelen...). Cette dynamique s'inscrit aussi dans la recherche d'une amélioration commune en terme de droit du patient notamment sur les questions d'autodéterminations et de citoyenneté.



## Equipe mobile de suivi intensif pour les patients sortants de l'UPIDECC (fiche 4.4 en annexe)

Si l'objectif principal de l'UPIDECC est une stabilisation de ces patients afin qu'ils puissent être pris en charge par des établissements médico-sociaux, le contexte de la sortie d'hospitalisation d'un patient reste une période à haut risque. En effet un changement de lieu de prise en charge est complexe du fait de la pathologie du patient, dont l'immuabilité est une des caractéristiques importantes mais également du fait de la complexité de sa clinique et de sa prise en charge.

Il est donc primordial de proposer pour ce temps de relais intra/extra-hospitalier un temps de prise en charge renforcée. En ce sens, l'EPSAN a un projet de création d'une équipe mobile « UPIDECC ». Il apparaît nécessaire que cette équipe puisse accompagner les patients pour une bonne intégration/réintégration dans un lieu de vie, et accompagner les équipes du médico-social.

# RENFORCER L'ORGANISATION ET LA GESTION DES LITS

Il s'agit donc de faciliter la sortie d'hospitalisation de patients en situation clinique complexe, habituellement refusés par les établissements médico-sociaux, et de permettre une prise en charge coordonnée et intensive de ces patients pour une inclusion réussie en EMS.

Les objectifs opérationnels de cette équipe sont les suivants :

- Prendre en charge les troubles psychiatriques lors de cette période d'inclusion en EMS
- Assurer une transmission des connaissances et des particularités des prises en charge dans le cadre d'un projet personnalisé
- Permettre aux équipes des EMS de reprendre en charge un résident qui avait créé un traumatisme psychique au sein de l'équipe.

## Objectif N°2 : Structurer une gestion globale et harmonisée de l'ensemble des lits de l'établissement

Aujourd'hui, un certain nombre de constats soulèvent des dysfonctionnements dans la gestion des lits au sein de l'établissement, à la fois au moment de l'admission, mais également durant l'hospitalisation et à la sortie :

- Lors d'une demande d'admission, la recherche d'un lit est jugée particulièrement chronophage, et menée souvent parallèlement par le Bureau d'Accueil Infirmier (BAI) et les médecins ainsi détournés des soins. Conséquence de ce premier point, les patients sont régulièrement admis là où des lits sont disponibles, et non pas dans l'unité qui leur serait la plus adaptée et bénéfique. Cela conduit à des choix non conformes, relevés par la HAS et le CGLPL
- Est également relevé, concernant le tableau d'occupation des lits tenu par le BAI, un manque d'harmonisation des pratiques entre secteurs, quant à la visibilité et la communication en continu d'information sur les lits disponibles, les flux d'entrée et de sortie Enfin, les sorties ne sont pas anticipées dès l'admission du patient, ne permettant pas une optimisation des flux

Le constat est d'autant plus préoccupant que l'EPSAN présente un taux d'équipement en lits très largement inférieur à la moyenne nationale, avec 58,6 lits HC adultes /100000 habitants population adulte, alors que la moyenne nationale est de 99,5 lits, et le taux d'équipement du CH Erstein voisin de 81,8 lits (données SAE 2019 pour le nombre de lits, base INSEE 2015 pour la population).



# RENFORCER L'ORGANISATION ET LA GESTION DES LITS

Des travaux ont été menés sur l'ensemble de ces problématiques aboutissant à la formalisation de fiches actions autour de 3 enjeux principaux :

## 2.1 Une plus grande responsabilisation des professionnels quant à la gestion des lits

- **Mise en place d'un gestionnaire des lits** (procédure de gestion des lits en cours de validation), qui doit permettre d'optimiser l'organisation des hospitalisations. Il est là pour gérer les lits et les parcours patient (intra-hospitalier). En contact avec tous les services, il a une vision à court terme des entrées et sorties et place les patients dans les unités de soins au mieux en fonction des demandes et des contraintes de chacun. Il permet donc d'assurer en journée la gestion des lits dans les unités en tension, d'anticiper les difficultés d'admission la nuit et le week-end, d'intervenir en cas de non-conformité, ou encore de contrôler la bonne complétude des tableaux de bords,
- **Formaliser la fonction de responsable d'UF**, avec une responsabilité accrue sur la gestion des lits, et un accès au tableau de bord de gestion des lits (fiche de poste des responsables d'UF en cours)

## 2.2 Une meilleure appréhension des profils de patients, pour une prise en charge plus adaptée et une anticipation des sorties

- Elargissement du périmètre de GERPSI aux patients séjours longs (PSL) dès un mois d'hospitalisation (fiche action en cours d'élaboration). GERPSI est un outil de suivi statistique des PSL assurant, en routine, une visibilité des PSL à l'échelle de l'EPSAN ainsi que les dispositions prises afin de permettre la sortie de ces patients, mis à jour tous les 4 mois.

## 2.3 Une meilleure lisibilité des flux et des lits disponibles

- **Structuration d'un tableau de bord de gestion des lits** actualisé chaque mois, permettant de connaître, pour chaque UF et comparativement, la DMS, le nombre d'entrées et de sorties, le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de journées de permission, la file active des patients en soins sous contrainte (fiche action 13.1 en annexe).

## RENFORCER L'ORGANISATION ET LA GESTION DES LITS

La prise en charge des patients dans une logique de parcours représente un changement de paradigme majeur de notre système de santé, symbolisant un décloisonnement du lien ville-hôpital, la construction d'une réponse aux besoins transversale et coordonnée, plutôt qu'une réponse par structure.

Cette transformation incontournable du système de santé nécessite à la fois l'appropriation d'une démarche commune à l'échelle des territoires, mais également un renforcement de la réponse pour les parcours prioritaires - deux enjeux auxquels l'EPSAN s'attache dans le cadre de son projet médical

## Objectif N°1 : Harmoniser la démarche territoriale du parcours

Dans une volonté de cohérence territoriale, la feuille de route du PTSM inclue l'expérimentation de **"référents parcours" pour les personnes présentant des troubles psychiques et se trouvant en situation complexe** (action de la feuille de route PTSM, fiche 1.1 en annexe). Ces référents doivent permettre d'apporter une réponse transversale sur le parcours de vie de la personne, et plus uniquement sur le soin. Cette fonction symbolise un principe d'action collective, basée sur la notion de "co- responsabilité" de tous les intervenants et professionnels.

Les fondements de cette expérimentation reposent sur la nécessité d'un accord des différents intervenants du parcours sur la notion de "situation complexe", mais également sur les modalités d'intervenant de ces référents, des outils d'évaluation communs de la complexité, etc. conduisant à une harmonisation au service de parcours complexes structurés et unifiés sur l'ensemble du département.

Au-delà de cette action dont l'EPSAN est l'un des porteurs, l'établissement a souhaité proposer d'autres mesures dans le cadre de ce projet médical, afin de renforcer cette harmonisation au service des parcours territoriaux :

- **Recueil de données Précarité-Psychiatrie** (fiche 9.4 en annexe) sur l'ensemble du bassin de l'établissement
- **Création d'un annuaire** recensant les partenaires sanitaires, médico-sociaux, associatifs, libéraux, dispositifs d'insertion professionnelle et scolaire dans le domaine de l'autisme (action 4.9 en annexe)
- **Mise en place d'un comité de pilotage précarité-psychiatrie EPSAN** (fiche 9.2 en annexe), afin de coordonner l'activité et partenariats de l'établissement, faciliter le partage d'information, communiquer sur les dispositifs existants ou encore optimiser et valoriser les actions menées.

Ces trois actions, en assurant une meilleure connaissance des spécificités du territoire et des structures existantes, permettront d'améliorer sensiblement le parcours patient en permettant une réponse plus adaptée aux besoins de la population, et une meilleure articulation et coordination avec l'offre existante.

## Objectif N°2 : Consolider des parcours spécifiques

### 2.1 Parcours pédopsychiatriques

Les parcours pédopsychiatriques, que ce soit celui des enfants ou des adolescents, nécessitent une attention particulière, notamment en termes de repérage et d'évaluation. Selon des études menées ces dernières années, plus de 50% des troubles psychiques débutent avant 14 ans, et environ 10% des adolescents souffrent de mal-être, d'anxiété, de solitude ou de souffrance psychologique. A cela s'ajoute une interface difficile dans le parcours du jeune adulte suivi par des pédopsychiatres, entre ces premiers services et ceux adultes. De plus, la pandémie COVID 19 génère à la longue une souffrance importante des publics adolescents et étudiants.

Il s'agit donc, dans ce contexte, de construire un parcours fluide, et de renforcer les possibilités de prise en charge ambulatoires et d'être en mesure de sécuriser les prises en charge hospitalières.

Dans cette optique, l'EPSAN a souhaité renforcer ce parcours, à la fois en travaillant sur la coordination avec les partenaires du territoire (cf Ambition 5), mais également en investissant sur un temps particulièrement problématique dans les parcours des adolescents et jeunes adultes : **le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte** (fiche 3.6 en annexe).

En effet, l'accompagnement de ce passage de la vie d'enfant à celle d'adulte ne doit pas être l'occasion de nouvelles ruptures pour des enfants ayant souvent été en rupture (familiale, scolaire, sociale etc...). Il s'agit donc de travailler les relais entre les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, afin de prévenir les risques de ruptures pouvant contribuer au déclenchement ou renforcement de troubles psychiatriques. Ce relai pourrait être envisagé sur 4 temps :

- Le temps où l'équipe de pédopsychiatrie s'approche de l'équipe adulte, la reconnaît. Le temps où l'équipe adulte se prépare à accueillir l'adolescent.
- Le temps du relai, l'adolescent passe dans le monde adulte encore soutenu par la pédopsychiatrie qui est garante de sa part de l'enfance.
- Le temps où l'équipe adulte accompagne vers le projet futur tout en ayant la possibilité de jeter un regard en arrière pour se soutenir de son histoire et de son enfance.
- Ces nouvelles pratiques et modalités de fonctionnement découlant de ces temps de relai auront de toute évidence des conséquences sur l'organisation des CATTP et des hôpitaux de jour des secteurs adultes. Est notamment prévue la création de CATTP commun entre le secteur adulte et le secteur pédopsychiatrie.

Une autre action menée dans le cadre de ce parcours concerne **l'hospitalisation des mineurs en unités psychiatriques** (action 3.2 en annexe). Les hospitalisations à temps plein de mineurs dans les services de psychiatrie adulte sont et doivent rester exceptionnelles. Elles ne sont envisagées que lorsqu'il n'existe d'autres alternatives de soins ambulatoires ou d'hospitalisation dans les services prévus pour les mineurs (services de pédiatrie, unité départementale d'hospitalisation pour adolescents des HUS).

Dans les cas d'hospitalisations de mineurs en service adultes, les équipes soignantes des intersecteurs de pédopsychiatrie peuvent intervenir au sein d'une unité d'hospitalisation temps plein pour adultes.

Le but est de travailler en collaboration avec l'équipe de psychiatrie d'adulte autour de la situation du mineur et ainsi d'en améliorer la prise en charge.

Un traitement et un accompagnement qui prennent en compte les spécificités de la clinique de l'adolescence visent à améliorer les soins du mineur, raccourcir le temps d'hospitalisation, et à permettre une continuité plus fluide avec le relais ambulatoire.

Il est enfin clé de mentionner le travail réalisé par l'équipe de pédopsychiatrie sur elle-même (action 3.13 en annexe). Il est indispensable, en psychiatrie, de permettre aux équipes de soins de travailler sur leurs propres représentations de la maladie mentale, sur leurs propres affects face aux patients (mouvements transférentiels et contres transférentiels) et sur la cohérence des interventions de chacun en lien avec les décisions d'équipes. La cohérence et les liens entre les membres d'une équipe de psychiatrie permet de construire le soin en évitant la mise en danger de chacun et les possibles passages à l'actes de l'institution comme ceux des patients. Ce travail institutionnel a une fonction de soin auprès des patients en dehors de leur présence, permet de lutter contre la souffrance au travail et de rendre attractif la psychiatrie à l'EPSAN grâce à une dynamique d'élaboration du soin qui favorise la créativité de chacun.

## 2.2 Le parcours Addictologie

Dans un temps où les problématiques d'addiction se révèlent croissantes au sein de la population française, l'EPSAN a souhaité renforcer sa réponse à ce parcours spécifique à deux niveaux : uniformiser les critères d'admission en hospitalisation et consolider la coordination entre les centres hospitaliers.

3 fiches actions ont été formalisées en ce sens :

- **Formaliser la ligne de conduite de l'établissement en matière d'addictologie**, notamment à l'intention des partenaires extérieurs, pour une plus grande fluidité des parcours et pertinence dans les adressages
- **Renforcer la prévention des addictions chez les enfants et les adolescents** (fiche 3.11 en annexe), que ce soit aux substances psychoactives comme à l'exposition aux écrans, par des actions d'information, des consultations dédiées, ou encore un travail de coopération avec le réseau de partenaire (CAMPA, CIRDD, Consommation Jeune Consommateur, Point d'Accueil et d'Ecoute Jeune)

- **Structurer une équipe ressource Addictologie sur l'établissement** (fiche 2.1 en annexe) afin d'améliorer et d'harmoniser la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients souffrant d'une pathologie duelle psychiatrique et addictive. L'équipe posséderait notamment des missions d'aide au repérage précoce, de contribution aux évaluations, d'appui aux équipes soignantes, d'intervention auprès des patients ou encore d'aide à la préparation de la sortie. Une dimension de recherche est également intégrée à ses modalités de fonctionnement.

A l'échelle du département, le PTSM permet également de formaliser un **dispositif intégré public- privé (action de la feuille de route PTSM, fiche 1.10 en annexe)**, devant permettre d'optimiser l'accès à une évaluation et à des prises en soins spécialisés des souffrances psychiques et des addictions (régulation accessible 7j/7, analyse individualisée de la demande et orientation accompagnée, améliorer la lisibilité des réseaux...).

### 2.3 Le parcours Personnes Agées

A l'échelle nationale comme mondiale, la prise en charge spécifique des personnes âgées apparaît aujourd'hui comme une priorité. Ainsi à l'échelle mondiale, plus de 20% des 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique (à l'exclusion des maux de tête), et un quart des suicides dans le monde concernent ces personnes de 60 ans ou plus.

Ainsi, dans un contexte national de vieillissement de la population, et d'un réel élan des pouvoirs publics dans la reconnaissance des spécificités de la prise en charge de la personne âgée (Politique Grand Age, création d'une 5ème branche de la Sécurité Sociale, etc.), l'EPSAN souhaite renforcer sa réponse au parcours des personnes âgées. L'enjeu de ce renforcement est triple : amplifier le repérage précoce, réduire les hospitalisations évitables et faciliter la sortie et le retour à domicile.

L'Eurométropole de Strasbourg, 491500 habitants, 71 EHPAD, ne comprend que 12 places d'hôpital de jour en psychiatrie de la personne âgée, et aucune équipe mobile dédiée.

En ce sens, les fiches actions suivantes ont été élaborées :

- **Développer une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée sur l'Eurométropole** (action de la feuille de route du PTSM, fiche 1.4 en annexe, fiche 7.3 du PM) - reproductible sur l'ensemble du département - afin de permettre, au travers d'une prise en charge transversale de la personne âgée et de liens formalisés avec les structures d'amont et d'aval, de fluidifier son parcours et de favoriser le maintien à domicile.
- Création d'un **Hôpital de Jour de Psychiatrie de la Personne Agée sur l'Eurométropole** (action de la feuille de route du PTSM, fiche 1.7 en annexe, fiche 7.1 du PM), afin de favoriser une évaluation pluridisciplinaire et des soins Psychiatriques en proximité. Cet HDJ de 18 places, à l'attention des patients de 75 ans et plus, sera implanté dans les locaux de la gériatrie des HUS, permettant une synergie entre les prises en charge gériatrique et psychiatrique, et une facilitation de la recherche universitaire menée sur les signes psychiatriques précoces des démences dégénératives (Pr Frédéric BLANC).
- **Définir la politique de prise en charge médicamenteuse des personnes âgées suivies en psychiatrie** (fiche 7.7 en annexe) - l'iatrogénie causant de nombreuses hospitalisations évitables en service d'urgence, notamment dans des temps de transition entre l'hôpital et la ville et inversement.
- **Resectoriser sur Haguenau de l'hôpital de Jour personnes âgées du secteur G03** (fiche 7.2 en annexe), afin de pouvoir travailler, dans le cadre d'une structure ouverte, le maintien de l'autonomie des personnes âgées par l'accompagnement vers les commodités de la ville, et le maintien du lien social et culturel que peut apporter la cité. De plus, un ancrage dans la ville permettra une meilleure articulation avec les structures ambulatoires du secteur (CMP) et les organismes intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées (MAIA, associations d'aide).
- **Structurer, harmoniser et renforcer les interventions à domicile en psychiatrie de la personne âgée des pôles nord du département G01, G02, G03 et G05** (fiche 7.4 en annexe).

Cette action doit permettre de façon uniforme de décloisonner les actions, d'intégrer les réseaux gériatriques existants, de former les professionnels, de soutenir les proches aidants et professionnels du domicile ou encore d'assurer le lien avec les services d'hospitalisation – afin de favoriser le maintien à domicile, d'éviter les hospitalisations évitables ou encore de fluidifier le parcours patient.

## 2.4 Le parcours des détenus

De nombreux travaux ainsi que les enquêtes du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ont démontré combien les carences de la prise en charge de la santé mentale des détenus étaient lourdes de conséquences, et ce du fait de facteurs multiples : manque de moyens, méconnaissance des pathologies, banalisation des atteintes aux droits fondamentaux...

Au total, huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs (troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires, psychoses...) et des dépendances.

Au regard des besoins conséquents en milieu carcéral, l'EPSAN a donc souhaité, au travers de son projet médical, enrichir son offre au service de cette population spécifique de son territoire :

- **Enrichissement de l'offre de soins proposée par le CSAPA de la Maison d'Arrêt de Strasbourg** (fiche 2.2 en annexe), notamment pour minimiser les risques de rupture de soins au moment de la sortie de prison, par un renforcement de l'équipe mais également l'intégration de nouveaux professionnels tels qu'un psychomotricien ou un ergothérapeute.
- **Optimisation de la prise en charge des patients mineurs de la Maison d'Arrêt de Strasbourg** (fiche 6.4 en annexe), au travers de la nomination d'un psychiatre et d'infirmiers référents, ainsi qu'une participation au temps d'échange dédiés aux personnes détenues mineurs avec les partenaires, ainsi que des actions spécifiques de prévention, d'activités socio thérapeutiques, de consultations postpénales...
- **Réorganisation et extension de l'activité à l'hébergement thérapeutique du SMPR** (fiche 6.5 en annexe) (Service Médico-Psychologique Régional) afin d'améliorer l'offre proposée (relais en milieu libre, absence de ruptures...)



- **Améliorer la prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel** (fiche 6.1 en annexe), au travers notamment d'un conventionnement avec le CRAVS des HUS, la création d'un groupe de travail dédié (dont les participants seront formés à la thématiques) ou encore d'activités socio thérapeutiques adaptées.
- **Création d'un programme d'Education Thérapeutique** (fiche 6.2 en annexe) qui tienne compte des particularités de l'environnement carcéral.

**Lutter contre la précarité et l'exclusion sociale des patients sortant de prison** (fiche 6.3 en annexe), au travers de plusieurs actions clés :

- Réalisation d'une étude de la prévalence des troubles chez les détenus dont la libération est proche
- Collaborer avec les partenaires institutionnels responsables du futur quartier de la maison d'arrêt de Strasbourg, visant à accueillir des détenus dont la libération est proche
- Poursuivre la participation à des projets à visée de réinsertion
- Améliorer l'efficacité du partenariat avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation Renforcer le partenariat avec les organismes associatifs et les structures d'accueil
- Organiser et optimiser les relais de soins psychiatriques et addictologiques.

## 2.5 Le parcours Autisme

Les troubles du spectre de l'autisme apparaissent précocement au cours de la petite enfance et persistent à l'âge adulte. Ils se manifestent par un ensemble de conditions telles que l'altération des interactions sociales, des problèmes de communication, des troubles du comportement, des réactions sensorielles inhabituelles... autant de spécificités à l'origine de difficulté d'apprentissage ou encore d'insertion sociale.

Aujourd'hui, environ 700 000 personnes sont concernées en France, dont 100 000 ont moins de 20 ans. On dénombre 74 cas pour 10 000 enfants.

Si l'autisme ne se soigne pas à proprement parler, les spécificités de ces troubles nécessitent une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire et individualisée, assurant un parcours de soin personnalisé au parcours de vie de chaque enfant et adulte.

Dans cette optique, l'EPSAN a formalisé 5 fiches actions, allant dans le sens d'une fluidification et d'une plus grande coordination des acteurs autour de ces parcours de vie.

- **Création d'un dispositif ambulatoire d'accompagnement et de soins pour les personnes de plus de 16 ans présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme** (fiche 4.3 en annexe). Cet accompagnement vise à une meilleure compréhension du handicap par la personne, à favoriser la fluidité de son parcours et la soutenir dans son projet, dans son parcours inclusif et son autonomie.
- **Renforcement de l'Offre de Soins en Thérapie d'Echange et de Développement** (fiche 4.8 en annexe), afin de proposer une thérapie spécifique pour les enfants porteurs de TSA, permettant notamment de faire émerger des compétences langagières et relationnelles.
- **Mise en place de modalités de soins spécifiques et spécialisées à destination des enfants et adolescents avec TSA** (fiche 4.5 en annexe) en proposant des thérapies et accompagnement ciblés, prenant en compte leurs particularités.
- **La création d'un groupe dédié TED au sein d'un hôpital de jour adolescent sur le site de Schiltigheim** (fiche 4.1 en annexe) pour répondre à l'élargissement de l'expérimentation d'une ULIS à destination d'enfants avec Troubles Envahissant du Développement a ouvert au Collège Leclerc.
- **Structuration d'un réseau au sein de l'EPSAN pour les situations complexes dans le cadre de la prise en charge des personnes avec handicap mental et/ou autisme avec troubles psychiatriques associées** (fiche 4.2 en annexe). Les objectifs sont multiples : améliorer la connaissance des dispositifs existants, coordonner la réflexion clinique, faciliter les liens entre réseaux, diffuser les bonnes pratiques, favoriser la continuité du parcours notamment au moment du passage à l'âge adulte. La MAS et le FAM de l'EPSAN seront partie prenante de ce dispositif.

## OBJECTIF N°3 : Structurer la réhabilitation psycho-sociale au niveau de l'établissement (Fiches 10.1 à 10.13 en annexe)

La réhabilitation psychosociale est un enjeu majeur dans la mise en œuvre du parcours des patients souffrant de troubles psychiques sévères d'évolution chronique, en particulier les troubles psychotiques (schizophrénie), les troubles délirants schizo-affectifs et bipolaires. Elle ne s'opère qu'une fois la pathologie du patient diagnostiquée et en dehors des phases aiguës de sa maladie.

Les soins et les outils de réhabilitation visent à promouvoir les capacités à décider et à agir (l'Empowerment) des personnes atteintes par ces pathologies mais également à les accompagner dans leur parcours de rétablissement en préservant et favorisant leurs capacités d'autonomie.

Les soins de réhabilitation ont également comme objectif de prévenir des conséquences de l'évolution au long cours des troubles psychiques (syndrome déficitaire, désinsertion socio-familiale, difficultés à l'accès aux soins, à la formation et à l'emploi notamment).

L'EPSAN construit donc son projet de réhabilitation psychosociale conformément à la circulaire n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 qui précise et structure l'offre de soins sur le territoire national.

La philosophie générale de l'établissement se résume en 3 points clés :

- Accompagner et structurer le parcours du patient aussi bien en intra hospitalier mais surtout en extrahospitalier pour être au plus près des besoins des usagers.
- Le parcours et les dispositifs sont essentiellement communautaires donc extrahospitaliers et adaptés aux caractéristiques populationnelles / géographiques
- L'offre se veut être équitable sur le territoire pour éviter les pertes de chance

Ainsi, dans le respect de cette philosophie, les deux territoire Nord/Sud de l'EPSAN développent les outils de réhabilitation suivants :

- Des Référents patients
- Des Grilles d'évaluation semi-structurées/structurées
- Des programmes individuels ou groupaux type ETP, remédiation cognitive
- Une offre d'hébergements gradués : Studio-intramuros (habiletés du quotidien, apprentissage...), Appartement d'évaluation (ALT), Résidence d'accueil...

En complément de ce développement global, le territoire Nord développe un centre de réhabilitation de proximité (sous forme d'une équipe d'appui et de coordination de la réhabilitation des 4 secteurs nord)

En parallèle, l'Eurométropole de Strasbourg conduit trois actions :

- Modernisation de son unité temps plein de rétablissement à Brumath : ouverture de l'unité, développement d'outils de réhabilitation
- Poursuite du développement de son centre de réhabilitation de proximité à Strasbourg (actuel CJR)
- Transformation de son unité temps plein de réhabilitation en unité d'admission intersectorielle ouverte.

L'EPSAN souhaite également consolider et poursuivre l'amélioration continue de la prise en charge médico-social au niveau du FAM et de la MAS de l'établissement. Dans ce contexte il s'inscrit dans une démarche d'évaluation interne et externe. Ces évaluations permettront de développer des axes d'amélioration qui seront inscrits dans un projet d'établissement spécifique pour chaque structure.

## **OBJECTIF N°4 : Renforcer la lisibilité et l'accessibilité des soins somatiques**

Historiquement, un clivage existe entre les modalités de prise en charge somatique et psychique des patients, conduisant à une réelle perte de chance pour les patients aux pathologies psychiatriques.

Les articulations sont cependant nombreuses et indispensables dans le cadre de parcours de soins exhaustifs et coordonnés, et conduisent par leur ignorance et les difficultés de repérage à des situations critiques pour les usagers. Ainsi, le taux de mortalité des personnes vivant avec des troubles psychiques est trois à cinq fois supérieur par rapport à celui de la population générale (OMS, 2015). De même, une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.

Il est aujourd'hui incontournable de repenser et de consolider l'approche somatique au sein des établissements de santé mentale. L'EPSAN s'emploie à répondre à cet objectif, au travers de trois typologies d'actions :

## 4.1 Renforcer la lisibilité et la coordination des soins somatiques sur le territoire

- **Améliorer la communication sur les modalités de recours à la consultation de médecine générale sur site pour les patients en unités sectorielles ouvertes (USO)** (fiche 11.2 en annexe), notamment en mettant à disposition la procédure de recours dans le moteur de recherche,
- **Mise en place de conventions inter-établissements** (fiche 11.11 en annexe), pour la prise en charge somatique des patients psychiatriques, et ce pour les différentes spécialités : urgences, odontologie, cardiologie, gériatrie, imagerie, neurologie, endocrinologie/diabétologie, gastroentérologie.
- **Poursuivre le recrutement intra-hospitalier et extra-hospitalier des résidents admis à l'USLD** (fiche 11.9 en annexe), notamment, et ce en inscrivant l'USLD dans la filière gérontologique, en poursuivant la collaboration avec les CH du territoire, ou encore en poursuivant la collaboration spécifique avec les deux services spécifiques de l'EPSAN (UGPI, Dagonet).

## 4.2 Améliorer la prise en charge somatique sur l'ensemble de l'établissement

- **Améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques suivis en CMP des 8 secteurs de psychiatrie et sans médecin traitant** (fiche 11.7 en annexe), avec notamment une étude de faisabilité d'une consultation hebdomadaire par un médecin généraliste de ville pour ces patients qui auront été recensés, ainsi que la mise en place d'une communication avec les médecins généralistes du territoire
- **Améliorer la prise en charge somatique des patients hospitalisés en unités fermées** (fiche 11.1 en annexe) : poursuite de l'évaluation systématique d'admission dans les 24h, poursuite de la communication du planning mensuel, mise en place de la transmission des informations de l'interne de garde au médecin généraliste référent...
- **Améliorer la prise en charge somatique des patients hospitalisés en long cours (URP - Réhabilitation)** (fiche 11.4 en annexe), avec notamment l'hypothèse de mettre en place une étude de faisabilité afin de confier le suivi médical à un médecin généraliste de ville (pour le service de réhabilitation Cronenbourg).
- **Faciliter l'accès aux soins somatiques pour les patients en situation Handicap et/ou autisme** (fiche 4.6 en annexe), à la fois en mettant en place des conventions dès que possible, ainsi qu'une consultation de soins somatiques adaptée et spécialisée sur le site de l'EPSAN

- **Améliorer la prise en charge somatique des patients polyhandicapés (UPIDECC)** (fiche 11.3 en annexe), notamment mettant en place des actions de réévaluation, de suivi et de prévention
- **Améliorer la prise en charge somatique des patientes hospitalisées à l'UMB** (fiche 11.5 en annexe), en mettant en place une prise en charge spécifique des femmes post-partum sur place, et en améliorant les actions de suivi et de prévention
- **Améliorer la prise en charge somatique des personnes âgées** (Dagonet - UGPI) (fiche 11.6 en annexe) en poursuivant les différents travaux d'identification de médecin référent, de collaboration entre généralistes et psychiatres, ou encore d'évaluations gériatriques standardisées pour toutes les admissions
- **Améliorer la prise en charge somatique des résidents du médico-social en lien avec l'équipe de soins de la MAS et du FAM, en mettant en place la télé-médecine** (fiche 11.8 en annexe), en étoffant la prise en charge somatique des résidents de FAM/MAS, en réalisant une étude de faisabilité sur des vacations de médecins généralistes de ville, ou encore en mettant en place des actions de suivi et de prévention chez ces patients psychotiques vieillissants

#### 4.3 Porter un projet de télé-médecine

- **Mise en place d'une étude de faisabilité sur un projet de téléconsultations destiné à tous les patients de l'EPSAN, en intra comme en extra hospitalier** (fiche 11.10 en annexe). Ce projet nécessitera par ailleurs une collaboration avec l'établissement support du GHT (HUS), et une identification des spécialités pertinentes.

# RENFORCER LA LISIBILITE ET LA COORDONATION TERRITORIALE

Cette ambition n°5 est intrinsèquement liée à l'ambition portée sur la consolidation des parcours. En effet, la logique des parcours ne peut être opérante sans repenser le système de santé dans une optique de coordination entre les acteurs : l'ensemble des acteurs, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médicosociaux, doivent se coordonner pour répondre de façon commune et exhaustive aux besoins du territoire, en intégrant tant que possible l'utilisateur pour une co-construction de son parcours. Cette réponse doit être structurée et lisible, tant pour les professionnels que pour la population. 3 objectifs ont été pensés pour assurer la réalisation de cette ambition.

## Objectif N°1 : Assurer une meilleure lisibilité et coordination de l'offre de soins à l'échelle de l'établissement comme du territoire Illustration au travers de deux parcours prioritaires

### 1.1 La lisibilité et coordination au service du parcours des enfants et des adolescents

4 actions sont portées en ce sens :

- **Amélioration de la lisibilité de l'offre de soins en pédopsychiatrie** (fiche 8.1 en annexe), au travers d'une actualisation du support internet, la création de nouvelles plaquettes papier à destination des familles et des partenaires...
- **Assurer la cohérence et la continuité des parcours de soins en pédopsychiatrie** (fiche 8.3 en annexe), au travers d'une plus grande lisibilité, d'une intensification des rencontres avec les réseaux, de développement de structures hybrides dans le cadre de la CPT, la participation au CLSM et un développement des temps de synthèse et de coordination au sein des secteurs de pédopsychiatrie, entre les secteurs et entre les partenaires
- **Renforcer la collaboration avec les services de pédiatrie du secteur I02** (fiche 3.1 en annexe) au travers de la création d'un poste d'assistant partagé. L'objectif est de renforcer les moyens de cette collaboration, qui s'est montrée en avance sur la politique de santé des enfants et adolescents, en permettant de trouver des solutions d'accueil pour des adolescents en grande difficulté psychique sans avoir recours à une hospitalisation en service de psychiatrie adulte ou dans une unité de soin psychiatrique pour adolescent.
- **Développer le travail en partenariat** (fiche 3.10 en annexe), via des convention-type, de présentation de l'offre EPSAN aux différents acteurs du territoire, ou encore de la mise en place de rencontres semestrielles avec les principaux partenaires (Education Nationale, services de protection de l'enfance, établissements médico-sociaux, PJJ, justice...)



# RENFORCER LA LISIBILITE ET LA COORDONATION TERRITORIALE

## 1.2 La lisibilité et coordination au service du parcours de la personne âgée

2 actions principales répondent à cet objectif :

- **S'intégrer dans les MAIA, dispositifs facilitant le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie** (action 7.6 en annexe), afin d'assurer une coordination au service d'une approche transversale de l'accompagnement (réduction des hospitalisations, repérage précoce, meilleure prise en soins...)
- **Travailler la coordination de la prise en charge gériatrique** (fiche 7.5 en annexe), au travers d'une formalisation du recours à une structure gériatrique de proximité en fonction du secteur du patient, ou encore d'un développement de partenariat avec les services de gériatrique pour évaluation et bilan neuropsych.

### Objectif N°2 : Positionner l'établissement comme partie prenante essentielle dans des partenariats avec des structures d'aval (fiches actions 10.1 à 10.13, fiche action 4.4.)

La sortie d'hospitalisation est un moment déterminant du parcours patient, car conditionnant un retour à la cité adaptée, en lien avec l'ensemble des acteurs appropriés – conduisant dans le cas inverse à des risques de réhospitalisations et de manière globale à une fragilité accrue.

L'une des conditions majeures de la réussite de la sortie est le lien avec les structures médico-sociales. En effet, les personnes ayant des troubles psychiatriques ne recourent pas toujours aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux requis, pour diverses raisons (déli/méconnaissance de leur pathologie, relative adaptation sociale, ou au contraire isolement social, grande précarité...) tandis qu'à l'inverse les structures médico-sociales possèdent parfois des craintes et des a priori quant aux spécificités de l'accompagnement de patients psychiatrique.

C'est pourquoi il paraît crucial de renforcer le lien entre la sphère hospitalière et le milieu médico-social, afin d'être en mesure d'orienter et d'accompagner au mieux ces usagers, et ce dans les meilleurs délais possibles.

Les équipes mobiles jouent un rôle essentiel dans cette articulation avec le secteur médico-social. Elles permettent de réassurer les équipes en apportant un appui, une expertise face aux spécificités psychiatriques, permettant un relai efficient et pertinent au regard du parcours du patient.

Des conventionnements doivent être formalisés en ce sens.

# RENFORCER LA LISIBILITE ET LA COORDONATION TERRITORIALE

Plus généralement, l'EPSAN souhaite construire une politique globale de partenariats avec les structures d'aval, afin de fluidifier les sorties grâce à un réseau de partenaires exhaustif et labellisé. Les modalités de fonctionnement de ce réseau permettraient de faciliter la sortie des patients de l'établissement, tout en assurant aux équipes médico-sociale un accès privilégié aux équipes mobiles ou encore des interventions à domicile.

## Objectif n°3 : Développer l'empowerment des acteurs de santé du territoire et des patients

Si la coordination avec l'ensemble des partenaires du territoire doit être recherchée afin d'assurer des parcours fluides et pertinents, deux acteurs sont tout à fait essentiels et doivent être positionnés comme piliers de ce travail de co-construction : les professionnels du premier recours et les usagers eux-mêmes.

L'EPSAN a souhaité leur dédier des actions, afin de leur assurer une place pleine et entière dans une co- construction transversale des prises en charge et plus généralement des projets de vie.

### 3.1 Lien avec le premier recours

Construire des partenariats avec les professionnels du premier recours est tout à fait nécessaire afin d'assurer une continuité des parcours. Cette conviction est portée au sein du PTSM, dont l'une des actions de la feuille de route a pour objet de **renforcer le lien entre la psychiatrie et le médecin traitant (action de la feuille de route PTSM, fiche 1.2 en annexe)**, pour une plus grande articulation, notamment pour les prises en charge extra- hospitalières. Plusieurs modalités sont proposées en ce sens :

- Identification du médecin traitant et de son adresse de contact lors de la création du dossier informatisé
- Identification d'un soignant référent, en responsabilité de la communication avec le médecin traitant
- Accompagnement du patient par l'équipe infirmière vers un choix et une déclaration de médecin traitant
- Communication au médecin traitant des modifications du projet de soins et de traitement (LIFEN, messagerie, courrier, SICODOM)
- Rémunérer le médecin traitant pour les temps de coordination Etc.

# RENFORCER LA LISIBILITE ET LA COORDONATION TERRITORIALE

Dans cette même ligne, l'EPSAN a souhaité mettre en place une permanence téléphonique psychiatrique d'orientation, par pôles, à destination des urgences (SAMU, SOS médecins, SU) afin de réaliser un premier filtre médical quant aux flux d'entrées, faciliter les parcours-patients adressés en urgence selon les logigrammes Urgence et crise, par exemple en réorientant vers un CMP du secteur dans les prochaines 48H lorsque l'hospitalisation peut être évitée (fiche 5.5 en annexe).

## 3.2 Empowerment des usagers et de leur entourage

Pour permettre à la personne d'être actrice de son parcours, il faut aller au-delà de l'acceptation des soins et mettre en place les conditions propices pour que la personne accompagnée et son entourage soient partie prenante. Chaque personne dispose de sa singularité, et de ce fait doit se voir proposer des soins personnalisés et coordonnés avec son parcours de vie - et cette individualisation doit également être appliquée dans l'accompagnement des familles.

En ce sens, plusieurs fiches actions ont été développées à la fois sur l'empowerment et les **droits des patients détenus**, ou encore pour d'autres parcours spécifiques sur des actions de **soutien à la parentalité et aux habilités parentales** (fiches 3.8 et 3.9 en annexe).

Plus globalement, il est aujourd'hui incontournable d'associer le patient à la démarche de soin et à son projet de vie au travers du **Plan Personnalisé de Santé (PPS)**, outil recommandé par la HAS. Le PPS, qui est co-construit tout au long de la prise en charge du patient, permet le renforcement de l'alliance thérapeutique grâce à l'élaboration d'un projet de vie individualisé, répondant aux attentes et aux ressources psychiques, physiques, relationnelles ou encore professionnelles de l'utilisateur.

La **Pair-Aidance** doit également être fortement développée au sein de l'établissement et dans l'accompagnement des usagers. Cette pratique de partage du savoir expérientiel s'inscrit fortement dans une logique de réduction des risques et concourant au rétablissement, tout en participant à la réduction de la stigmatisation. L'EPSAN a embauché il y a deux ans un médiateur-pair de santé et prévoit d'en recruter un deuxième rapidement.

Ce Projet Médical s'inscrit dans un temps de questionnement quant aux modalités de gouvernance et de responsabilisation du corps médical, mais également plus généralement d'attractivité - dans un contexte tant local que national de pénurie de professionnels de santé.

Il paraît ainsi à ce jour d'autant plus crucial d'être à l'écoute des attentes du corps médical, et des différentes pistes qui rendront tout établissement plus attractif, pour les nouvelles générations comme pour celles déjà installées. En ce sens, 4 grands objectifs sont formulés :

## Objectif N°1 : Renforcer la communication autour de l'institution et diversifier les pistes de recrutement

Au-delà de jouer un rôle essentiel pour la compréhension et l'adhésion au long cours des professionnels et des partenaires aux ambitions du projet d'établissement, la communication se révèle tout à fait nécessaire pour la visibilité de l'établissement sur son territoire. Penser les canaux de communication et leurs messages clés correspondants est fondamental pour attirer et fidéliser des professionnels comme les partenaires extérieurs. La qualité de prise en charge, la « marque employeur », les valeurs portées par l'établissement, la gestion du climat social sont autant d'éléments pouvant être portés au travers d'une politique de communication dynamique. C'est tout l'objectif porté par ce projet.

## Objectif N°2 : Proposer des conditions de travail attractives

Plusieurs actions sont considérées pour répondre à cet objectif :

- Définir des règles permettant d'aménager le temps de travail pour développer les activités de recherche
- Transformer certains postes budgétés mais non pourvus d'assistants en PH
- Développer les postes d'assistants spécialistes partagés
- Promouvoir les possibilités de parcours professionnels au sein du GHT
- Mettre en place un dispositif de conciliation interne, pour traiter des situations de conflit entre professionnels médicaux

### **Objectif N°3 : Renforcer la politique d'accueil et d'intégration des professionnels médicaux**

- Améliorer les conditions de travail et d'accompagnement des internes
- Développer les exercices partagés entre établissements publics et publics/privés

### **Objectif n°4 : Créer une sous-commission de la CME en charge de l'attractivité et de la qualité de travail**

# MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET PREVENTION DU RISQUE EPIDEMIQUE

Le risque infectieux existe lors de toute prise en soins, aussi bien en établissements de santé qu'en soins de ville et structures médico-sociales. Celui-ci expose les personnes prises en soins, mais aussi les professionnels, à un risque de contamination par un agent infectieux pouvant conduire à une infection aux conséquences potentiellement dramatiques. On parle alors d'infections associées aux soins. En plus de leur impact sur la santé des personnes, ces infections associées aux soins ont des impacts organisationnels et économiques.

Contrairement aux services considérés comme étant à haut risque infectieux (bloc opératoire, service de réanimation, néonatalogie), le risque infectieux pourrait ne pas apparaître pas comme un risque principal pour un établissement spécialisé en santé mentale.

Toutefois, la récente épidémie de COVID-19 a démontré l'importance de la bonne maîtrise du risque

Infectieux à tous les niveaux, ainsi que l'impact global que pouvait avoir une épidémie.

Par ailleurs, les modalités de prises en soins au sein de nos structures peuvent être propices à la transmission d'agents infectieux et la survenue d'épidémies : activités de groupe et d'échange, vie communautaire et espaces de collectivité, services fermés « en vase clos ».

L'EPSAN s'engage alors à assurer la maîtrise du risque infectieux, pouvant être lié à des agents infectieux connus mais aussi à l'émergence de nouveaux agents pathogènes.

## Objectif n°1 : Cartographier le risque infectieux dans la globalité

La lutte contre les infections associées aux soins est un enjeu majeur de santé publique. Elle fait partie du programme national de sécurité des patients (PNSP). La gestion du risque infectieux fait aussi partie des thématiques investiguées par la Haute Autorité de Santé lors des visites de certification. L'EPSAN, au travers de son Comité de Lutte contre les Infections (CLI), a alors intégré les objectifs définis dans le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias).

L'EPSAN est également doté d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), qui veille à la bonne application du programme du CLI et apporte son expertise dans la gestion du risque infectieux. Cette EOH peut aussi s'appuyer sur un réseau de correspondants en hygiène, qui assurent le relai au sein des différentes unités et structures sanitaires et médico-social de l'EPSAN.

L'EPSAN souhaite consolider ces actions en établissant une cartographie exhaustive du risque infectieux : celle-ci permettra d'appréhender le risque infectieux dans sa globalité et d'identifier tous les risques potentiels, qu'ils soient notamment liés aux pratiques, aux personnes ou à l'environnement.

# MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET PREVENTION DU RISQUE EPIDEMIQUE

Une comparaison entre cette cartographie et les mesures-barrières déjà existantes permettra ensuite d'identifier les points forts de l'organisation existante ainsi que les actions d'amélioration prioritaires. L'objectif final est d'assurer une maîtrise exhaustive du risque infectieux, qui combine à la fois l'expérience obtenue au cours des précédents événements (analyse a posteriori) ainsi qu'une anticipation des potentiels risques à venir (analyse a priori).

## Objectif n°2 : Former et informer les personnes prises en soins et les professionnels

Chaque année, le programme d'actions définies par le CLI intègre des actions de formation à destination des professionnels. Par ailleurs, de par sa mission, l'EOH assure des actions de formation et de sensibilisation.

L'évolution rapide des connaissances entraîne une évolution des pratiques, et nécessite alors une mise à régulière des connaissances des professionnels du sanitaire et du médico-social de l'EPSAN.

Par ailleurs, la bonne maîtrise du risque infectieux nécessite la bonne application des procédures et protocoles par tous et à tout moment, et ce notamment dès la prise de fonction.

L'EPSAN souhaite alors renforcer ses actions de formation et de sensibilisation des professionnels, pour assurer une connaissance optimale des mesures visant à limiter le risque infectieux, aussi bien pour les nouveaux arrivants que pour les professionnels plus expérimentés.

Il est également nécessaire d'impliquer les personnes prises en soins, en tant qu'acteur lors de leur hospitalisation mais aussi dans leur vie quotidienne.

En effet, des mesures simples et applicables à tous, permettent de limiter le risque infectieux. De plus, du fait de leur pathologie mentale ou de leur situation (personnes marginalisés, toxicomanes, ...), leur rapport à l'hygiène peut être altéré.

## Objectif n°3 : Utiliser les antibiotiques de manière raisonnée

Les causes de l'émergence de nouveaux agents infectieux peuvent être multiples voire d'origine inconnue. Il existe toutefois une catégorie d'agents infectieux pouvant causer des épidémies aux conséquences dramatiques et dont l'un des facteurs majeurs d'apparition est connu : les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.



## MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET PREVENTION DU RISQUE EPIDEMIQUE

L'antibiorésistance est un risque majeur de santé publique : elle constitue, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement. Si aucun antibiotique est efficace sur la bactérie responsable de l'infection, nous sommes en situation d'impasse thérapeutique. Si l'antibiorésistance continue à se développer, cela remettrait en question la capacité à soigner les infections, même les plus courantes et banales, et majorerait le risque lié à certaines interventions chirurgicales.

L'usage excessif et le mésusage des antibiotiques accélèrent le phénomène d'apparition de résistance chez les bactéries.

L'EPSAN s'engage alors à assurer un usage maîtrisé et encadré des antibiotiques, notamment par :

- La formation des prescripteurs et professionnels, en insistant sur la mise à jour régulière des connaissances
- La surveillance des prescriptions, pour s'assurer de leur bien-fondé et de leur conformité aux recommandations locales et nationales
- La surveillance des consommations d'antibiotiques et des résistances des germes retrouvés chez nos patients, pour évaluer les tendances et adapter les recommandations locales.

# Priorisation des actions du Projet Médical

## 1) Fiches actions prioritaires à court terme

- Avec un \*, les projets à moyens constants ou quasi-constants, ou au financement existant
- **En gras**, les mises en œuvre soumises aux possibilités financières

Amont (et aval) PEA	<b>FA ouverture d'un HDJ ados EMS</b>
	* FA EM interventions précoces adolescent EMS (projet primé AAP 2019 avec CHU)
	*FA Soins psychothérapeutiques à domicile (SPAD) adolescents, à développer sur i01
	FA connexes Lisibilité de l'offre de soins en PEA etc.
	*FA Création d'un centre ressource périnatalité (EM prévention repérage formation orientation etc.) (projet primé AAP 2019)
	*FA Hospitalisation en pédiatrie et liaison et médecine de l'adolescence
Amont (et aval) PPA	*FA mieux repérer et adresser les nourrissons et enfants à risque de troubles du développement
	<b>FA HDJ PPA EMS</b>
	<b>FA relocalisation HDJPPA G03 sur son secteur</b>
	*Une partie de la FA structurer, harmoniser, renforcer les interventions à domicile PA G01 02 03 05 (* pour la partie coordination)
Amont Précarité	+ FA connexes FA faciliter l'accès des PA en perte d'autonomie (MAIA), FA définir la politique du médicament PPA, FA coordination PEC gériatrique
	<b>FA renforcer la réponse concernant personnes en grande précarité</b>
Amont Urgences et crise	+ FA connexes recueil de données précarité psychiatrie, FA comité de pilotage précarité EPSAN
	<b>Les FA font l'objet d'une lettre à la DG ARS commune avec le CH Erstein, concernant la complémentarité avec le CAC des HUS, et l'amélioration des PEC en aval des SU Haguenau Saverne Wissembourg.</b>
	<b>FA structurer l'aval de la crise dans les CMP du GHT, harmoniser la réponse des CMP, pour plus de réactivité/mobilité</b>
	<b>FA liaison PEA avec CAC HUS</b>
	* FA permanence téléphonique psychiatrique pour évaluation/lien SAMU SOS médecins urgences couchées
	*FA renforcer la présence psychiatrique aux SU Haguenau Saverne Wissembourg
	*FA Améliorer la coordination avec la CUMP67
Intra-Hospitalier	* FA gestionnaire de lits FA
	* FA tableau de bord gestion des lits (en cours de validation)
	*FA intervention et liaison PEA pour les mineurs hospitalisés en unité de psychiatrie adultes tps plein
	*Ligne de conduite en addictologie : Coordination / un référent médical/pôle / descriptif de l'existant (périmètre T1T2), en attendant une ELSA
	*FA Télémédecine pôle somatique
	*FA conventions inter-établissements et/ou vacations de médecins spécialistes (logique GHT polyvalent / espérance de vie fortement diminuée chez les patients psychotiques)

# Priorisation des actions du Projet Médical

Détenus	*Une partie de la FA Enrichissement de l'offre de soins CSAPA concernant la centralisation des MSO au CSAPA (1 ETP addictologue demandé, mais un poste de PH SMPR était à faible activité) (*si cette partie de la fiche action est réalisable).
Aval (et amont) réhab / Lisibilité centres de proximité TS1 et TS2	<b>FA Projet d'externalisation de l'unité d'hospitalisation tps plein réhab en ville (corollaire de la transformation des 20 lits de réhab Cronenbourg en 20 lits d'admission intersectoriels TS2)</b>
	<b>FA centre de proximité réhab TS2 (corollaire de la transformation des 20 lits de réhab Cronenbourg en 20 lits d'admission intersectoriels TS2)</b>
	*FA Intégration de l'URP site de Brumath à l'ensemble du dispositif de réhab
	*Une partie de la FA Mise en place équipe d'appui réhab TS1 (*si on commence par une coordination)
	* FA Gerpsi et élargissement de Gerpsi aux PSL de plus courte durée (FA en cours d'élaboration) cf nouvelle loi de financement de la psychiatrie. Objectiver le % PSL de l'EPSAN, et quantifier le besoin en structures d'aval MS
	*FA Mise en place d'outils d'évaluation réhab TS1 (2 appartements intra)
	<b>FA Mise en place d'outils d'aval réhab (1 appartement ALT/ secteur) TS1 Cf FA PTSM Arsea</b>
	<b>FA Mise en place d'outils d'aval réhab (1 appartement ALT / secteur) TS2 Cf FA PTSM Arsea</b>
	*FA Gestionnaire de cas complexes (projet primé AAP 2019)
	<b>FA Hôtel hospitalier (cf projet Pontoise)</b>
	*FA partenariat fondation Vincent de Paul
*FA Projet de mise en place d'unités UPIDECC intra hospitalier	

**Toutes les Fiches actions à moyens constants non mentionnées sont réalisables d'emblée.**

# Priorisation des actions du Projet Médical

## 2) Fiches actions demandant des moyens, à réaliser à terme

FA EM PPA EMS
FA Structurer harmoniser renforcer les interventions à domicile PPA G01 02 03 05 (au-delà d'une coordination/harmonisation des pratiques)
FA enrichissement de l'offre de soins CSAPA SMPR (au-delà de la relocalisation MSO au SMPR)
FA Une ELSA EPSAN
FA Prévention des addictions enfants et ados
FA Mise en place d'une équipe d'appui réhab TS1 (au-delà d'une coordination)
FA EM UPIDECC
FA Mise en place programme de remédiation cognitive
FA Amélioration PEC précoce enfants 0-4 ans porteurs ou à risque de TND
FA soins à destination des ados scolarisés en ULIS TED
FA Renforcement de l'offre de soins en thérapies d'échange et de développement
FA Appartements communautaires ados (Haguenau projet pilote)
FA dispositif ambulatoire d'accompagnement et de soins autistes sup à 16 ans (financement national)
FA Faciliter l'accès aux soins somatiques autisme handicap adultes
FA réorganisation et extension de l'hébergement thérapeutique au SMPR

# PROJET PSYCHOLOGIQUE

# DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE

## DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE DU PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET CADRE LÉGISLATIF

### Démarche institutionnelle

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016[1] pose les bases d'une organisation territoriale de la santé mentale. Cette loi comprend désormais des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines ; notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues ainsi que l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion[2].

Le Collège des psychologues de l'EPSAN dont le règlement intérieur a été acté en février 2007 par le Conseil d'Administration est une instance d'organisation, d'échange, d'élaboration et de propositions ayant pour objectif d'assurer la qualité de l'exercice de la psychologie dans le cadre du projet d'établissement. Dans ce cadre, il élabore le projet de psychologie clinique et participe à sa mise en œuvre conformément à l'article L6143-2[3] du Code de la Santé publique qui pose le projet de psychologie comme une partie intégrante du projet d'établissement (P.E). Cette dimension psychologique du projet d'établissement comporte à la fois les relations entre les psychologues, les patients et leur entourage, ainsi que la reconnaissance des professionnels dans l'exercice de leurs fonctions. Le projet de psychologie s'inscrit dans la logique de la sectorisation psychiatrique dans le cadre des projets de pôle (Article L3221-1 du code de la Santé publique).

Le projet de psychologies a été transmis à M. Karol, Directeur de l'EPSAN et à M. Le Dr Amarilli, Président de la CME.

Mme Henry, représentante du Collège des Psychologues à la CME, a informé cette instance que le Collège des Psychologues de l'EPSAN apporterait sa contribution au Projet d'établissement sous la forme d'un Projet de Psychologies. Les psychologues continuent de participer à l'élaboration des projets de pôles et sont impliqués dans les démarches cliniques et institutionnelles en coopération avec les médecins et les équipes soignantes.

[1] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[2] Article L3221-1 du Code de la Santé Publique

[3] Article L6143-2 modifié par l'ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 - art. 1.

## Un cadre législatif et des orientations renouvelées

Le Collège des psychologues accompagne les recommandations de la tutelle et articule ses pratiques locales aux orientations régionales.

Le Schéma régional de santé Grand Est 2018-2023 & Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies nous donne notamment comme axe stratégique :

- « Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en psychiatrie et en santé mentale » (Axe 4 Priorité 2).
- Objectif opérationnel n°3 « Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire  
Cet objectif vise autant un accès facilité et lisible pour les usagers souffrant de troubles psychiques, que pour les familles et les professionnels en santé. Il permet d'améliorer l'accès à un avis spécialisé, de réduire les risques de rupture de soins et d'adapter l'efficacité des suivis. Il doit aussi permettre de limiter les hospitalisations inadéquates et de faciliter les sorties de l'hôpital, en soins libre ou sous contrainte, dans une démarche d'autonomisation et de rétablissement psycho-social. Pour cela il convient notamment de : faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires, les jours d'ouverture de ces structures (centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour, CATTP...).

Objectif opérationnel n°6 : « Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte »

Sa déclinaison opérationnelle sera articulée entre les deux parcours: le parcours enfants et adolescents : Prévention, repérage et la prise en charge de premier recours (médecins libéraux, psychologues, maison des adolescents...);

La circulaire du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Elle prévoit, dans le chapitre 3 concernant le métier de psychologue à l'hôpital, la structuration d'une représentation de la profession avec trois volets de missions : un volet clinique, un volet formation/ recherche et un volet administratif.

La nouvelle fiche métier du psychologue (2015)

Les activités sont réparties en :

- Activités cliniques auprès des patients.
- Activités cliniques institutionnelles.
- Activités de formation, d'information et de recherche.



## L'organisation des psychologues de l'EPSAN



Le Collège des psychologues de l'EPSAN et l'Association des psychologues de l'EPSAN. Les diverses activités du collège des psychologues donnent lieu à un rapport d'activité intégré dans le rapport de gestion de l'établissement. Conformément à la circulaire, le collège développe les volets suivant :

### 1) Volet clinique

- Elaboration du projet de psychologie
- Implication des psychologues dans la réorganisation de l'établissement
- Poursuivre de l'activité du Collège des psychologues (pérenniser l'existant et faire connaître les travaux du collège en intra et inter-établissement)
- Créer un répertoire des diplômes/compétences et organiser l'accès des patients, de façon transversale aux spécificités répertoriées

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

## 2) Volet formation et recherche

- Recenser les besoins de formation spécifiques aux évolutions des pratiques hospitalières.
- Développer les liens avec l'université : être reconnu comme force de proposition concernant l'évolution des formations en lien avec les nouvelles situations cliniques et institutionnelles que rencontre la profession au quotidien;
- Maintenir des passerelles entre les différents cursus de psychologie afin de favoriser une approche globale de l'exercice de la psychologie aux étudiants ;
- Organiser et favoriser l'accompagnement des étudiants afin de diversifier les lieux de stage Participer à l'organisation des journées APREPA (Association Pour la Recherche en Psychiatrie en Alsace) ainsi qu'au colloque Soignants organisés par des acteurs de l'établissement
- Développer l'activité de l'association des psychologues de l'EPSAN (réunions de recherche et organisation des formations dans le cadre des actions prioritaires)
- Participer à des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) : le psychologue prend connaissance des recommandations officielles qui précisent la position souhaitable de sa part dans la démarche thérapeutique multidisciplinaire. Dans ce contexte, il participe à l'EPP et fait le lien entre EPP et Collège des psychologues. La démarche thérapeutique ainsi validée dans le cadre de l'EPP par le Collège des psychologues peut prendre place dans le référentiel qualité de l'établissement. Au sein des différentes possibilités d'entrée, ce document bénéficie d'un accès pour l'ensemble des psychologues par la voie du référentiel qualité du Collège.

## 3) Volet administratif

- Poursuivre les rencontres du Bureau de Coordination du Collège des psychologues avec la Direction des Ressources Humaines.
- Participer à une formalisation rigoureuse de la procédure de recrutement des psychologues et la mettre en œuvre.

Le projet de psychologie clinique s'inscrit dans la perspective d'offrir un panel de prises en charge psychologiques en adéquation avec le projet de chaque pôle et l'organisation d'une offre de services aux usagers. Il s'agit essentiellement de :

- Réfléchir à l'organisation des psychologues des quatre pôles du site de Strasbourg-Cronenbourg et à la structuration du groupe des psychologues avec cette nouvelle situation de l'établissement installé sur deux grands sites.
- Faciliter l'accès direct des usagers aux psychologues pour accueillir les personnes en amont des pathologies avérées dans une démarche d'accueil, d'orientation et de prévention ;

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

- Participer à la réflexion sur la clarification entre les différents dispositifs de soins et d'accompagnement médicosociaux ou sociaux en vue du développement d'alternatives à l'hospitalisation. Cette démarche passera par un partenariat plus serré avec les différents acteurs du soin, tant de façon transversale, entre les différents pôles qu'avec les acteurs exerçant en libéral.

Recenser et en rendre plus lisible les différentes modalités d'accompagnement psychologique au sein des pôles afin d'éviter les ruptures du parcours de soins et de favoriser des orientations de prises en charge pertinentes.

Développer de nouveaux axes thérapeutiques. S'inscrire dans la culture de la bientraitance (EPP).

## Implication clinique auprès des usagers

### 1) Poursuivre l'engagement des psychologues auprès des personnes en situations particulières

Les psychologues s'engagent à :

- Promouvoir une offre de prise en charge globale, pluri- autant qu'interdisciplinaire en lien avec les réseaux intra- et extrahospitaliers.
- Reconnaître et prendre en compte les problématiques de publics spécifiques
- Poursuivre l'engagement des psychologues sur les structures extrahospitalières : d'où l'importance d'un recensement des besoins en intra- et extrahospitalier.
- Réaffirmer la réflexion éthique pour optimiser l'analyse des situations au profit du respect des droits du patient
- Poursuivre la participation aux travaux du Comité de lutte contre le douleur (CLUD). Participer à la prise en charge des victimes.
- Participer à la Cellule D'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ; se former aux psycho-traumas. Participer à la prévention contre la radicalisation des jeunes, avec des partenariats ville-hôpital[1] Favoriser l'émergence de nouveaux projets d'intervention en collaboration avec les équipes médicales.
- Développer dans le cadre extrahospitalier (CMP - Hôpital de jour) des actions de partenariat avec les aidants et identifier une modalité de réponse repérable à leur intention. Dans ce cadre, L'accompagnement, l'information et le soutien des aidants doivent être encouragés notamment par des dispositifs d'écoute et des programmes de psychoéducation, Plan de santé mentale [2]

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

En effet, ces programmes peuvent être menés par des psychologues puisqu'ils mettent en jeu plusieurs dimensions (Cf. site Web association Schizo-Espoir) :

Pédagogique, dans les informations données sur la maladie ;

Psychologique dans la prise en compte de problèmes sensibles tels que le soulagement du « fardeau » émotionnel et l'adaptation du projet de vie face aux pertes liées à la maladie personnelle, une situation de handicap touchant l'utilisateur ou l'un de ses proches.

Comportementale à travers l'utilisation de stratégies spécifiques de modifications des comportements (Guy Deleu, 1998).

- Développer une réflexion sur l'information aux patients dans le cadre d'un projet d'annonce du diagnostic. Des actions de sensibilisations destinées aux patients accueillis en extrahospitalier (jeunes patients ou patients diagnostiqués depuis peu, action à mener au début des troubles) peuvent être menées sous forme d'informations concernant la maladie, ses conséquences, les traitements..., en partenariat avec l'équipe médicale du pôle.

*[1] Protocole Opérationnel Relatif à la Prévention, à la Lutte contre les Risques de Radicalisation des Jeunes et à l'Accompagnement des Familles (version consolidée février 2018).*

*[2] Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p17.*

- Participer à des projets d'entraide avec les structures médicosociales, telles que les MAS et les FAM des territoires couverts par l'établissement, ainsi que les structures sanitaires (EHPAD). Participer au soutien des agents d'autres services publics (pompiers, policiers, gendarmes, enseignants, CAF, Sécurité Sociale etc.) afin de valoriser nos spécificités et nos compétences.

Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR):

Le pôle de psychiatrie en milieu carcéral (67P16), implanté dans les murs de la Maison d'Arrêt de Strasbourg comprend deux Unités Fonctionnelles (UF) : le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Dans le cadre des interventions dans ces deux unités, les psychologues du pôle – de spécialités diverses- s'engagent :

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

- A faire un travail clinique autour de la personne incarcérée en :
- Accueillant les personnes incarcérées orientées par les IDE lors de la visite d'entrée ou par un professionnel du pôle ayant rencontré en amont le patient.
  - Proposant une prise en charge adaptée à la demande et aux besoins des patients en tenant compte des spécificités de l'environnement carcéral, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.
  - Apportant une réponse aux demandes que les patients leur adressent par courrier interne.
  - A rencontrer dans un délai raisonnable la personne en considérant les files actives respectives des professionnels.
  - Contribuant à l'évaluation diagnostique au niveau neurocognitif et/ou psychopathologique.
  - À proposer une poursuite du suivi au Centre Médico-Psychologique situé 16 rue de Berne à Strasbourg ou un relais dans la prise en charge psychologique à la demande du patient incarcéré vers une autre structure de soins.
- 
- À favoriser le travail de réseau auprès des différents partenaires notamment les SMPR du Grand Est, le CRAVS Alsace, l'ARSEA, les structures de soins en addictologie...
  - Echange, collaboration, coordination dans le respect du secret professionnel
- A apporter une réponse adaptée, en respect du secret professionnel, aux demandes émanant de tiers tels que l'administration pénitentiaire, le Service de Probation et d'Insertion Professionnelle (SPIP), l'Unité de soins de niveau 1- Dispositif de Soins Somatiques (USN1-DSS) et aux notifications du juge concernant la personne incarcérée.

## 2) Développer les capacités d'accueil

Les psychologues s'engagent à :

- Améliorer l'articulation des réponses afin de réduire le délai d'attente dans les prises en charge
- Réserver des créneaux d'urgence en CMP pour des patients suivis ou de nouveaux cas.
- Un accueil physique et téléphonique renforcé (permanence téléphonique) à destination du public pourrait également être envisagé et assuré à certains moments par les psychologues du pôle afin de traiter les demandes non programmées et ainsi assurer une mission d'orientation des usagers et d'information sur la santé mentale (Cf. SROS 2012-2016, Psychiatrie page 170, référence H.3.b une offre de premier recours.....,
- Concevoir des articulations au sein de chaque l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires de l'établissement ;
- Harmoniser la conduite du premier entretien sur l'ensemble des structures de l'établissement.

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

## 3) L'implication clinique auprès des enfants et des adolescents

La clinique et les travaux de recherche récents montrent que les parents sont de plus en plus démunis, voire désemparés devant leurs enfants en crise ou en difficulté. Dans ce cadre d'intervention, le projet du Schéma régional de santé Grand Est 2018-2023 (SROS) préconise de favoriser la prise en charge des adolescents de 16 à 18 ans ainsi que celle destinée aux très jeunes enfants.

Les psychologues s'engagent :

- A évaluer et orienter les enfants et les familles de façon individuelle et en lien avec tous les intervenants de la petite enfance, de l'enfance, éducation nationale etc.
- A participer à l'harmonisation des approches et des modalités de prise en charge des deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile.
- A favoriser la participation des psychologues à l'élaboration de médiations thérapeutiques dans des dynamiques groupales.
- A privilégier les circuits courts, préconisés par le rapport Laforgue, avec des premières consultations par des psychologues auxquels les usagers auraient un accès direct. A mettre en place, en partenariat avec les médecins et les équipes soignantes, des méthodes et des outils novateurs (ESDM, Méditation pleine conscience, psychoboxe, psychodrame analytique...)
- A développer avec les équipes les réseaux en intra et extrahospitalier.
- A maintenir le partenariat avec le CRA, les Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ), les foyers et les structures médicosociales (Fondation Sonnenhof, Centre de Harthouse...).

## Implication clinique institutionnelle

### 1) Animation de groupes de paroles à destination des équipes soignantes (reprise, analyse des pratiques...)

Dans la suite de la réactualisation de la fiche sur les « interventions du psychologue auprès des équipes soignantes », il paraît essentiel de développer le dispositif d'analyse des pratiques à l'ensemble des pôles afin de renforcer la présence des psychologues et leurs spécificités au sein de l'établissement. Ces groupes permettent de stabiliser la dynamique institutionnelle.

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

D'autre part, ce dispositif d'accompagnement ouvre les équipes à des modalités de résolution distanciées des questions cliniques. L'objectif est de développer le dispositif d'analyse des pratiques à l'ensemble de l'établissement et d'assurer la transférabilité des connaissances et des pratiques nouvellement acquises.

## 2) L'articulation avec les autres professionnels et le travail en équipe

Au niveau du travail de partenariat et de la mise en réseau, il semble important de mettre en lumière les acquis, comme les questions de prévention et de dépistage avec les professionnels de la petite enfance et de la périnatalité, les sages-femmes, les psychologues des services de pédiatrie et de périnatalité et les puéricultrices de la PMI.

Les perspectives de travail ouvertes par les avancées des dernières décennies dans le cadre de la prise en charge de patients inclus dans le spectre de l'autisme rendent d'autant plus pertinent une collaboration tant avec le CRA et les autres centres référents.

Cette collaboration à la fois structurelle et conjoncturelle se baserait sur des réunions de formation et d'information pluridisciplinaires à propos de l'évaluation et les nouveaux outils d'investigation spécifiques aux Troubles du Spectre Autistique (TSA) et Troubles du neurodéveloppement, mais également sur les dispositifs de prise en charge car la dimension éducative est à développer.

Le travail de lien et de partenariat entre les psychologues dans les soins aux personnes atteintes de handicaps est fondamental afin d'assurer à ces dernières une cohérence ainsi qu'une continuité dans le parcours de soins.

Ce travail peut prendre la forme de rencontres entre psychologues (réseau, Collège, etc.) dont la finalité serait de soutenir une réflexion sur les aspects cliniques et les différents niveaux du dispositif avec prise en compte de leurs articulations institutionnelles, départementales, régionales et politiques. Des thématiques de réflexion théorico-pratiques à propos de la vie affective et sexuelle pourraient susciter des projets et la mise en place de dispositifs institutionnels axés sur la qualité de vie des personnes accueillies et l'accompagnement de leur parcours de soin et de vie. Afin d'assurer le travail de partenariat avec les psychologues du dispositif, des rencontres pluriannuelles avec les Collèges de psychologues des autres établissements de santé pourront être organisées.

# LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

## 3) La formation des psychologues

Les différentes formations des psychologues confèrent à leurs interventions auprès des patients, de leurs familles, des professionnels et des établissements, une complémentarité fondamentale pour l'évaluation globale de la situation et les propositions d'interventions adaptées aux besoins et problématiques. Chaque psychologue connaît souvent les spécificités des différentes formations et est en mesure de faire appel à un psychologue de formation connexe si son analyse de la situation nécessite une intervention complémentaire.

La diversification des formations des psychologues est essentielle au regard de la complexité croissante des situations rencontrées. L'enjeu est de proposer des prises en charge de proximité prenant en compte les besoins des usagers en matière d'accueil, d'accompagnement et de suivi intra et extrahospitalier. Ces besoins sont très différents en fonction de la nature des troubles (maladies mentales, troubles neurologiques, maladies génétiques, handicap physique et/ou psychique...).

Il s'agit à ce propos de travailler l'offre de soin et des prises en charge de telle façon à proposer une harmonisation de l'offre de psychologie sur l'ensemble des pôles de l'établissement. Dans ce cadre, il est nécessaire de diversifier les approches psychologiques afin de compléter l'offre de soins psychiatrique (Neuropsychologie, TCC, thérapies brèves...) en adéquation avec le projet de chaque pôle et les exigences de chaque secteur.

Dans les soins aux personnes handicapées depuis l'enfance, cette complémentarité des approches des psychologues est essentielle car le tableau clinique de ces personnes combine de manière complexe, des aspects neuropsychologiques, développementaux et psychopathologiques.



## Les trois axes des actions psychologiques et leurs orientations

### Axe 1 : Valorisation de l'apport des psychologues au sein des pôles et de l'établissement



Dans ce cadre, les psychologues s'engagent à :

- Développer la réflexion commune des psychologues au niveau des pôles puis en inter-pôles sur des projets spécifiques ;
- Mettre en avant des connaissances sur les spécificités, les pratiques et les compétences des psychologues notamment en termes d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers que ce soit en pavillon d'admission ou dans les structures extérieures.
- Favoriser le déploiement de leurs interventions dans le cadre de missions de soutien aux professionnels (analyse des pratiques, formations thématiques, présentation de bilans, de suivis, participation aux réunions cliniques ...) (document à mettre en annexe : groupe aux équipes)

### Axe 2 : Réseaux et partenariats



Le travail de partenariat avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des usagers permet d'assurer et de renforcer la continuité et la coordination des parcours de vie, de santé et de soin. Celles-ci doivent s'appuyer à la fois sur les professionnels libéraux, sanitaires, médico-sociaux, sociaux, de l'insertion (sociale, scolaire et professionnelle) et les familles.

Les psychologues s'engagent à :

- Recenser et actualiser les partenaires existants et à diffuser leurs missions aux collègues de l'établissement (annexe 1 « tableaux des partenaires »)
- Orienter les usagers, en fonction de leurs besoins spécifiques, vers les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement les mieux adaptés.
- Poursuivre le travail en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des usagers (coordination)

## LE PROJET DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

- Promouvoir et contribuer à la diffusion des connaissances et des informations actualisées (handicap psychique, cognitif, mental, etc.) auprès des personnes intéressées et de l'ensemble du réseau, propre à leurs champs de compétences
- Informer les professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres, psychologues) et sanitaires (hôpital général) de l'organisation des psychologues intervenant dans les CMP des différents pôles

La transversalité intra et inter-pôles doit permettre d'assurer l'évolution des pratiques afin de maintenir des interventions de qualité qui répondant aux attentes ainsi qu'aux besoins des usagers, en accord avec les orientations stratégiques nationales, et de proposer une offre de soin psychothérapeutique diversifiée.

Les psychologues s'engagent à :

- Bien connaître la pratique et les champs de compétence de chaque professionnel (approche théorique, prises en charge innovantes, domaines d'expertise, formations complémentaires)
- Recenser les besoins de formations spécifiques à l'évolution des besoins des usagers
- Actualiser les connaissances au travers des formations complémentaires (prises en charge innovantes)
- Faire appel aux psychologues en fonction de leur domaine de compétence
- Coopérer avec les collègues pour favoriser le passage, par exemple d'un pôle de pédopsychiatrie à un pôle adulte, ou d'un pôle à un autre
- Favoriser l'échange de pratiques par le biais de rencontres trimestrielles (cas clinique, présentation d'outils ou de projets)

### Axe 3 : Diversification des approches dans les prises en charge



La diversification des formations des psychologues en exercice à l'hôpital s'avère fondamentale au regard de la complexité croissante des situations rencontrées et confère une complémentarité d'approches indispensable.

Les psychologues s'engagent à :

- Proposer en coopération avec les médecins des alternatives aux prises en charge médicamenteuses.
- Engager une réflexion sur les différentes orientations théoriques versus l'offre de prise en charge.

De façon générale, les psychologues s'impliquent dans l'évolution de l'établissement aussi bien sur le plan de l'organisation que sur celui de l'évolution des pratiques afin de maintenir des interventions de qualité dans un souci de rigueur déontologique et épistémologique. Leur représentation institutionnelle sous la forme du collège des psychologues constitue un dispositif institutionnel essentiel afin d'accompagner les changements à venir au sein de l'établissement et du GHT.

## Conclusion

Les psychologues de l'établissement sont un maillon essentiel dans l'accueil, la prise en charge et l'orientation des usagers qui font appel à leurs compétences. Ces dernières années ont permis la reconnaissance du Collège des psychologues. Au regard des évolutions actuelles de la politique de santé mentale, plus que jamais les psychologues se doivent de s'engager auprès des usagers mais également dans la dynamique institutionnelle (projets de pôle, offres de soin, parcours des usagers, travail en équipe et soutien des soignants etc.). Dans ce cadre, il nous paraît essentiel de développer les démarches transversales inter- et intrapôles ainsi qu'avec les partenaires extérieurs (médecins de ville, association, dispositifs sociaux, et médico-sociaux, association de familles etc.) Les maîtres mots de cette démarche individuelle et collective d'avenir sont compétences, engagement et partenariat.

# PROJET DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO- TECHNIQUES

# INTRODUCTION

Le projet de soins est un document réglementaire élaboré pour une période de 5 ans [2020/2024] s'inscrivant dans le cadre législatif de l'article L6143-2 du code de la santé publique.

La direction des soins, les cadres soignants de l'établissement et la CSIRMT, sont à l'origine de l'écriture du présent projet de soins. La rédaction a été assurée par le Staff soignant et la CSIRMT de l'EPSAN. La méthode retenue a consisté à mener une réflexion à partir d'un canevas pré-élaboré par un groupe de pilotage réuni autour de la direction des soins, qui a été présenté à l'ensemble des cadres soignants lors d'un séminaire de deux jours fin janvier 2020.

Durant ce séminaire, 5 groupes animés par les cadres de pôles, ont été désignés et se sont vus confier la tâche d'approfondir l'introduction et les quatre axes du projet de soins. Dans cette configuration et après avoir validé en séance plénière les orientations principales, chacun a pu contribuer à l'élaboration d'un document lors de réunion de sous-groupes.

Le 5 mars 2020, une séance de mise en commun a été organisée afin que chaque axe puisse être présenté à l'ensemble de l'encadrement et que les derniers arbitrages soient rendus avant que le document soit soumis à la CSIRMT. Il s'avère qu'à ce stade, dans les jours qui ont suivi, l'épidémie de COVID a frappé la France et a rendu impossible la tenue d'instances, repoussant à plus tard cette étape nécessaire de validation.

Le projet de soins est l'un des volets du projet d'établissement et s'articule avec le projet médical en lien avec le Projet Régional de Santé, le Projet Territorial de Santé Mentale et depuis peu, le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire et sa déclinaison en projet de soins partagé. Avec ce nouvel élément contextuel la notion de coordination entre les différents acteurs devient un enjeu majeur.

Le projet de soins définit les orientations de soins, en incluant les valeurs et principes partagés par les professionnels de santé :

- Les valeurs humaines de bienveillance et de bienveillance
- Le respect d'une éthique soignante
- Le respect des droits de l'utilisateur, de sa dignité et de sa liberté

# INTRODUCTION

- La volonté de donner du sens aux pratiques soignantes
- Le maintien des compétences et l'engagement dans des pratiques de soins innovantes.

Le projet de soins se veut ambitieux mais réalisable. Il représente une référence pour la pratique des soignants.

Fil conducteur et outil fédérateur pour les équipes de soins, il répond aux attentes des patients et de leur entourage.

Dans le cadre de la réorganisation de l'établissement sur deux sites d'hospitalisation à temps plein, il prend en compte cette nouvelle configuration pour proposer des axes d'amélioration dans la prise en charge des patients et résidents.

Le soin en psychiatrie consiste à accueillir, à écouter, à soigner, à accompagner sans forcément guérir. Le soin en psychiatrie est au croisement de différents regards, approches et pratiques qui, ensemble contribuent à l'élaboration du projet de soin individualisé du patient.

Prendre soin en psychiatrie se conçoit dans le cadre d'une prise en charge holistique de la personne, prenant en compte ses dimensions, sanitaire, sociale et psychologique et doit le cas échéant, participer à l'amélioration de l'inclusion sociale et à la promotion de la citoyenneté des personnes qui le souhaitent.

Elle s'appuie sur des équipes pluriprofessionnelles en partenariat avec les réseaux externes qui entourent le patient. L'offre de soin se décline dans un cadre éthique, qui conduit à une réflexion sur les valeurs qui orientent et motivent nos actions soignantes.

Si l'éthique est un questionnement argumenté en vue du bien-agir, les soignants au quotidien se trouvent confrontés à la réalité complexe des situations. La réflexion éthique devient moteur d'un agir commun, au service du maintien de la qualité des soins.

# INTRODUCTION

## LE PATIENT AU CENTRE DU SOIN

Ce nouveau projet de soin est l'occasion pour l'établissement de réaffirmer sa volonté de placer le patient au centre de sa prise en charge et de poursuivre l'évolution des pratiques en ce sens.

Le patient est considéré comme acteur à part entière et partie prenante des soins qui lui sont prodigués sous réserve d'avoir reçu une information complète et éclairée. Ses capacités et ses expériences sont prises en compte, ainsi que son environnement social et familial.

Recueillir et tenir compte de la parole du patient et résident est indispensable à la réalisation d'un projet de soin individualisé et personnalisé.

Le projet de soin s'instaure dans une relation de confiance et de respect, avec des décisions partagées et élaborées conjointement. Il s'articule autour du patient, avec l'aide, le cas échéant, de son entourage voire de son représentant légal.

La prise en compte de la volonté de la personne s'inscrit dans le respect de ses droits fondamentaux, au même titre que le respect de sa dignité, de son intégrité physique, de son intimité et de ses éventuelles croyances religieuses.

La liberté s'érige comme un droit absolu, en particulier celui d'aller et venir dans et hors de l'établissement. La seule limite accordée à ce droit fondamental est celle des soins sous contraintes régis par un cadre législatif et réglementaire devant s'appliquer à des situations cliniques exceptionnelles.



# INTRODUCTION

## LE SOIN EN SERVICE PUBLIC

Les soins dispensés à l'EPSAN s'inscrivent dans une mission de service public et s'engagent de ce fait à en respecter les obligations constitutives : l'égalité d'accès et de prise en charge, la continuité, l'adaptation et la neutralité.

L'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'un service public hospitalier se fonde sur l'absence de discrimination et la gratuité des soins et consultations.

La continuité implique la dispensation des soins sur l'ensemble du territoire, et l'assurance de la permanence de la prise en charge.

L'adaptabilité s'inscrit dans des ajustements relatifs à l'évolution démographique et à l'évolution de la politique de santé locale. L'évolution permanente de la pratique de soins repose sur le développement continu des compétences professionnelles et sur l'intégration de nouveaux métiers.

La neutralité garantit à chacun d'être traité de la même manière, indépendamment de ses opinions, de ses actes.

## Enjeux de la qualité et de la gestion des risques

L'EPSAN s'inscrit dans une démarche qualité et de gestion des risques. Cette démarche fait partie intégrante du projet de soins de l'établissement, pour proposer au patient une prise en charge optimisée.

En filigrane de l'ensemble des actions déclinées dans le projet de soins, la démarche qualité vise à satisfaire les besoins exprimés et implicites des patients. L'établissement et les professionnels s'inscrivent dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. A l'EPSAN, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité et la pertinence des pratiques, au regard d'un niveau de performance attendu par les usagers et les tutelles.

Dans un but d'amélioration continue, l'établissement vise à faire de la démarche qualité un outil de management à part entière. Les acteurs et les référents qualité dans chaque pôle d'activité médicale et non médicale sont un levier pour fédérer les équipes autour de pratiques communes.

# INTRODUCTION

## Les quatre axes du projet de soins

Le projet de soin 2020-2024 s'appuie sur 4 axes balayant l'ensemble des préoccupations pour les cinq prochaines années.

Les axes ci-dessous se veulent opérationnels et résumés des sous-objectifs, dont l'ambition majeure est de les rendre réalisables sur la période concernée.

Axe 1 : Prise en charge de la personne soignée

Axe 2 : L'organisation des soins

Axe 3 : Le développement des compétences

Axe 4 : Le management des professionnels paramédicaux

Les actions proposées, déclinées en 26 fiches-actions, ne sont pas exhaustives et n'ont pas vocation à invalider tout autre projet utile et pertinent que le contexte exigerait.

# GARANTIR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET LES DROITS DU PATIENT

L'ambition affichée est de poursuivre et consolider le travail accompli ces dernières années dans un esprit d'ouverture et de progrès pour assurer une organisation optimale, pertinente et efficiente en réponse aux besoins et attentes de la population que nous accueillons au sein de notre établissement




Ce projet prend en compte l'évolution des activités paramédicales pour favoriser une prise en charge pluri-professionnelle de qualité. Il garantit la cohérence avec le projet médical partagé. Il se veut cohérent et structurant pour contribuer à donner du sens à la communauté médico-soignante et garantir une prise en charge coordonnée des personnes soignées au sein de l'établissement.

Le projet de soins s'inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle de qualité et de gestion des risques. Il en promeut les actions afin de concrétiser les grandes orientations de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans ce cadre, la direction des soins dans son ensemble est impliquée activement dans les différents comités et commissions de l'établissement ainsi que dans les processus droits et parcours patient inscrits dans le compte qualité.

Le partage d'informations et l'articulation entre les professionnels est nécessaire afin d'assurer la continuité du parcours patient. Cela nécessite de définir les limites de ce partage pour garantir la confidentialité.

Le parcours patient renvoie à un devoir d'information sur les conditions du soin et le projet proposé. Pour ce faire, le professionnel doit s'appuyer sur le respect du droit des patients ainsi que sur la recherche de son consentement aux soins proposés

Objectifs	Actions
1.1 Parfaire l'information au patient 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'information donnée au patient durant les différentes étapes de sa prise en charge</li> </ul>
1.2 Garantir des soins adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'identification du risque suicidaire des patients pris en charge</li> <li>Prévenir et prendre en charge la violence sous-tendue par les troubles du comportement pour limiter les pratiques d'isolement et de contention</li> <li>Droits du patient : respect de la liberté d'aller et venir</li> <li>Prise en charge de la douleur</li> </ul>
1.3 Accompagner le patient dans son projet de soins et de vie 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser le Projet Thérapeutique Individualisé</li> <li>Développer l'intégration de Médiateurs Pairs</li> </ul>

# L'ORGANISATION DES SOINS

L'hôpital public, sur son ressort territorial, se doit de proposer une offre de soins adaptée 24h/24.




Dans ce contexte, la direction des soins doit permettre aux soignants de prodiguer des soins de qualité aux patients dans un cadre sécurisé favorisant la continuité des soins.

Répondre à cet impératif, dans un environnement en constante évolution s'avère de plus en plus complexe. Un constat de pénurie de professionnels soignants fait poindre des difficultés de recrutement, les équipes de soins s'en trouvent de ce fait en situation dégradée.

Parallèlement à cette pénurie, un départ important de professionnels à la retraite, le nombre grandissant de demande de disponibilité, l'incertitude du régime des retraites ne préfigurent pas d'un retour à l'équilibre de nos effectifs.

D'autre part, l'analyse de l'utilisation du DPI met en exergue des points de fragilité qu'il est nécessaire d'investiguer afin d'optimiser l'outil. Le renforcement de l'utilisation du DPI au sein de l'établissement et l'homogénéisation des pratiques dans tous les pôles sont des objectifs prioritaires.

Par ce fait, des réflexions pour pallier à ces difficultés doivent être engagées. Plusieurs pistes avec huit fiches actions sont envisagées.

Objectifs	Actions
<p>2.1 Mutualiser des moyens pour gagner en efficacité</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un centre d'activité par site</li> <li>• Améliorer le dispositif d'accompagnement et de liaison</li> </ul>
<p>2.2 Déployer les organisations définies dans le cadre du Projet d'établissement</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation d'un remplacement ponctuel au sein d'un pôle</li> <li>• Optimisation du remplacement ponctuel de courte durée</li> </ul>
<p>2.3 Améliorer la tenue du Dossier Patient Informatisé</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration du recueil des données dans le DPI</li> <li>• Optimiser l'utilisation de la planification des soins</li> <li>• Améliorer la fonctionnalité des transmissions ciblées</li> </ul>




# LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES

Le développement des compétences professionnelles s'inscrit dans le cadre d'une recherche permanente de mise à niveau, qui cherche à garantir la qualité et la sécurité des soins réalisés dans le respect des bonnes pratiques et des évolutions réglementaires. Cet objectif essentiel, est notamment soutenu par le biais de la formation continue. Les questionnements identifiés par l'évaluation des pratiques professionnelles ou survenant lors de formations longues et formalisés par la production de mémoires susceptibles d'être mis au service de l'institution, permettent également de renforcer les compétences individuelles et collectives. L'accueil d'étudiants contribue quant à lui, à la transmission et à la validation de ces compétences tout en améliorant constamment nos propres connaissances,

Les fiches suivantes déclinent huit axes mobilisables :

- Renforcer l'ergonomie et la lisibilité du plan de formation
- Valoriser les travaux de recherche et d'innovation dans le domaine des soins paramédicaux  
Consolider l'accueil et l'encadrement des étudiants
- Participer au développement de la GPMC  
Développer les EPP soignantes  
Développer l'attractivité
- Valoriser les mobilités
- Renforcer le dispositif d'accompagnement des nouveaux arrivants

Ces thématiques ne sont pas hiérarchisées, certaines en conditionnent d'autres, toutes contribuent à la qualité et à la sécurité des soins, permettant en cela le développement de l'attractivité.

Objectifs	Actions
3.1 Encadrement et accompagnement des étudiants et des nouveaux professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider l'accueil et l'encadrement des étudiants</li> <li>• Renforcer le dispositif d'accompagnement des nouveaux arrivants</li> </ul>
3.2 Valorisation des parcours professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer au développement de la GPMC</li> <li>• Développer l'attractivité</li> <li>• Renforcer l'ergonomie et la lisibilité du plan de formation</li> <li>• Valoriser les mobilités</li> </ul>
3.3 Promotion de la recherche paramédicale 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les EPP Soignantes</li> <li>• Valoriser les travaux de recherche et d'innovation dans le domaine des soins paramédicaux</li> </ul>

Notre établissement adapte ses organisations en tenant compte de l'évolution de la politique de santé mentale, de la place des usagers et du parcours patient qu'il soit en hospitalisation complète (liberté d'aller et venir, réglementation des CSI), ou en lien avec les réseaux externes (partenaires sociaux, médico- sociaux, médecine de ville et prochainement, implantation d'établissements psychiatriques privés). La récente configuration sur deux sites géographiques, nous oblige par ailleurs à reconsidérer le collectif cadres, autour des nouvelles restructurations et organisations propre à l'établissement.

L'encadrement de proximité et supérieur de l'EPSAN doit réorienter sa stratégie vers un nouveau mode de management, en capacité d'accueillir, mais surtout de promouvoir la modernisation du service public en psychiatrie.

Dans ce contexte, la nouvelle stratégie de management de l'établissement se construit autour de trois axes de travail :

- Fédérer le groupe cadre autour du projet de soins
- Affirmer l'identité, les rôles et les fonctions de l'encadrement :
  - - Actualiser les fiches de poste cadres
    - Redéfinir la place et le rôle du cadre au regard des exigences des autorités de tutelle et de contrôle
  - Asseoir le positionnement stratégique
    - Renforcer et dynamiser l'engagement institutionnel
    - Favoriser la participation et l'implication des soignants aux instances
    - Développer le travail de partenariat et de réseau.

Au-delà de l'existant (réunion cadres dans les pôles, réunion cadres/direction des soins) et partant du postulat que l'un des moyens de fédérer le groupe cadres et de renforcer le sentiment d'appartenance à ce groupe, consiste à formaliser des rencontres régulières sous différentes formes : création d'un séminaire annuel, organisation de séances d'analyses de pratiques, apprentissage sous forme ludique (type serious game : promoteurs de créativité et d'outil d'acquisition rapide d'expérience).

L'objectif principal est de créer une dynamique pérenne qui impulsera des idées novatrices telle que:

- Création d'un forum
- Création d'un lieu interactif : café cadres
- Séance de retour d'expérience ou évaluation des pratiques professionnelles

Dans cette perspective, la circulation de l'information continuera de s'imposer en défi quotidien pour les cadres de santé. Il s'agira de développer des outils qui assureront l'efficacité de la communication et permettront de limiter la perte d'information accentuée par la diversité de nos pôles, la répartition sur deux sites géographiques et la complexification de nos missions d'encadrement.

La création de supports spécifiques dédiés à la formalisation des mouvements de personnel (fichier entrée sortie mutation, absence prolongée, fichier structure, fichier absentéisme, fichier DS, fichier pôles...) constituera notamment un nouvel outil pertinent dans le circuit de l'information.

Par ailleurs, la mise à jour du « memento cadres » de l'établissement permettra d'actualiser et faire évoluer un outil de communication, d'accompagnement et d'appui commun aux cadres de santé.

Dans ce contexte de changement, un dernier objectif consistera à définir de nouvelles orientations du plan de formation institutionnel spécifique au groupe cadres et à améliorer l'évaluation des compétences :

Proposer des fondamentaux, des bases communes afin d'affirmer l'identité des cadres de santé de l'établissement et de développer une culture commune.

Proposer des formations en cohérence avec les évolutions contextuelles (communication, management, planification, évolutions du système de santé, des métiers, nouveautés réglementaires...).




Permettre aux cadres de santé d'optimiser leurs compétences au regard des missions spécifiques qui leur sont confiées.

Enfin, le projet de soins se doit d'être dynamique et animé tout au long de sa mise en œuvre. Les Instances, les comités et groupes de travail sont des outils de réflexion et d'activation du projet.

Il appartient à l'encadrement de favoriser la participation et l'implication des agents à la vie institutionnelle. Pour ce faire, un point de départ est d'améliorer les connaissances de chacun quant à l'existence, aux missions, aux profils des membres, aux modalités de participation et d'intégration de chaque instance, comité et groupe de travail. La création d'un document unique regroupant ces informations pourra être un support pédagogique à l'appropriation et à la connaissance de la vie institutionnelle.



# MANAGEMENT DES PERSONNELS NON MÉDICAUX

Objectifs	Actions
<p>4.1 Assoir le positionnement stratégique et fédérer le groupe cadres de santé</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérenniser un séminaire cadre annuel</li> <li>• Gestion des ressources humaines et optimisation du circuit d'information</li> </ul>
<p>4.2 Affirmer l'identité, les rôles et les fonctions de l'encadrement</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour des fiches de postes des cadres de santé</li> <li>• Formation continue des cadres de santé</li> </ul>
<p>4.3 Favoriser la participation et l'implication des soignants dans les instances et missions transversales</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil managérial de communication : document de présentation des instances, comités, commissions et groupes de travail dépendants de la Direction des soins et de la qualité</li> </ul>



# FICHES ACTIONS

## Axe 1 Prise en charge de la personne soignée

### OBJECTIF GENERAL :

1.1 Garantir la qualité de la prise en charge soignante et les droits du patient

1.1.1. : Améliorer l'information donnée au patient durant les différentes étapes de sa PEC

### Eléments contextuels :

Le critère 11a du manuel de certification V2014 de la HAS, relatif à l'information du patient sur son état de santé et les soins, précise que :

« L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients, y compris les patients hospitalisés sans consentement, et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé ».

De plus, « L'information du patient est consignée par tous les intervenants dans le dossier du patient. De la qualité de cette information dépend le consentement du patient à ses soins, et notamment au choix thérapeutiques qui le concernent et à leurs mises en œuvre. Les actions d'information sont adaptées à la situation propre à chaque patient (...). Elles sont conduites dans un climat de confiance et formulées de façon compréhensible, claire et précise. »<sup>1</sup> Dans le parcours de soins, l'accueil est indissociable de l'information : il s'agit de renseigner, répondre, anticiper les questions du patient et de sa famille dans le respect du secret médical, de la confidentialité et des règles professionnelles.

Au travers des EPP mises en œuvre à l'EPSAN, par la méthode du patient traceur et des différentes enquêtes réalisées, il ressort que l'information donnée au patient, à sa famille et à son entourage sur ses droits et les soins est parfois manquante, tout du moins insuffisamment tracée dans le dossier du patient.

### Actions/Etapes :

- 1- Identifier les différentes informations essentielles à transmettre aux patients tout au long de la prise en charge
- 2- Définir les modalités d'informations tout au long de la prise en charge
- 3- Assurer un niveau de formation des soignants leur permettant de dispenser des informations pertinentes et d'en assurer la traçabilité
- 4- Elaborer un livret d'accueil spécifique de l'extra hospitalier
- 5- Réactualiser annuellement les plaquettes de présentation des structures extra hospitalières
- 6- Réactualiser annuellement les livrets d'accueil intra et extra hospitaliers

**Pilote de l'action** : Direction des Soins et de la Qualité

**Membres du groupe de travail** : Groupe à définir

### Calendrier :

2020	2021	2023	2024	2025
1-2-3-4-5-6	1-2-3-4-5-6	3-5-6	3-5-6	3-5-6

<sup>1</sup> Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques - OMÉDIT Centre – décembre 2013.

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soignant</li> <li>• Cellule Qualité</li> <li>• Cellule Hygiène</li> <li>• Chargée de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de formation continue : action de formation des personnels soignants</li> <li>• Organismes extérieurs ( le cas échéant)</li> </ul>
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livret d'accueil hospitalisation complète</li> <li>• plaquettes de présentation des structures extrahospitalières</li> <li>• plaquettes d'information destinées aux patients</li> <li>• Procédures disponibles sur le moteur de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livret d'accueil hôpital de jour</li> <li>• D'autres plaquettes d'information à destination des patients à élaborer</li> <li>• Formations des professionnels</li> </ul>

## Evaluation:

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Questionnaire de satisfaction comme indicateur de suivi de la satisfaction du patient concernant les modalités d'information lors de la PEC</li> <li><input type="checkbox"/> Enquête de satisfaction en extra hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Taux de satisfaction</li> </ul>

## Indicateurs :

- Taux de satisfaction des patients au regard du questionnaire de satisfaction
- Taux de formation du personnel (à définir en fonction de modalités retenues)

## Points de vigilance :

- Temps soignant dédié à l'information du patient
- Impact sur l'organisation de l'unité de soins
- Coûts horaires, organisationnels et financiers

# FICHES ACTIONS

## Axe 1 Prise en charge de la personne soignée

### OBJECTIF GENERAL 1. Garantir la qualité de la prise en charge soignante et les droits du patient

#### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE 1.2 : Garantir des soins adaptés

#### 1.2.1 : Renforcer l'identification du risque suicidaire des personnes prises en charge pour organiser une prise en soins spécifique

#### Eléments contextuels :

- ⇒ Conférence de consensus : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (Oct. 2000)
- ⇒ Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).
- ⇒ PRS 2018-2028
- ⇒ Feuille de route de Mme Buzin
- ⇒ Visite de certification V2014, Juin 2019

Avec 8 500 décès et 200 000 tentatives de suicide chaque année, première cause de mortalité chez les 25-34 ans et des dizaines de milliers d'endeuillés chaque année, la prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique, réaffirmé par la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » présentée en juin 2018.

La tentative de suicide est le plus important des facteurs de risque de récurrence de suicide connus. Les pathologies psychiatriques représentent des facteurs de vulnérabilité de la crise suicidaire.

En 2017, l'EPSAN a réactivé le Groupe Prévention Suicide dont l'objectif est de structurer la démarche de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire. Les professionnels de santé ont à disposition une échelle d'évaluation "Risque - Urgence - Dangerosité" (RUD) à compléter. Néanmoins, le risque suicidaire n'est pas systématiquement évalué à l'admission du patient. La traçabilité du dépistage du risque suicidaire ou de son absence dans le dossier patient est très variable d'une unité à l'autre comme le montrent les audits de processus et les « patients traceurs ».

#### Actions/étapes :

1. Contribuer au déploiement de la démarche « Repérage et prise en charge de la crise suicidaire » pour l'ensemble des patients pris en charge dans l'établissement
2. Réitérer les informations aux professionnels en lien avec la responsabilité soignante lors d'un suicide
3. Formaliser la démarche au travers de la rédaction d'une procédure opérationnelle du repérage de la crise suicidaire à l'EPSAN
4. Mettre à jour des documents institutionnels existants
5. Evaluer le dispositif

**Pilote de l'action** : Direction des Soins et de la Qualité

**Membres du groupe de travail** : GROUPE PREVENTION SUICIDE

# FICHES ACTIONS

## Calendrier :

2018	2019	2020	2021	
1	1 et 2	5	4 à 6	

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe prévention suicide</li> <li>• DSQ</li> <li>• Médecins</li> <li>• Soignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Service de formation continue : action de formation des personnels soignants</li> </ul>
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche d'évaluation (RUD)</li> <li>• Patères anti-pendaison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achats de vêtements à haut risque (indéchirable), ou autres matériels</li> <li>• Equipement anti-pendaison à déployer dans toutes les unités de soins</li> </ul>

## Evaluation - Indicateurs :

Le risque suicidaire est évalué à l'admission et tout au long de la prise en charge. Cette évaluation doit être tracée dans le dossier du patient et doit servir à la définition des modalités de prise en charge du patient.

Une surveillance adaptée est mise en place.

Processus	Résultat
Extraction du nombre de grille RUD dans le DPI Extraction du nombre de transmissions ciblées en lien avec le risque suicidaire Quantification du nombre de « recontacts » téléphoniques	Nombre de patients concernés par le dépistage  Nombre d'EIG « tentative de suicide » et « suicide »

# FICHES ACTIONS

## **Axe 1 Prise en charge de la personne soignée**

### **OBJECTIF GENERAL :**

#### **1. Garantir la qualité de la prise en charge et les droits du patient**

### **FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE 1.2 : Garantir des soins adaptés**

#### **1.2.2 : Prévenir et prendre en charge la violence sous-tendue par les troubles du comportement pour limiter les pratiques d'isolement et de contention**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Il est capital d'être en mesure de détecter, prévenir et gérer au mieux les situations de violence, maîtriser les procédures d'alerte et les moyens de protection, développer des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa propre sécurité et celle du patient.

Pour prévenir les violences, il est essentiel de gérer les comportements d'agressivité par des techniques spécifiques de communication non violente.

Tout service de l'EPSAN peut être concerné par des manifestations agressives chez les patients. Lorsque l'on constate une montée des tensions, la meilleure réponse est l'anticipation de ces situations et la possibilité de les désamorcer. Pour cela, le pivot de l'intervention doit être la relation établie avec le patient et la reconnaissance de ce qui est perçu comme insupportable pour lui.

L'acte de violence représente dans le domaine de la psychiatrie un événement indésirable pour lequel un certain nombre d'actions préventives et de formation ont été mises en place depuis quelques années.

C'est un thème de réflexion qui reste prioritaire dans l'établissement : protection du travailleur isolé, soignants disponibles, équipe de sécurité, accès au suivi psychologique pour les agents agressés, formation à la prise en charge des conduites agressives, mise en place des référents contention, groupe « Prévention et Lutte contre les Actes de Violence » (PLAV).

#### **Actions/Etapes :**

1. Révision du groupe PLAV : redéfinir la constitution et les missions du groupe
2. Etat des lieux des alternatives à l'isolement et à la contention dans l'établissement
3. Rédaction d'un projet, listant les différentes alternatives sur lesquelles peuvent s'appuyer les professionnels
4. Communication et formation de l'ensemble des professionnels aux alternatives et aux postures permettant la gestion de la violence
5. Evaluation du dispositif

**Pilote de l'action** : Direction des soins et de la Qualité

**Membres du groupe de travail** : PLAV/Responsable Qualité

# FICHES ACTIONS

## Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1 à 2	3 à 4	5	-	-

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables cellule PLAV</li> <li>• Responsable qualité – gestion des risques</li> <li>• DSQ</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Renforcer le groupe Prévention et lutte contre les actes de violence par le recrutement de professionnels
	<input type="checkbox"/> Equipes pluriprofessionnelles	issus des différentes unités de l'établissement
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels Snoezelen</li> <li>• Equipements spécifiques des chambres de soins intensifs</li> </ul>	Equipements spécifiques des chambres de soins intensifs
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Espaces Snoezelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux de retrait, d'apaisement ou d'hypostimulation</li> <li>• Réflexion sur les chambres de soins intensifs</li> <li>• Réflexion sur l'architecture des unités</li> </ul>

## Evaluation Indicateurs :

Processus	Résultat
<input type="checkbox"/> Traçabilité de l'utilisation des alternatives dans la prise en charge des prodromes <input type="checkbox"/> Formation des professionnels <input type="checkbox"/> Reconstitution du groupe PLAV	<input type="checkbox"/> Pour chaque recours à la contention et/ou à l'isolement, présence dans le dossier informatisé de l'ensemble des alternatives ayant échoué. <input type="checkbox"/> Bilan annuel PLAV

## Points de vigilance :

Projet à mener avec le Groupe « Liberté d'Aller et Venir »

# FICHES ACTIONS

## Axe 1 Prise en charge de la personne soignée

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE :

#### 1.2 : Garantir des soins adaptés à chacun

#### 1.2.3 DROITS DU PATIENT : Respect de la liberté d'aller et venir

#### Eléments contextuels :

L'établissement met en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles et se déroule dans la fiche action proposée ci-dessous.

La Direction des soins et de la Qualité poursuit son engagement en faveur de la mise en conformité des droits de la liberté d'aller et venir. Dans ce contexte, les pratiques soignantes et les modalités du travail en équipe doivent évoluer pour une mise en œuvre du droit du patient.

Notre objectif est de développer des actions qui s'inscrivent dans les fondements du texte décliné ci-dessous :

*« La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit (...) la notion de liberté d'aller et venir pour une personne soignée ou accueillie dans un établissement sanitaire et médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements, mais aussi comme le droit de prendre ses décisions elle-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a choisi. L'exercice de cette liberté repose, après délivrance d'une information compréhensible et adaptée, sur le recueil de l'approbation consciente de la personne, recherchée par tout moyen en cas de troubles du discernement.*

*La restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux est rarement la conséquence de l'indifférence ou du manque d'humanité des personnels soignants. Le plus souvent, elle résulte des contraintes abordées ci-dessous*

*En pratique, la problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'ajustement continu à ces impératifs a pour but de permettre au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté*

*Le confinement injustifié, le manque de moyens et l'insuffisance de formation des professionnels sont les principales causes de la maltraitance en établissement. L'obligation de la préservation de la dignité de la personne conduit à affirmer qu'aucun traitement inhumain ou dégradant ne peut lui être infligé. Si très souvent le manque de moyens est une réalité dans les établissements, il ne doit pas être une limite à la mise en œuvre de ces recommandations. L'application de ces dernières appelle des changements des comportements individuels et des modalités de travail en équipe, des modifications de l'organisation et du fonctionnement des établissements. Le but de cette conférence de consensus est de donner un cadre à l'exercice de la liberté des personnes en particulier dans les situations de plus en plus fréquentes de multiplication des séjours de longue durée en établissement sanitaire et médicosocial. »*

# FICHES ACTIONS

## Actions/Etapes :

1. Recenser des atteintes à la liberté individuelle liés à la nécessité de soins
2. Redéfinir la constitution et les missions du groupe « Droit du patient »
3. Identifier le groupe « Droit du patient » comme ressource par les unités
4. Définir la politique de l'établissement pour le respect des libertés et les restrictions
5. Créer ou mettre à jour une veille documentaire législative et la rendre accessible (R public)
6. Diffuser des informations et mises à niveau des connaissances législatives en lien avec le respect des libertés
7. Actualiser les documents afférents aux règles de vie interne des unités selon les principes et les recommandations établis
8. Proposer des actions de formation sur ce thème dans le plan formation
9. Evaluer le dispositif

**Pilote de l'action** : Direction des soins et de la qualité

**Membres du groupe de travail** : A définir

## Calendrier :

2019	2020	2021	2022	2023
1	1 à 5	5 à 8	9	9

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle clientèle</li> <li>• DSQ</li> <li>• PCME</li> <li>• Sous-groupe « droit du patient »</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Appel à candidature
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Chartes (bienveillance, droit du patient...)	<input type="checkbox"/> Check list
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A intégrer dans le cadre de la rédaction PDI



# FICHES ACTIONS

## Evaluation Indicateurs :

Processus	Résultat
Check list individuelle retraçant les droits et libertés individuelles du patient	<input type="checkbox"/> Analyse des écarts
Redéfinition des groupes	<input type="checkbox"/> Nombre de réunions
	<input type="checkbox"/> Taux de participation
	<input type="checkbox"/> Documents créés

## Points de vigilance :

Projet à mener avec le corps médical et le groupe PLAV : définir une politique institutionnelle

# FICHES ACTIONS

## **Axe 1 Prise en charge de la personne soignée**

### **OBJECTIF GENERAL 1. Garantir la qualité de la prise en charge et les droits du patient**

#### **FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE 1.2 : Garantir des soins adaptés à chacun**

##### **1.2.4 : Prise en charge de la douleur**

### **Mots clés et description du contexte :**

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002.

Il est inscrit dans le code de la santé publique dont l'article L1110-5 précise : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Dans le cadre de ce dispositif, chaque établissement est doté d'un CLUD, chargé de déterminer la politique de prise en charge de la douleur.

A l'EPSAN, les axes prioritaires déterminés sont :

- Le développement du niveau de connaissances et de compétences des professionnels
- Le développement d'une culture d'évaluation et de réévaluation de la douleur
- L'information des usagés
- Le renforcement du dispositif et de partenariat dans le cadre des soins palliatifs (directives anticipées, EMSP, etc.)

D'un point de vue opérationnel, il existe un référentiel douleurs accessible à tous les professionnels dans la GED, ainsi qu'un réseau d'infirmiers et médecins somaticiens référents douleurs.

L'évaluation de la douleur est aujourd'hui formalisée à l'admission et la réévaluation pour chaque prescription d'antalgique.

L'établissement porte une attention particulière au respect de ce droit notamment au travers du suivi des indicateurs.

Des alternatives à la prise en charge médicamenteuse de la douleur sont à l'étude au sein de l'établissement (démarche snoezelen et Résonance par Stimulation Cutanée développée dans plusieurs unités de vie et de soins par exemple).

Dans les services accueillant des patients en fin de vie, ceux-ci bénéficient d'une approche spécifique permettant de renforcer leur accompagnement : prise en charge de la douleur, soins de support, prise en charge psychologique, sédation profonde et continue.

# FICHES ACTIONS

## Actions/Etapes :

1. Identifier les situations de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs dans les différentes unités de l'établissement
2. Recenser et mettre à disposition des unités les alternatives aux traitements médicamenteux existants et formaliser l'accès à l'information
3. Rédiger des fiches ou plaquettes explicatives à visée des patients/résidents et/ou des familles
4. Former et informer les professionnels
5. Evaluer et réajuster les dispositifs

Selon la typologie des unités :

Mettre en place des partenariats et un maillage avec les équipes mobiles de soins palliatifs de proximité

Définir et déployer le recueil des directives anticipées et des niveaux de soins

Pilote de l'action : CLUD

Membres du groupe de travail : à définir

Calendrier :

2019	2020	2021	2022	2023
1	2 à 5	5	5	5

Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLUD</li> <li>• Réseau des référents douleurs</li> <li>• PMGG</li> <li>• Equipes mobiles de soins palliatifs</li> <li>• EREGÉ</li> <li>• Direction de la clientèle</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Partenariats à déterminer
<b>Matériel</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiches d'informations</li> <li>• Documents de recensements des alternatives</li> </ul>
<b>Locaux</b>		<input type="checkbox"/> PDI

# FICHES ACTIONS

## Evaluation Indicateurs :

Processus	Résultat
Création de documents d'informations et de formations	<input type="checkbox"/> Nombre de documents créés
Aménagement d'espaces spécifiques	<input type="checkbox"/> Nombre d'agents formés
Création du listing des alternatives	<input type="checkbox"/> Questionnaire de satisfaction

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le rapport Laforcade <sup>2</sup> et le rapport ministériel « Ma Santé 2022 » <sup>3</sup>, mettent l'accent sur la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux répondre aux projets de vie et aux besoins des usagers et de leur famille, pour garantir un accès et des soins aux personnes vivant avec des troubles psychiques.

---

<sup>2</sup> *Rapport de Michel Laforcade (Directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine), 10/10/2016, Ministère des Affaires sociales et de la Santé*

<sup>3</sup> *Ma Santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse, 18/09/2018, Ministère des Solidarités et de la Santé*

# FICHES ACTIONS

## Axe 1 : Prise en charge de la personne soignée

### OBJECTIF GENERAL 1 : Garantir la qualité de la prise en charge et les droits des patients

#### Objectif spécifique 1.3 : Accompagner le patient dans son projet de soin

##### 1.3.1 Formaliser le Projet Thérapeutique Individualisé (PTI)

### Eléments contextuels :

Le projet de soins est individualisé et en lien avec la démarche de soins. Il s'agit de l'opération qui, dans la démarche de soins, consiste à fixer les objectifs et les délais pour les atteindre. Il s'agit également à programmer les actes de soins, organiser leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation.

Pour construire le projet de soins il faut identifier les problèmes de santé ainsi que les ressources de la personne soignée et de ses proches. L'élaboration de ce projet nécessite une collaboration pluri professionnelle. La personne soignée et ses proches seront sollicités pour l'élaboration de ce projet.

Ce projet de soins est un processus dynamique qui évolue et qui sera réajusté en fonction de l'état de santé, des besoins et des souhaits du soigné. Il représente l'orientation qu'un groupe de professionnel donne à son action et prend naissance dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Au final, le projet de soins est un plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire en collaboration avec le patient et / ou sa famille. Il est un dispositif nécessaire, voir indispensable pour envisager les soins des patients.

Pour améliorer la traçabilité du projet de soins, les équipes utilisent le PTI, un outil d'aide proposée aux équipes pour faciliter leur démarche d'amélioration et formaliser leur réflexion.

Définition de l'HAS : « *Le projet thérapeutique comprend l'ensemble des soins relationnels, techniques et chimiothérapeutiques proposés au patient. C'est une composante du dossier médical qui trace la démarche thérapeutique engagée avec la participation du patient. Bien renseigné, le projet thérapeutique est un outil de liaison qui permet de suivre l'histoire, l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique et ciblée ; il contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter des ruptures de prise en charge.* »

Le projet thérapeutique est impulsé et coordonné par le médecin référent qui en assume la décision. Il est construit en équipe pluri professionnelle et mis en œuvre par les différents acteurs de l'équipe. Sa mise en œuvre peut engager la responsabilité directe de certains acteurs dans le cadre de leur rôle propre.

La réforme de Modernisation du système de santé<sup>4</sup> entend replacer le patient au cœur du soin. Le Projet Thérapeutique Individualisé (PTI) permet une approche holistique et pluri professionnelle des soins en psychiatrie. Il permet de prendre en considération l'expertise du patient quant à la réalisation de son projet thérapeutique et / ou de vie.

---

<sup>4</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Marisol Touraine

# FICHES ACTIONS

L'EPP par la méthode du « patient traceur » menée à l'EPSAN en 2019 démontre que la traçabilité du projet thérapeutique individualisé du patient et sa réévaluation périodique sont insatisfaisantes. Pourtant, le PTI est un outil clinique et de liaison qui contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter les ruptures de prise en charge.

**Notre objectif est de formaliser la traçabilité du PTI pour chaque patient de l'établissement.**

## Actions/Etapes :

- 1 Définir un ou des outils d'évaluation initiale de la situation psychosociale du patient
- 2 Formaliser une trame de traçabilité du projet thérapeutique individualisé incluant les objectifs thérapeutiques définis avec le patient.
- 3 En collaboration avec l'équipe médicale définir une fréquence de réévaluation du projet individualisé
- 4 Evaluer la traçabilité du projet dans le dossier patient informatisé

**Pilote de l'action** : Direction des Soins et de la qualité

**Membres du groupe de travail** : Cadres de santé et infirmiers

## Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1.2.3	1.2.3	4		

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direction des Soins et de la Qualité</li><li>• Groupe de travail TC</li><li>• Copil Cariatides</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constituer un groupe de travail autour du recueil de données</li><li>• Information des agents/outils</li></ul>

# FICHES ACTIONS

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Outils de recueil Audit dossier – patient traceur  Questionnaires de sortie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Un recueil est formalisé pour l'Ets</li><li>- Une trame de projet est mise à disposition des professionnels de l'Ets</li><li>- La fréquence de réévaluation du projet thérapeutique individualisé est définie</li> <li>- Le projet est systématiquement tracé dans le dossier du patient</li></ul>

## Indicateurs :

- Nombre de dossiers pour lesquels le recueil a été réalisé
- Nombre de projets individualisés tracés
- Nombre de dossiers dont la réévaluation du projet est tracée

## Points de vigilance :

Revoir avec le groupe de travail TC s'il est nécessaire d'attribuer une macro cible spécifique au PTI.

# FICHES ACTIONS

## **Axe 1 : Prise en charge de la personne soignée**

**OBJECTIF GENERAL 1.** Garantir la qualité de la prise en charge et les droits des patients

**Objectif spécifique** 1.3 : Accompagner le patient dans son projet de soin et de vie

1.3.2 Développer l'intégration de médiateurs pairs

### **Mots clés et description du contexte :**

Références :

- La lettre de Réh@b' de janvier 2019
- Guide pratique à l'usage des équipes pour intégrer un travailleur pair (Centre de Ressource Réhabilitation Psychosociale et remédiation Cognitive (CRR) / <https://centre-ressourcerehabilitation.org>

La pair-aidance professionnelle est une fonction nouvelle et encore peu connue. L'arrivée d'un médiateur de santé pair nécessite d'être réfléchi et préparée en équipe.

La pair-aidance est un levier reconnu du rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et persistants. Les pairs- aidants, lorsqu'ils sont intégrés dans les équipes de soins, peuvent contribuer à l'élaboration et le suivi du projet de vie du patient.

Actuellement, des médiateurs de santé pairs travaillent déjà au sein d'équipes soignantes de l'établissement. L'objectif est de permettre d'intégrer d'autres médiateurs pairs en facilitant leur accompagnement.

### **Actions/Etapes :**

1. Permettre aux professionnels de l'établissement de comprendre la pair-aidance (informations des équipes)
2. Former les équipes qui souhaitent intégrer un médiateur de santé pair : travailler les représentations des soignants
3. Définir le poste : interrogation des représentations, évaluation des besoins, élaboration d'une fiche de poste
4. Intégrer le médiateur dans le projet de l'unité et valoriser son savoir expérientiel
5. Articuler ses interventions avec les professionnels de terrain

**Pilote de l'action** : Direction des Soins – Equipe Cadres de Pôles – Praticiens Hospitaliers



# FICHES ACTIONS

**Membres du groupe de travail : DSQ – CSS** Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1.2	1.2.3.4	1.2.3.4.5	1.2.3.4.5	1.2.3.4.5

Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Tous les professionnels (médicaux et paramédicaux)	<input type="checkbox"/> Formations continues

Evaluation :

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire</li> <li>• Audit...</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Nombre de médiateurs - pairs intégrés dans l'établissement

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : Organisation des soins

### OBJECTIF GENERAL :

#### 2.1 Mutualiser des moyens pour gagner en efficience

##### 2.1.1 : Création d'un centre d'activité par site

### Mots clés et description du contexte :

Un soignant est dédié dans chaque service pour les activités thérapeutiques. Il arrive que ce poste soit utilisé pour compenser l'absentéisme ponctuel ou les interventions d'urgence et entraîne une incapacité à assurer les activités planifiées.

Une mutualisation au sein d'un centre d'activité par site permettrait d'assurer ce temps de prise en charge, un décloisonnement tant au niveau des patients que des professionnels. L'offre d'activité en serait enrichie.

### Actions/Etapes :

1. Faire un état des lieux du nombre de jours d'activités supprimés
2. Constituer un comité de pilotage
3. Rédaction d'un projet
4. Effectuer un état des lieux (besoin matériel, locaux)
5. Identifier les effectifs nécessaires en fonction du site
6. Créer une fiche de poste
7. Faire un appel à candidature
8. Mettre en œuvre
9. Prévoir une évaluation par le comité de pilotage

Pilote de l'action : DSQ – Comité de pilotage – Cadres de pôle

Membres du groupe de travail : Membre du comité de pilotage

### Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1 à 6	6 à 8	9	9	9

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Selon besoin par site	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Lister matériel existant (mutualiser)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel informatique</li> <li>• Matériel nécessaire aux activités</li> </ul>
<b>Locaux</b>		<input type="checkbox"/> Locaux dédiés PDI

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Identification d'une file active <input type="checkbox"/> Création administrative de l'unité afin <input type="checkbox"/> de valoriser l'activité <input type="checkbox"/> Création des modalités d'organisation (accompagnement patients, prescriptions, patients sous contraintes)	<input type="checkbox"/> Rapport d'activité

## Points de vigilance :

Continuité des soins

Maintien d'une logique de projet thérapeutique patient

# FICHES ACTIONS

**Axe 2 : Organisation des soins OBJECTIF GENERAL 2.1 Mutualiser des moyens pour gagner en efficacité**

**2.1.2 : Améliorer le dispositif d'accompagnement et de liaison**

## Mots clés et description du contexte :

Actuellement, 70% des demandes sont honorées. Dispositif d'accompagnement et de liaison mis en place dans l'optique de gagner du temps soignant dans les unités.  
L'objectif est de mutualiser les moyens et de limiter les déplacements.

## Actions/Etapes :

1. Analyser le bilan d'activité 2019
2. Délimiter le périmètre quant aux consultations de spécialistes
3. Adapter le champ d'action et d'intervention en fonction de l'effectif
4. Augmenter l'effectif
5. Mise en place de conventions avec d'autres partenaires afin de fluidifier le parcours et diminuer le coût
6. Réévaluer le dispositif

Pilote de l'action : DSQ – BAI – Cadre BAI

Membres du groupe de travail :

## Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1 à 4	5	6	6	6

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soignants du DAL</li><li>• Cadre du BAI</li><li>• Agents du BAI du site de Brumath</li></ul>	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> 4 Véhicules (Kangoo - Clio)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Minibus ?</li><li>• Conventions</li></ul>
<b>Locaux</b>		<input type="checkbox"/> Aménagement d'un bureau pour établir les transmissions

## Indicateurs :

Bilan d'activité

Evaluation du coût transport (diminution VSL ?)

## Points de vigilance :

Respect du périmètre d'action du DAL

Respect de la procédure

# FICHES ACTIONS

**Axe 2 : organisation des soins OBJECTIF GENERAL 2.2. : déployer les organisations définies dans le cadre du projet d'établissement**

**2.2.1. Organiser un remplacement ponctuel au sein d'un pôle**

**Mots clés et description du contexte :**

En cas d'absence ponctuelle au sein d'un service, il est nécessaire de définir la procédure à mettre en œuvre pour pallier cette absence.

**Actions/Etapes :**

1. Réaliser un état des lieux des remplacements possibles au sein de l'unité
2. Etendre la recherche au sein des unités intra du même pôle
3. Elargir la recherche au niveau de l'extrahospitalier du pôle
4. Réfléchir à un moyen de rétribution des agents régulièrement disponibles ainsi qu'à un dispositif permettant de les recenser
5. Faire appel au dispositif de remplacement de courte durée
6. Evaluation et ajustements du dispositif

**Pilote de l'action :**

1. Direction des soins
2. Cadres supérieurs de santé
3. Cadres de santé

**Membres du groupe de travail :**

4. Direction des soins
5. Cadres supérieurs de santé
6. Cadres de santé

**Calendrier :**

2020	2021	2022	2023	2024
1-2-3-4-5	6	6	6	6

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personnel soignant (AS – IDE) et ASH</li><li>• Encadrement porteur du projet</li><li>• Gestionnaire de l'outil</li></ul>	
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Faciliter l'accès aux différents logiciels lors des remplacements (cariatides – data meal)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Outil informatique dans le cadre d'une éventuelle rétribution (WHOOG)</li></ul>

## Indicateurs :

- Nombre de demandes de remplacement
- Nombre de jours effectifs remplacés

**Points de vigilance** : S'assurer en priorité de la continuité et de la cohérence des prises en charge

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : organisation des soins

**OBJECTIF GENERAL : 2.2. Déployer les organisations définies dans le cadre du projet d'établissement**

### 2.2.2. Optimisation du remplacement ponctuel de courte durée

#### Mots clés et description du contexte :

L'établissement dispose d'un pool de remplacement qui permet de palier les absences de longue durée (minimum un mois).

A ce jour, aucune organisation ne permet de gérer les remplacements de courte durée.

#### Actions/Etapes :

1. Définir les règles de remplacement de courte durée
2. Définir les modalités de remplacement : financement
3. Définir les modalités d'accompagnement des agents : mise en place de procédures (journée type avec fiche de missions dans chaque unité pour les agents qui remplacent)
4. Créer un outil informatique spécifique à l'établissement permettant de recenser les soignants volontaires et leurs disponibilités
5. Présenter et faire valider par la Direction des soins
6. Réajuster la procédure
7. Présenter le dispositif autour du remplacement
8. Mettre en œuvre le projet
9. Programmer l'évaluation

#### Pilote de l'action :

- Direction des soins
- Cadre supérieur de santé
- Cadre de santé

#### Membres du groupe de travail :

- Direction des soins
- Cadre supérieur de santé - Cadre de santé
- Personne gestionnaire de l'outil

#### Calendrier:

2020	2021	2022	2023	2024
1-2-3-4-5-6	7-8-9	9	9	9



# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel soignant (AS – IDE) et ASH</li> <li>• Encadrement porteur du projet</li> <li>• Gestionnaire de l’outil informatique</li> </ul>	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Faciliter l’accès aux différents logiciels lors des remplacements (cariatides – data meal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiche de procédure sur le déroulement du poste au sein de chaque unité</li> <li>• Création du logiciel informatique de recensement des agents disponibles</li> <li>• Créer une fiche de poste de l’agent qui effectue les remplacements</li> </ul>

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultats</b>
Créer un questionnaire de retour sur expérience rempli par l’agent	Nombre de questionnaires renseignés
Créer un questionnaire rempli par le cadre de santé ayant accueilli l’agent	Analyse des questionnaires
Extraction des données informatiques permettant l’étude des indicateurs	

## Indicateurs :

### **Indicateurs quantitatifs :**

- Nombre de demandes de remplacement
- Nombre d’agents inscrits sur le logiciel
- Nombre de jours effectifs remplacés

### **Indicateurs qualitatifs :**

- Mise en avant de la valeur ajoutée du remplacement

## Points de vigilance :

Comment optimiser les remplacements court terme sans compromettre les remplacements tels qu’ils existent aujourd’hui ?

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : organisation des soins

**OBJECTIF GENERAL : 2.3. Améliorer la tenue du DPI**

### **2.3.1. : Améliorer l'utilisation du recueil de données**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins.

Le recueil de données permet d'identifier les besoins essentiels de la personne et de prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille, de repérer l'autonomie et les capacités de la personne.

Il semble par ailleurs pertinent de valoriser au sein du GHT l'antériorité du CH d'Erstein et de l'EPSAN dans l'appropriation de l'outil Cariatides.

#### **Actions/Etapes :**

1. Effectuer un audit / état des lieux (l'outil actuel est-il adapté ou pas en fonction de la durée du séjour du patient)
2. Analyser des besoins
3. Proposer des axes d'amélioration ou d'adaptation en fonction de la structure
4. Valider
5. Adapter le recueil au besoin (faisabilité : Mme COLARD)
6. Mettre en œuvre
7. Evaluer

**Pilote de l'action** : DSQ

**Membres du groupe de travail** : DSQ – CSS – CS -

#### **Calendrier :**

2020	2021	2022	2023	2024
1-2	3-4-5-6	7	7	7

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable cariatides</li> <li>• Copil TC</li> <li>• Professionnels soignants</li> <li>• Groupe de travail</li> </ul>	Copil Cariatides inter-établissements psychiatriques
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Cariatides – accès par cartes - formations	

## Evaluation:

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Audit – dossier cible sur le principe du patient traceur.	<input type="checkbox"/> Taux d'utilisation du recueil de données

**Indicateurs** : Nombre de dossiers avec recueil de données remplis quantitativement et qualitativement

**Points de vigilance** : spécificités des besoins selon les unités de soins

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : organisation des soins

**OBJECTIF GENERAL : 2.3. Améliorer la tenue du DPI**

### **2.3.2. : Optimiser l'utilisation de la planification des soins**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Le dossier du patient informatisé a pour objet de permettre à tout professionnel de santé intervenant dans le processus de soins d'accéder à tout moment, y compris en urgence, à l'ensemble des informations pertinentes concernant le patient qu'il prend en charge.

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins et suppose donc une implication individuelle de chacun des acteurs.

Ainsi, la planification des soins permet de représenter par écrit et de façon synoptique l'organisation horaire des interventions de soin pour une ou plusieurs personnes soignées.

#### **Actions/Etapes :**

1. Audit des soignants par le service qualité (raisons de la non utilisation)
2. Recenser les besoins et les difficultés
3. Proposer des axes d'amélioration
4. Mettre en pratique
5. Réévaluer
6. Réajuster si besoin

**Pilote de l'action** : DSQ CSS

**Membres du groupe de travail** : CSS CS Soignants

#### **Calendrier :**

2020	2021	2022	2023	2024
1 - 2	3 - 4	5 - 6	5 - 6	5 - 6

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> DSQ CSS CS soignants	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Cariatides	

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Dossier cible	100 % des dossiers

Indicateurs : nombre de dossier conforme à la demande

Points de vigilance : spécificités par unités

# FICHES ACTIONS

## **Axe 2 : organisation des soins**

### **OBJECTIF GENERAL : 2.3. Améliorer la tenue du DPI**

#### **2.3.3. : Améliorer la fonctionnalité des transmissions ciblées**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Le dossier du patient informatisé a pour objet de permettre à tout professionnel de santé intervenant dans le processus de soins d'accéder à tout moment, y compris en urgence, à l'ensemble des informations pertinentes concernant le patient qu'il prend en charge.

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins et suppose donc une implication individuelle de chacun des acteurs.

Ainsi, l'amélioration de la lisibilité de transmissions soignantes professionnelles permet une prise en charge de qualité et améliore la sécurité des soins aux patients.

#### **Actions/Etapes :**

1. Audit en cours
2. Recenser les besoins et les difficultés (DAR) 3 proposer des axes d'amélioration
3. Mettre en pratique
4. Réévaluer
5. Réajuster si besoin

#### **Pilote de l'action :**

#### **Membres du groupe de travail :**

#### **Calendrier:**

<b>2019 -2020</b>	<b>2020 - 2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1 - 2	3 - 4	5 - 6	5 - 6	5 - 6

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> DSQ, CSS CS soignants	<input type="checkbox"/> CoPil transmissions ciblées
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Cariatides	

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Dossier cible	<input type="checkbox"/> 100% de conformité de l'outil

Indicateurs : nombre de dossiers ayant des TC conforme aux besoins

Points de vigilance : spécificités par unités

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Encadrement et accompagnement des étudiants et des nouveaux professionnels**

**Objectif secondaire 3.1.1. : Consolider l'accueil et l'encadrement des étudiants**

**Mots clés et description du contexte** : L'établissement accueille environ 500 étudiants en soins infirmiers par an (+ autres catégories professionnelles : filière éducative, AS, cadre, puer ; IBODE (service hygiène), cadres...). Le temps de l'accueil sur site en début de stage est formalisé. Le contenu du stage nécessite une réorganisation, envisagée non plus en priorisant les parcours de stages géographiques, mais en articulant l'encadrement sur des situations emblématiques (similaires aux parcours patient ?).

**Objectif principal** = individualisation du parcours étudiant en conformité avec le programme de 2012.

### **Actions/Etapes** :

1. Mettre à jour les livrets d'accueil des différents pôles (par les cadres de l'UF, validés par le cadre de pôle, sur la base d'une trame commune existante pour l'ensemble de l'établissement)
2. Intégrer des situations emblématiques aux livrets d'accueil
3. Réactualiser et généraliser des outils de suivi (à intégrer au moteur de recherche)
4. Engager une réflexion sur l'accueil de début de stage des étudiants en extra hospitalier
5. Réactiver la formation des tuteurs de stages
6. Généraliser un questionnaire de satisfaction (retravailler le contenu du questionnaire existant)
7. Mettre en place d'un regroupement des étudiants, à mi-stage, pour présentation des projets innovants, rencontres d'autres professionnels (GEM, partenaires extérieurs, pairs aidants,...)
8. Pratiques nouvelles en test (*in-situ*, mémoires collectifs, accompagnement UF sur thématique imposée proposée (?) - 4 thématiques psy)
9. Evaluer et ajuster le dispositif

**Pilote de l'action** : DSQ

**Membres du groupe de travail** : Encadrement, cadres enseignants, IDE référents de stages, représentants des ESI

### **Calendrier** :

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
De 1 à 7, 8 9	8 ; 9	8 ; 9	8 ; 9	8 ; 9



# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Encadrement	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Informatique, reprographie	

## Evaluation :

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat des lieux</li> <li>- Formation des tuteurs</li> <li>- Réactualisation du questionnaire ESI</li> <li>- Nouvelles modalités pédagogiques</li> </ul>	EPP <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nombre de tuteurs formés</li> <li><input type="checkbox"/> Nombre de questionnaires renseignés</li> <li><input type="checkbox"/> Nombre de mémoires collectifs accompagnés par des équipes</li> <li><input type="checkbox"/> Bilan des expériences d'équipe ESI <i>in situ</i></li> </ul>

**Points de vigilance** : préciser des échéances itératives de réactualisation des différents supports, respect de l'utilisation des outils institutionnels validés.

# FICHES ACTIONS

## Axe 3 : Développement des compétences

**Objectif principal** : : Encadrement et accompagnement des étudiants et des nouveaux professionnels

**Objectif secondaire 3.1.2.** : Renforcer le dispositif d'accompagnement des nouveaux arrivants

**Mots clés et description du contexte.** L'augmentation des flux de professionnels sortants et entrants, combinée aux tensions en matière de recrutement, nous encourage à renforcer l'accompagnement des nouveaux agents ayant fait le choix de la psychiatrie. Il s'agit également de réussir à fidéliser ces nouveaux professionnels, notamment en complétant leurs formations initiales.

### Actions/Etapes :

1. Identifier et valoriser les points forts de l'établissement, en assurer la communication, tant en interne qu'en externe
2. Intégrer les temps d'accompagnement tutorés dans les plannings
3. Encourager et faciliter l'accès à la formation continue
4. Sécuriser les parcours par la programmation régulière et anticipée des différents concours
5. Accompagner la préparation aux différents concours des agents concernés.

**Pilote de l'action** : DSQ

**Membres du groupe de travail** : DSQ

### Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

### Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Chargée de communication	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Intranet, site EPSAN, réseaux sociaux	
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Sans objet	

# FICHES ACTIONS

## Evaluation:

Processus	Résultat
Moyens existants ou à renforcer, développer, projeter : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tutorat</li><li>• Accès au DANA<ul style="list-style-type: none"><li>• Accès à d'autres formations complémentaires</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nombre de tuteurs, nombre d'agents</li><li><input type="checkbox"/> tutorés</li><li><input type="checkbox"/> Accès aux formations par agent</li><li>« Indice de fidélisation » à l'établissement</li></ul>

**Points de vigilance :** Bien distinguer la partie RH, traitée réglementairement par la direction compétente, de l'accompagnement structuré apporté par les professionnels de terrain

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Valorisation des parcours professionnels**

**Objectif secondaire : 3.2.1. Participer au développement de la GPMC**

**Mots clés et description du contexte** : Créer les moyens d'anticiper les besoins en lien avec les projets institutionnels impose une vision globale, à l'échelle de l'établissement, des compétences existantes, valorisées ou non par un titre académique. Cette cartographie permettra également de définir les besoins, tant en termes de métiers nouveaux que de compétences déjà présentes mais sous employées.

### **Actions/Etapes** :

1. Définir les nouvelles compétences et/ou les nouveaux métiers nécessaires en corrélation avec les différents projets
2. Avoir une vision institutionnelle stratégique au niveau des formations qualifiantes
3. Améliorer la lisibilité des besoins en qualifications managériales (exemple projection cadres)
4. Définir les attendus d'un « faisant fonction » de cadre
5. Mettre en place un accompagnement (sous forme de tutorat ?) des faisant fonctions (cadres)
6. Lister et formaliser les attendus pour chaque nouveau métier, en amont de la formation, notamment pour les IPA
7. Retravailler les fiches métiers utilisées lors des évaluations via Gesform pour en permettre une meilleure ergonomie
8. Recenser et mettre en place un pool de compétences à partir d'une cartographie (exemple : compétences linguistiques mises à jour, DU, formations universitaires, compétences acquises à titre personnel pouvant être mises au service de l'établissement, etc), réactualiser régulièrement et au minimum une fois par an
9. Evaluer et réajuster

**Pilote de l'action** : DSQ, DRH

**Membres du groupe de travail** : A déterminer

### **Calendrier** :

2020	2021	2022	2023	2024
1 et 2	3 à 9	3 à 9	3 à 9	3 à 9

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Mobilisation des services de la formation continue	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Sans objet	<i>Mémento cadres actualisé</i>

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Recensement des métiers et compétences requis	<input type="checkbox"/> Adéquation des métiers et compétences <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par voie de recrutement</li> <li>- Par recours à la formation continue</li> </ul>

**Indicateurs** : Evolution et évaluation de la cartographie des compétence, titres et diplômes

**Points de vigilance** : Complémentarité aux projets nécessitant de nouvelles compétences

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Valorisation des parcours professionnels**

**Objectif secondaire : 3.2.2. Développer l'attractivité**

**Mots clés et description du contexte** : Les nombreux changements – mouvements des professionnels, modifications des périmètres, nouvelles orientations – induisent de l'incertitude et nécessitent de retrouver une forme de stabilité, afin de replacer le patient et ses droits fondamentaux au cœur de nos préoccupations. Redonner sens au cœur de métier contribuera à le rendre plus attractif. Cela nécessite également une politique offensive de recrutement, soutenue par une communication forte.

### **Actions/Etapes :**

1. Médiatiser la plus-value du service public, notamment l'hôpital, qui accueille sans discriminations
2. Etre porteurs de projets novateurs
3. Avoir un regard, et un discours, plus positifs sur nos métiers
4. Définir une charte managériale, afin notamment d'harmoniser les réponses aux agents dans un souci d'équité
5. Définir, dans la limite du cadre réglementaire, des règles de compensations, notamment lors de remplacements imprévisibles
6. Engager une réflexion sur les amplitudes horaires (exemple = attractivité 12h)
7. Renforcer l'accueil des ESI, envisager des contrats de fidélisation
8. Clarifier les modalités de reprises d'ancienneté
9. Avoir une politique offensive de recrutement, en repérant des ESI au profil intéressant = définir les modalités de communication à la direction des soins
10. Accompagnement des nouveaux professionnels par le tutorat
11. Valoriser les possibilités de formation continue

**Pilote de l'action** : DSQ

**Membres du groupe de travail** : DSQ, DRH,  
Encadrement

# FICHES ACTIONS

## Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
De 1 à 11	De 1 à 11	De 1 à 11	De 1 à 11	De 1 à 11

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	<input type="checkbox"/> DSQ, DRH, encadrement	

## Evaluation :

Processus	Résultat
Renforcement des actions de communication	<input type="checkbox"/> Nombre de recrutements <input type="checkbox"/> Nouvelles qualifications <input type="checkbox"/> Turn-over (attendu = stabilisation des équipes) <input type="checkbox"/> Nombre de postes non pourvus dans l'établissement

**Points de vigilance** : ne pas confondre stabilisation et immobilisme

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Valorisation des parcours professionnels**

**Objectif secondaire 3.2.3. Renforcer l'ergonomie et la lisibilité du plan de formation**

### **Eléments contextuels :**

L'accès à la formation continue est assuré pour l'ensemble des professions para-médicales. Les orientations en matière de FC sont décidées en pôle, pour l'enveloppe dévolue hors actions prioritaires. Les demandes collectives ou individuelles sont arbitrées en fonction des projets de pôles. Les bénéficiaires de formations sont encouragés à partager leurs nouveaux acquis, sous toutes formes utiles (présentation, mise en place d'une activité nouvelle, etc)

### **Actions/Etapes :**

1. Réactualiser les formations utilisateurs Gesform
2. Disposer d'un tutoriel en ligne
3. Améliorer la lisibilité des informations relatives aux actions de formation
4. Harmoniser les intitulés des formations pour en faciliter la recherche sur Gesform
5. Disposer d'un outil qui permette d'avoir une vision globale sur les actions de formation programmées pour l'ensemble d'une équipe, d'un pôle
6. Disposer en systématique, par formation, des relances pour les actions à venir de manière à pouvoir anticiper sur l'année civile
7. Médiatiser l'accès aux CPF (Compte personnel de formation), notamment aux fins de bilans de compétences
8. Valoriser les expériences de promotions professionnelles, et soutenir l'accompagnement des professionnels engagés dans cette dynamique
9. Evaluations et réajustements

**Pilote de l'action :** DSQ

**Membres du groupe de travail :** cadres de proximité, cadres de pôles, représentant de la formation continue.

### **Calendrier :**

2020	2021	2022	2023	2024
De 1 à 4	De 5 à 9	9	9	9



# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Constitution du groupe de travail	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Mise à jour Gesform ?	<input type="checkbox"/> Formations aux éventuelles extensions Gesform

## Evaluation:

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
<input type="checkbox"/> Tutoriel disponible <input type="checkbox"/> Formation à Gesform réalisée <input type="checkbox"/> Mise à jour Gesform réalisée ? <input type="checkbox"/> Création des outils permettant une vision globale et un rappel selon le calendrier des inscriptions <input type="checkbox"/> Intitulés harmonisés ? <input type="checkbox"/> Communication sur l'accès aux CPF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'agents formés à Gesform</li> <li>• Pourcentage d'actions réalisées</li> <li>• Nombre de recours au CPF</li> </ul>

**Points de vigilance** : Adéquation des plans de formation au projet d'établissement et à ses déclinaisons par pôle

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Valorisation des parcours professionnels**

**Objectif secondaire 3.2.1. Participer au développement de la GPMC**

### **Mots clés et description du contexte :**

Dans un contexte de tension sur les effectifs, il s'agit de déterminer des modalités de mobilités (définir une durée à partir de laquelle le dispositif est actif) communes à l'ensemble des personnels relevant de la DSQ.

Afin d'en faire un levier d'amélioration des compétences, ces mobilités doivent s'inscrire dans des parcours pédagogiques personnalisés, dès lors qu'il est acquis que la mobilité, au même titre que la formation continue, offre de réelles opportunités d'enrichir les compétences professionnelles de chacun.

Ces parcours réfléchis en amont permettront notamment de décloisonner les équipes, d'appréhender les dimensions cliniques et institutionnelles des différents parcours patients, d'assurer le maintien de la qualité et de la sécurité des soins.

Soutenus et accompagnés par l'encadrement, ces parcours pourraient faire l'objet de travaux écrits, afin d'enrichir durablement le dispositif en le valorisant à l'occasion de présentations, voire de publications.

### **Actions/Etapes :**

1. Constitution d'un groupe de travail
2. Elaboration d'une charte de mobilité, définition des attendus (parcours, durées, accompagnements, ...)
3. Définition des règles de contractualisation (objectifs, moyens mis en œuvre, modalités de suivi)
4. Mise en œuvre
5. Evaluation

**Pilote de l'action** : DSQ, DRH

**Membres du groupe de travail** : DSQ, encadrement

### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1, 2, 3	4, 5	4, 5	4, 5	4, 5

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>		<input type="checkbox"/> Création d'un groupe de travail
<b>Locaux</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salle de réunion</li><li>• Matériel informatique</li></ul>	

## Evaluation:

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Mise en œuvre d'un contrat de mobilité Evaluation des acquis au terme d'un parcours de mobilité	Nombre de contrats actifs/an Nombre de nouvelles compétences acquises

**Points de vigilance** : Valoriser les mobilités permet d'en faire un outil constructif, à condition que cela ne soit pas dévoyé, et que l'intention initiale d'amélioration des compétences en reste le fil rouge.

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Promouvoir la recherche paramédicale**

**Objectif secondaire : 3.3 Développer les EPP soignantes**

**Mots clés et description du contexte** : Une dynamique EPP transversales (dans la composition des groupes, et parfois des thématiques) fonctionne en routine dans l'établissement. Pour autant, les EPP soignantes voulues dans le précédent projet n'ont pas été généralisées. Des EPP soignantes pourraient être portées par l'encadrement de chaque pôle, à l'échelle du pôle, voire dans un second temps à l'échelle de chaque unité.

Propositions de thématiques transversales :

L'accueil des étudiants en soins infirmiers

L'accueil de l'utilisateur

L'accueil de nouveaux professionnels (tous grades et confondus)

Le recours aux nouvelles technologies

Les modalités d'administration des traitements et d'information des (sur les) traitements

### **Actions/Etapes :**

1. Etat des lieux des EPP soignantes en cours
2. Création et réactualisation d'un tableau de bord, validation des thématiques en commission EPP
3. Suivi annuel
4. Valorisation des travaux (communication interne – dont présentation –, externe, préalable à un travail de recherche au sens académique du terme)
5. Evaluation du dispositif et réajustements

**Pilote de l'action** : Commission EPP, DSQ

**Membres du groupe de travail** : A définir

### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2023</b>
1, 2	3, 4, 5	3, 4, 5	3, 4, 5	3, 4, 5

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Equipes soignantes	

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Cadrage des EPP soignantes	Nombre d'EPP soignantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- réalisées</li><li>- présentées</li></ul>

**Points de vigilance** : Impliquer l'encadrement de proximité dans une pratique « en routine » des EPP soignantes, en cohérence avec les orientations du pôle et les projets de chaque unité.

# FICHES ACTIONS

## **Axe 3 : Développement des compétences**

**Objectif principal : Promouvoir la recherche paramédicale**

### **Objectif secondaire**

**3. 3.2. Valoriser les travaux de recherche et d'innovation dans le domaine des soins paramédicaux**

**Mots clés et description du contexte** : Existence d'un groupe de recherche à l'EPSAN, environ 15 personnes, IDE, cadres, cadres supérieurs de santé, actuellement en cours de formation à la méthodologie de la recherche.

Travail en cours sur l'isolement et les alternatives à la contention.

Au-delà de ce groupe, de nombreux professionnels, ou futurs professionnels, réalisent des travaux académiques dans le cadre de formations continues ou de la formation initiale, lesquels pourraient être valorisés (mis à disposition sur le serveur). Des projets innovants portés par des équipes pourraient également être partagés.

### **Actions/Etapes :**

1. Recenser les travaux existants (à l'échelle du pôle, porté par l'encadrement, à l'échelle institutionnelle)
2. Créer et diffuser un annuaire des compétences (diplômes et expériences)
3. Réaliser un atelier clinique annuel, transversal, dédié aux pratiques innovantes (voir avec le CROC pour rappel commande annuelle)
4. Mettre en place d'une politique de diffusion des travaux en interne
5. Constituer un comité de lecture et de validation
6. Créer une veille documentaire
7. Réfléchir à une politique de communication des travaux, dans des colloques et revues professionnelles, en direction du grand public (afin de contribuer à la déstigmatisation des maladies mentales)
8. Evaluer et réajuster

**Pilote de l'action** : DSQ

**Membres du groupe de travail** : encadrement, formateurs IFSI, documentaliste, chargée de communication,

IDE, AS, moniteurs éducateurs, éducateurs, préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH)

+ groupe spécifique sur l'annuaire des compétences (pilotage et réactualisation)

### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1,2, 5, 6	3,4	7	8	8

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Direction des soins et encadrement, CROC	Chargée de communication
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Accès informatiques	

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Recensement des travaux Renforcement de la démarche recherche à partir du groupe existant Constitution d'un comité de lecture	Nombre de travaux partagés Nombre de réunions du groupe de recherche Nombre de réunion du comité de lecture

**Points de vigilance** : Déclinaison à trois niveaux : GHT, institutionnel, par pôle

# FICHES ACTIONS

## **Axe 4 : management des personnels para médicaux**

**OBJECTIF GENERAL 4.1.** Assoir le positionnement stratégique et fédérer le groupe cadre de santé  
**Renforcer et dynamiser l'engagement institutionnel et promouvoir un collectif cadres**  
**Développer le travail de partenariat interne dans le groupe cadre EPSAN**

### **4.1.1. : Pérenniser un séminaire cadre annuel**

#### **Mots clés et description du contexte :**

L'évolution récente de l'organisation de notre établissement en deux sites, nous amène à questionner et remobiliser fortement le collectif cadres, socle de la mise en œuvre d'une stratégie commune affirmée, inspirée et soutenue par le projet de soins.

Au-delà de l'existant (réunion cadres dans les pôles, réunion cadres/direction des soins), nous partons du postulat qu'un des moyens de fédérer le groupe cadres et de renforcer le sentiment d'appartenance à ce groupe, consiste à formaliser des rencontres régulières sous forme d'un séminaire annuel, mais également d'organisation de séances d'analyse de pratique, et d'apprentissage, promoteur de créativité et d'outil d'acquisition rapide d'expérience.

#### **Actions/Etapes :**

1. Constituer un CoPil (direction des soins, cadres et cadres supérieurs)
2. Définir les missions du CoPil
3. Etablir des modalités d'organisation : implication de chaque pôle (un pôle par an par exemple), choix des thématiques...
4. Planification
5. Mise en œuvre
6. Traces écrites : compte rendu de séminaire avec plan d'action et boîte à outils cadres
7. Evaluation et réajustement

#### **Pilote de l'action :**

Direction des soins - Copil

#### **Membres du groupe de travail :**

#### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1,2,3,4	5, 6 et 7	5, 6 et 7	5, 6 et 7	5, 6 et 7



# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Direction des soins et encadrement	<input type="checkbox"/> Personnes ressources internes et/ou externes (intervenants extérieurs)
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Informatique	<input type="checkbox"/> système d'information plus global
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Salle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espace de convivialité</li> <li>• Salle extérieur à l'établissement</li> </ul>

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Feuille de présence Questionnaire de satisfaction Compte rendu	<input type="checkbox"/> Axe de travail, actions découlant du séminaire <input type="checkbox"/> Boite à outils <input type="checkbox"/> Partage avec d'autres établissements ou groupe cadres, communication (CSIRMT GHT, colloques, parution article)

## Indicateurs :

Nombre de réunions  
 Résultats du questionnaire de satisfaction  
 Nombre de participants

## Points de vigilance :

Lien avec d'autres groupes et fiche action : plan de formation continue, mutualisation des compétences  
 Aboutir à une formation spécifique

# FICHES ACTIONS

## **Axe 4 : management des personnels para médicaux**

**OBJECTIF GENERAL 4.1.** Assoir le positionnement stratégique et fédérer le groupe cadre de santé

### **4.1.2. : Optimisation du partage des informations**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Constat :

- Support et circuit de l'information au sujet des mouvements de personnel multiples et redondants (fichier entrées-sorties-mutations, absences prolongées, fichier structure, fichier absentéisme, fichier DS, fichier pôles...)
- Perte d'information
- Complexité de l'anticipation pour les cadres de pôle et de proximité lors de l'élaboration des plannings

Objectifs :

- Réduction des délais de transmission de l'information
- Création d'un outil unique consultable par les cadres du pôle et les cadres de proximité en lien avec la direction des soins
- Optimiser la circulation de l'information avec création d'un système type workflow

#### **Actions/Etapes :**

1. Constituer un groupe de travail : direction des soins, cadres et cadres supérieurs, service informatique, (DRH dans un deuxième temps)
2. Etat des lieux de l'existant
3. Définition des besoins
4. Création d'outils de gestion de l'information informatisé : workflow par exemple
5. Mise en œuvre avec test
6. Evaluation et réajustement du test
7. Déploiement
8. Évaluation et réajustement

#### **Pilote de l'action :**

Direction des soins Copil

#### **Membres du groupe de travail :**

#### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1,2,3	4,5, 6	7 et 8	8	8

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Direction des soins et encadrement	<input type="checkbox"/> Personnes ressources interne (service informatique et RH)
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Informatique	
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Salle	

## Evaluation :

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
<input type="checkbox"/> Phase test	<input type="checkbox"/> Fonctionnement du workflow
<input type="checkbox"/> Phase de déploiement	<input type="checkbox"/> Pertinence de l'outil
	<input type="checkbox"/> Pertinence des informations

## Indicateurs :

## Points de vigilance :

# FICHES ACTIONS

**Axe 4 : Le management des professionnels paramédicaux**  
**OBJECTIF GENERAL 4.2 : Affirmer l'identité, les rôles et les fonctions de l'encadrement**  
**4.2.1. : Mise à jour des fiches de postes des cadres de santé**

## **Mots clés et description du contexte :**

Fiches de poste existantes mais non actualisées à confronter à l'évolution des missions des cadres de santé, de la nouvelle structuration organisationnelle de l'EPSAN, et à la spécificité des réseaux en fonction du périmètre d'activité.

Catégorisation selon typologie des lieux d'affectation.

## **Actions/Etapes :**

1. Reprendre les fiches de postes du répertoire des métiers de la FPH
2. Répertorier et analyser les fiches de postes existantes
3. Définir l'arborescence des fiches (fonction, poste, mission)
4. Définir des catégories de fiches de poste « cadres de santé » selon les spécificités des activités
5. Mettre à jour/rédiger les fiches de poste (pilotage par les cadres de pôle)
6. Valider les fiches de poste (Direction des soins, CSIRMT)
7. Diffuser les fiches de poste
8. Signature par les agents concernés
9. Evaluation et mise en place d'une révision périodique

## **Pilote de l'action :**

DSQ

**Membres du groupe de travail :** A définir

## **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1-2-3-4	5-6-7	8-9	8-9	8-9

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	<b>Actuelles disponibles</b>	<b>Supplémentaires nécessaires</b>
<b>Personnel</b>	Direction des soins Cadres supérieurs de santé (CSS) Cadres de santé (CS)	
<b>Matériel</b>	Informatique	
<b>Locaux</b>	Salles de réunion	

## Evaluation:

<b>Processus</b>	<b>Résultat</b>
Validation par la DSQ des fiches de poste	Nombre de fiches validées (objectif 100%)

## Indicateurs :

Taux de fiches de poste signées par les agents concernés

## Points de vigilance :

Collaboration des responsables médicaux dans les UF pour les cadres de pôle.

# FICHES ACTIONS

## **Axe 4 : Le management des professionnels paramédicaux**

### **OBJECTIF GENERAL : 4.2 : Affirmer l'identité, les rôles et les fonctions de l'encadrement**

#### **4.2.1. : Formation continue des cadres de santé**

#### **Mots clés et description du contexte :**

Définir des orientations du plan de formation institutionnel spécifique au groupe cadres :

- Proposer des fondamentaux, des bases communes afin d'affirmer l'identité des cadres de santé de l'établissement et de développer une culture commune
- Proposer des formations en cohérence avec les évolutions contextuelles (communication, management, planification, évolutions du système de santé, des métiers, nouveautés réglementaires...)
- Permettre aux cadres de santé d'optimiser leurs compétences au regard des missions spécifiques qui leur sont confiées

#### **Actions/Etapes :**

1. Recenser les besoins en formation au niveau des cadres de santé de l'établissement
2. Définir une liste de formations spécifiques inscrites de manière pérenne au plan de formation cadres
3. Proposer des formations complémentaires ponctuelles au regard :
  - a. de missions spécifiques (en lien avec les fiches de fonctions)
  - b. de thématiques annuelles définies au regard du contexte (actualités, évolutions, réglementation...)

#### **Pilote de l'action :**

DSQ

#### **Membres du groupe de travail :**

#### **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1	2 – 3a	3b		

# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Direction des soins <input type="checkbox"/> DRH / Formation continue <input type="checkbox"/> Cadres supérieurs de santé (CSS) <input type="checkbox"/> Cadres de santé (CS)	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Plan de formation <input type="checkbox"/> Gesform <input type="checkbox"/> Informatique	
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Salles de réunion	

## Evaluation :

Processus	Résultat
Entretien de formation N+1 Evaluation de la formation (questionnaire de satisfaction)	Exploitation de la formation sur le terrain (retour sur investissement)

## Indicateurs :

Nombre de demandes de formations inscrites au plan de formation créé  
 Nombre de formations réalisées par les cadres de santé  
 Indicateurs spécifiques RH (à voir avec le service de formation continue)

## Points de vigilance :

Mise en place d'un système de proposition automatique de formations au regard de la fonction (tous agents, lien avec le groupe « Axe 3 ») (Gesform : adaptation à l'emploi)

# FICHES ACTIONS

**Thème : Le management des professionnels paramédicaux**

**OBJECTIF GENERAL : 4.2 : Affirmer l'identité, les rôles et les fonctions de l'encadrement**

**4.2.3 : Actualisation du guide « Memento cadres »**

## **Mots clés et description du contexte :**

Support « Memento cadres » existant, créé en 2008, dernière actualisation en 2011.

Actualiser et faire évoluer cet outil d'accompagnement / d'appui commun aux cadres de santé de l'établissement.

## **Actions/Etapes :**

1. Analyse du support existant
2. Validation d'un plan détaillé du memento
3. Rédaction en groupe de travail
4. Validation par la Direction des soins
5. Diffusion
6. Mise en œuvre systématique du processus d'accueil décrit dans le memento, par le cadre de pôle lors d'une prise de poste cadre ou faisant fonction cadre

## **Pilote de l'action :**

Direction des soins

## **Membres du groupe de travail :**

Un cadre de pôle, un groupe de cadres

## **Calendrier :**

<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
1-2-3	4-5-6			



# FICHES ACTIONS

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> Direction des soins <input type="checkbox"/> Cadres supérieurs de santé (CSS) <input type="checkbox"/> Cadres de santé (CS)	
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> Informatique	
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Salles de réunion	

## Evaluation :

Processus	Résultat
Présentation memento dans le processus d'accueil des cadres	Utilisation du memento Connaissance de l'outil et de son contenu Evaluation du respect des consignes

## Indicateurs :

Retour d'expérience au moment de la révision. (Enquête, lors d'une réunion ?)

## Points de vigilance :

Mise à jour régulière du support (à intégrer dans le système de révision documentaire institutionnel)

# FICHES ACTIONS

**Thème** : management des personnels para médicaux

**OBJECTIF GENERAL** : 4.3. Assoir le positionnement stratégique

Favoriser la participation et l'implication des soignants dans les instances et missions transversales

**4.3.1. : Outil managérial et de communication : document de présentation (organigramme, définition) des instances, comités, commissions et groupes de travail dépendants de la Direction des Soins et de la Qualité**

## **Mots clés et description du contexte** :

Le projet de soins se doit d'être dynamique et d'être animé tout au long de sa mise en œuvre. Les instances, les comités et groupes de travail sont des outils de réflexion et d'activation du projet.

Le constat actuel est que la mobilisation des agents à s'investir s'affaiblit. A titre d'exemple :

En 2019, le taux de participation à l'élection des membres de la CSIRMT, pour les agents issus des filières soignantes, de rééducation et médico-technique était de 9.3%.

Il est du rôle de l'encadrement de favoriser la participation et l'implication des agents à la vie institutionnelle. Pour ce faire, le point de départ est d'améliorer les connaissances de chacun quant à l'existence, aux missions, aux profil des membres, aux modalités de participation et d'intégration de chaque instance, comité et groupe de travail. La création d'un document unique regroupant ces informations pourra être un support pédagogique à l'appropriation et à la connaissance de la vie institutionnelle.

## **Actions/Etapes** :

- 1.Création groupe de travail de mise en œuvre et de réactualisation
- 2.Etat des lieux : recensement des groupes et des participants
- 3.Création du support en partenariat avec les porteurs des différents groupes (instances, comités, modalités...)
  - a. Pour les groupes de travail, veiller à définir des modalités de fonctionnement (appel à candidatures, durée de la mission, porteur du groupe...)
  - b. Proposer un récapitulatif évolutif et actualisé (espace dédié, tableau de bord...) des groupes en cours (membres, travaux, prochaines rencontres)
- 4.Validation par DSQ
- 5.Présentation en réunion cadres/direction des soins
- 6.Diffusion
- 7.Evaluation et ajustement

**Pilote de l'action** : DSQ

## **Membres du groupe de travail** :

Cadres

Invités ponctuels : infirmiers, référents par pôle, partenaires à certains moments

# FICHES ACTIONS

## Calendrier :

2020	2021	2022	2023	2024
1, 2,3	3,4,5 et 6	7	7	7

## Ressources :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<input type="checkbox"/> DSQ, encadrement	<input type="checkbox"/> Invités ponctuels selon l'avancement du travail <input type="checkbox"/> Service de communication <input type="checkbox"/> Système d'information
<b>Matériel</b>	<input type="checkbox"/> informatique	
<b>Locaux</b>	<input type="checkbox"/> Salle de réunion	

## Evaluation :

Processus	Résultat
Audit ou enquête pour évaluer l'outil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation, compréhension du document,</li> <li>• Impact sur la participation des agents aux instances, comité, groupe de travail.... (Moyen et long terme)</li> </ul> QCM (acquisition de connaissances)	<input type="checkbox"/> Annuaire prenant en compte description des groupes, membres, fonctionnement, éligibilité <input type="checkbox"/> Outil managérial <input type="checkbox"/> Amélioration de la communication et connaissance des groupes <input type="checkbox"/> Amélioration de la participation institutionnelle

## Indicateurs :

Résultat des audits ou enquêtes  
 Résultat des QCM  
 Evolution résultats entre 2022 et 2024

## Points de vigilance : Mise à jour

Accessibilité aisée  
 Lien avec le « R public » ou nouvelle

# PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

# INTRODUCTION

Le Projet Qualité et Gestion des Risques 2020-2024 impacte l'ensemble des volets du Projet d'Etablissement.

Si le Projet d'Etablissement précédent a permis de promouvoir la démarche Qualité, la culture d'évaluation et d'initier la Gestion des Risques, le Projet 2020-2024 devra permettre une optimisation des outils et méthodes de sécurisation des soins ainsi que leur décentralisation au sein des pôles d'activité visant une appropriation de terrain par les professionnels et une efficacité des actions qualité menées au sein de l'établissement.

Un questionnement et une modernisation des outils et méthodologies Qualité mis en œuvre, constituera une première étape dans l'atteinte de nos objectifs.

L'affirmation de l'organigramme établissant les interfaces entre les différents acteurs ainsi que du rôle des référents Qualité dans chaque pôle d'activité médicale et non médicale assurera leur ancrage dans la culture d'établissement.

La politique Qualité et Gestion des Risques « ciblera » plus particulièrement :

1. L'optimisation et la sécurisation des outils qualité et Gestion des risques : gestion documentaire, analyse et traitement des événements indésirables, modernisation du système d'informations qualité et gestion des risques
2. Le développement et la pérennisation de la démarche de gestion des risques associés aux soins : homogénéisation et actualisation des cartographies des risques, renforcement du processus de gestion de crise
3. Développement du suivi des actions correctives et préventives et évaluation de leur efficacité
4. Poursuite de la décentralisation de la démarche Qualité dans tous les secteurs d'activité de l'établissement : activités de soins et activités dites de « support »
5. Adapter la démarche qualité aux nouvelles organisations et aux évolutions du système de santé : manuel de certification V2020, GHT

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Comme évoqué en introduction, le Projet d'Etablissement précédent a permis de développer la démarche Qualité, la culture d'évaluation et d'initier la Gestion des Risques. Le nouveau projet qualité a pour objet le développement de l'efficacité de la démarche et des actions engagées.

Dans ce contexte, l'optimisation et la sécurisation des outils mis en œuvre constitue un prérequis indispensable. Par ailleurs, cette action s'inscrit dans le cadre des pistes de progrès relevés lors de la visite de certification de juin 2019.

## Objectif spécifique 1.1. Sécurisation et efficacité du système de gestion documentaire



### Action 1.1.1 : Sécurisation du protocole de validation : nouvelles trames avec cartouches et sigles de contrôle

Le processus de validation des documents institutionnels devra permettre de sécuriser la modification et d'identifier :

- Un rédacteur compétent sur le domaine d'activité qui rédige ou supervise la rédaction du document.
- Le validateur qui donne son accord sur le contenu du document, valide l'adéquation des moyens nécessaires à son application et sa cohérence avec les autres documents et référentiels en vigueur.

Lors d'une émission initiale, ce processus sera renforcé par l'accord d'un relecteur vis-à-vis du contenu du document et sa cohérence dans les secteurs concernés (clarté, compréhension, applicabilité).

L'apposition d'un sigle de contrôle par la cellule qualité permettra d'attester de la réalisation de ces différentes étapes et du recueil des signatures originales.

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

## Action 1.1.2 : Mise en place d'une révision documentaire spécifique

Si un grand nombre de protocoles/procédures ont fait l'objet d'une actualisation récente (moins de 4 ans), d'autres documents validés depuis plus de 5 ans, sont présents dans la base documentaire. Une périodicité minimale de révision sera précisée dans la procédure de gestion documentaire interne et un retro planning de révision sera déployé. L'objectif de cette action sera de garantir la mise à disposition de documents institutionnels actualisés au regard des organisations et prenant en compte les dernières recommandations.

## Action 1.1.3 : Définition de règles de classement

Une révision globale de la procédure de gestion documentaire interne permettra de clarifier et de définir de nouvelles règles d'indexation et de classement réseau. Ces dernières s'appuieront sur une liste de référentiels actualisés ayant pour objectif de répartir les différentes catégories de documents par thématique

## Action 1.1.4 : Optimisation de la sécurité réseau

A l'issue de la mise en œuvre des nouvelles règles de classement, les versions modifiables des documents qualité seront délocalisée sous un répertoire réseau accessible aux seuls utilisateurs habilités à la révision documentaire. Cette action constituera une première étape d'amélioration de la sécurisation des documents qualité institutionnels qui devra à terme pouvoir s'appuyer sur un outil logiciel dédié, seul garant d'une sécurisation complète du système documentaire.

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

## Objectif spécifique 1.2. Mise en conformité et renforcement du système de déclaration et de traitement des événements indésirables



### Action 1.2.1 : Mise en conformité et renforcement du système de déclaration et de traitement des événements indésirables

Une révision globale de la procédure interne de signalement et gestion des événements indésirables permettra :

- La révision de l'échelle de cotation de risques institutionnelle
- Son intégration au niveau de chaque fiche de déclaration d'événement indésirable
- L'application systématique de cette cotation et son analyse par la cellule qualité

Cette action permettra d'optimiser le processus interne de gestion des événements indésirables.

### Action 1.2.2 : Création d'une cellule de revue périodique des EIG

La COVIRIS (Coordination des Vigilances sanitaires et des Risques) se réunit tous les 2 mois pour procéder à l'étude et au suivi des événements indésirables à partir de l'enregistrement des signalements. Elle assure :

- Le suivi des événements indésirables
- Identifie les risques prioritaires
- Se prononce sur les actions ou investigations à mener



# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

La création d'une revue périodique spécifique permettra de renforcer le suivi des Evénements Indésirables Graves (EIG) et de préparer les éléments de discussion à évoquer en COVIRIS. La cellule qualité sera chargée de :

- Réaliser une revue des EI de gravité supérieure ou égale à 3 déclarés depuis la dernière COVIRIS
- Ajuster si nécessaire la cotation de ces EI au regard de l'échelle institutionnelle et en fonction du contexte et/ou du cadre de référence (institutionnel, pôle, unité de soins...)
- Sélectionner les événements nécessitant une analyse approfondie par REX ou RMM

L'objectif de ce nouveau dispositif sera d'assurer davantage de réactivité et de pertinence des actions définie au regard des EIG et de dégager le temps nécessaire à l'analyse du suivi des EI et de l'évolution des tableaux de bord en COVIRIS.

## Action 1.2.3 : Modernisation et adaptation des outils d'analyse de causes profondes

L'échelle de cotation appliquée à chaque signalement d'évènement indésirable constituera un outil de décision du déclenchement des analyses de causes profondes dans le cadre des Evénements Indésirables Graves (EIG). Ce processus sera inscrit dans une nouvelle charte institutionnelle d'analyse des causes qui détaillera :

Les REX (Retours d'Expérience) permettront une analyse collective, rétrospective et systémique des évènements indésirables associés aux soins sans conséquences graves pour le patient. Ils seront déclenchés :

- Sur proposition de la cellule qualité
- Dans le cas d'un EI de gravité supérieure ou égale à 3 ou pour tout autre EI le nécessitant Les REX seront déployés au moyen d'une grille d'analyse basée sur la méthode ORION©.

Les RMM (Revue de Mortalité et de Morbidité) permettront quant à elles une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui a ou aurait pu causer un dommage au patient.

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Elles seront déclenchées :

De manière systématique dans le cas d'un EI de gravité supérieure ou égale à 4 ou pour tout autre EI le nécessitant.

Les RMM seront déployés au moyen d'une grille d'analyse basée sur la méthode ALARM©.

Concernant les chutes, toute chute dont la cotation est supérieure à 8 continuera à faire l'objet d'une analyse des causes. L'analyse pourra être décentralisée au sein des pôles, sous la responsabilité du référent qualité, au moyen de la grille d'analyse REX basée sur la méthode ORION©.

•

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

## Objectif spécifique 1.3. Acquisition d'un outil informatisé spécifique qualité / gestion des risques



L'acquisition d'un outil informatique permettra de moderniser et de sécuriser le système d'information qualité et gestion des risques ainsi que d'intégrer des fonctionnalités collaboratives dans la plupart des activités menées :

### Action 1.3.1 : La gestion documentaire

- Sécurisation des données et notamment des fichiers source
- Gestion automatisée de la ~~révision documentaire~~ ~~avec~~ systèmes d'alerte
- Sécurisation du circuit de validation / révision des documents Optimisation du système de diffusion / prise de connaissance

### Action 1.3.2 : La gestion des événements indésirables

- Lisibilité des déclarations et simplification du système d'exploitation des données
- Optimisation du système de diffusion / prise de connaissance / traitement des événements indésirables.

### Action 1.3.3 : Le traitement des données et le suivi d'indicateurs

- Fiabilisation du système d'exploitation des données
- Gestion automatisée de la mise à jour des indicateurs avec systèmes d'alerte

### Action 1.3.4 : L'analyse de risques

- Informatisation des cartographies de processus et mise en lien avec les cartographies de risques Liens fonctionnels avec les plans d'action

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES OUTILS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

## Action 1.3.5 : Le suivi et l'évaluation des actions qualité

- Optimisation du système de diffusion / prise de connaissance / traitement des actions correctrices et préventives

Mise à jour automatisée des plans d'action.

## Action 1.3.6 L'analyse de risques

- Simplification des saisies, réduction des risques liés aux retranscriptions
- Sécurisation des données / sauvegarde des saisies
- Optimisation et sécurisation de l'extraction de données
- Personnalisation / mise en valeur des résultats

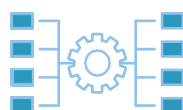
## DEVELOPPER ET PERENNISE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

La COVIRIS (coordination des vigilances et des risques) de l'EPSAN a initié en 2011 l'élaboration des cartographies des risques associés aux soins. Les principaux domaines de risques et les responsabilités associées ont ainsi été identifiés au regard de chaque processus permettant d'alimenter le compte-qualité de l'établissement.

Ce travail doit s'affiner et s'étendre à toutes les activités de l'établissement selon une méthodologie rigoureuse afin d'aboutir à une cartographie des risques résiduels, tenus sous contrôle par les responsables désignés.

Au regard des événements sanitaires de 2020, une attention particulière devra également être portée sur le processus de gestion de crise de l'établissement afin de capitaliser les expériences et de renforcer les dispositifs institutionnels.

### Objectif spécifique 2.1. Constituer un socle de cartographies de processus



#### Action 2.1.1 : Réaliser les cartographies des processus principaux : soins, parcours patient...

La réalisation de l'ensemble des cartographies des processus principaux de l'établissement est un préalable au développement de la démarche d'évaluation des risques. En effet, un constat posé lors de la visite de certification de juin 2019 met en évidence que les cartographies de risques de l'établissement reposent principalement sur l'analyse des risques a posteriori. La description de chaque processus permettra de :

- Réaliser une analyse a priori d'identifier les principaux points critiques
- Objectiver clairement les sources des risques identifiés
- Définir les éléments de maîtrise, les mesures barrière
- Identifier les actions à entreprendre

OBJECTIF  
N° 2

## DEVELOPPER ET PERENNISER LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

**Action 2.1.2 : Réaliser les cartographies des processus support (achats, restauration, facturation, travaux, etc.)**

La formalisation des cartographies représentatives des processus support permettra d'identifier des risques propres à ces organisations et d'enrichir la démarche qualité gestion des risques de l'établissement.

# DEVELOPPER ET PERENNISER LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

## Objectif spécifique 2.2. Cartographier les risques associés aux soins



### Action 2.2.1 : Réaliser/actualiser/uniformiser les cartographies des risques des processus principaux

La poursuite de la réalisation des cartographies des risques est une des actions d'amélioration portées au compte-qualité de l'établissement. Certaines des cartographies formalisées pour la dernière visite de certification doivent être réactualisées (ex : hospitalisation sans consentement). D'autres domaines et n'ont pas encore bénéficié d'une approche par analyse des risques a priori (ex : thématiques "droits du patient"...).

### Action 2.2.2 : Développer la gestion des risques a priori dans tous les champs d'activité de l'établissement

A l'instar de la démarche Qualité, la Gestion des Risques doit être développée dans tous les champs d'activités de l'établissement. Les processus indirectement liés aux soins doivent être décrits et analysés en termes de risques afin de participer à la définition des plans d'actions.

### Action 2.2.3 : Identifier les risques à priori liés à la réorganisation des activités sur le site de Brumath : PDI

Au niveau de l'organisation des soins, l'émergence de deux sites distincts de prise en charge nécessite une analyse de part et d'autre des risques liés à cette évolution structurelle majeure.

# DEVELOPPER ET PERENNISER LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

## Objectif spécifique 2.3. Renforcer le processus de gestion de crise dans l'établissement



### Action 2.3.1 : Mise en application du « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles » 2019

Notre pays a été, ces dernières années, durement touché par des actes terroristes ou des catastrophes de nature variée (accidents, évènements climatiques, risques infectieux, industriels...). Une réponse efficace des établissements de santé face à ces situations exceptionnelles nécessite d'être préparée et évaluée. Le « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations.



## SUIVI DES ACTIONS CORRECTRICES ET PRÉVENTIVES ET ÉVALUATION DE LEUR EFFICIENCE

Sanitaires exceptionnelles » 2019 réactualise et remplace le guide « plan blanc et gestion de crise » de 2006. Il impulse une nouvelle dynamique de la gestion des crises sanitaires en intégrant l'évolution de la nature des risques et des menaces et les enseignements tirés des crises ou événements rencontrés ces dernières années (attentats de 2015, 2016, 2018, Ebola, MERS-Cov, Chikungunya, Zika...).

La conduite d'un RETEX concernant les événements sanitaires de 2020 permettra d'initier la mise en application de ce guide, tout en participant au développement de notre culture de l'exercice et du retour d'expérience. Ce déploiement aura pour objectif final de renforcer le dispositif institutionnel de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Il pourra être complété par la mise en œuvre d'actions en lien avec la parution de recommandations à venir.

### Action 2.3.2 : Définir un mode de fonctionnement unique des cellules de crise, indépendant de la typologie du risque : épidémiologique, sanitaire, social, terroriste...

Au-delà des risques extrinsèques, tout établissement de santé peut être confronté à de multiples crises survenant au sein même de sa structure. Aussi, l'établissement doit disposer d'un plan de gestion de crise, intégré dans sa gouvernance. Si cette organisation interne doit prendre en compte l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confronté, elle doit également se structurer et garantir un mode de fonctionnement unique garantissant sa réactivité, son efficacité et sa reproductibilité.

### Action 2.3.3 : Actualiser le Plan Blanc

L'activation du plan blanc correspond à un second niveau de gestion des situations exceptionnelles, avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Il doit permettre la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (tant humaines que logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par la cellule de crise structurée.

Le plan blanc de l'établissement a été modifié à plusieurs reprises depuis sa création en 2006. Il devra faire l'objet d'une révision globale dans le cadre actualisé de gestion de crise, en cohérence avec les procédures de mobilisation des ressources sanitaires locales, régionales et nationales.

## SUIVI DES ACTIONS CORRECTRICES ET PRÉVENTIVES ET ÉVALUATION DE LEUR EFFICIENCE

Le nouveau projet qualité a pour objet le développement d'une culture d'efficience de la démarche et de réévaluation des actions engagées. Dans ce contexte, les actions qualité doivent être implantées selon une méthodologie rigoureuse et être accompagnées d'un système de suivi de leur efficacité.

Pour atteindre cet objectif, et assurer la motivation des différents acteurs engagés, la conduite d'actions sera conditionnée par :

- une définition des sources d'actions potentielles et de leurs modalités de recensement
- une définition claire des responsabilités des outils de suivi communs et harmonisés

# SUIVI DES ACTIONS CORRECTRICES ET PRÉVENTIVES ET ÉVALUATION DE LEUR EFFICIENCE

## Objectif spécifique 3.1. Répertorier les sources d'actions et définir les supports de suivi associés



L'établissement met en œuvre des actions intégrées au programme qualité institutionnel (PAQSS) sur la base de diverses évaluations et suivis d'indicateurs :

- Analyse des risques a priori
- Gestion des évènements indésirables
- Analyses de causes réalisées en RMM, CREX, REMED Indicateurs
- Réunions (Groupes de travail, Encadrement, etc.) Audits (EPP, patients traceurs...)

La définition des supports d'enregistrement des actions issues de ces différentes sources permettra de garantir leur suivi et de faciliter la définition des responsabilités au niveau opérationnel (pôle) et au niveau stratégique (direction).

## Objectif spécifique 3.2. Développer le dispositif de mise en œuvre et suivi des actions correctrices et permettre son appropriation à l'échelle des pôles



### Action 3.2.1 : Mettre un outil PAQSS de pôle évolutif sur le modèle du PAQSS institutionnel à disposition

Le suivi des différents plans d'actions des pôles cliniques a été rendu possible par la création de Programmes d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de pôle en 2019.

Les PAQSS de pôle nécessitent aujourd'hui d'être adaptés afin de constituer de véritables vecteurs de mobilisation autour des thématiques d'amélioration continue de la qualité et du pilotage des pôles.

Une adaptation de l'outil sera nécessaire afin d'en garantir l'évolutivité et son harmonisation avec le PAQSS institutionnel. Les actions d'amélioration issues des actions qualité menées au niveau des pôles pourront ainsi être formalisées de manière systématique dans les PAQSS, garantissant une meilleure efficacité du suivi.

### Action 3.2.2 : Accompagner les référents qualité par pôle et leur proposer un soutien méthodologique dans le suivi des actions

L'évolution des PAQSS de pôle permettra d'optimiser l'organisation initiée en 2019 et de renforcer la gestion des actions par les référents qualité par pôle.

Les référents qualité doivent en devenir les acteurs et en développer l'appropriation avec le soutien de la cellule qualité.

Le suivi des actions sera dans un premier temps accompagné par la cellule qualité afin de produire un soutien méthodologique et de conduire à réexaminer les actions, les risques et déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

OBJECTIF  
N° 3

## SUIVI DES ACTIONS CORRECTRICES ET PRÉVENTIVES ET ÉVALUATION DE LEUR EFFICIENCE

L'établissement doit mettre en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. Le précédent projet qualité a ainsi affirmé la nécessité de redéfinir l'organigramme du management de la qualité et de la gestion des risques, en mettant en place des référents qualité dans chacun des pôles d'activité afin de créer un réseau organisé et opérationnel. Cette réorganisation doit être poursuivie et renforcée pour permettre une véritable décentralisation de la démarche d'amélioration continue.

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

### Objectif spécifique 4.1. Accompagner la décentralisation de la politique Qualité au sein des différents secteurs d'activités (soins et hors soins)



Les conditions de réussite de la mise en place des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé se fondent sur la connaissance et l'appropriation des principes, des méthodes et des outils de la qualité. Une mobilisation et une vision partagée des professionnels autour des démarches qualité ne peuvent être obtenues que par une participation réelle, faisant appel à la responsabilité et à l'autonomie des acteurs.

La clarification et le partage de cette vision ancre la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien. Elle permet également de préciser les missions transversales de certains professionnels et d'officialiser le temps consacré aux actions qualité.

#### Action 4.1.1 : Renforcer les missions des référents qualité par pôle ou secteur d'activité

Depuis le 1er janvier 2011, des référents qualité, acteurs du projet qualité de l'établissement, ont été désignés au sein de chaque pôle avec pour mission principale de structurer et ancrer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien.

Si leur appropriation des programmes qualité et gestion des risques des pôles peut constituer un vecteur de mobilisation autour des thématiques de l'amélioration continue de la qualité, certaines missions des référents qualité restent à développer afin de permettre un certain décloisonnement, de favoriser la circulation de l'information et ainsi optimiser les organisations :

- Appliquer la démarche Qualité institutionnelle au niveau du pôle d'activité ; coordonner et maîtriser la mise en place des méthodes et des outils de la Qualité ;
- Animer la démarche Qualité et mobiliser les professionnels de terrain autour des projets Qualité ;
- Suivre le résultat des indicateurs propres au pôle constituer des interlocuteurs privilégiés de la COVIRIS.

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

### Action 4.1.2 : Redéfinir la stratégie de pilotage de la démarche qualité et réaffirmation du rôle des pilotes de processus

Afin de permettre une véritable décentralisation de la démarche d'amélioration continue, la réorganisation de l'organigramme du management de la qualité et de la gestion des risques devra également intégrer une redéfinition du pilotage stratégique des processus et des responsabilités des différents acteurs dans le suivi des actions :

- Mise en œuvre opérationnelle des actions : Responsable de l'activité / Pilotes processus
- Suivi des PAQSS de pôle : Cadre de pôle/Chef de pôle
- Suivi du PAQSS institutionnel / Compte qualité : Cellule qualité / Direction des soins / Direction générale

### Action 4.1.3 : Déployer les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité au sein des structures médico-sociales

Le déploiement d'une démarche d'amélioration de la qualité dans les structures médico-sociales revêt un enjeu important au regard des situations d'interventions professionnelles et de la vulnérabilité des personnes bénéficiant des prestations.

L'amélioration de la qualité repose sur des évaluations continues et structurées. Elles sont centrées sur les usagers, sur la pertinence et le sens de l'action collective au regard de besoins identifiés et fondées sur une approche adossée à des outils spécifiques et adaptés (guides ANESM\*).

Les démarches d'évaluation sont autant d'occasion d'éprouver les organisations déjà en place, mais aussi d'expliquer, de partager et de confronter les valeurs portées par une structure au regard de celles auxquelles chaque professionnel adhère individuellement.

La disponibilité d'un espace permettant d'intégrer la réflexion éthique dans la pratique est indispensable.

Ce partage alimente ainsi le socle des « fondamentaux » au bénéfice de la personne accompagnée.

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

Par ailleurs, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, institue le principe d'une évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312- 1 du CASF.

Ce niveau d'évaluation interne doit contribuer à adapter les réponses aux besoins des personnes accompagnées et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité. Des enjeux communs aux structures médico-sociales tels que la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, la protection et la prévention des risques liés aux situations de vulnérabilité, l'effectivité des droits, la personnalisation de l'accompagnement sont investigués lors de ces évaluations.

Le dispositif d'évaluation interne est complété par des évaluations externes qui permettront d'apprécier les modalités de déploiement de l'évaluation interne et de conforter ainsi les structures médico-sociales dans l'amélioration de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

\* L'ANESM a mis à disposition des équipes des structures médico-sociales un certain nombre de recommandations sur des thèmes prévalent dans ces structures :

- La bientraitance ;
- Le questionnement éthique ;
- Les missions du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ;
- L'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service ;
- La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ;
- L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement ;
- La qualité de vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ; les attentes de la personne et le projet personnalisé.

L'évaluation externe est prévue en 2021.



# POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

## Objectif spécifique 4.2. Favoriser l'utilisation et l'appropriation des outils de mesure de la Qualité



### Action 4.2.1 : Renforcer et améliorer la politique de retours d'expériences au bénéfice de l'ensemble de l'établissement

Le retour d'expérience (REX) est une démarche d'analyse a posteriori de la gestion d'un événement fondé sur l'analyse des informations collectées dans les aspects technique, organisationnel, humain.

Le REX a pour objectif de tirer les enseignements positifs et négatifs d'un événement afin de promouvoir les recommandations nécessaires.

Ainsi, par la capitalisation de l'expérience, le REX constitue un outil d'apprentissage.

La COVIRIS de l'EPSAN a initié les démarches d'analyses de causes sous diverses approches : RMM (revue de mortalité morbidité), REMED (revue des erreurs médicamenteuses...). Des présentations régulières sont réalisées lors des réunions de la COVIRIS et des consignes d'application sont émises.

Cependant, l'information aux personnels de l'établissement doit être restructurée et complétée afin de servir efficacement à l'enrichissement mutuel des connaissances et dans une perspective de prévention des risques et d'amélioration des réponses de tous. Cet objectif pourra notamment être rendu possible par la modernisation des outils d'analyse de causes profondes (§1.2.3) couplée au renforcement des missions des référents qualité par pôle (§4.1.1).

### Action 4.2.2 : Mettre en place une équipe d'auditeurs internes

L'audit interne se positionne aujourd'hui de manière claire dans le système du management de la Qualité et de la sécurité des soins.

L'audit se définit comme une activité indépendante et objective, allant au-delà de la simple vérification de conformité en proposant des recommandations, après analyse par les professionnels concernés, et contribuer à créer de la valeur ajoutée aux organisations et aux pratiques.

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

Des audits internes ont été menés à l'EPSAN principalement par l'équipe opérationnelle d'hygiène et

/ou le service qualité et gestion des risques ; des professionnels ont été associés et impliqués dans ces démarches selon le thème traité.

Cependant, une véritable culture de l'audit interne doit être structurée et déployée sur toutes les activités de l'établissement : activités de soins, hygiène, activités supports (logistique, technique, finances, ressources humaines, ...)

Par ailleurs, ces audits gagneront à être professionnalisés par la création d'une équipe d'auditeurs formés. Ceux-ci devront bénéficier d'une formation spécifique car la nécessaire relation de confiance qui doit s'établir entre l'audité et l'auditeur passe par le savoir-faire de l'auditeur, en particulier sa déontologie et son attitude empathique.

### Objectif spécifique 4.3. Continuer de promouvoir et renforcer la culture qualité



Il existe plusieurs définitions de la culture de sécurité. Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) est la suivante :

« La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ».

Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

La sécurité des patients est un enjeu d'équipe mobilisant à la fois les compétences de chacun et les capacités d'appropriation collective.

Avec le précédent projet qualité, l'EPSAN a renforcé le développement d'une culture partagée de la sécurité des soins, avec comme fondement éthique le « primum non nocere ». Le fondement de cette culture est l'intégration par l'ensemble des professionnels des principes de base de la gestion des risques, et ceux nécessaires de responsabilisation et de transparence.

Cette dynamique doit se poursuivre afin d'entretenir la culture qualité développée au sein de l'établissement. Pour se faire, il est essentiel que les professionnels continuent de disposer d'informations régulières et de formations adaptées à leurs besoins en terme notamment de :

- Exigences réglementaires (lois, certification, ...) ;
- Politique institutionnelle (projet d'établissement, CPOM, programme d'amélioration continue de la Qualité et de la sécurité des soins, ...) ;
- Concepts, méthodes et outils de la Qualité ;
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) Gestion des Risques associés aux soins ;
- Approche positive de l'erreur et analyse des causes ;
- Utilisation des indicateurs nationaux Qualité et de lutte contre les infections associées aux soins.

### Objectif spécifique 4.4. Continuer de promouvoir le respect du droit du patient



La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade.

Elle appuie, par ailleurs, l'obligation de respect des libertés individuelles.

La loi HPST "Hôpital-patients-santé-territoires" n°2009-879 du 21 juillet 2009 renforce ces principes en plaçant le patient au cœur du système de santé.

OBJECTIF  
N° 4

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

### Action 4.4.1 : Promouvoir la connaissance et l'application des droits du patient dans tous les domaines de l'activité

Les droits du patient sont une priorité pour l'établissement dans le cadre de l'amélioration continue de leur activité de prise en charge et une préoccupation quotidienne pour tous les professionnels de santé.

A ce titre, la défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade (au sens large) sont des valeurs fondamentales inscrites dans le projet d'établissement de l'EPSAN. Des efforts permanents doivent être menés pour rendre ces droits plus lisibles et accessibles à chacun.

### Action 4.4.2 : Améliorer l'information délivrée au patient en lien avec ses droits

La loi du 4 mars 2002 consacre dans le chapitre premier, sous le titre "Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté" le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. L'exigence légitime et grandissante d'information, de transparence et de participation des usagers est largement à l'origine des priorités de la politique qualité de notre établissement.

Au regard de leur domaine de compétence, les professionnels de santé sont tenus d'informer clairement le patient sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.

De son côté, le patient communique aux professionnels toutes les informations nécessaires à sa prise en charge.

La prise en compte de ces attentes nous incite à développer les pratiques actuelles en matière :

- d'information du patient et de son entourage (selon une étude de l'institut BVA, 51% des Français ne sont pas au courant que des droits existent en leur faveur au sein du système de santé)
- De formation des professionnels sur les droits du patient
- D'approche et de discours concerté au sein de l'établissement sur les droits mais également leurs éventuelles adaptations à l'exercice notamment en psychiatrie

## POURSUITE DE LA DECENTRALISATION DE LA DEMARCHE DANS TOUS LES SECTEURS D'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

### Action 4.4.3 : Développement de la politique de bientraitance de l'établissement

La bientraitance est au cœur des politiques publiques et des dispositifs d'évaluation. La démarche de bientraitance permet aux professionnels de relever le défi de concilier qualité des soins, préservation d'une vie sociale et respect des droits du patient. La bientraitance est centrée sur une approche respectueuse et humaine et sur la reconnaissance des besoins des patients et des résidents. Véritable levier de la prévention des risques, elle permet de rendre plus concrète et effective la mise en œuvre des droits des patients. Le respect des droits des patients est également une dimension essentielle de la qualité des soins.

A l'EPSAN, le groupe « Bientraitance » a élaboré une cartographie des risques de maltraitance en 2016. Cette analyse a permis aux équipes d'avoir une meilleure prise de conscience du phénomène de maltraitance ordinaire qu'elle soit "passive" ou "institutionnelle" par une réflexion collective autour de situations vécues. Par ailleurs, elle a montré l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour assurer le respect des droits des patients. La réactivation du groupe « Bientraitance » et l'actualisation de la cartographie des risques associés permettra de maintenir cette dynamique et de définir de nouveaux axes de travail.

La procédure de certification de la HAS est en constante évolution depuis 1999. Elle s'adapte en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, les résultats des certifications sont devenus un élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

La future V2020 de la procédure de certification a été pensée et développée pour permettre une certification plus efficiente, qui « investigate d'avantage ce qui est important pour le patient en matière de qualité des soins ».

Enfin, la restructuration de l'offre de soins à l'échelle des GHT a également vu émerger une démarche qualité de territoire dans laquelle la démarche qualité institutionnelle doit continuer à se construire.

# ADAPTER LA DEMARCHE QUALITE AUX NOUVELLES ORGANISATIONS ET EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE

## Objectif spécifique 5.1. Répondre aux attendus du nouveau manuel de certification V2020



L'objectif est de progresser dans une meilleure contextualisation de la démarche de certification, en aval de la dernière visite (juin 2019) et en amont de la prochaine visite : En intégrant les nouvelles exigences de la HAS dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques:

- Engagement du patient
  - Culture de la pertinence et du résultat
  - Développement du travail en équipe moteur d'amélioration des pratiquesL'adaptation aux évolutions du système de santé
- En poursuivant le déploiement de leurs applications au quotidien ;
- En mobilisation et en impliquant de manière directe tous les professionnels de l'établissement.

### Action 5.1.1 : Mettre en place des formations dédiées

Des formations dédiées à l'appropriation de ce nouveau référentiel devront être mises en place dès sa diffusion dans un souci de :

- Communiquer les changements induits par la nouvelle procédure de certification V2020 et ses enjeux
- Préparer les équipes aux nouvelles méthodes de visite

### Action 5.1.2 : Moderniser les méthodes d'évaluation : traceurs

La nouvelle certification ambitionne d'impliquer encore davantage le patient. La HAS consacrera une partie importante de la visite de certification aux patient-traceurs. Le recours aux patients traceurs sera démultiplié et une évaluation par « traceur système » sera introduite pour évaluer les processus.

# ADAPTER LA DÉMARCHE QUALITÉ AUX NOUVELLES ORGANISATIONS ET ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

## Action 5.1.3 : Développer une culture de la pertinence et du résultat

La V2020 verra évoluer ses méthodes d'évaluation pour passer d'une culture de moyens à une culture du résultat. Ce changement se traduira notamment par le passage d'une méthode d'audit de processus à « l'audit système », d'avantage orienté vers l'évaluation de la valeur ajoutée produite que vers l'évaluation de la structure elle-même.

## Objectif spécifique 5.2. Poursuivre l'engagement qualité l'échelle du GHT



Les résultats de la visite de certification synchronisée de 3 établissements de santé du Grand Est en 2019 encourage la poursuite de la dynamique initiée de déclinaison des démarches qualité à l'échelle du GHT avec plusieurs objectifs :

### Action 5.2.1 : Favoriser le partage méthodologique

- Poursuivre le partage documentaire et méthodologique concernant la thématique du circuit du médicament Privilégier la convergence méthodologique et le partage d'outils dans le cadre du GHT (ex : partage méthodologique concernant les PAQSS, les cartographies...).
- Développer l'harmonisation des gestions documentaires dans le sens de disposer de documents communs à l'échelle du GHT

### Action 5.2.2 : Participer à des évaluations inter-établissements

- Encourager les actions d'évaluation des risques inter-établissement (CREX, EPP communes, évaluation de l'administration des médicaments...)
- Mettre en œuvre des évaluations patient traceurs à l'échelle du GHT

# ADAPTER LA DÉMARCHE QUALITÉ AUX NOUVELLES ORGANISATIONS ET ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

## Objectif spécifique 5.3. S'inscrire dans la convergence du Système d'Information



Conformément à loi de santé du 26 janvier 2016 les établissements de santé doivent faire évoluer leurs systèmes d'information dans le cadre de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire. Il s'agit de construire un « SI convergent » s'appuyant sur un schéma directeur du système d'information du GHT.

Dans l'objectif de faciliter l'utilisation des outils par les professionnels de santé mais également d'améliorer la prise en charge du patient tout en respectant la logique de parcours de soins, le SIH convergent doit respecter certaines caractéristiques, dont la mise en place d'un Dossier Patient Interopérable.

### Action 5.3.1 : Mise en place d'un Dossier Patient convergent spécifique à la psychiatrie

- Définir une gouvernance « Dossier Patient Informatisé » (DPI) commune à l'EPSAN et au Centre Hospitalier d'Erstein(CH)
- Se doter d'un DPI Cariatides V8 commun au niveau des référentiels et des profils
- Etablir un guide d'utilisation commun aux 2 établissements

## Objectif spécifique 5.4. S'inscrire dans le virage numérique en santé



L'Espace Numérique de Santé est un engagement de Ma Santé 2022. Il est inscrit dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, selon lequel : « afin de promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé, un Espace Numérique de Santé est mis à sa disposition, dans un domaine sécurisé, lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ».

Le programme HOP'EN pour « hôpital numérique ouvert sur son environnement » constitue la feuille de route nationale des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans.



## ADAPTER LA DÉMARCHE QUALITÉ AUX NOUVELLES ORGANISATIONS ET ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Ce programme poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur virage numérique et leur modernisation. Il porte de nouvelles ambitions pour promouvoir et sécuriser les échanges entre l'hôpital, ses partenaires et ses usagers, avec pour objectif de remettre le patient au cœur du soin et de décroiser les prises en charge. Il fixe des objectifs pour que l'ensemble des établissements de santé intègre les référentiels et services numériques socles de la e-santé, en mettant le numérique au service des usages.

Ce programme s'appuie sur un ensemble de leviers et d'actions à destination de l'ensemble de la communauté e-santé dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour ce faire, il convient :

- D'atteindre les pré requis de HOP'EN
- De nommer un DPO
- De mettre en œuvre le RGPD

La mise en œuvre du RGPD au quotidien consiste à :

- S'informer :
- Rassembler la documentation juridique essentielle
- Organiser une veille sur les sujets touchant aux données personnelles

Se faire connaître :

- Être facilement joignable
- Élaborer un plan de communication interne
- Rencontrer les interlocuteurs internes et les directions qui devront vous aider dans vos missions

Accompagner son établissement dans la conformité au RGPD :

1. Cartographier les traitements de données
2. Prioriser les actions à mener
3. Gérer les risques
4. Organiser les procédures internes
5. Documenter la conformité

# PROJET SOCIAL

# INTRODUCTION

## Les trois axes du projet social

Le projet social 2020-2025 a pour mission de définir les objectifs généraux de la politique sociale de l'EPSAN. Il s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement définissant les orientations de l'établissement à l'horizon 2025. L'actualité réglementaire en 2020 relative aux lignes directrices de gestion rend incontournable l'infusion de ces principes dans la logique du projet social, particulièrement en matière de stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, notamment en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Un groupe de travail piloté par la DRH et composé de représentants du personnel, des services techniques, logistiques et administratifs, du service de formation et de la direction des soins a été constitué.

Ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises pour étudier le bilan du projet social 2014-2019 et travailler à l'élaboration des nouvelles orientations pour le projet social 2020-2025. Le groupe a initialement réfléchi autour d'un fil de 4 axes de réflexion, à savoir : qualité de vie au travail ; compétences et formation ; développement durable et politique d'attractivité (canevas en page suivante).

Après prise en compte des fiches-actions, 3 axes ont finalement été retenus afin d'assurer une cohérence globale du projet.

Le projet social 2020-2025 est constitué de 3 axes déclinés en 35 actions :

Axe 1 : Poursuivre la démarche d'amélioration de la QVT et renforcer l'attractivité

Axe 2 : Accompagner les parcours professionnels

Axe 3 : Développer le sens du service public et le sentiment commun d'appartenance

# POUR SUIVRE LA DÉMARCHÉ D'AMÉLIORATION DE LA QVT ET RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ

## 1.1. Piloter la QVT

### 1.1.1. Capitaliser sur l'organisation existante et les travaux engagés

La démarche de prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) déployée fin 2015 s'est substituée aux anciennes actions de formation « gestes et postures », au profit d'une culture de prévention globale ; connaître les risques de son métier, observer et analyser des situations de travail, participer à la maîtrise des risques en proposant des solutions d'amélioration des conditions de travail à son encadrement. Un COPIL QVT a été mis en place en 2017, il s'inscrit dans le paysage institutionnel. Sa composition est évolutive pour répondre aux spécificités du projet QVT. Les orientations à venir visent à renforcer cette politique institutionnelle en y intégrant davantage de subsidiarité. Un renforcement de l'équipe des formateurs PRAP est prévu, ainsi que le recrutement d'un psychologue du travail pour une durée déterminée à l'automne 2020, afin d'analyser les résultats bruts du questionnaire RPS et de poursuivre les travaux relatifs aux risques psycho-sociaux. L'EPSAN souhaite favoriser la démarche participative de résolution de problèmes, qui avait été testée positivement par l'encadrement lors de l'expérimentation avec l'ARACT en 2018.

Plus largement, la politique qualité de vie de travail est intimement liée à la question de l'attractivité, visant à garantir la meilleure adéquation des moyens en fonction des besoins et qui nécessite parfois de la créativité afin d'attirer des métiers dits « en tension ».

### 1.1.2. La santé au travail

L'EPSAN souhaite mieux anticiper et mieux accompagner les situations d'inaptitude ou à risque d'inaptitude. Les dispositifs de formation viennent au service de l'agent en situation d'inaptitude professionnelle afin de faire le deuil de leur métier passé et d'assurer une transition vers un nouvel avenir professionnel dans les meilleures conditions possibles. La problématique du reclassement ne relève donc pas de la seule formation continue, mais d'un accompagnement global impliquant plusieurs acteurs pluridisciplinaires : médecine du travail, direction des soins et DRH. Le travail collaboratif avec les différents acteurs sera renforcé afin d'être plus réactif sur des situations d'agents à risque d'inaptitude. Le comité de pilotage sera compétent sur les problématiques de handicap au travail, avec comme objectifs principaux, l'information et la sensibilisation autour des situations de handicap au travail et la mobilisation de ressources pour permettre le maintien dans l'emploi et l'insertion des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

# POUR SUIVRE LA DÉMARCHÉ D'AMÉLIORATION DE LA QVT ET RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ

## 1.1.3. Adapter les locaux aux nouvelles pratiques

De nouvelles pratiques professionnelles émergent dans le monde du travail ; l'établissement doit tenir compte de ces évolutions et adapter ses locaux. Chacune de ces évolutions fera l'objet d'une étude pour proposer la solution la plus adéquate aux nouveaux besoins.

### **Fiches actions de référence :**

Évaluation continue de la QVT (1.1.1.)

Intégrer et accompagner les situations de handicap (3.2.1.)

Organiser un accompagnement adapté dans le cadre du maintien ou du retour dans l'emploi (3.2.2.)

Améliorer le confort au travail (1.3.1.)

Favoriser le recrutement (4.1.1)

Créer les atouts que les autres n'ont pas (4.1.3.)

# POUR SUIVRE LA DÉMARCHÉ D'AMÉLIORATION DE LA QVT ET RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ

## 1.2. Développer de nouvelles organisations et méthodes de travail

### 1.2.1. Assurer l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle

L'EPSAN souhaite tirer parti de l'expérience issue de la crise sanitaire de 2020 en proposant aux agents une modalité de travail supplémentaire. La transformation numérique a un impact sur les formes, les conditions et l'organisation du travail et implique de nouveaux modes de fonctionnement. Le télétravail, en tant que demande portée par l'agent, vise avant tout à améliorer sa qualité de vie au travail en trouvant un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Pour le collectif de travail, le télétravail permet aux encadrants d'expérimenter une forme de management plus participative, centrée sur l'autonomie et la responsabilité de l'agent. Il permet aussi de tirer profit d'une plus grande motivation des agents découlant de la souplesse l'organisation du travail. En outre, le télétravail contribue à réduire l'absentéisme et les accidents de trajet. La mise en place d'un groupe de travail inter filières composé des partenaires sociaux, du service de santé au travail, de l'encadrement, d'agents ayant expérimenté le travail à distance pendant la crise sanitaire et de la DRH devra permettre la définition des conditions de mise en œuvre du télétravail.

Ce groupe de travail aura pour missions la définition des métiers et des missions pouvant être éligibles au télétravail ainsi que la rédaction d'une charte du télétravail afin de prévenir les risques professionnels liés à l'activité réalisée au domicile. Ce projet sera mené en étroite concertation avec la direction des systèmes d'information afin d'assurer la sécurité des systèmes d'information et de garantir la protection des données. L'EPSAN souhaite également élargir les possibilités de temps partiel afin que les agents puissent mieux aborder certaines transitions de vie ou projets personnels.

### 1.2.2. Optimiser la gestion des remplacements de courte durée

L'objectif de cette action est d'adapter le dispositif actuel de compensation de l'absentéisme de dernière minute afin de garantir les effectifs cibles au sein des services de soins. Le groupe qualité de vie au travail avait identifié des difficultés de remplacement au sein des unités dites « 3X15 », aujourd'hui UPIDECC, accueillant des patients avec des profils différents de la plupart des services de psychiatrie générale (patients avec troubles envahissants du développement, notamment). Les agents du même pôle se remplaçaient alors le plus souvent entre eux, ce qui constituait un risque. Par ailleurs, la gestion de l'absentéisme peut amener à une démotivation des cadres qui se détournent de leurs missions essentielles.

## POURSUIVRE LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QVT ET RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ

Le dispositif envisagé est basé sur le principe du volontariat et concerne tous les pôles. En cas d'absence imprévue de courte durée (moins de 48h), l'agent volontaire et inscrit sur la base de données pour remplacer un collègue absent dans un autre pôle, est alors contacté, et le remplacement effectué est alors rémunéré sur la base d'un panachage entre heures supplémentaires et heures de récupération. Il est prévu de digitaliser ce système de remplacement de dernière minute afin de permettre de mettre directement en lien les agents déclarant être disponibles avec les cadres étant en recherche d'un remplaçant pour leur service. Il reviendra ainsi aux agents de choisir s'ils sont disponibles ou non pour effectuer un remplacement, et les cadres n'auront en principe qu'à indiquer le lieu du besoin de remplacement.

### 1.2.3. Digitaliser les processus RH et simplifier la gestion administrative des personnels

En corollaire, un projet d'informatisation du temps de travail contribuera à des gains de temps sur l'ensemble du processus de comptabilisation du temps de travail : de l'agent qui pourra visualiser s'il le souhaite son planning à distance, du cadre qui gagnera du temps de saisie, à la RH. L'informatisation du processus permettra par exemple d'éviter les multiples saisies manuelles de variables de paye, ce qui présente un gain potentiel de temps et une réduction du risque d'erreurs.

D'autres processus RH seront étudiés et déployés le cas échéant afin d'en simplifier le traitement (gestion des congés, factures, signature électronique...).

#### **Fiches actions de référence :**

Améliorer l'organisation du travail (1.1.2.)

Elargir les possibilités de temps partiel (4.2.1.)

Permettre un équilibre vie privée vie professionnelle (4.3.2.)

Développer le télétravail (1.3.3.)

# ACCOMPAGNER LES PARCOURS PROFESSIONNELS

Dans un contexte d'évolution permanente, de réorganisation et pour faire face aux exigences croissantes de qualité, de sécurité, de réactivité qui s'imposent aujourd'hui, les établissements ont besoin d'opérer une gestion différente des ressources humaines davantage centrée sur une approche métier / compétences.

## 2.1. Détecter les potentiels et gérer les compétences

### 2.1.1. Elaborer et maintenir une cartographie des métiers et des compétences

La cartographie des métiers et des compétences constitue le socle de la mise en place d'une Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Elle permet à la fois d'identifier les compétences pour exercer les différents métiers, d'améliorer la mise en adéquation des parcours de formation des agents avec l'évolution de leur métier, d'anticiper les flux de départs à la retraite, les mobilités internes et de préparer l'établissement aux futurs enjeux liés aux nouvelles organisations à venir.

Le rôle de la DRH est de recenser et d'identifier les compétences, et accompagner le parcours professionnel de l'agent. Pour ce faire, la cartographie des métiers doit être mise à jour puis actualisée au gré des mobilités et des formations suivies par les agents. Un suivi régulier de ces outils (cartographie des métiers et fiches métiers) sera assuré par la DRH et par l'encadrement des pôles afin d'avoir la vision stratégique et anticipative adéquate.

Cette politique de GPMC repose sur l'articulation entre la formation, le recrutement, afin de définir les politiques adaptées pour les métiers sensibles en raison de leur technicité et/ou en tension de recrutement, et les métiers émergents. Arrivé à un stade de maturité suffisante, cette politique visera à croiser les compétences avec les postes disponibles, à participer à l'effort d'anticipation, et à assurer une veille sur les nouveaux métiers.

### 2.1.2. Rénover l'entretien professionnel

Le décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière instaure l'entretien professionnel en lieu et place de la notation. La généralisation de l'entretien professionnel pour les personnels non- médicaux doit être la règle, et ce pour toutes les catégories professionnelles. L'ensemble des collaborateurs doit être informé des procédures internes et l'encadrement formé à l'entretien professionnel et à l'utilisation de GESFORM évolution.

Pour ce qui est de l'entretien de formation, chaque agent doit également en bénéficier et avoir les outils pour préparer son entretien, en ayant accès aux formations institutionnelles et aux actions de formation développées par leur pôle. Il est envisagé une modification du calendrier de la campagne des entretiens professionnels et de formations, afin de mieux anticiper les besoins, de présenter aux instances le plan de formation plus tôt dans l'année, et de réserver des actions de formation dès le mois de janvier.



# ACCOMPAGNER LES PARCOURS PROFESSIONNELS

## 2.1.3. Accompagner les professionnels dans la progression, la mise à niveau et l'élargissement de leurs compétences

L'EPSAN proposera des formations d'adaptation à l'emploi pour les nouveaux arrivants (formations réglementaires) dans toutes les filières et travaillera les programmes avec les directions fonctionnelles.

La stratégie d'impulsion des projets de formation qualifiante, diplômes universitaires et masters sera poursuivie et intensifiée. Le métier de secrétaire médicale, assuré par des agents évoluant au grade d'adjoint administratif (ADA) ou d'assistant médico-administratif (AMA), fait partie des métiers en recomposition connaissant des évolutions. Il s'agit d'un métier essentiel au sein de l'hôpital et l'EPSAN propose une formation d'adaptation à l'emploi pour les agents ayant réussi le concours d'AMA ainsi qu'une formation continue pour les agents administratifs.

L'objectif est de renforcer le dispositif de formation existant, afin de s'assurer que les agents puissent en bénéficier. Différents axes sont à investiguer :

- Définir les modules obligatoires au regard des compétences à renforcer pour les agents en formation continue, sur base des retours des entretiens de formation ;
- Identifier un responsable pédagogique de la formation, au sein des secrétaires médicales ;
- Elaborer un calendrier fixe de formation (20 jours pour la formation d'adaptation à l'emploi) pour anticiper les plannings des secrétaires médicales ;
- Participer au cahier des charges dans le cadre du choix du prestataire.

Le compte personnel de formation est opérationnel. Une large communication sera menée afin d'informer les agents sur leurs droits et les modalités de financement des actions de formation.

### **Fiches actions de référence :**

Mettre en œuvre la réforme en cours (2.1.1.)

Former les évaluateurs (2.1.2.)

Mieux informer sur l'entretien annuel (2.1.3.)

# ACCOMPAGNER LES PARCOURS PROFESSIONNELS

## 2.2. Adapter l'offre de formation

### 2.2.1. Assurer une communication adéquate du référentiel de formation continue

Le référentiel de formation continue bénéficie d'une histoire longue au sein de l'établissement et a été considérablement enrichi au fil des années. Il constitue à ce jour le document de référence pour la Commission de formation mais reste peu consulté par les agents. Afin de faciliter l'accès à l'information, de nouveaux formats seront proposés (ex « flip book » ou folioscope en français). De nouveaux types de communication seront étudiés afin de proposer une lecture interactive du référentiel, l'objectif étant de faciliter l'utilisation de cet outil pour tous les acteurs. Si les formats traditionnels perdurent, les outils digitaux ouvrent la voie à de nouvelles opportunités. Ces nouveaux formats ont en commun l'objectif de développer l'implication des agents en les rendant acteurs de leur formation et donc de leur vie professionnelle.

### 2.2.2. Exploiter les nouveaux formats de formation

Développer les compétences des agents et accompagner les parcours professionnels passent par la promotion du développement professionnel. Pour ce faire, les dispositifs de formation continue et la communication autour des offres de formation doivent être renforcés et diversifiés. Le recours à de nouveaux supports tel que le MOOC, e-learning, simulation en santé et serious game, est encouragé pour les formations initiales et continues. De nombreuses formations proposées à l'EPSAN sont assurées en interne. Afin de renforcer la démarche qualité déjà engagée sur ces formations, différentes mesures seront prises, parmi lesquelles le recensement des formations effectuées, à fins d'information interne et afin de les valoriser, dans le cadre de l'agrément Qualiopi.

### 2.2.3. S'inscrire dans les travaux du GHT

L'EPSAN participe depuis quelques années aux réunions et groupes de travail ayant trait à la formation non-médicale au niveau du territoire. Parmi les actions en cours figurent la mise en place d'une charte commune sur le CPF, l'identification d'un socle commun de formation, le développement d'actions de formations communes et la mutualisation d'achat de formations. Le bénéfice immédiat consiste à améliorer le remplissage des groupes de formations au sein des établissements.

#### 2.2.4. Proposer des actions de formation en direction de l'encadrement

Un parcours de formation pour les managers sera proposé pour les professionnels en situation d'encadrement d'équipe ou en préparation de cette échéance. Les thématiques proposées auront trait à la gestion de situations de conflits, la conduite de réunions, le management de proximité, les techniques de communication, manager une équipe, gestion de projets, ou toute autre thématique commune à la communauté des managers.

##### **Fiches actions de référence :**

Améliorer l'offre de formation grâce au GHT (2.2.1.)

Mise en place du CPF via le GHT (2.2.2.)

Diffuser et rendre accessible le référentiel de formation continue (2.3.2.)

Diversifier les supports de formation (2.3.1.)

# DÉVELOPPER LE SENS DU SERVICE PUBLIC ET LE SENTIMENT COMMUN D'APPARTENANCE

## 3.1 Donner du sens à la mission de service public

### 3.1.1 Identifier un socle de valeurs communs

Le service public est régi historiquement par un socle de valeurs communes appelé “lois du service public” ou “lois de Rolland” : principe d'égalité, principe de continuité, et principe de mutabilité (ou d'adaptation du service public).

Si la fidélité des professionnels vis-à-vis de l'institution hospitalière a pu être la règle pendant des dizaines d'années, force est de constater que l'engagement dans une carrière hospitalière au service de l'intérêt général prend aujourd'hui des formes différentes. L'environnement concurrentiel connu par l'hôpital implique une recomposition de l'offre de soins et une adaptation constante des professionnels de santé. L'émergence d'une offre privée en hospitalisation complète ou hôpital de jour sur l'euro métropole de Strasbourg peut constituer une source d'inquiétude, à cet égard.

Pour autant, la notion de sens à l'hôpital est essentielle, et les établissements publics de santé ont cette particularité qu'ils concilient une mission de service public avec le soin. Cette réalité implique de capitaliser institutionnellement sur un socle de valeurs fortes.

### 3.1.2 Fidéliser les professionnels et fluidifier les mobilités

Les possibilités d'accès à la formation constituent l'un des vecteurs forts d'attractivité à l'EPSAN. L'établissement souhaite poursuivre l'accompagnement des agents dans les évolutions de carrière possibles. Cela implique de maintenir l'effort d'encouragement à la promotion professionnelle et au conseil, en cas de souhait de réorientation.

Pour cela, il est prévu de communiquer plus largement sur les dispositifs de formation en complément du référentiel de formation, et de s'appuyer sur les journées d'information proposées par l'ANFH sur le conseil en évolution professionnelle, le CPF et la VAE.

# DÉVELOPPER LE SENS DU SERVICE PUBLIC ET LE SENTIMENT COMMUN D'APPARTENANCE

Afin de faciliter la mobilité interne, il est envisagé d'accentuer l'information et la diffusion régulière des postes vacants par pôles et par UF ouverts à la mobilité interne, par le biais de l'intranet et d'un affichage dans les unités. Un travail sur les critères favorisant la mobilité sera réalisé, ainsi qu'un bilan sur le nombre de demandes honorées.

### 3.1.3. Revoir le format des journées d'accueil nouveaux agents

L'établissement souhaite continuer à diffuser ses valeurs et à valoriser les professionnels dans leur exercice. Cela passe par l'accueil des agents nouvellement recrutés, une présentation des services qui leur sont proposés et le développement d'une culture professionnelle de solidarité entre eux.

Les journées d'accueil nouveaux agents constituent souvent la première occasion de créer une première cohésion entre des professionnels provenant d'environnements très divers, au titre de leurs parcours antérieurs. Cette journée doit permettre aux professionnels de faire le lien entre le statut du fonctionnaire, ses droits et ses obligations, et l'EPSAN. A ces fins, le format des journées d'accueil sera revu.

La refonte du guide d'accueil des nouveaux agents est également programmée. Il est toujours prévu qu'il soit remis dès le recrutement d'un nouvel agent, afin qu'il puisse bénéficier des premières informations essentielles dès son arrivée dans l'établissement. De plus, une rubrique sous la forme d'une FAQ dédiée à l'accueil des nouveaux agents sera disponible sur l'Intranet.

#### **Fiches actions de référence :**

Favoriser l'intégration des nouveaux agents (4.1.2.)

Améliorer l'intégration des nouveaux arrivants (1.2.1.)

Soutenir l'évolution professionnelle (4.2.2.)

Mettre en place un contrat collectif facultatif (4.2.3.)

Mobilité interne (4.2.4.)

Définir une politique de mobilité interne dans l'établissement (2.4.1.)

# DÉVELOPPER LE SENS DU SERVICE PUBLIC ET LE SENTIMENT COMMUN D'APPARTENANCE

## 3.2. Cultiver l'appartenance à l'EPSAN

### 3.2.1. Entretien la qualité des relations professionnelles

Un constat partagé oriente vers la nécessité d'harmoniser les pratiques, de créer du lien et de développer le sentiment commun d'appartenance.

Les actions ou projets remarquables gagnent à être mieux connus et partagés, en interne et à l'extérieur de l'établissement. Le fait de les médiatiser rend consistante et concrète la mission de service public, et cela valorise l'exemplarité et les réussites. Les dispositifs encourageant l'innovation dans projets de service, de pôles, seront favorisés. Une réflexion sera menée sur les instances de médiation au sein de l'établissement afin d'expérimenter de nouvelles façons de travailler ensemble. Enfin, des séminaires cadres seront organisés autour d'une thématique particulière, et la diffusion de l'information au travers des outils de communication institutionnels sera renforcée.

### 3.2.2. Rendre les professionnels acteurs de leur environnement

Tout agent doit pouvoir s'impliquer dans la vie de son établissement. L'engagement des agents doit être valorisé en les responsabilisant et les rendant acteurs de leur environnement.

L'identification d'espaces de convivialité au travail permettra d'améliorer la qualité de vie au travail des agents et de renforcer les liens entre les professionnels. Afin d'impliquer les agents dans l'amélioration de leur qualité de vie au travail, un onglet « Boîte à outils » sur l'intranet sera proposé afin que les agents communiquent leur besoin de services.

De nouveaux types d'activités, de services et de moments de convivialité seront proposés aux professionnels en lien avec l'Amicale du personnel de l'EPSAN.

#### **Fiches actions de référence :**

Harmoniser les pratiques, créer du lien, développer le sentiment d'appartenance (1.2.2.)

Construire un dispositif local de conciliation et de médiation (décret 2019-897) (1.2.3.)

Mise à disposition de locaux adaptés pour les temps de pause (1.3.2.)

Permettre à chacun de s'exprimer (4.3.1.)

Valoriser les agents en les responsabilisant et les rendant acteurs de leur environnement (4.3.3.)

# DÉVELOPPER LE SENS DU SERVICE PUBLIC ET LE SENTIMENT COMMUN D'APPARTENANCE

## 3.2. Veiller à un dialogue social riche et constructif

L'EPSAN souhaite engager toutes les parties prenantes au projet, en permettant aux partenaires sociaux de jouer pleinement leur rôle. Ils continueront à être associés aux différents groupes de travail identifiés lors des réunions de dialogue social.

Par ailleurs, ils seront chargés de faire le lien sur des fiches actions transverses impliquant d'autres projets de l'établissement (responsabilité environnementale, sport au travail, accès à la culture).

### **Fiches actions de référence :**

Construire le développement durable (3.1.1.)

Promouvoir une politique d'achats éco-responsables (3.1.2.)

Promouvoir un comportement éco-responsable (3.1.3.)

Elaborer un plan de mobilité (3.1.4.)

Encourager les pratiques sportives (1.4.2.)

Promouvoir l'accès à la culture (1.4.3.)

# FICHES ACTIONS

AXES	OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES
<b>1 QVT : qualité de vie au travail</b>	1. RPS : risques psychosociaux	1.1 Evaluation continue de la QVT 1.2 Améliorer l'organisation du travail
	2. Qualité des relations professionnelles	2.1 Améliorer l'intégration des nouveaux arrivants 2.2 Harmoniser les pratiques, créer du lien, développer le sentiment d'appartenance
	3. Environnement de travail	2.3 Construire un dispositif local de conciliation et de médiation (décret 2019-897) 3.1 Améliorer le confort au travail 3.2 Mise à disposition de locaux adaptés pour les temps de pause 3.3 Développer le télétravail
	4. Promotion de la santé	4.1 Mise à disposition de locaux adaptés pour les temps de pause 4.2 Encourager les pratiques sportives 4.3 Promouvoir l'accès à la culture
<b>2 Compétences, formation : développer les compétences et accompagner les parcours professionnels</b>	1. Entretien annuel	1.1 Mettre en oeuvre la réforme en cours 1.2 Former les évaluateurs 1.3 Mieux informer sur l'entretien annuel
	2. GHT et formation	2.1 Améliorer l'offre de formation grâce au GHT 2.2 Mise en place du CPF via le GHT 3.1 Diversifier les supports de formation
	3. Promouvoir les dispositifs de formation continue	3.2 Diffuser et rendre accessible le référentiel sur la formation continue 4.1 Définir une politique de mobilité interne dans l'établissement
	4. Favoriser la mobilité interne	1.1 Construire le développement durable 1.2 Promouvoir une politique d'achats éco-responsables 1.3 Promouvoir un comportement éco-responsable 1.4 Elaborer un plan de mobilité
<b>3 Développement durable</b>	1. Volet environnement	2.1 Intégrer et accompagner les situations de handicap 2.2 Organiser un accompagnement adapté dans le cadre du maintien ou du retour dans l'emploi
	2. Volet social	1.1 Favoriser le recrutement 1.2 Favoriser l'intégration des nouveaux agents dans la fonction publique 1.3 Créer les atouts que les autres n'ont pas 2.1 Elargir les possibilités de temps partiel 2.2 Soutenir l'évolution professionnelle 2.3 Mettre en place un contrat collectif facultatif 2.4 Mobilité interne (voir axe 2 objectif 4.1)
<b>4 Politique attractivité : promouvoir et décliner une politique d'attractivité</b>	1. Favoriser le recrutement et l'intégration des nouveaux agents dans la FP	3.1 Permettre à chacun de s'exprimer 3.2 Permettre un équilibre vie privée vie professionnelle 3.3 Valoriser les agents en les responsabilisant et les rendre acteurs de leur environnement
	2. Accompagner la carrière de l'agent	
	3. Développer un management bienveillant	



# FICHES ACTIONS

Thème : Qualité de vie au travail

## OBJECTIF GENERAL 1. RPS : risques psycho-sociaux

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE 1.1 : Evaluation continue de la QVT

**Mots clés et description du contexte** : Enquête QVT réalisée en 2019, dont les résultats doivent être analysés pour aboutir à un plan d'action

**Actions/Etapes** :

- A : Procéder à l'analyse de l'enquête
- B : Repérer les points qui peuvent générer un plan d'action
- C : Construire un plan d'action
- D : Lancer une enquête en début et en fin de parcours du projet d'établissement
- E : Suivre et évaluer le plan d'action dans le cadre du CHSCT

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	C+E	D+E	E	D+E

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agent sachant réaliser une analyse de données</li> </ul>	Recrutement éventuel
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Locaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

**Evaluation**:

Processus	Résultat
Présentation des résultats Choix des points de vigilance Enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau de suivi en CHSCT</li> <li>• Nombre de réunions du groupe dédié au suivi</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 1. RPS : risques psycho-sociaux**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.2 : Améliorer l'organisation du travail**

**Mots clés et description du contexte** : L'amélioration des conditions de travail et Favoriser le remplacement des soignants absents

**Actions/Etapes :**

- A : Faire un état des lieux des effectifs cibles de l'établissement
- B : Evaluer l'effectif et les missions du pool
- C : Définir le périmètre et les règles de remplacement des agents absents
- D : Suivi de l'absentéisme
- E : Evaluer la pertinence du logiciel pour gérer les absences

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D+E	A+B+C+D	A+B+C+D	A+B+C+D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Etat des lieux Enquête une période donnée Indicateur de vigilance Tableau du suivi de l'absentéisme Evaluation du coût et du fonctionnement du logiciel « WHOOG »	Nombre de remplacement sur une période donnée

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 2. QUALITE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.1 : Améliorer l'intégration des nouveaux arrivants**

**Mots clés et description du contexte** : Constat d'une insuffisance des transmissions concernant le fonctionnement de l'établissement

**Actions/Etapes** :

- A : Réactualiser et diffuser le livret d'accueil de l'agent (en lien avec la rédaction du règlement intérieur de l'établissement)
- B : Nommer un référent pour les nouvelles recrues pour tous agents administratifs et techniques
- C : Généraliser un référent pour toute nouvelle recrue dans l'établissement
- D : Inscrire rapidement les agents au JANA dès leurs arrivées
- E : Augmenter la fréquence des JANA, une tous les deux mois
- F : Evaluer les actions mise en place
- G : Créer un outil ludique pour l'amélioration de la connaissance de l'établissement

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	B+C+D+E	D+E+F	F+G	F+G

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
Enquête auprès des nouveaux arrivants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants au JANA</li> <li>• Nombre de JANA</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 2. QUALITE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.2 Harmoniser les pratiques, créer du lien, développer le sentiment d'appartenance**

**Mots clés et description du contexte** : Constat d'une insuffisance de cohésion au sein de l'établissement

**Actions/Etapes** :

- A : Organiser des séminaires cadres autour d'une thématique particulière
- B : Renforcer la diffusion de l'information au travers d'une magazine interne à l'établissement
- C : Evaluation des actions mise en oeuvre

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B+C	A+B+C	A+B+C	A+B+C

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des cadres et des personnels sur le choix des thèmes et choix des articles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de séminaires réalisés</li> <li>• Nombre de publications du magazines réalisées</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 2. QUALITE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.3 Construire un dispositif local de conciliation et de médiation (décret 2019-897)**

**Mots clés et description du contexte** : Parution du décret 2019-897 sur la médiation pour les personnels des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux

**Actions/Etapes** :

- A : Définir les compétences et le champ d'action des médiateurs ou du groupe de médiation
- B : Définir le mode de nomination des médiateurs ou la composition du groupe de médiation
- C : Rédiger le règlement intérieur
- D : Définir les motifs de recours au dispositif
- E : Former les médiateurs
- F : Evaluer le dispositif

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E+F	E+F	E+F

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'un dispositif existant dans d'autres établissements</li> <li>• Implication des organisations syndicales dans la construction du dispositif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de médiateurs nommés et formés</li> <li>• Nombre de saisines</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL : 3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.1 Améliorer le confort au travail**

**Mots clés et description du contexte** : Compléter les actions du PRAP

**Actions/Etapes** :

- A : Mener un état des lieux de l'ergonomie des postes de travail et des locaux
- B : Evaluer et mettre en œuvre les conclusions du diagnostique
- C : Veillez à la poursuite des actions du PRAP
- D : Evaluation des actions mise en œuvre

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C	A+B+C	C+D	C+D	C+D

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SST</li> </ul>	Recrutement d'une ergothérapeute
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Locaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etat des lieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'intervention réalisée</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** : Poursuite du dispositif PRAP

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL : 3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.2 Mise à disposition de locaux adaptés pour les temps de pause**

**Mots clés et description du contexte** : Locaux de Cronenbourg

**Actions/Etapes** :

- A : Evaluer les besoins
- B : Evaluer les possibilités d'aménagement

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B	A+B	A+B	A+B

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"><li>• Etat des lieux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de locaux mise à disposition</li></ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** : Poursuite du dispositif PRAP

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL : 3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.3 Développer le télétravail**

**Mots clés et description du contexte** : Mise en œuvre du décret du 11 février 2016 et du 5 mai 2020

**Actions/Etapes :**

- A : retour d'expérience de la crise sanitaire de mars-avril 2020
- B : construction d'un cadre commun avec les représentants du personnel (comme prévu au décret)
- C : inventaire des tâches réalisables en télétravail
- D : transposition pour chaque métier
- E. formation des professionnels
- F : mise en œuvre et évaluation

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D+E+F	C+D+E+F	C+D+E+F	C+D+E+F

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordinateurs portables professionnels</li> <li>• Téléphones mobiles professionnels</li> <li>• Sécurisation des données</li> </ul>
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour d'expérience</li> <li>• Formation des professionnels</li> <li>• Liste des tâches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de mise en œuvre</li> <li>• Sécurisation des données ?</li> </ul>

**Indicateurs** : nombre d'agents formés, nombre d'autorisations

**Points de vigilance** : risques psychosociaux



# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 4. PROMOTION DE LA SANTE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**4.1 Mise à disposition d'équipement**

**Mots clés et description du contexte** : Favoriser la pratique du sport

**Actions/Etapes** :

- A : Lister les équipements nécessaires
- B : Définir les actions à mettre en œuvre
- C : Prioriser l'accès à des douches et des abris vélos
- D : Organiser l'accès aux équipements sportifs
- E : Evaluation des actions mise en œuvre

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D	B+E	B+E	B+E

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire des activités proposées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres d'équipements mise à disposition</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 4. PROMOTION DE LA SANTE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**4.2 Encourager les pratiques sportives**

**Mots clés et description du contexte** : Informer quant au dispositif existant

**Actions/Etapes** :

- A : Informer sur les prestations de l'amicale
- B : Informer sur les prestations de la CGOS
- C : Informer sur les équipements mise à disposition
- D : Programmer une campagne de sensibilisation à la pratique du sport
- E : Evaluations des actions mise en œuvre

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire</li> <li>• Diffusion de l'information</li> <li>• Questionnaire de satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de l'accès à l'information des agents</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Qualité de vie au travail**  
**OBJECTIF GENERAL 4. PROMOTION DE LA SANTE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**4.3 Promouvoir l'accès à la culture**

**Mots clés et description du contexte** : Diversifier les actions pour améliorer la santé mentale

**Actions/Etapes** :

- A : Informer sur les prestations de l'amicale
- B : Informer sur les prestations de la CGOS
- C : Développer des actions complémentaires
- D : Evaluations des actions mise en œuvre

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier**:

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D	A+B+C+D	A+B+C+D	A+B+C+D	A+B+C+D

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation**:

Processus	Résultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire</li> <li>• Diffusion de l'information</li> <li>• Questionnaire de satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de l'accès à l'information des agents</li> </ul>

**Indicateurs** :

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : ENTRETIEN ANNUEL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.1 : Mettre en œuvre la réforme en cours**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Evaluer la mise en place de l'entretien annuel depuis 2012
- B : Préparer la suppression de la notation (selon la date de parution du décret d'application)
- C : Actualiser les modalités de l'entretien professionnel
- D : Actualiser Gesform
- E : Généraliser les entretiens annuels professionnel via Gesform à l'ensembles des agents (titulaires, stagiaires, contractuel)

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Enquête sur le nombre d'entretien annuel Analyse des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'agent n'ayant pas bénéficié d'un entretien annuel</li> </ul>

**Indicateurs** : recensement des difficultés rencontrées par les évaluateurs et les évalués

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : ENTRETIEN ANNUEL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.2 : Former les évaluateurs**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Étapes :**

- A : Recenser les personnes ayant eu une formation à l'évaluation professionnelle, via Gesform
- B : Inscrire au plan de formation du personnel médical et non médical, une action de formation pluriannuel et commune à l'évaluation professionnelle et l'utilisation de Gesform
- C : Généraliser à tous les évaluateurs
- D : Evaluation de la formation

**Pilote de l'action :** Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B+C+D	A+C+D	A+C+D	A+C+D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Enquête sur le nombre de personne formée Rechercher une formation reconductible	• Nombre de personne formée par an

**Indicateurs : nombre de personnes formées**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : ENTRETIEN ANNUEL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.3 : Mieux informer sur l'entretien annuel**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Construire une campagne d'information sur l'entretien d'évaluation auprès des agents
- B : Créer des outils de diffusion de la campagne d'information (tracts, plaquettes, charte, numéro hotline,...)
- C : Communiquer à l'aide des outils de diffusion, y compris dans le cadre des JANA
- D : Réaliser une enquête de la campagne
- E : Exploitation des résultats

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Travailler en collaboration avec le service de communication Création des outils	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour de l'enquête</li> <li>• Nombre de personne ayant appelé la hotline</li> </ul>

**Indicateurs : nombre d'action d'information**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : GHT ET FORMATION**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.1: Améliorer l'offre de formation grâce au GHT**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Lister le besoin de formation spécifique au sein de l'établissement
- B : Solliciter le GHT pour qu'il développe une offre de formation commune aux différents établissements faisant partie du GHT
- C : Intégrer ces formations au sein du plan de formation de l'EPSAN

**Pilote de l'action :** Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A	A+B+C	A+B+C	A+B+C	A+B+C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Recueil des besoins	• Nombre de formation mutualisée

**Indicateurs : nombre d'agent de l'EPSAN ayant participé aux formations mutualisées**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : GHT ET FORMATION**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.2: Mise en place du CPF via le GHT**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Rédaction de la charte commune au sein du GHT
- B : Définir les modalités du CPF à l'EPSAN
- C : Informer les agents sur le CPF

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C	A+B+C	A+B+C	A+B+C	A+B+C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Rédaction de la charte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des modalités d'utilisation au sein de l'EPSAN dans le référentiel de formation continue</li> <li>•</li> </ul>

**Indicateurs : nombre d'agent de l'EPSAN ayant demandé d'utiliser leur CPF**

**Points de vigilance :**



# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 3. : PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE FORMATION CONTINUE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.1: Diversifier les supports de formation**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Faire un groupe de travail (service de formation, commission de formation)
- B : Lister les supports possibles
- C : L'intégrer dans le référentiel de formation continue
- D : Mise en œuvre
- E : Evaluation

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B+C	D	D+E	D+E

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Création d'un groupe de travail	• Mise en place

**Indicateurs : Le nombre de support possible**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 3. : PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE FORMATION CONTINUE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**

**3.2: Diffuser et rendre accessible le référentiel sur la formation continue**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes** :

A : Diffuser régulièrement par l'intermédiaire de la fiche de salaire

B : Mettre à disposition du personnel le référentiel de la formation continue, en version papier

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B	A+B	A+B	A+B

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Mise en œuvre des actions	• Nombre d'action d'information auprès des agents

**Indicateurs** : Nombre d'action d'information auprès des agents

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développer les compétences et accompagner les parcours professionnels**  
**OBJECTIF GENERAL 4. : FAVORISER LA MOBILITE INTERNE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**

**4.1: Définir une politique de mobilité interne dans l'établissement**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Lister les demandes de mutations des agents au sein de l'établissement (intra-extra)
- B : Recenser les postes vacants
- C : Clarifier les critères de mutation
- D : Clarifier les critères de rémunération des postes publiés
- E : Publication des postes vacants au travers d'intranet
- F : Evaluation de l'accès à la mobilité

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B+C+D+E	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E+F	A+B+E+F	A+B+E+F

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Recensement des postes vacants et des demandes de mutation	• Nombre de mobilité sur le nombre de demande

**Indicateurs** : Nombre de mobilité sur le nombre de demande

**Points de vigilance** : action qui viendra en complément sur l'axe 4 de l'attractivité

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : VOLET ENVIRONNEMENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.1 : Construire le développement durable**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : Rédiger une charte DD
- B : Communiquer pour sensibiliser au DD
- C : Former au DD (Eco-conduite...)
- D : Missionner le CHSCT/CTE sur l'évaluation

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A	A+B+C+D	B+C+D	B+C+D	B+C+D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Rédaction de la charte Action d'information et de formation	• Définition des critères du DD

**Indicateurs : application de la charte**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : VOLET ENVIRONNEMENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.2 : Promouvoir une politique d'achats éco-responsables**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes** :

- A : Elaborer un diagnostic achats pour déterminer les actions possibles (achats locaux, biologiques, supprimer le plastique à usage unique, le papier recycler ou issu de forêts gérées durablement,)
- B : Agir au sein du GHT pour insuffler une dynamique co-responsable

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B	A+B	A+B	A+B

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Diagnostic achat Collaboration avec le PLAT	• Présentation du diagnostic

**Indicateurs** : coût des achats

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : VOLET ENVIRONNEMENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.3 : Promouvoir un comportement écoresponsable**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

A : Définir un comportement écoresponsable

B : Informer et sensibiliser les agents sur la nécessité d'avoir un comportement écoresponsable

**Pilote de l'action :** Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B	A+B	A+B	A+B

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Rédaction d'une charte	• Action mise en œuvre en fonction de la charte

**Indicateurs :** action mise en œuvre en fonction de la charte

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : VOLET ENVIRONNEMENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.4: Elaborer un plan de mobilité**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : constitution d'un groupe de pilotage (CHSCT, CTE, DIRECTIONS)
- B : état des lieux : déplacements domicile-travail ; déplacements au travail, véhicules de services
- C : définir un plan d'actions
- D : mise en place
- E : évaluation

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	C +D	D+E	D+E	D+E

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Etat des lieux : co-voiturage, télé travail, transport en commun, vélo, bilan carbone	• Nombre de réunions du groupe de pilotage

**Indicateurs** : nombres d'actions mises en place

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : VOLET SOCIAL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.1: Intégrer et accompagner les situations de handicap**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes :**

- A : mise en place d'un comité de pilotage
- B : état des lieux des postes, des personnes concernées, des associations concernées et de l'accessibilité des locaux
- C : adapter l'environnement de travail aux situations notamment en utilisant les fonds FIPHFP
- D : développer une communication interne
- E : évaluer les actions mises en place

**Pilote de l'action** : Document unique et groupe de travail dédié

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	B+C+D	B+C+D+E	B+C+D+E	B+C+D+E

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Etat des lieux et communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de poste aménagés et la diversité des outils</li> </ul>

**Indicateurs :**

Nombre de situations de handicaps dans l'établissement

**Points de vigilance :**



# FICHES ACTIONS

**Thème : Développement durable**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : VOLET SOCIAL**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.2: organiser un accompagnement adapté dans le cadre du maintien ou du retour dans l'emploi**

**Mots clés et description du contexte**

**Actions/Etapes** :

- A : identifier les capacités d'accompagnement de l'établissement
- B : identifier les besoins d'accompagnement des agents
- C : créer des outils de suivi en lien avec le CHSCT
- D : créer une cellule de suivi
- E : évaluation

**Pilote de l'action** :

**Membres du groupe de travail** :

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	C+D	C+D+E	C+D+E	C+D+E

**Ressources** :

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Procédure de maintien ou de retour à l'emploi	• Mise en place de la cellule de suivi

**Indicateurs** : nombre de situations répertoriées

**Points de vigilance** :

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : FAVORISER LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS DANS LA FONCTION PUBLIQUE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.1 : Favoriser le recrutement**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : améliorer la visibilité de l'établissement
- B : améliorer la visibilité des postes vacants
- C : être réactif dans la prise de rdv et l'entretien de recrutement
- D : assurer et évaluer le suivi du recrutement

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C + D	A + B + C + D	A + B + C + D	A + B + C + D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Suivi des entretiens de recrutement Nombre de consultation du site de l'EPSAN	Evolution de la courbe de recrutement

**Indicateurs :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : FAVORISER LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS DANS LA FONCTION PUBLIQUE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.2 : Favoriser l'intégration des nouveaux agents dans la fonction publique**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : revoir le format des JANA
- B : stagiairiser pour les grades pour lesquels cela est possible
- C : publication des postes vacants et de l'ouverture du concours
- D : mettre en œuvre les dispositions réglementaires concernant les rémunérations

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C + D	A + B + C + D	A + B + C + D	A + B + C + D	A + B + C + D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
<b>Personnel</b>	•	
<b>Matériel</b>	•	•
<b>Locaux</b>	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Questionnaire de satisfaction	Nombre de concours organisés Nombre d'agents titularisés

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 1. : FAVORISER LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX AGENTS DANS LA FONCTION PUBLIQUE**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**1.3 : Créer les atouts que les autres n'ont pas**

**Mots clés et description du contexte** : difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels

**Actions/Etapes :**

- A : Mise en place d'un groupe de travail issu du terrain
- B : Construire une démarche de communication
- C : Communiquer sur les atouts de l'établissement
- D : Evaluer les modalités de communication

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A+B	A+B+C	C+D	C+D	C+D

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
	•

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : ACCOMPAGNER LA CARRIERE DE L'AGENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.1 : élargir les possibilité de temps partiel**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : mettre en place les quotités de temps partiel à 80% et 90% pour tous
- B : actualiser le référentiel du temps de travail
- C : évaluer la mise en place du dispositif
- D :

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Mise à jour du référentiel du temps de travail	Nombre des ETP au sein de l'établissement suite à la mise en place du dispositif

**Indicateurs :**

**Points de vigilance : difficulté à obtenir le temps partiel à 80% ou 90%**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : ACCOMPAGNER LA CARRIERE DE L'AGENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.2 : soutenir l'évolution professionnelle**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : informer et accompagner sur les évolutions de carrière
- B : encourager la promotion professionnelle
- C : accompagner les reconversions professionnelles
- D :

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Actualisation et diffusion du référentiel de la formation continue	Nombre d'agents bénéficiant des dispositifs de formation continue

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : ACCOMPAGNER LA CARRIERE DE L'AGENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.3 : mettre en place un contrat collectif facultatif**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : mise en concurrence d'organismes de mutuelles santé avec un cahier des charges des prestations souhaitées
- B : mise de place contrat
- C : information des agents

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Cahier des charges des prestations couvertes	Nombre de bénéficiaires au sein des agents

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 2. : ACCOMPAGNER LA CARRIERE DE L'AGENT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**2.4 : mobilité interne**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : information et diffusion mensuelles des postes vacants par Pôles et UF
- B : diffusion via intranet et affichage dans les unités et services

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B	A + B	A + B	A + B	A + B

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat
Procédure concernant la mobilité interne	Nombre d'agents ayant pu bénéficier d'une mobilité interne

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**



# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 3. : DEVELOPPER UN MANAGEMENT BIENVEILLANT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**

3.1 : permettre à chacun de s'exprimer (boîtes à idées, groupe de travail...)

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

A : Créer un groupe de travail

B : Lister les besoins

C : Lister les solutions (proposer une FAQ en continu pour les agents, valoriser la dimension d'échange de l'entretien annuel (voir axe 2 objectif 1 fiche 1.3, créer un questionnaire de satisfaction concernant l'entretien annuel, développer des lieux d'expression dans les services, favoriser la participation à des groupes de travail sur des projets

D : Expérimenter

E : Evaluer

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 3. : DEVELOPPER UN MANAGEMENT BIENVEILLANT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.2 : permettre un équilibre vie privée et vie professionnelle**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : Réaliser un état des lieux des difficultés (horaires de travail/garde d'enfant, horaires transport, planning temps partiel, garde alternée....)
- B : Etudier la faisabilité de solutions institutionnelles
- C : Mettre en œuvre
- D : Evaluer

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# FICHES ACTIONS

**Thème : Promouvoir et décliner une politique d'attractivité**  
**OBJECTIF GENERAL 3. : DEVELOPPER UN MANAGEMENT BIENVEILLANT**

**FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**  
**3.3 : valoriser les agents en les responsabilisant et les rendre acteurs de leur environnement**

**Mots clés et description du contexte :**

**Actions/Etapes :**

- A : Créer un groupe de travail
- B : Lister les possibilités (intéressement individuel, collectif (décret mars 2020),
- C : Mettre en œuvre
- D : Evaluer

**Pilote de l'action :**

**Membres du groupe de travail :**

**Calendrier:**

2020	2021	2022	2023	2024
A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C	A + B + C

**Ressources :**

	Actuelles disponibles	Supplémentaires nécessaires
Personnel	•	
Matériel	•	•
Locaux	•	•

**Evaluation:**

Processus	Résultat

**Indicateurs :**

**Points de vigilance :**

# PROJET DE GESTION

# INTRODUCTION

## LES CINQ AXES DU PROJET DE GESTION

Le projet de gestion 2020-2024 s'appuie sur 5 axes balayant l'ensemble des préoccupations pour les cinq prochaines années.

Les axes ci-dessous se veulent opérationnels et résument des sous-objectifs, dont l'ambition majeure est de les rendre réalisables sur la période concernée.

Axe 1 : Repenser l'organisation et le management de la direction fonctionnelle

Axe 2 : Accompagner l'établissement à travers la transformation du système de santé

Axe 3 : Préserver l'équilibre budgétaire pour soutenir de nouveaux projets

Axe 4 : Fiabiliser, suivre et fluidifier les données médico-économiques et financières

Axe 5 : Animer le dialogue stratégique et de gestion

Les actions proposées ne sont pas exhaustives et n'ont pas vocation à invalider tout autre projet utile et pertinent que le contexte exigerait.

# REPENSER L'ORGANISATION ET LE MANAGEMENT DE LA DIRECTION FONCTIONNELLE

Une nouvelle dynamique de fonctionnement au sein du Pôle Clientèle, Finances et communication se dirige naturellement vers une approche plus intégrée et tournée vers une réflexion commune autour de sujets transversaux.

Dans le but de renforcer et de structurer cette nouvelle dynamique, il est envisagé de tendre davantage vers une organisation « apprenante », au sens flexible - réactive et ouverte, et transversale, en favorisant l'esprit d'équipe et la valorisation des compétences.

## ACCOMPAGNER L'ÉTABLISSEMENT À TRAVERS LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La réforme du financement de la psychiatrie est un des points majeurs de la feuille de route « ma santé 2022 ». Les nouvelles modalités de financement, qui vont s'appliquer dès 2021 (critères populationnels, de file active, de qualité de soins ou encore à la mise en œuvre de projets innovants), doivent amener l'établissement à intégrer ces sujets dans son organisation autour de nouveaux projets et dans l'analyse de son activité. Les enjeux associés à cette réforme sont majeurs et il est nécessaire de coupler la réflexion « projets » avec celle de restructuration afin que soient dégagées des marges de manœuvres.

Celles-ci permettront de venir en appui de nouveaux projets et garantiront à la fois une capacité d'investissement et l'attractivité de l'établissement. Il est important là encore de prendre en compte les lignes fixées dans la feuille de route « santé mentale et psychiatrie », qui systématise le financement dans le cadre d'appels à projets, notamment dans le cadre du fonds d'innovation organisationnel. L'articulation avec la direction de la stratégie est à cet égard essentiel.

Par ailleurs, l'établissement fait partie du GHT BASM dont le caractère intégratif ne cessera de se développer. De fait, l'établissement se doit d'intégrer l'impact organisationnel de cette nouvelle organisation à travers :

- La centralisation des données budgétaires et financière au niveau de l'établissement support,
- La nécessité d'être partie prenante dans le dialogue financier avec l'ensemble des établissements du GHT,
- La prise en compte des évolutions structurelles de la gestion budgétaire ainsi que leur impact (gestion trésorerie, budget transversal, financement d'investissements et de projets à l'échelle du groupement, mutualisations...).

## PRÉSERVER L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR SOUTENIR DE NOUVEAUX PROJETS

### 3.1. Gagner en fluidité, exhaustivité et qualité au sein de la chaîne « accueil-facturation-recouvrement »

Il s'agit de fluidifier le processus afin d'aboutir à une exhaustivité, une régularité ainsi qu'à une qualité de facturation, garantes d'une fiabilité des recettes indispensable à un pilotage optimal. Cet objectif permettra d'améliorer la chaîne « accueil-facturation-recouvrement », en lien avec le service des admissions, à travers la mise en œuvre du programme SIMPHONIE.

Cette démarche doit s'accompagner d'une réflexion à porter à la fois sur les outils numériques (systèmes d'information, solutions bancaires...) mais aussi à travers une démarche de changement avec un accompagnement à l'évolution des pratiques (nouveaux processus métiers).

### 3.2. Bâtir une stratégie financière pluriannuelle en identifiant les leviers d'action

La dimension financière est un levier au service du projet d'établissement. La capacité de l'établissement à anticiper, veiller et consolider son assise financière sera déterminante pour mener à bien ses actions dans un environnement en transformation. L'objectif est d'établir une stratégie financière qui permettra à l'établissement de se projeter – sur le court, moyen et long terme - tout en faisant face à des décalages de trésorerie le cas échéant.

### 3.3. Renforcer le lien ordonnateur-comptable

Dans le cadre de l'amélioration du suivi de la structure financière de l'établissement pour lui permettre de maintenir sa capacité à investir, une collaboration étroite avec la Trésorerie devra être poursuivie afin notamment :

- D'intégrer les indicateurs de qualité de qualité comptable afin d'améliorer notre notation et solvabilité,
- D'intégrer et repérer les situations de difficultés de recouvrement,
- De travailler de concert dans le cadre de la fiabilisation des comptes et leur certification.



# FIABILISER, SUIVRE ET FLUIDIFIER LES DONNÉES MÉDICO-ÉCONOMIQUES ET FINANCIÈRES

## 4.1 Fiabiliser des comptes dans une logique d'amélioration continue de la qualité comptable

A l'heure d'une modernisation en profondeur du système de santé et d'un contexte économique tendu, la démarche de fiabilisation/certification des comptes a vocation à permettre aux établissements publics de santé de renforcer leur performance, grâce à l'amélioration des processus comptables, avec pour conséquence un meilleur pilotage, notamment financier.

Au-delà de l'aspect technique, la démarche projet sous-jacente à la fiabilisation des comptes basée sur la démarche qualité permettra de fiabiliser les procédures, de développer un contrôle interne axé sur la maîtrise des risques comptables et financiers, d'intégrer ces orientations dans le système d'information de l'établissement, de sécuriser la production d'information comptables pour obtenir une vision réelle du résultat, du patrimoine et de la situation financière de l'établissement.

## 4.2. Intégrer la démarche de gestion dématérialisée

Le contexte de crise sanitaire vécu, durant son temps fort, au début de l'année 2020 a mis en exergue la nécessité pour l'établissement d'aller plus loin dans la démarche de gestion dématérialisée de ses processus de gestion, notamment pour le pôle clientèle, finances et communication.

En effet, ce constat a amené le pôle à réfléchir à l'optimisation de ses processus de gestion. Dans ce cadre, il souhaite s'inscrire à toute démarche de dématérialisation qui serait initiée, avec pour but de :

- Fluidifier les échanges de données en connectant davantage les logiciels « métiers » au logiciel de gestion comptable et financière,
- Enrichir le flux d'information en intégrant les pièces nécessaires au mandatement de la dépense via une gestion électronique des documents (GED),
- Mettre en place la signature électronique des mandats et des titres de recettes,
- Assurer une télétransmission des éléments au comptable public.

# ANIMER LE DIALOGUE STRATÉGIQUE ET DE GESTION

## 5.1. Assurer une fonction d'appui aux directions pour permettre des choix stratégiques

Aujourd'hui de nombreux tableaux de suivi de gestion coexistent au sein de l'établissement et permettent, par domaine de compétence ou typologie de suivi, une gestion opérationnelle par service.

Il n'existe pas réellement de tableau de suivi de gestion prospectif permettant de fournir une synthèse des objectifs poursuivis par ce dernier ou des indicateurs utiles au pilotage.

De plus, des canaux de communication formalisés, permettant la transmission de ces éléments, pourraient être également mis en place. L'objectif de cette action réside dans la construction de tableaux de bord de gestion dont les objectifs et indicateurs seront déterminés selon la stratégie de l'établissement en termes de gestion.

## 5.2. Animer le dialogue de gestion avec les pôles

Cette action vise à développer les aspects internes du dialogue de gestion existant déjà avec les pôles de soins de l'établissement.

Animer le dialogue de gestion avec les pôles recouvre la volonté d'accentuer pour renforcer la lisibilité partagée du pilotage de l'activité et des moyens de concevoir des indicateurs de performance des pôles en fonction de leurs spécificités et d'étudier l'impact médico-économique des projets en fonction des problématiques de terrain et au regard de l'évolution de l'évolution du financement de la psychiatrie.

# FICHES ACTIONS

## Axe 1 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

#### 1. Repenser l'organisation et le management de la direction fonctionnelle

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 1.1. Tendre vers une organisation apprenante et transversale

#### Mots clés et description du contexte :

Le pôle Clientèle, Finances et communication intègre différents domaines d'expertise administrative au service des patients et de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Les cinq spécialités dont le pôle est composé (clientèle-admissions, standard, communication, mandataire judiciaire à la protection des majeurs et finances) ont un potentiel important de synergies à développer.

Au regard mutations du secteur, tant d'un point de vue réglementaire qu'au niveau des métiers, une nouvelle organisation du pôle est à penser. En effet, afin de répondre à ces dynamiques, l'organisation doit gagner en transversalité, développer des liens sur des thématiques communes et harmoniser ses pratiques.

A partir du modèle de « l'organisation apprenante », les objectifs sont de/d' :

- Favoriser l'esprit d'équipe, valoriser les compétences et bâtir des organisations pérennes,
- Anticiper les évolutions réglementaires et des métiers et développer de nouvelles compétences en ce sens,
- Créer une dynamique,
- Décloisonner sur des thématiques partagées.

#### Actions/Etapes :

1. Positionner les cadres des services comme vecteur d'une organisation nouvelle
  - a. Engager un travail de réflexion sur les compétences indispensables au fonctionnement des services au sein du pôle (lisibilité des fonctions, définition de profils de postes, déclinaison des compétences et des missions),
  - b. Décloisonner sur des thématiques partagées en se projetant sur des évolutions à intégrer au fonctionnement du pôle et en garantir une continuité,
  - c. Donner les clés d'un management bienveillant aux cadres grâce à la formation.
2. Développer un esprit d'équipe et d'entraide fort :
  - a. Aménager des temps de partage basés sur des points d'actualité réglementaires ou d'informations, des situations de travail complexes, des projets communs.
  - b. Fonctionner en mode projet,
  - c. Développer de nouvelles compétences en travaillant sur les sujets allant au-delà du domaine d'expertise de chacun,
  - d. Développer un état d'esprit sur une logique de service référent à l'égard des autres directions et pôles.
3. S'intégrer dans de nouveaux modes de travail par rapport à l'évolution :
  - a. des missions liées notamment aux actualités réglementaires,
  - b. des pratiques professionnelles (télétravail,...).

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

#### 2. Accompagner l'établissement à travers la transformation du système de santé

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 2.2 Enrichir l'analyse de l'activité et mesurer son impact sur le financement de l'établissement

**Mots clés et description du contexte** : tableaux de bord, activité, financement à la qualité

Actuellement, des tableaux de bord de suivi de l'activité par pôle sont élaborés, mis à jour régulièrement et diffusés aux différents chefs de pôle. L'objectif est de poursuivre cette action et la développer en lien avec le DIM, les chefs de pôles et les appuis extérieurs (missions appui de l'ARS pour le développement des tableaux de bord en psychiatrie, partages d'expériences avec d'autres établissements, formations...). Le développement continu de cette action passera également par l'intégration d'éléments nouveaux, en fonction des évolutions règlementaires : nouveaux critères de financement (données populationnelles, qualité des soins,...). Les objectifs poursuivis sont détaillés dans les fiches actions 5.1 et 5.2)

### **Actions/Etapes** :

1. Poursuivre la mise à jour des tableaux actuels et envisager une solution informatique intégrée (outil décisionnel) pour faciliter leur production
2. Poursuivre l'intégration au GT tableaux de bord de la performance en psychiatrie organisé par l'ARS
3. Développer les tableaux en fonction des évolutions relatives à la réforme du financement de la psychiatrie

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL

#### 2. Accompagner l'établissement dans la transformation du système de santé

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 2.3. Se joindre à la conception et au suivi de projets innovants

#### Mots clés et description du contexte :

Dans le cadre de la réforme « ma santé 2022 » et dans la continuité de la feuille de route en santé mentale, l'EPSAN s'inscrit pleinement dans la démarche de mise en œuvre de dispositifs innovants afin de répondre aux besoins de transformation de l'offre de santé en psychiatrie dans le cadre des actions prioritaires de la feuille de route santé mentale et psychiatrie. Ce dispositif s'articule également avec le nouveau mode de financement de la psychiatrie dont une rubrique prend en compte les activités nouvelles. Les enjeux révèlent donc une importance majeure pour l'établissement.

En 2019, la création du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (de 10 M€ à l'échelle nationale) a permis de financer ou d'amorcer 42 nouveaux projets. L'EPSAN a participé activement à l'appel à projet et a vu 2 de ses projets retenus : le Centre de Ressources et de Soins en Psychiatrie Périnatale et l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques se trouvant en situation complexe.

Le Pôle Clientèle, Finances et Communication souhaite assurer un accompagnement auprès de la Direction de la Stratégie et des affaires médicales pour la conception – notamment sur le volet financier- des projets qui seront déposés mais également dans son suivi (adéquation lancement du projet et financements obtenus) et dans la production de données permettant son évaluation.

Indépendamment du fonds d'innovation organisationnelle, qui reste le témoin majeur de la transformation du système de santé, le Pôle accompagnera également les autres Directions dans le cadre d'appels à projets ad hoc.

#### Actions/Etapes :

- Répertorier les projets déjà lancés et identifier les financements obtenus et/ou manquants,
- Construire des outils de suivis des projets de manière conjointe avec les directions fonctionnelles,
- Assurer une disponibilité pour s'inscrire dans la conception de nouveaux projets,
- Assurer une veille pour permettre d'échanger des informations sur des possibilités de financement.

# FICHES ACTIONS

## Axe 2 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

#### 2. Accompagner l'établissement dans transformation du système de santé

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 2.4. Appréhender la dynamique d'intégration au sein du GHT BASM

#### Mots clés et description du contexte :

Le GHT BASM a été créé en 2016 suite à la validation de sa convention constitutive et de son projet médical partagé par l'Agence Régionale de Santé Grand-Est. La priorité du GHT a été la définition et la mise en œuvre d'un projet médical et de soins partagé, mais son but réside également en la mutualisation de fonctions supports (SI, DIM, achats) pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire. En 2018, une fonction achat mutualisée a été créée au sein du groupement. Aujourd'hui, le plan « ma santé 2022 » prévoit d'aller encore plus loin dans l'intégration au sein des GHT.

L'objectif du Pôle est de suivre et comprendre les implications en termes budgétaire et financier qui résulteront de l'intégration croissante de l'établissement dans le GHT BASM (à travers le budget « G ») \* notamment les conséquences de la mutualisation de fonctions supplémentaires :

- Systèmes d'information,
- Mise en commun des disponibilités,
- Élaboration d'un programme d'investissement et un PGFP uniques,
- Conclusion d'un CPOM unique,

*\*intégration qui s'appliquera « au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties »*

L'objectif principal de cette action serait donc se former régulièrement sur les impacts de l'intégration de l'établissement au sein du GHT et mettre en œuvre ses changements dans la structuration comptable et budgétaire de l'établissement

# FICHES ACTIONS

## Axe 3 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

#### 3.Préserver l'équilibre budgétaire pour soutenir de nouveaux projets

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 3.1 Gagner en fluidité, exhaustivité et qualité au sein de la chaîne « accueil-facturation-recouvrement »

#### **Mots clés et description du contexte** : Facturation, fiabilisation, Simphonie

Les recettes de l'établissement dépendent à 85% des produits versés par l'assurance maladie (DAF, MIGAC et FIR) sur le budget principal. Cette source de recette va être amenée à évoluer en lien avec la réforme du financement de la psychiatrie. Ce point particulier est évoqué dans l'objectif n°2 – « Accompagner l'établissement dans la mise en œuvre des évolutions institutionnelles ».

La consolidation des fondamentaux, en terme de recettes, consiste à étudier et à optimiser le cycle des recettes générées par l'activité hospitalière issu de la facturation (le titre 2 des recettes). Les buts fixés sur ce périmètre seront des gains en termes de rapidité, exhaustivité et qualité au sein de l'ensemble la chaîne « accueil-facturation-recouvrement ». Cette démarche doit s'accompagner d'une réflexion portant à la fois sur les outils numériques (systèmes d'information, solutions bancaires...) mais aussi à travers une démarche de changement avec un accompagnement à l'évolution des pratiques (nouveaux processus métiers). Un travail en mode projet, avec l'appui méthodologies du programme Simphonie et du guide de la fiabilisation des recettes développés par le Ministère.

#### **Actions/Etapes** :

1. Définir les différentes étapes et indicateurs de la chaine accueil - facturation – recouvrement (de l'admission au recouvrement)
2. Identifier les processus ainsi que les points de vigilance associés à chaque étape (complétude du dossier administratif...)
3. Transposer à chaque processus les outils numériques pouvant être déployés en appui (CDRi, Zéro cash, ROC, Diapason...)
4. Rédiger une procédure pour chaque étape en vue de la mise en place d'un contrôle interne
5. Appliquer la procédure en phase test
6. Evaluer l'application de la procédure et identifier les besoins en terme de formation, d'outils complémentaires, de changements organisationnels

# FICHES ACTIONS

## Axe 3 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

3. Préserver l'équilibre budgétaire pour soutenir de nouveaux projets

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

3.2. Bâtir une stratégie financière pluriannuelle en identifiant les leviers d'action

### Mots clés et description du contexte :

La dimension financière est un levier au service du projet d'établissement. La capacité de l'établissement à anticiper, veiller et consolider son assise financière sera déterminante pour mener à bien ses actions dans un environnement en transformation.

L'objectif est d'établir une stratégie financière qui permette à l'établissement de se projeter – sur le court, moyen et long terme - tout en faisant face à des décalages de trésorerie le cas échéant.

### Actions/Etapes :

- Analyser de manière approfondie et collective la situation budgétaire de l'établissement :
  - Identifier les engagements budgétaires CT/MT/LT,
  - Trouver les sources d'économies potentielles,
  - Repérer les risques d'évolution de dépenses en fonction des modifications des besoins de l'établissement et du contexte économique et règlementaire.
- Créer une cellule d'analyse permettant d'inscrire de nouveaux projet dans la trajectoire financière de l'établissement
  - S'interroger sur la capacité financière à mener une nouvelle action,
  - Évaluer les coûts et les gains,
  - Choisir les sources de financement adaptées,
- Développer des outils de pilotage des dépenses avec et pour les directions fonctionnelles pour :
  - Suivre la bonne exécution du plan d'action,
  - Surveiller les impacts sur le budget global,
  - Réévaluer les orientations prises si besoin.
- Prévenir en cas de difficultés :
  - Suivre et alimenter les fonds propres de l'établissement,
  - Anticiper les écarts de trésorerie,
  - Moduler les sources de financement.



# FICHES ACTIONS

## Axe 3 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL

#### 3. Préserver l'équilibre budgétaire pour soutenir de nouveaux projets

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 3.3. Renforcer le lien ordonnateur-comptable

#### Mots clés et description du contexte :

L'exécution de la loi de finances s'effectue suivant un ensemble de procédures et d'opérations. La phase administrative et comptable de cette exécution se traduit par des opérations de recettes (encaissements) et des opérations de dépenses (décaissements). Cette phase fait appel aux services de deux catégories d'agents de l'ordre administratif : les administrateurs de crédits et les ordonnateurs d'un côté et les comptables de l'autre. Le droit a ainsi entendu procéder à une division rationnelle des tâches dans le cadre de cette phase, mieux il consacrera une incompatibilité même des fonctions confiées à ces deux agents, donnant ainsi naissance à ce que l'on connaît sous l'appellation de principe de la séparation des ordonnateurs et des comptables.

Dans un contexte de modernisation des liens ordonnateur-comptable au service des usagers, il est nécessaire de renforcer les liens et à moderniser les échanges d'informations entre les services de l'ordonnateur et ceux du comptable. Ce renforcement peut se traduire par la formalisation d'une convention de services comptables et financiers, co-construite entre les deux parties. Un plan d'action pourra tout d'abord être établi sur la base :

- du rapprochement des services gestionnaires et comptables, la connaissance mutuelle et les échanges d'information.
- de la reconfiguration des chaînes administratives de la dépense et du recouvrement, avec notamment la mise en place de la dématérialisation,
- le pilotage financier de l'EPRD avec l'enrichissement des données comptables et financières de l'ordonnateur par les données détenues par le comptable, notamment au sein des comptes de tiers

#### Actions/Etapes :

1. Dresser avec le comptable public de l'établissement un diagnostic partagé.
2. Au regard des forces et faiblesses identifiées, définition conjointe d'un plan d'actions
3. Formalisation des engagements réciproques entre les parties dans une convention qui fixe un calendrier et une méthode de travail, en prévoyant des bilans à intervalle régulier.
4. Evaluation conjointe des résultats obtenus lors des bilans d'étape et si besoin, modification du plan d'action initial.

# FICHES ACTIONS

## Axe 4 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL

#### 4. Fiabiliser, suivre et fluidifier les données médico-économiques

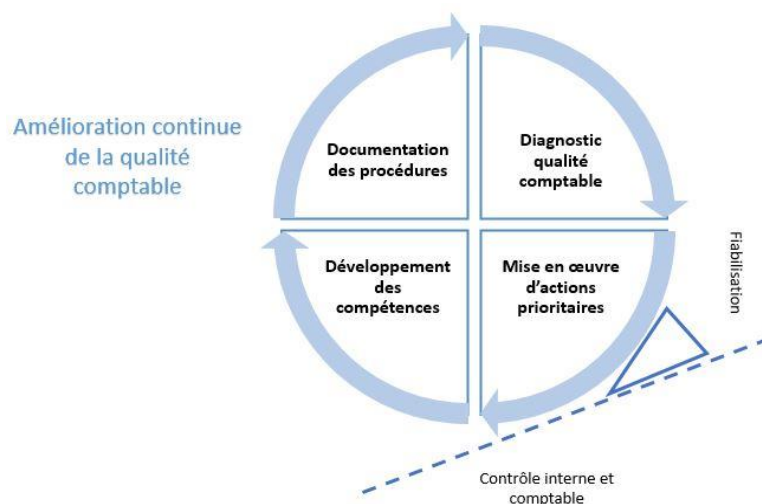
### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 4.1. Fiabiliser des comptes dans une logique d'amélioration continue de la qualité comptable

#### Mots clés et description du contexte :

A l'heure d'une modernisation en profondeur du système de santé et d'un contexte économique tendu, la démarche de fiabilisation/certification des comptes a vocation à permettre aux établissements publics de santé de renforcer leur performance, grâce à l'amélioration des processus comptables, avec pour conséquence un meilleur pilotage, notamment financier.

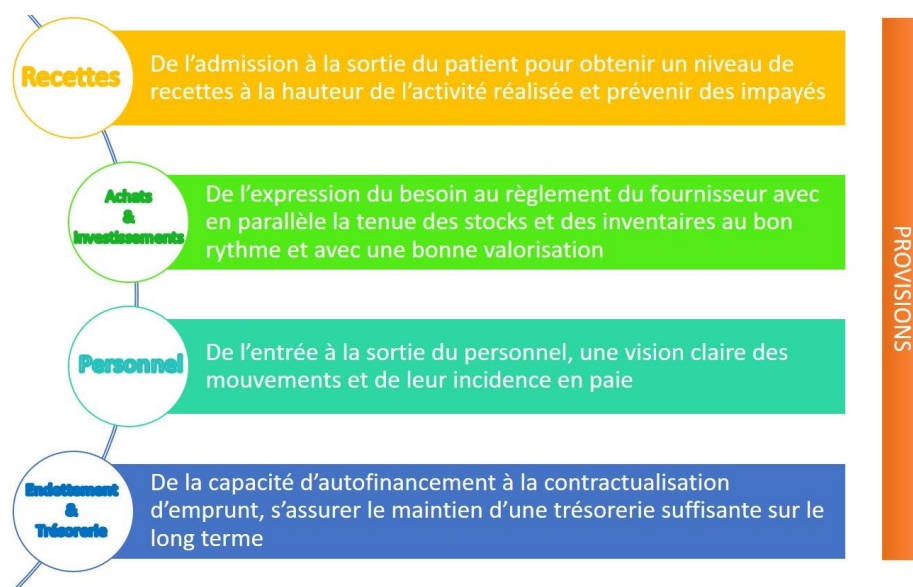
Au-delà de l'aspect technique, la démarche projet sous-jacente à la fiabilisation des comptes basée sur la démarche qualité permettra de fiabiliser les procédures, de développer un contrôle interne axé sur la maîtrise des risques comptables et financiers, d'intégrer ces orientations dans le système d'information de l'établissement, de sécuriser la production d'information comptables pour obtenir une vision réelle du résultat, du patrimoine et de la situation financière de l'établissement.



Optimisation des procédures internes et de l'organisation dans une démarche « qualité », qui concerne non seulement le champ comptable mais aussi l'ensemble de l'organisation de l'établissement

La démarche de fiabilisation est scindée par « cycles » permettant de définir des axes de travail « métiers ».

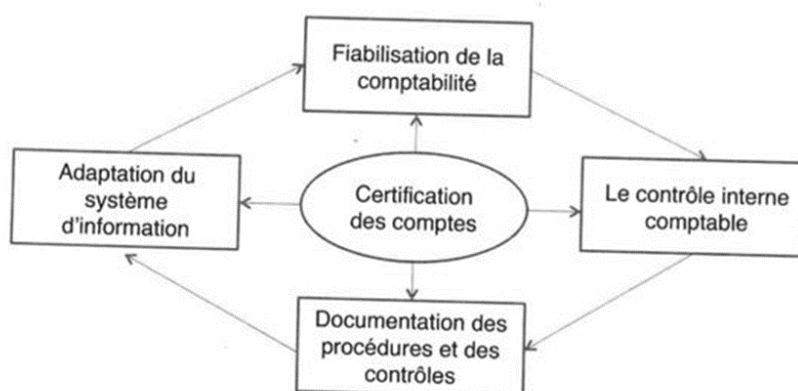
# FICHES ACTIONS



## Actions/Etapes :

1. **Informers les directions métier :** Au préalable, des séances d'informations/formations seront organisées par un intervenant extérieur et par groupe métier afin de poser le cadre de la démarche
2. **Réaliser un premier diagnostic :** Une première mission « flash » sera effectuée par un cabinet d'expertise comptable/ commissaires aux comptes afin de relever les risques principaux et de construire un planning de travail en fonction des priorités.
3. **Fonctionner en groupe de travail, par cycle :** En fonction du premier diagnostic, un plan de mise en conformité sera établi : corrections éventuelles, rédaction de procédures et mise en place d'un contrôle interne

Les différentes actions ou étapes du processus de fiabilisation des comptes peuvent se résumer sous forme de cycle dont les principaux items sont :



Source : « Fiabilisation et certification des comptes de l'hôpital, finances hospitalières infodivium éditions »

# FICHES ACTIONS

## Axe 4 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL

#### 4. Fiabiliser, suivre et fluidifier les données médico-économiques

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 4.2. Intégrer la démarche de gestion dématérialisée

#### Mots clés et description du contexte :

Le contexte de crise sanitaire vécu, durant son temps fort, au début de l'année 2020 a mis en exergue la nécessité pour l'établissement d'aller plus loin dans la démarche de gestion dématérialisée de ses processus de gestion, notamment pour le pôle clientèle, finances et communication.

En effet, ce constat a amené le pôle à réfléchir à l'optimisation de ses processus de gestion. Dans ce cadre, il souhaite s'inscrire à toute démarche de dématérialisation qui serait initiée, avec pour but de :

- Fluidifier les échanges données en connectant davantage les logiciels « métiers » au logiciel de gestion comptable et financière,
- Enrichir le flux d'information en intégrant les pièces nécessaires au mandatement de la dépense via une gestion électronique des documents (GED),
- Mettre en place la signature électronique des mandats et des titres de recettes,
- Assurer une télétransmission des éléments au comptable public.

Ces évolutions seront réfléchies en cohérence avec les nouveaux outils informatiques Mipih qui seront mis en place et en coordination avec le comptable public.

# FICHES ACTIONS

## **Axe 5 : Projet de gestion**

### **OBJECTIF GENERAL :**

**5. Animer le dialogue stratégique et de gestion**

### **FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE**

**5.1. Assurer une fonction d'appui aux directions pour permettre des choix stratégiques**

### **Mots clés et description du contexte :**

Aujourd'hui de nombreux tableaux de suivi de gestion coexistent au sein de l'établissement et permettent, par domaine de compétence ou typologie de suivi, une gestion opérationnelle par service. Il n'existe pas réellement de tableau de suivi de gestion prospectif permettant de fournir une synthèse des objectifs poursuivis par ce dernier ou des indicateurs utiles au pilotage. De plus, des canaux de communication formalisés, permettant la transmission de ces éléments, pourraient être également mis en place.

L'objectif de cette action réside dans la construction de tableaux de bord de gestion dont les objectifs et indicateurs seront déterminés selon la stratégie de l'établissement en terme de gestion.

### **Actions/Etapes :**

1. Définition de la stratégie de gestion
2. Déclinaison en objectifs stratégiques
3. Choix des indicateurs essentiels permettant de répondre aux objectifs stratégiques

# FICHES ACTIONS

## Axe 5 : Projet de gestion

### OBJECTIF GENERAL :

#### 5. Améliorer le dialogue stratégique et de gestion

### FICHE POUR L'OBJECTIF SPECIFIQUE

#### 5.2. Animer le dialogue de gestion avec les pôles

#### Mots clés et description du contexte :

En référence à l'action 2.1 « enrichir l'analyse de l'activité et mesurer son impact sur le financement de l'établissement », cette action vise davantage à développer les aspects internes du dialogue de gestion existant déjà avec les pôles de soins de l'établissement. Animer le dialogue de gestion avec les pôles recouvre la volonté d'accentuer la démarche en :

- Faisant évoluer les tableaux de bord, supports aux réunions de contrôle de gestion, pour renforcer la lisibilité partagée du pilotage de l'activité et des moyens,
- Concevant, analysant et suivant les indicateurs de performance des pôles en fonction de leurs spécificités,
- Etudiant l'impact médico-économique des projets en fonction des problématiques de terrain et au regard de l'évolution du financement de la psychiatrie.

SCHÉMA IMMOBILIER  
OU  
PLAN DIRECTEUR  
IMMOBILIER

# INTRODUCTION

## LES CINQ AXES DU SCHÉMA IMMOBILIER

Le présent Schéma Directeur Immobilier intervient à la suite de près de deux décennies de schémas « de bâtisseurs ». L'esprit de ce nouveau schéma peut se structurer autour de cinq axes :

- Axe 1 : Finaliser les derniers éléments des schémas antérieurs
- Axe 2 : Attendre que des positionnements soient pris, notamment par les tutelles, quant à la restructuration de l'offre de soins, et une fois que tel sera le cas, définir de nouveaux axes et les mettre en œuvre, au besoin, sans attendre le schéma directeur immobilier 2024 – 2029
- Axe 3 : De manière continue, améliorer les fonctionnalités et l'agrément de l'outil immobilier existant
- Axe 4 : Saisir au vol d'éventuelles aubaines, par exemple pour la relocalisation d'unités extrahospitalières implantées dans des locaux vétustes et/ou inadaptés
- Axe 5 : Procéder à la cession des biens identifiés comme pouvant être cédés sans obérer les possibles besoins ultérieurs

Les cinq axes ci-dessous seront détaillés dans les pages qui suivent, au moyen d'une présentation

Légèrement différente, avec une partie 1 plutôt rétrospective et une partie 2 plutôt descriptive et prospective.



# COMPRENDRE L'HISTORIQUE DES SCHÉMAS PRÉCÉDENTS

## 1.1. Du projet bi-site Brumath + Hoerdt, à un projet de site unique à Brumath

### 1.1.1. Le projet initial

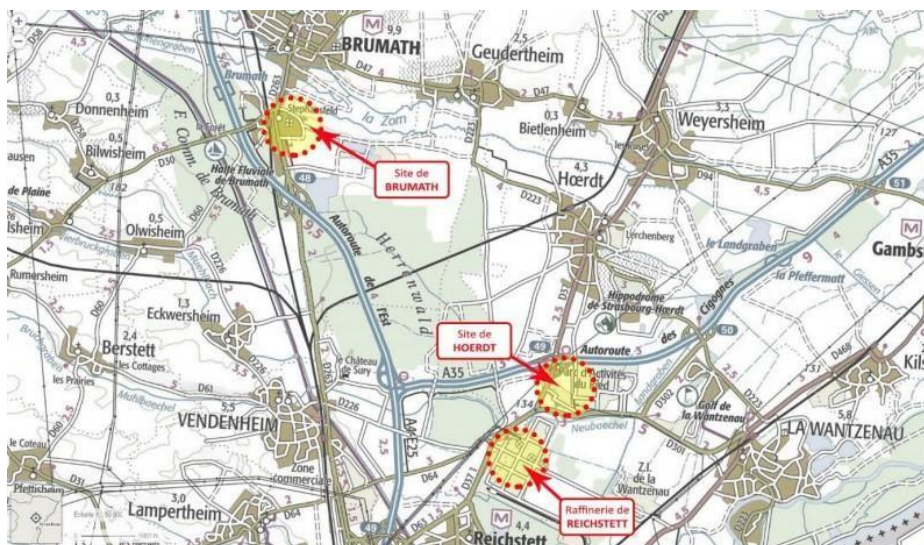
L'EPSAN est né en 1999, de la fusion de deux hôpitaux psychiatriques, l'un situé à Brumath, l'autre situé à Hoerdt. L'idée initiale était la suivante :

- Conserver une direction unique, implantée à Brumath (a été réalisé)
- Répartir les directions fonctionnelles sur les deux sites en regroupant la DRH à Hoerdt (a été réalisé)
- Spécialiser le site de Brumath en psychiatrie (était projeté, mais n'a pas été réalisé)
- Spécialiser le site de Hoerdt dans le domaine médico-social (était projeté mais n'a pas été réalisé)

### 1.1.2. Le facteur ayant conduit à une totale refonte du projet

L'explosion de l'usine AZF à Toulouse, en 2001, a définitivement mis un terme au projet initial

En effet, le site de Hoerdt se situait à proximité d'une raffinerie, avec un risque de boil-over. Dès lors, l'idée directrice du projet imposait de vider le site de Hoerdt, en rapatriant toute l'activité à Brumath, à la demande pressante de M. le Préfet dès qu'il avait classé la zone en Seveso 1 et 2.



## 1.2. Le projet de site unique à Brumath (+ vider Hoerdtd)

Comme indiqué précédemment, l'idée directrice principale était de vider le site de Hoerdtd. Pour autant, il ne s'agissait pas de transférer les unités à l'identique, bien au contraire. En effet, il s'agissait de profiter de l'occasion, pour restructurer en profondeur le site de Brumath, aussi bien sous l'angle architectural, que sous l'angle de l'offre de soins, avec une mise en sécurité incendie de l'ensemble des bâtiments de Brumath, ainsi que par les locaux installés provisoirement à Hoerdtd (le temps de vider le site).

### 1.2.1. Les réalisations directement liées à ce projet

- Rapatriement de la pharmacie de Hoerdtd, de la DRH mais aussi de certains patients vers les 3x15 lits dans des bâtiments préexistants et/ou restructurés avec des lieux de fonctionnement renforcé (pharmacie unique, Direction des Ressources Humaines avec la Direction des Soins à Jeanne d'Arc en y adjoignant l'Hygiène Hospitalière et la Qualité et Gestion des Risques).
- Construction neuve à Brumath en PPP d'un ensemble de deux bâtiments, pour l'accueil de 4 unités de psychiatrie pour adultes (112 lits au total). Mise en service : mai 2008.
- Construction neuve à Brumath en loi MOP d'un ensemble médico-social de 64 places (MAS : 24 ; FAM : 40 anciennement situé à Hoerdtd). Mise en service : avril 2010.
- Reconditionnement à Brumath de bâtiments existants, pour créer trois structures psychiatriques de patients à profils particuliers (unités appelées 3 fois 15). Mise en service : janvier 2012.

### 1.2.2. Les réalisations concomitantes à ce projet

#### 1.2.2.1. Réalisations sur le site de Brumath

- Construction neuve en loi MOP d'un bâtiment regroupant une unité mère bébé, et une structure de jour pour jeunes enfants. Mise en service : novembre 2006.
- Construction neuve en PPP d'un IFSI-IFAS (promotions de 62 élèves en IFSI et 20 élèves en IFAS). Mise en service : juin 2006

## 1.2.2. Réalisations en extrahospitalier (les plus emblématiques)

- Reconditionnement d'un bâtiment existant à Molsheim en 2004, pour un montant de 640.000,00 €
- Acquisition en VEFA à Bischheim d'un bien immobilier de type logement, aménagé en unité extrahospitalière, en septembre 2003 pour un montant de 1 million d'euros
- Réalisation en loi MOP de structures extrahospitalières regroupant l'ensemble des structures (7 au total) sur un seul site à Bischwiller (G01 + I01), en 2012, pour un montant de 6,7 millions d'euros TDC.

## 1.3. Le projet bi-site Brumath + Strasbourg-Cronembourg

### 1.3.1. Le projet lui-même

Le projet structurant qui a suivi, avait comme ADN de rapprocher de leurs bassins de population, les unités d'hospitalisation dévolues à la population adulte de l'Eurométropole de Strasbourg.

Après plusieurs années de recherches et de tractations, un terrain a enfin pu être acheté le 27 octobre 2011. Ce terrain se situe au sein de l'Eurométropole, plus précisément à Strasbourg même, dans le quartier de Cronembourg. Le permis de construire a été déposé le 25 octobre 2012, et autorisé le 7 juin 2013. Les travaux ont pu commencer le 11 décembre 2013. Malheureusement, un incident de chantier a occasionné plus d'une année d'arrêt, si bien que l'entrée dans les lieux n'a pu être effective que le 19 mai 2019. Le coût TDC actuel (nonobstant les recours en cours), est de 29.501.000,00€. Sont concernés les secteurs G04-67 ; G07-67 et G08-67. Est également concerné le secteur G06-67 (Molsheim-Schirmeck), dont le secteur géographique se situe « de l'autre côté » de l'Eurométropole, et donc plus proche du site de Cronembourg que de Brumath.

### 1.3.2. Les réalisations concomitantes à ce projet

#### 1.3.2.1. Réalisations sur le site de Brumath

- Restructuration et agrandissement du pavillon DAGONET pour accueillir une unité intersectorielle de Géro-nto-Psychiatrie en 2008 pour un montant de 3.317.000,00€
- Réhabilitation du bâtiment LAZARET FEMMES avec adjonction de bâtiments préfabriqués
- Réhabilitation du pavillon JEANNE D'ARC afin de regrouper les directions fonctionnelles des ressources humaines et des soins et de la qualité, en 2010 pour un montant de 2.507.000,00€

# COMPRENDRE L'HISTORIQUE DES SCHÉMAS PRÉCÉDENTS

- Construction neuve d'un Maison d'Accueil Spécialisée de 24 places, ouvert en 2010 et d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 40 places, transférées de Hoerdt vers Brumath également, en 2010 pour un montant de 9.600.000,00€ au total.
- Rafraîchissement d'un niveau du PENSIONNAT DAMES en 2013 pour recevoir la Direction de l'établissement pour un montant de 295.000,00€, laquelle a laissé la place pour l'annexe du TGI pour les audiences foraines du JLD (cf Décrets de 2011 et 2013).
- Construction neuve d'un bâtiment de liaison pour la CUISINE de Brumath en 2017, afin de créer un circuit de production entre les zones de stockage des denrées et la zone de transformation, répondant ainsi aux nouvelles normes sanitaires imposées par les services vétérinaires pour un montant de 518.000,00€.

## 1.3.3. Les réalisations concomitantes à ce projet

### 1.3.2.2. Réalisations en extrahospitalier (les plus emblématiques)

- Relocalisation dans un bâtiment neuf construit en loi MOP, à Bischwiller, de plusieurs unités adultes et enfants, préalablement disséminées dans 7 bâtiments. Mise en service en septembre 2012. Coût TDC : 6.700.000,00€
- Relocalisation dans un bâtiment rénové en loi MOP (anciennement utilisé comme IFSI), à Brumath, de plusieurs unités adultes, préalablement disséminées dans 3 bâtiments. Mise en service en octobre 2013. Coût TDC : 2.225.000,00€
- Relocalisation à Schirmeck, sous forme de location, dans un ancien laboratoire d'analyses médicales, d'unités préalablement localisées dans un bâtiment vétuste à La Broque. Mise en service en janvier 2014, après quelques menus travaux à notre charge.
- Relocalisation dans un bâtiment neuf, en VEFA, à Schiltigheim, de plusieurs unités infanto juvéniles (I01). Mise en service en juin 2015. Coût : 2.890.000,00€
- Relocalisation dans un bâtiment neuf, en VEFA, à Strasbourg, rue de Koenigshoffen, de plusieurs unités de psychiatrie adulte (G08). Mise en service en février 2015. Coût : 2.810.000,00 €
- Transformation de l'ancien Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) sis à proximité du site principale de Brumath (mais pas dans son enceinte), en Centre Thérapeutique de Jour pour regrouper et accueillir les services extrahospitaliers du secteur G05-67 en octobre 2013 pour un montant de 2.224.822,80€

## 1.4. La restructuration du site de Brumath : suite logique du projet bi- site Brumath Cronenbourg

Le départ pour Cronenbourg, de 6 unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte, pour un total de 140 patients, a libéré un certain nombre de bâtiments sur le site de Brumath. Il convenait dès lors de réfléchir à la meilleure configuration possible, en intégrant plusieurs paramètres, dont ceux qui suivent :

- Six unités libérées
  - Parmi les unités qui restent à Brumath, deux unités implantées dans des bâtiments modulaires, car les bâtiments où ils étaient auparavant n'étaient plus du tout aux normes incendie
  - D'autres bâtiments, encore utilisés, font l'objet d'une autorisation spécifique d'utilisation (légèrement hors normes incendie, mais poursuite d'utilisation autorisée jusqu'à pouvoir effectuer un jeu de chaises musicales à Brumath, suite à la mise en service de Cronenbourg)
  - Nécessité de conserver un bâtiment « de rotation » pour les opérations tiroir, ce à quoi est venue s'ajouter l'opportunité, au regard de la COVID-19, de disposer d'un bâtiment plan blanc plus conséquent que ce qui avait initialement été envisagé
  - Coûts spécifiques liés au classement « ABF » du site
  - Opportunités de cessions, pour des bâtiments en périphérie
- ...

## 1.5. La nécessité de marquer un temps d'arrêt, en matière d'orientations stratégiques

Le projet médical comporte un certain nombre de projets qui ne pourront être mis en œuvre qu'après validation par les tutelles.

Ces incertitudes, que l'on pourrait classer dans l'organisation de l'offre de soins, sont complétées par d'autres incertitudes, comme par exemple l'impact de la COVID-19 (sur les besoins de soins, sur la configuration de l'outil immobilier (capacités par exemple) ...), ou encore l'impact sur la demande de soins psychiatriques publics, qu'aura l'ouverture de lits psychiatriques dans des cliniques privées.

Dès lors, l'EPSAN, qui a fait preuve de sa capacité à construire, a fait le choix de marquer un temps d'arrêt en matière de structuration et restructuration de l'outil immobilier.

### 1.6. Le refus de l'immobilité

Ne pas s'engager dans de nouvelles directions, le temps d'avoir la visibilité nécessaire, ne signifie pas, pour autant, que l'EPSAN va verser dans l'attentisme, bien au contraire. Les ressources resteront mobilisées pour poursuivre et finaliser tout ce qui est engagé, comme par exemple le projet de relocalisation des unités extrahospitalières de Saverne (pour un coût prévisionnel de 6.200.000,00€), ou encore la relocalisation des unités les plus vétustes au sein du site de Brumath. Il s'agira également d'améliorer les fonctionnalités des bâtiments existants, etc. C'est donc un schéma « pratico-pratique » (par opposition à un schéma « visionnaire ») qui sera décliné dans les pages qui suivent.

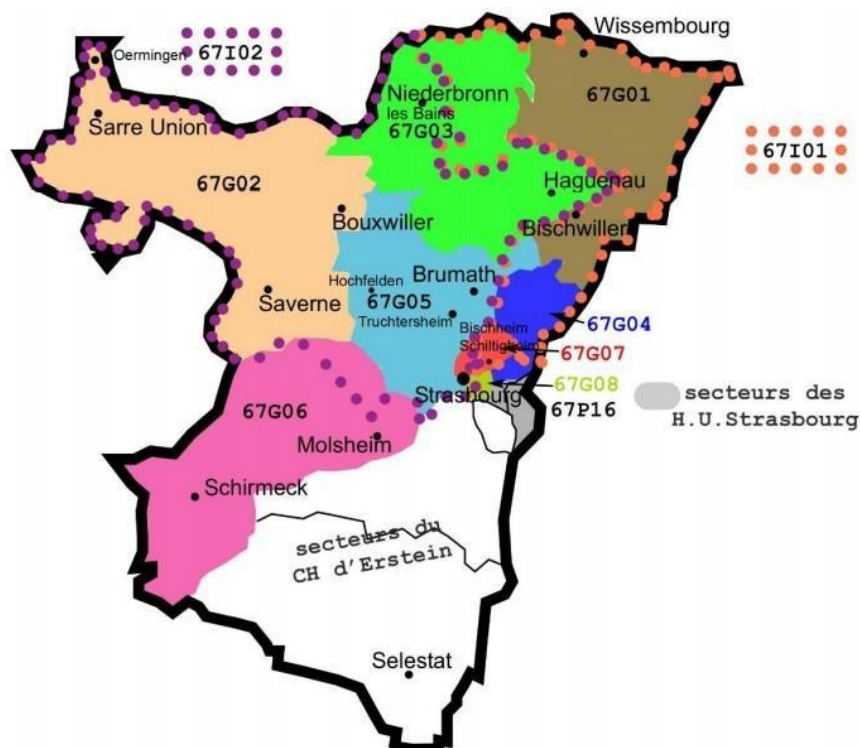


## 2.1. État des lieux succinct

### 2.1.1. Géographie de l'outil immobilier à disposition

L'EPSAN dispose des éléments suivants :

- Le site de Brumath, a une configuration classique de « centre administratif » d'Etablissement Public de Santé Mentale (administration + services techniques + lits d'hospitalisation + unités médico- sociales, ...), le tout en disposition multi-pavillonnaire. La spécificité principale, est de « subir » un classement ABF, qui occasionne de nombreux surcoûts, et permet bien moins de latitudes, notamment en matière de destruction de bâtiments sans utilité.
- L'ancien site de Hoerdt, à la vente
- Le nouveau site de Cronenbourg, qui est un site d'hospitalisation psychiatrique adulte, avec une administration dédiée à minima et sans services techniques dédiés
- De nombreux sites extrahospitaliers, couvrant un territoire qui correspond environ aux deux tiers du Bas Rhin
- L'EPSAN dispose également de deux unités situées en milieu pénitentiaire, l'une à Strasbourg, l'autre à Oermingen



### 2.1.2. Etat « général » de l'outil immobilier à disposition

Les pages qui précèdent attestent d'une volonté sans faille, de mettre un outil moderne et adapté, à la disposition des patients et des personnels. Les pages qui précèdent attestent également que cette volonté s'est traduite dans les faits, si bien qu'à ce jour, la majorité des unités disposent de locaux récents, et bien évidemment, aux normes de sécurité incendie. Il n'en demeure pas moins que certains services sont encore localisés, à ce jour, dans des locaux qui ne sont pas satisfaisants, que ce soit en intrahospitalier (où toutes les « chaises musicales » à Brumath, consécutives au déménagement pour Cronembourg, n'ont pas encore pu avoir lieu, où que ce soit en extrahospitalier, notamment pour deux situations connues de l'ARS). Situation 1 : une unité extrahospitalière se situe à l'intérieur des murs de Brumath, suite à la vente du bâtiment duquel nous étions locataires à Haguenau ; situation 2 : la relocalisation des unités situées à Saverne dans un bâtiment neuf, inscrit de longue date au CPOM.

### 2.1.3. Etat « particulier » de l'outil immobilier à disposition, en matière d'« agrément » de l'agent

Force est de constater que le milieu hospitalier n'a pas toujours été précurseur en matière de qualité de vie au travail. En outre, force est de constater que cette notion, une fois en œuvre, est restée bien longtemps concentrée sur le poste de travail, là où quelques entrepreneurs visionnaires, dont monsieur Godin, fondateur du Familistère de Guise, avaient déjà une conception globale du bien-être au travail, incluant tout son environnement. Toujours est-il qu'au fil des changements générationnels et de l'évolution de la société, il est apparu nécessaire de repenser l'hôpital et sa vie périphérique, d'autant plus qu'il y a une concurrence au recrutement, faisant qu'il y a lieu de se poser la question de l'attractivité. Autant transformer nos locaux en parc d'attraction ou en complexe de remise en forme serait une utilisation inappropriée des deniers publics, autant l'investissement à juste hauteur, dans une attractivité qui de surcroît amène du bien-être (et donc moins de maladie et potentiellement davantage de productivité), est un axe qui doit être ajouté en ligne de mire pour toutes les opérations immobilières, à commencer par celles qui concernent les sites où travaillent des agents non postés.

### 2.1.4. Etat « particulier » de l'outil immobilier à disposition, en matière d'« agrément » du patient

L'architecture et le design se sont saisis de cet item depuis bien longtemps. La difficulté en la matière, c'est que les « modes » et « modalités de soins » changent. Comme exposé précédemment, les bâtiments à disposition sont plutôt récents et en bon état. Ce qui a également beaucoup évolué, c'est le matériel spécifique, et avec cela, le besoin en locaux spécifiques (apaisement, snoezelen, TED, ...). Tout ceci nécessite des aménagements internes aux bâtiments.



D'une manière générale, il y a eu une évolution considérable de la technologie, permettant des fonctionnalités qui n'existaient pas jusqu'alors, comme le fait qu'un patient peut verrouiller sa porte quand il est à l'intérieur de sa chambre et donc s'y sentir davantage en sécurité. Cela est possible grâce à un système électronique de cartes d'accès, qui apportent un tel bénéfice aux patients qu'il est bien naturellement envisagé de le généraliser progressivement, avec des coûts d'installation, mais également des coûts ultérieurs de maintenance, d'amortissement, de renouvellement... Les soignants sont également très demandeurs de ces équipements, car ils diminuent le stress des patients, mais également car le même système sert à sécuriser l'accès aux bâtiments, aux bureaux, locaux de soins, armoires à pharmacie....

## 2.2. Constructions et transformations

### 2.2.1. Site de Brumath

#### 2.2.1.1. Finaliser les projets antérieurs

##### 2.2.1.1.1. Le concept

Le concept est lié à un cahier des charges composé de trois items :

- Profiter du départ de six unités à Cronenbourg, pour relocaliser les unités les plus mal « logées » sur le site de Brumath. A noter qu'il ne s'agit pas seulement de vétusté, mais également de conditions de vies pour les patients (pas de salle d'eau dans les chambres, pas de WC ...). Il s'agit des bâtiments utilisés jusqu'en juin 2020 par les 3X15 (Pfersdorff, Lazaret et Pensionnat Dames). Ces bâtiments avaient d'ailleurs été pointés très défavorablement, aussi bien par les visiteurs de la HAS, que par les visiteurs du CGLPL
- Accompagner la réorientation du projet « 3 fois 15 » en projet « 2 fois 20 », déjà devenu « 20+16 »
- Créer des synergies entre les différentes unités placées sous la houlette du G05 (unité intra du G05 + unité intersectorielle fermée du territoire 1 + les « 20+16 »)

##### 2.2.1.1.2. Le schéma retenu

- Les « 20+16 » ont été installés en juin 2020 dans le bâtiment Pussin (libéré par le départ d'unités à Cronenbourg) après avoir été préalablement spécialement aménagé pour ces patients aux profils particuliers. Le RDC est utilisé par l'unité fermée des 16 lits, et le premier étage, par l'unité ouverte des 20 lits.
- Conserver l'unité intersectorielle fermée du territoire 1, au RDC du bâtiment Avicenne (qui est le bâtiment adjacent au bâtiment Pussin), ce qui crée un espace cohérent pour le pôle G05.
- Faire un switch entre l'unité actuellement située au premier étage d'Avicenne (unité ouverte du G01), et l'unité actuellement située dans le bâtiment Schweitzer (unité ouverte du G05)

Dès lors, toutes les unités pilotées par le G05, seront regroupées dans l'ensemble « Avicenne Pussin »

##### 2.2.1.1.3. Standby provisoire en attendant davantage de visibilité

A l'issue des éléments qui précèdent, il demeurera des bâtiments vides, de même que certains

bâtiments ne sont exploités qu'en partie (notamment les bâtiments historiques dont les combles ne seront pas exploités). Une partie pourra être cédée, mais cela se limitera à quelques rares éléments (cf détails dans le chapitre suivant).

En effet, que ce soit pour les cessions, ou, d'une manière plus générale, pour l'ensemble de la réorganisation du site de Brumath, il convient de marquer un temps d'arrêt, jusqu'à avoir suffisamment de visibilité pour avancer dans une nouvelle direction (cf. ce qui a déjà été dit en préambule, ainsi que dans le premier chapitre). Ce standby sur le site de Brumath, n'est pas un standby absolu (cf. les points qui suivent).

#### **2.2.1.1.4. Les éléments structurants susceptibles d'évoluer malgré le standby provisoire**

Le standby évoqué ci-dessus est lié à une absence de visibilité quant aux besoins des unités, ainsi qu'à l'organisation des soins à l'échelle départementale, notamment suite à l'ouverture à venir, de lits psychiatriques dans des cliniques privées. Sur d'autres sujets, nous avons une visibilité certaine, et qui permettra donc de faire évoluer le site sans tarder.

#### **2.2.1.3.1.1. Besoin d'une unité de rotation**

Le site de Brumath est un site ancien, si bien qu'il faut périodiquement programmer des travaux qui, selon l'ampleur, ne sont pas réalisables en site occupé, d'où l'idée de bénéficier d'un bâtiment de rotation. Il s'agit donc d'identifier la localisation la plus adaptée pour cela, et de la mettre en œuvre.

#### **2.2.1.3.1.2. Disposer d'un bâtiment plan blanc**

L'EPSAN dispose d'un centre de simulation de soins, susceptible d'être mobilisé comme « micro unité » en cas de plan blanc. Cela semblait suffisant, vu le peu de chances d'être sollicité pour l'accueil de malades « MCO », par exemple suite à un gros accident routier ou ferroviaire. La COVID-19 a considérablement impacté cette vision. Il est manifeste qu'un établissement comme l'EPSAN, doit disposer d'une unité entière, mobilisable pour un plan blanc, ou tout simplement, mobilisable comme unité de « mise à l'écart » épidémique. Une telle unité doit se différencier de l'unité de rotation (une unité de rotation, utilisée le temps d'une opération de travaux, n'est plus utilisable pour un plan blanc, dès lors qu'elle est déjà occupée). Il s'agit donc d'identifier la localisation la plus adaptée pour cela, et de la mettre en œuvre.

### **2.2.1.2. L'adaptation du parc existant**

Certes, le site fera l'objet d'un standby, mais il ne s'agit pas pour autant d'arrêter de le faire évoluer. Cela n'aurait cependant pas de sens d'engager des travaux lourds dans des bâtiments dont la destination sera peut-être radicalement différente à moyen terme. Il y a donc un juste curseur à trouver, en dégagant des priorités, lesquelles doivent prendre en compte les potentiels ultérieurs. Ces adaptations au fil de l'eau concernent de nombreux items. Beaucoup concernent de menus travaux (comme des changements d'affectation de pièces), mais également de thématiques transversales.

**2.2.1.2.1. Poursuivre les menues adaptations même si l'affectation d'un bâtiment est susceptible d'évoluer dans un second temps** : cet item ne va pas de soi, d'où l'importance de le préciser pour mémoire.

#### **2.2.1.2.2. Avoir le souci de la mise aux normes des bâtiments**

Qu'il s'agisse de mise aux normes incendie, électrique, écologique (chaudières par exemple), les dépenses à venir seront importantes. Priorité sera donnée aux bâtiments actuellement utilisés et/ou susceptibles d'être utilisés à l'avenir.

#### **2.2.1.2.3. Consolider le sentiment de sécurité que les patients ont dans leurs chambres**

Comme déjà évoqué plus haut, le contrôle d'accès électronique permet aux patients d'avoir une chambre dans laquelle aucun autre patient ne peut entrer, ce qui occasionne un sentiment de sécurisation, tant pour les biens que pour les personnes. Ce dispositif est d'ores et déjà déployé dans quatre unités du site de Brumath (dont 2 avaient servi de test avant son installation sur l'ensemble du site de Cronembourg). Son déploiement sera poursuivi.

#### **2.2.1.2.4. Développer et faciliter la pratique sportive pour les personnels**

Le site de Brumath ne disposait d'aucun local à vélos, alors qu'il y avait de la demande émanant de personnels non-postés (NB : dans les unités de soins, il y a déjà des possibilités de remisage des vélos). De même qu'il n'y avait pas de vestiaires pour les personnels administratifs ou techniques, qui voulaient venir à vélo, ou pratiquer un sport pendant leur pause méridienne, comme par exemple au « city-stade » de l'EPSAN. Un local à vélos a donc été créé à l'été 2020, ainsi qu'un vestiaire avec douches.

A noter que ces travaux s'inscrivent dans une dynamique globale, au croisement entre qualité de vie au travail, lutte contre les effets de la sédentarité, et attractivité, ainsi qu'à une modeste contribution à l'éco-durabilité.

#### 2.2.1.2.5. **Moderniser l'accueil hôtelier des élèves et internes**

L'EPSAN dispose d'un Home des ESI (Étudiants en Soins Infirmiers), principalement destiné aux élèves de l'IFSI et de l'IFAS. L'EPSAN dispose également d'un internat, destiné aux internes et PH de garde, mais également à des internes qui souhaiteraient résider sur site le temps de leur présence à l'EPSAN. Le Home était historiquement constitué de chambres sans WC, ni douche, ni cuisine. Depuis deux ans, les travaux de modernisation sont effectués au fil de l'eau : réduction du nombre actuel de chambres pour privilégier la création de chambres « entièrement équipées ». Ces travaux, qui intéressent aussi des internes, seront poursuivis. L'internat est vétuste, aussi bien pour les pièces communes, que pour les logements. Cette situation a été remontée de manière consécutive par plusieurs promotions d'internes. En collaboration avec ces derniers, un nouveau schéma d'utilisation a été élaboré. Les travaux sont mis en œuvre au fil de l'eau.

#### 2.2.1.2.6. **Le cas spécifique de l'USLD**

Les règles de financement des USLD font que ce bâtiment est à part.

Il est un fait que ce bâtiment n'est plus adapté aux standards actuels, et que parallèlement à cela, se posent un certain nombre de questions par rapport aux normes et équipements incendie.

Il s'agira, dans un premier temps, de prendre contact avec le département et l'ARS pour arrêter ensuite, ensemble, la future capacité cible. A partir de là, des modélisations architecturales et financières pourront être réalisées.

### 2.2.2 Site de Cronenbourg

Comme indiqué précédemment, il s'agit d'un bâtiment neuf qui, de ce fait, est déjà à la pointe de la « modernité », notamment en matière de contrôles d'accès, d'accès à vélo, vidéo protection, ....

Il nécessite néanmoins un certain nombre d'adaptations, au regard du recul que l'on peut avoir depuis l'ouverture, mais également par rapport à l'évolution des pratiques

#### **2.2.2.1. Sécurisation anti-fugue**

Il est apparu que des patients ont pu s'échapper des patios par escalade. Les acrotères seront rehaussés.

#### **2.2.2.2. Sécurisation anti attaque extérieure**

Le site a fait l'objet d'une attaque extérieure le premier janvier 2020, avec intrusion dans le hall suite au dégonflage des portes coulissantes. Avant la mise en service, le site avait déjà fait l'objet d'une attaque de vandales, aux cocktails Molotov cette fois-là. Le site vient d'être raccordé au réseau RAMSES de la Police et les portes ont été renforcées ; des dispositifs anti voiture-bélier seront mis en place.

#### **2.2.2.3. Agrément des patients**

Le sol des patios (gazon) s'est avéré inadapté à l'usage, faisant que les patients ne pouvaient pas en bénéficier de manière optimisée.

Ces sols ont été bétonnés le 16 octobre 2020, avec maintien de bandes végétalisées.

La COVID 19 a mis le focus sur la nécessité de disposer d'un « mini » parc aménagé dans l'enceinte de notre propriété.

Une partie du « pré » entre le parking extérieur et le bâtiment, sera aménagée en ce sens.

#### **2.2.2.4. Accompagnement de l'évolution des techniques de soins**

L'EPSAN a décidé de s'engager dans une politique volontariste de baisse du nombre de chambres de soins intensifs. Ont été prioritairement fermées, les CSI des unités ouvertes. Les espaces libérés permettent d'autres affectations.

Sur le site de Strasbourg-Cronenbourg, seront ou ont été réalisés les travaux suivants :

##### **2.2.2.4.1. Suppression de la CSI de l'unité de géronto-psy**

L'unité de géronto-psy est une unité ouverte située au premier étage. Elle n'a plus vocation à accueillir de CSI. La pièce a été transformée en salle de relaxation Snoezelen en novembre 2020.

#### **2.2.2.4.2. Suppression des 4 CSI des deux unités ouvertes du RDC**

Au rez-de chaussée de Cronembourg, se situent quatre unités, dont deux ouvertes. Chacune de ces unités dispose de deux CSI.

Il a été décidé de supprimer totalement les CSI des unités ouvertes du RDC.

A terme, il est envisagé que toutes ces pièces soient transformées en chambres ordinaires, rattachées aux unités ouvertes, ce qui permettra d'alléger la contrainte sur les lits.

Dans un premier temps, la moitié des CSI sera d'ores et déjà transformée selon le modèle évoqué ci-dessus. L'autre moitié, quant à elle sera maintenue en CSI, mais rattachée à l'unité fermée.

Ce rattachement sera matérialisé par la suppression de l'accès direct de l'unité ouverte, à l'environnement des CSI. Ce second temps devrait vraisemblablement être rendu possible d'ici 2022 ou 2023, à l'occasion d'un changement de pratiques qui découlera d'une évolution législative déjà annoncée (l'encadrement et le plafonnement du temps passé en CSI).

### **2.2.3. Site de Hoerd**

Le site de Hoerd a été vidé de ses derniers occupants à la fin du premier semestre 2014. Depuis-lors, le site fait l'objet de procédures de cessions (ce qui sera détaillé plus bas).

Deux logements de service subsistent sur le site, pour assurer un minimum de présence sur ce qui est devenu une friche, perdue au milieu des champs.

Il n'y a donc, à proprement parler, plus d'activité de construction ni de transformation, mais uniquement une activité de maintenance, notamment suite à des dégradations, pour ne pas compromettre les chances de succès du processus de cession.

### **2.2.4. Sites extrahospitaliers**

#### **2.2.4.1. Construction d'un nouveau bâtiment à Saverne**

Après plusieurs années de recherches de terrains et/ou immeubles, ..., un terrain a enfin pu être acheté en février 2016. Conformément à ce qui a été mentionné dans le CPOM, le projet consiste à regrouper toutes les unités situées à Saverne, lesquelles sont actuellement toutes implantées dans des bâtiments inadaptés, voire problématiques du point de vue de la sécurité incendie.

Après plusieurs années de tractations avec l'ARS, d'études de coûts, de surfaces ..., le projet a été validé juillet 2019, si bien qu'un concours de maîtrise d'œuvre a pu être publié le 5 août 2019. A l'issue de cette procédure, le marché de maîtrise d'œuvre a pu être notifié le 15 septembre 2020. L'objectif de mise en service de ces locaux est fixé pour le 2<sup>ème</sup> semestre de l'année 2023. Le montant prévisionnel de l'opération est de 6.200.000,00€ TDC.

#### **2.2.4.2 Recherche de solutions de relocalisation « hors murs » de l'hôpital de jour pour personnes âgées, anciennement localisé à Haguenau**

Comme cela a déjà été indiqué précédemment, l'EPSAN accueille dans l'enceinte « intra » de Brumath, un hôpital de jour pour personnes âgées, relocalisé à la suite de la vente à des promoteurs, par les héritiers des propriétaires qui nous hébergeait, de la maison et du terrain où nous étions implantés (en location).

Les locaux, dont ce service dispose à présent, sont tout à fait satisfaisants, mais présentent le double désavantage d'être dans les murs intra, et d'être hors du territoire du secteur concerné.

L'EPSAN s'est engagé dans une recherche de relocalisation, en lien avec la commune d'Haguenau, avec comme difficulté particulière que l'immobilier est très tendu sur Haguenau et sa périphérie (peu d'éléments disponibles, et prix exorbitants). L'EPSAN poursuivra ses recherches.

#### **2.2.4.3. Hôpital de jour personnes âgées en lien avec les HUS**

Après autorisation accordée par la CSOS, pour l'installation d'un d'hôpital de jour gériatrique ainsi que d'une équipe mobile personnes âgées, sur le site de la Robertsau des HUS, il s'agit à présent de mettre en œuvre le projet, en lien avec les services techniques des HUS.

Le coût prévisionnel des travaux est modeste. Il sera vraisemblablement « pré-financé » par les HUS, et intégré au coût de location qui sera pratiqué par eux à notre endroit.

#### **2.2.4.4. Autres**

D'une manière générale, l'EPSAN est continuellement à l'affût d'opportunités de relocalisation des unités qui le nécessitent, comme par exemple pour les unités de Wissembourg.



## 2.3. Cessions

### 2.3.1. Historique des cessions et politique de cession

L'EPSAN a fait le choix de ne pas s'engager dans une démarche de dotations non affectées. Ce faisant, tous les bâtiments qui ont été libérés, pour quelque raison que ce soit, ont systématiquement été vendus lorsque cela était possible. Tel a par exemple été le cas pour un certain nombre de logements de fonction qui n'avaient plus d'utilité dès lors que les établissements de Brumath et de Hoerdt ont fait l'objet d'une fusion (et donc d'une direction commune). Un autre exemple à citer, est celui, très récent, du bâtiment Lutin-Frimousse, situé en face de l'EPSAN, qui a été vendu dans le cadre d'un projet de maison relais, dont d'anciens patients de l'EPSAN bénéficieront.

Les éléments ci-dessous détaillent les actuels projets de cessions.

### 2.3.2. Cession du site de Hoerdt

Comme indiqué précédemment, le site de Hoerdt a été vidé de ses derniers occupants à la fin du premier semestre 2014, et comme indiqué précédemment, il a fait l'objet de plusieurs procédures de vente. La dernière procédure de vente a été couplée à une vente concomitante de terrains voisins, appartenant au conseil départemental, si bien qu'il a été possible de trouver un acquéreur à 4 \$ millions, soit 3,2 millions de plus que l'estimation (à 800 000 euros) de l'experte immobilière agréée auprès de la Cour d'Appel de Colmar. Ayant en mémoire que les propositions précédentes d'acquisition (de notre terrain, sans les terrains voisins) étaient en moyenne d'un million, il a été décidé de contractualiser. A l'heure actuelle, le promoteur est en phase d'études, ainsi qu'en phase de négociation avec la communauté de communes, par rapport au changement de PLU et aux contraintes immobilières (dont le nombre de bâtiments à conserver). Si le projet reste viable, la vente pourrait être effective dès fin 2021 (selon les délais d'instruction de la modification du PLU en particulier).

### 2.3.3 Programme de cession sur le site de Brumath

Le site de Brumath se situe en périphérie de la ville. L'adresse administrative est le 141 avenue de Strasbourg. Le site, d'une superficie totale de 25 hectares, est de type multi-pavillonnaire. La partie la plus ancienne date du 12<sup>e</sup> siècle, en l'espèce, les deux « tours » des Chapelles, lesquelles sont classées à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques. Ce classement, qui impacte l'ensemble de notre site, n'a rien d'une aubaine pour l'établissement, vu que cela occasionne de nombreux surcoûts lors des rénovations (choix des matériaux imposés par les ABF...) ainsi que des difficultés voire une impossibilité de destruction de ce bâtiment. Une étude patrimoniale a été réalisée par un architecte spécialisé, en lien avec les ABF. L'ARS, qui était partenaire, a pu constater, comme nous le savions déjà à l'EPSAN, que la plupart des bâtiments devaient être conservés, peu importe qu'il soit parfois plus économiquement plus intéressant de raser et reconstruire en neuf, que de reconditionner.

La même logique de conservation nous oblige à maintenir sur pied, à entretenir, des bâtiments sans utilité particulière « matériellement ». Enfin, la même logique a pour conséquence de limiter les possibles en matière d'optimisation du site, et de réduire drastiquement les chances de pouvoir vendre des fragments de site, à des promoteurs qui ne sont pas intéressés par la rénovation à grands frais, de bâtiments sur lesquels ils ne pourront pas marger.

Vu l'impossible regroupement géographique sur une partie de site, vu l'impossibilité par ailleurs de vendre un bâtiment au cœur du site, et vu l'impossibilité de louer en cœur de site, il a été décidé d'axer les cessions en périphérie de site.

#### **2.3.3.1. Premier élément identifié : le bâtiment Pfersdorff**

A gauche du site, a été identifié le bâtiment Pfersdorff, auquel vient s'ajouter un parking situé en dehors des murs. Des contacts ont d'ores été pris avec le même bailleur social qui a acheté le bâtiment Lutin Frimousse, évoqué plus haut, dans l'historique des cessions. Il semble qu'il soit difficile d'arriver à un projet viable. D'autres pistes seront envisagées.

#### **2.3.3.2. Deuxième élément identifié, mais considéré depuis, comme non pertinent**

A droite du site, a été identifié un espace composé de l'internat et des terrains non construits situés à sa périphérie. En cours d'élaboration du projet médical, il a été question de l'implantation d'une UHSA. Ce projet est devenu caduc, mais a eu comme avantage de matérialiser que l'espace évoqué ci-dessus, est le seul espace d'envergure suffisante pour accueillir une unité avec enceinte (type UHSA, UMD...), ou une unité de soin « ordinaire », mais de grande envergure. Dès lors, cet espace, composé de terrains, et d'un bâtiment non « protégé » par les ABF, doit être conservé comme réserve foncière.

#### **2.3.3.3 Le retrait des modules provisoires**

En 2004-2005, il a été fait recours à des bâtiments modulaires de type « algécos », pour accueillir la partie nuit de deux unités, suite à des non-conformités majeures relevées par la commission de sécurité. Vu la durée potentielle d'utilisation, ces modules avaient été achetés en amont, plutôt que loués.

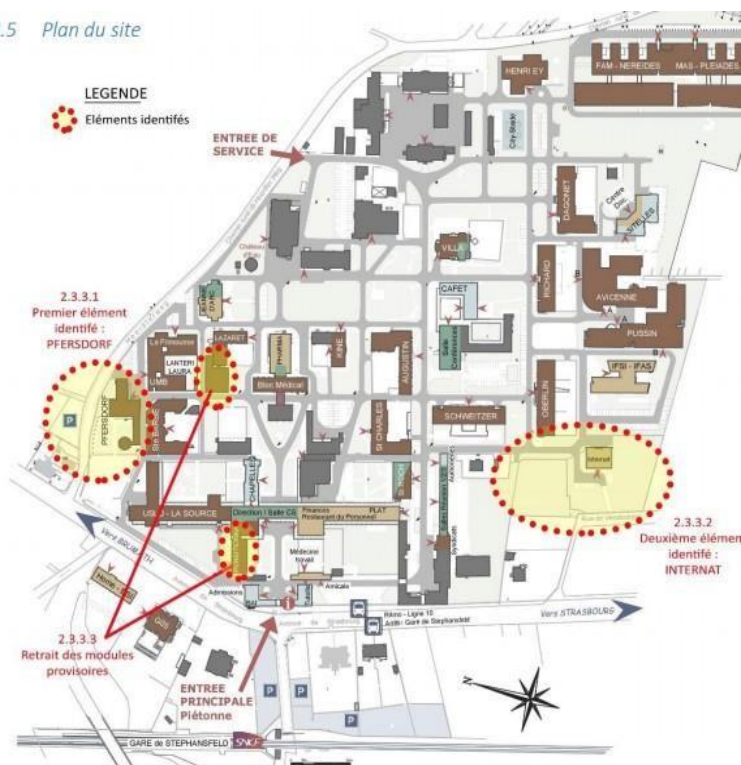
Les deux unités concernées font partie des unités qui viennent d'être relocalisées dans des locaux davantage adaptés, faisant que les modulaires ont été libérés. Même s'il ne s'agit pas à proprement parler de cession (au sens cadastral), il s'agit néanmoins d'une baisse du nombre de mètres carrés à entretenir, d'où le fait d'être indiqué dans le présent chapitre, pour mémoire.

### 2.3.3.4 Un standby, avant remise à plat lorsque la visibilité sera suffisante

Comme indiqué préalablement, un certain nombre de bâtiments sont inutilisés ce jour, et difficilement vendables ou louables. Comme indiqué précédemment, la psychiatrie est en évolution, que ce soit d'une manière générale, ou suite à la COVID-19. Ainsi, plutôt que de réfléchir à comment vendre ou louer davantage, il est marqué un temps d'arrêt, pour mieux connaître le besoin à moyen terme, ainsi que pour attendre les arbitrages des tutelles. C'est seulement à ce moment-là, que la réflexion relative au site de Brumath pourra véritablement reprendre, dont le volet cessions.

### 2.3.3.5. Plan du

#### 2.3.3.5 Plan du site



### 2.3.4 Cessions relatives à des éléments extrahospitaliers

Aucune cession n'est prévue dans l'immédiat. Deux éléments spécifiques nécessitent cependant qu'on les aborde.

#### 2.3.4.1 Cession à Saverne

A l'ouverture des nouveaux locaux, il s'agira bien évidemment de résilier les baux des locaux où nous sommes locataires, et de vendre le bâtiment dont nous sommes propriétaire. Ce bâtiment a fait l'objet d'une estimation le 10 juin 2010.

### 2.3.4.2 La particularité de l'ancienne villa du directeur, située au 110, avenue de Strasbourg à Brumath

Il s'agit ici du seul bâtiment extra-hospitalier non utilisé à ce jour. Pendant longtemps, ce bâtiment était utilisé pour sa vocation première : la villa du directeur. Depuis plusieurs décennies, le directeur loge dans un autre bâtiment, davantage adapté et moins « impérialiste ». La villa aux briques rouges a été réutilisée à d'autres fins, diverses et variées, dont la dernière en date a été celle de centre de documentation.

Le bâtiment n'est plus utilisé depuis février 2012.

Le bâtiment et les terrains adjacents ont été estimés à 843.000,00€HT. Le bâtiment est très dégradé à l'intérieur, et n'est directement adapté pour aucun type d'activité. Si bien que, quelle que soit l'utilité finale, l'éventuel acquéreur aurait à dépenser beaucoup d'argent en complément des coûts d'acquisition.

Après l'échec de l'implantation envisagée par la Ville d'une crèche, dont un tiers des places auraient été réservées aux enfants des personnels de l'EPSAN.

Des contacts ont été pris à plusieurs reprises par des acquéreurs potentiels, en lien avec la Commune de Brumath, dont un projet de restauration haut de gamme, mais aucun n'est allé jusqu'au bout de la démarche. Comme indiqué en préambule, il y a actuellement beaucoup d'incertitudes quant à l'évolution de la psychiatrie, si bien que l'avenir de ce bâtiment dont le coût annuel d'entretien est minime, a été mis en standby, en ce sens qu'il ne faudrait pas vendre un bâtiment susceptible d'avoir un intérêt à moyen terme.



# PROJET SYSTEME D'INFORMATION

## Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.

Le schéma directeur du système d'information devient une composante stratégique fondamentale du projet d'établissement d'un hôpital. Si son parc d'applicatifs était en général jusqu'alors divers et hétérogène, il se caractérisait par des lourdeurs de gestion et des échanges de données limités. De nombreuses attentes d'amélioration sont aujourd'hui formulées par l'ensemble des utilisateurs professionnels de santé.

Dans sa rédaction commune, l'Etablissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) et les Centres hospitaliers d'ERSTEIN, portent ensemble deux ambitions dans ce volet technique :

- **Conforter l'engagement d'établissements volontaires dans le domaine de l'informatique**
- **Mettre tous les usagers au cœur des projets du système d'information.**

### LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ : TOUJOURS PLUS DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS AU SERVICE DES USAGERS

La santé a été l'un des principaux bénéficiaires de **l'informatisation** : dossier patient informatisé, automatisation des fonctions supports, exploitation des données de santé ... Aujourd'hui, l'outil informatique est devenu un outil de travail à part entière dans le quotidien des professionnels de santé. Et depuis la pandémie COVID 19 encore beaucoup plus.

**La révolution numérique** se poursuit et les progrès dans le domaine des nouvelles technologies offrent sans cesse plus de nouvelles opportunités au secteur : e-santé, télémédecine, robotisation, intelligence artificielle...

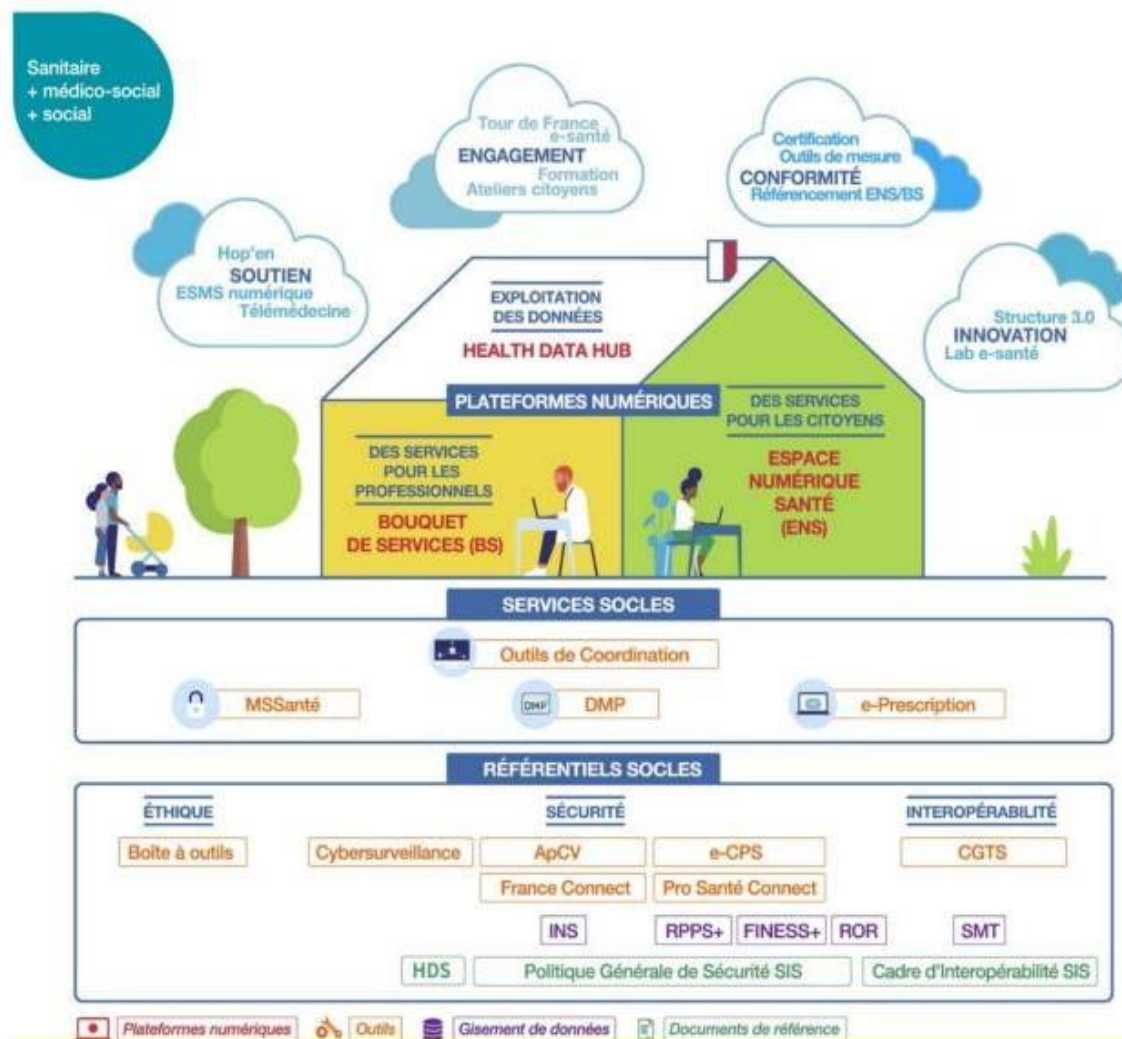
Concrètement, **le numérique permet d'envisager à court terme, encore, de réelles avancées**, notamment : l'accès en ligne, pour chaque patient, à l'ensemble de ses données médicales, la dématérialisation des prescriptions, le déploiement du DMP (dossier médical partagé informatisé), le développement des prises en charge à distance, ou encore, le partage simplifié de l'information entre professionnels de santé sur un territoire.

Ces innovations vont introduire de **nouveaux outils, au bénéfice des patients et des utilisateurs**, qui modifient progressivement habitudes et organisations. Notre système d'information hospitalier doit donc s'adapter en permanence.

Avec la **stratégie de transformation du système de santé (STSS)** et le dispositif « Ma santé 2022 », le Ministère de la Santé a lancé le programme HOP'EN (« hôpital numérique ouvert sur son environnement »). Ce dernier constitue la nouvelle feuille de route nationale des SIH pour cinq ans (2018-2022). Ce programme, piloté par la DGOS, doit permettre à fin 2022 de moderniser les systèmes d'information (cybersécurité, dossier patient, prescriptions, etc.) et de promouvoir et sécuriser les échanges entre l'hôpital, ses partenaires et ses usagers, à travers le partage de données dans le cadre du DMP, du répertoire opérationnel de ressources (ROR) et de la messagerie sécurisée en santé (MMS). De plus, ce programme ambitionne que 100 % des établissements, à cette échéance, puissent communiquer et échanger ces données.



# Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.



Le schéma ci-dessus permet de visualiser synthétiquement les composants du cadre de référence de la e-santé. Ils sont décrits ci-après du bas vers le haut : d'abord les référentiels socles, puis les services socles et enfin les plateformes nationales.

## LA CONVERGENCE PROGRESSIVE DES SYSTÈMES D'INFORMATION DU GHT n°10 « Basse - Alsace Sud-Moselle » (GHT 10 BASM)

Les **groupements hospitaliers de territoire** (Loi de modernisation de notre système de santé, janvier 2016), portent dorénavant la responsabilité de mettre en œuvre la convergence des systèmes d'information autour d'un établissement support, ici les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

## Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.

L'article. L. 6132-3.-I. du code de la Santé publique prévoit que « **l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement [...] la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement** ».

Le guide méthodologique de la DGOS de juillet 2016, diffusé aux établissements de santé « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT » définit le périmètre d'un SIH. Ce dernier comprend cinq grands domaines fonctionnels que sont :

1. La production de soins cliniques,
2. La production de soins médicotéchniques,
3. Le pilotage médico-économique,
4. Le support,
5. L'infrastructure.

Dans ce cadre, **le système d'information convergent comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels** (principalement avec la mise en place du dossier patient informatisé) et les établissements parties au groupement utilisent un identifiant unique commun pour chaque patient.

Sans omettre les attentes qualitatives de la nouvelle version du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), y compris pour les critères qui concerneront les politiques de GHT. L'évaluation de la qualité des soins en établissements de santé sera la priorité de la nouvelle démarche.

L'homogénéisation des systèmes d'information reste un processus complexe qui va mobiliser d'importantes ressources humaines et financières encore à évaluer. La position retenue par le comité stratégique du GHT n°10 BASM est celle **d'une convergence progressive vers les solutions communes**, sous réserve de leur efficacité.

### Synthèse des priorités de convergence :

Le groupement priorise la convergence sur les domaines qui présentent un fort intérêt pour les professionnels et les patients, ou qui permettent une simplification et une valeur ajoutée importante.

Deux enjeux sont particulièrement importants et structurent le schéma directeur :

- Le partage de l'information médicale au service du projet médical.
- La contribution du système d'information à l'efficacité des fonctions mutualisées et à l'apport de valeurs qu'elles ont à apporter.



# Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.

Les axes de convergence sont les suivants :

## Convergence au service du partage de l'information médicale



Dossier patient MCO



Dossier patient Psychiatrie



Identité patient unique



Dossier patient territorial d'imagerie



Liens avec la ville



Serveur territorial de résultats de biologie



Télémédecine, téléradiologie, télé-AVC, télé-expertise

## Convergence au service de fonctions mutualisées



Système d'Information Achats



Gestion de la formation



Entrepôt de données PMSI

## Moyens au service de la convergence



Socle technique : hébergement mutualisé, réseau de GHT



Utilisateurs, accès et habilitations



Sécurité du SI, RGPD

## Gouvernance, Organisation des DSI et catalogue de service SI (cf chap. 4)



Bureau SI



DSI de GHT



Centre de ressources SI

Ces axes de convergence sont le fruit commun de la mobilisation des acteurs de tous les établissements dans les ateliers menés pour la construction du Schéma Directeur du SIH. Leur réalisation, leur calendrier de mise en œuvre, leur déclinaison en plans d'actions et projets sont coordonnés par le bureau SI du GHT, selon les règles de gouvernance définies dans ce schéma, sous l'autorité du Costrat du GHT n°10 et d'un directeur du système d'information du GHT désigné en octobre 2020.

Ils constituent une feuille de route et n'interdisent pas de saisir de nouvelles opportunités de convergence. Ainsi, la feuille de route sera adaptée en fonction des nouvelles opportunités, des nouveaux besoins ou des nouvelles capacités de financement (internes ou externes).

# Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.

## UNE MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION DÉJÀ AMORCÉE

Quelques projets aboutis depuis le précédent volet système d'information hospitalière des projets d'établissements antérieurs :

### Au CH d'Erstein :

- dans le domaine de la sécurité : mise en œuvre d'un PRA avec simulation effective, remplacement des équipements actifs du cœur de réseau et mise en œuvre d'une redondance de lien,
- dans le domaine des outils au services des utilisateurs : Installation de la GED ENNOV au service du pilotage du management qualité gestion des risques, installation de l'outils Image au service du pilotage médicaux économiques, migration des logiciels métiers RH et admission, Installation d'un logiciel de GMAO,
- dans le domaine du réseau ou de téléconsultation : une extension de la messagerie à l'ensemble du personnel, mise en place de MMS santé, mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP), un réseau Wifi pour tous les patients, installation d'une salle de vidéo-Conférence, mise en œuvre de la téléconsultation et de le téléradiologie.

### A l'EPSAN :

- les différentes versions du logiciel DPI Cariatides ont été installées dans tous les services intra et extra. De nouvelles fonctionnalités ont été mise en place comme l'alimentation du DMP, l'envoi de courrier par la messagerie sécurisée, l'application de la loi Touraine, l'usage de la carte CPS pour accéder à l'application. L'arrivée en 2016 du chef de projet du développement de Cariatides a permis d'assurer la formation des utilisateurs pour une bonne utilisation de l'outil et d'intégrer et de tester les dernières évolutions. Le logiciel de commandes de repas patients a été remplacé par le logiciel Datameal. Suite à l'obsolescence du logiciel CASH, et de nouvelles règlementations, le logiciel Cpage Facturation a été installé. L'établissement a adhéré à la filière administrative MIPIH sous l'égide du CHRU. Une trentaine d'applications ont été maintenues pour prendre en compte les évolutions des nouveaux besoins,
- dans le cadre du programme Hôpital Numérique, un outil de SSO a été installé et l'usage de la carte CPS est requis pour se connecter au SIH. (Single Sign-On (SSO) est une technologie d'authentification unique permettant de se connecter à de multiples services avec un identifiant) pour assurer la sécurité d'accès au système d'information. L'environnement technique qui permet de gérer les utilisateurs, les groupes et les postes de travail, a été migré en version Active directory 2016.

## **Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.**

La suite Office a été migrée en version 2016, ce qui a nécessité l'adaptation d'une trentaine d'application développée avec cette suite,

- l'intégralité des postes de travail a été renouvelée, avec une augmentation de 25% du parc. Evolution également du système d'exploitation avec passage de Windows 7 à Windows 10. La proportion des clients légers est passée de 10% à 63%. Le parc imprimantes a été renouvelé,
- l'ensemble des serveurs a été remplacé et virtualisé (94 % de virtualisation). Toutes les baies de stockage ont été renouvelées. Une deuxième salle informatique a été créée afin
- d'assurer un PCI en cas de sinistre dans l'une des salles. La ferme de serveurs RDS (Remote Desktop Services) a été entièrement remplacée courant 2016 par 16 serveurs virtuels avec l'OS W2012R2 et l'hyperviseur Hyper-V W2012 r2. Plusieurs logiciels client ont été portés vers un environnement RDS (Tutelles, BO, Cerbere, Epicure, Optim, RestOffice, Infoview, Wais). Les équipements réseau ont été renouvelés. Une deuxième adduction chez un fournisseur différent a été mis en place, ainsi qu'un basculement automatiquement en cas de défaillance chez le premier fournisseur.

**Un projet du Système d'Information volontariste en  
partenariat avec  
le Centre hospitalier d'ERSTEIN.**

ERSTEIN

## CHIFFRES CLÉS



*Fibre optique*

**7 104 m**



**48**

serveurs virtuels



**55**

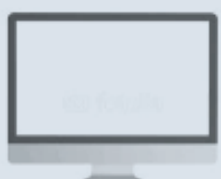
applications



**3**

bases de données

**56 741** identités  
dans la base patient



**500**

postes de travail

*Un taux d'équipement parmi les plus élevés*



**1 405**

comptes d'accès  
dont

**373** IDE et AS

**37** médecins

**244** étudiants



**83**

imprimantes



**65**

téléphones mobiles

**Un projet du Système d'Information volontariste en  
partenariat avec  
le Centre hospitalier d'ERSTEIN.**

EPSAN

## CHIFFRES CLÉS



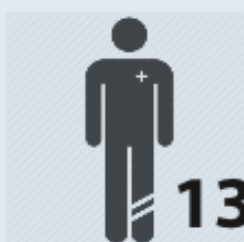
**5** liens FO  
**24** liens SDSL  
**5** liens ADSL



**102**  
serveurs virtuels



**70**  
applications



**3**  
bases de données  
**135 856** identités  
dans la base patient



**913**  
postes de travail



**2 209**  
comptes d'accès  
dont  
**807** IDE et AS  
**133** médecins  
**206** étudiants



**197**  
imprimantes



**200**  
bornes WIFI

# Un projet du Système d'Information volontariste en partenariat avec le Centre hospitalier d'ERSTEIN.

## UNE MÉTHODOLOGIE STRUCTURÉE ET CONCERTÉE

À la **croisée des attentes** exprimées par les utilisateurs et les usagers, des orientations fixées dans le cadre notamment du projet médical et de la ligne de convergence tracée par le groupement hospitalier de territoire, l'élaboration du SDSI repose sur une **méthodologie structurée** permettant de prendre en compte les besoins.

L'élaboration du SDSI a notamment mobilisé de **nombreux acteurs**, dans des configurations différentes, à chaque étape de sa préparation, en reprenant les arguments et les propositions concernant le système d'information au sein des différents groupes transversaux de réflexion faites par :

- Les représentants de la direction, pour la préparation des axes stratégiques,
- Des représentants de l'ensemble des directions fonctionnelles et des services de l'établissement, pour le recensement des besoins,
- Les DIM, membres du service informatique, pour les aspects techniques.

Pour l'évaluation, outre le suivi de la mise en œuvre du SDSI par le Costrat du GHT n°10 BASM, un nombre important d'indicateurs sont attendus dans le cadre du financement HOP'EN (repris aussi dans les CPOM volet SI de nos deux établissements signés avec l'ARS GE).

## QUATRES AXES PRIORITAIRES RETENUS

**Axe 1 : Assurer la continuité et l'évolution des services informatiques nécessaires aux soins, à la prise en charge des patients et au fonctionnement général**

**Axe 2 : Promouvoir les services numériques auprès des patients et des professionnels**

**Axe 3 : Mener les projets dans une nouvelle approche GHT-10**

**Axe 4 : Faire évoluer ensemble les ressources et les infrastructures**

## **Axe 1 : Assurer la continuité et l'évolution des services informatiques nécessaires aux soins, à la prise en charge des patients et au fonctionnement général**

Le besoin de disponibilité du système d'information est finalement le besoin le plus important pour les utilisateurs. Le périmètre des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) est de plus en plus complexe. Le Maintien en Condition Opérationnelle (MCO) permet de **garantir l'intégrité de l'information** (qualité et sécurité des soins), ainsi qu'un haut niveau de **disponibilité des ressources informatiques** (la continuité des soins).

Dès lors que la performance du socle technique est assurée, les applications du système d'information doivent évoluer pour intégrer de nouveaux services et de nouvelles fonctionnalités en réponse aux besoins des utilisateurs.

1/ Le **Dossier Patient Informatisé (DPI)** reste l'application la plus importante ; une démarche spécifique est prévue pour conduire la migration de la version actuelle vers la **V8 de Cariatides** dans une stratégie multi-établissements avec nos partenaires de la filière psychiatrie au sein du GHT. Nos deux établissements travaillent avec les services de psychiatrie des HUS et du centre hospitalier Erstein Ville, en direction commune avec CH d'Erstein.

En effet, le DPI est l'application « cœur de métier » du système d'information hospitalier, la plus importante pour les professionnels de santé, avec une forte exigence de disponibilité. Elle est la principale préoccupation des utilisateurs lorsqu'il est question d'informatique. Elle est par conséquent, au premier plan des projets du volet SIH.

Les utilisateurs expriment des besoins d'évolution concernant le DPI. Parmi les besoins d'évolution régulièrement cités :

- **Améliorer l'ergonomie du logiciel** : mise en place de listes de travail plus adaptées ou encore l'affichage des observations médicales et soignantes pour faciliter la lecture du dossier...
- **Développer de nouvelles fonctionnalités** : préadmission en ambulatoire, synchronisation des agendas utilisateurs (agenda) avec l'agenda du DPI, intégration automatisée des résultats de laboratoire...
- **Nouveaux outils de recueil de l'information**
- L'analyse des besoins révèle **qu'une partie des solutions aux besoins exprimés par les utilisateurs se trouvent dans le logiciel lui-même** (dictée vocale, )
- la fonctionnalité est disponible, mais elle n'est pas connue par les utilisateurs, la solution implique une modification du paramétrage : développements de l'éditeur qui n'ont pas été intégrés à la solution.

Des **mesures organisationnelles** peuvent donc permettre d'améliorer de façon significative l'utilisation de l'outil. Ainsi, le maintien de l'expertise ou la **montée en compétence en interne sur le paramétrage** du logiciel pourra permettre de répondre plus rapidement aux besoins.

Le DPI Cariatides est un logiciel complexe, en perpétuelle évolution depuis la 1ère version créée par nos deux hôpitaux il y a plus d'une vingtaine d'années, qui comprend de nombreuses fonctionnalités.



## **Axe 1 : Assurer la continuité et l'évolution des services informatiques nécessaires aux soins, à la prise en charge des patients et au fonctionnement général**

Dès lors, une information plus régulière et surtout la **mise en place de programmes de formation continue des utilisateurs**, y compris par E-learning, reste essentielle pour réussir le passage vers la V8 et l'appropriation généralisée des fonctionnalités, accompagné par les chargés de missions en postes.

2/ La pérennisation du fonctionnement de l'établissement passe aussi par une **modernisation des logiciels métiers RH, admissions, finances et achats** avec la migration de nos applications sur la gamme du **MIPIH**, en lien avec les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

3/ Parmi les projets à forte valeur ajoutée concernant le soin, peuvent aussi être envisagées la **reconnaissance vocale et la dictée numérique** pour laquelle les éditeurs présentent aujourd'hui des solutions très intéressantes, ou encore des réflexions sur un traitement **dématérialisé de documents administratifs obligatoires comme par exemple l'expérimentation d'un « Livre de la Loi » des soins sans consentement dématérialisé** en partenariat avec d'autres hôpitaux psychiatriques français, procédure complexe et très chronophage qui mobilise de nombreux intervenants.

4/ Pour les fonctions supports, l'évolution du système d'information se poursuivra au profit notamment des processus de management avec, aussi, l'arrivée d'une **nouvelle solution de gestion et de suivi du temps de travail**. En déploiement au CH d'Erstein et envisagée pour l'EPSAN.

Déjà engagée sur le Centre Hospitalier d'Erstein, la **dématérialisation** se poursuivra jusqu'à la fin de l'exercice 2021, pour la partie Achats (ordres de services, demandes d'achats, réception de commandes), la signature électronique et la dématérialisation du « dossier agent ». De nouveaux **développements informatiques** viendront compléter ce programme ambitieux : avec la migration de l'infrastructure MAC pour le CH d'Erstein.

**Les besoins d'évolution de l'ensemble des directions fonctionnelles** seront pris en compte après validation, en lien avec stratégie GHT n°10 BASM. Comme aussi le sujet des traitements et documents spécifiques mis en place et la réflexion sur leur évolution.

5/ Enfin, la **sécurité informatique** constitue aujourd'hui un enjeu majeur, compte-tenu de l'exposition des établissements de santé aux cybermenaces. Les incidents de sécurité, beaucoup plus fréquents dans le secteur de la santé, peuvent avoir de lourdes conséquences et mettre en péril la continuité des soins.

3 fiches actions :

1. **Déployer la V8 de Cariatides - COMMUNE CHE EPSAN**
2. **Mise en place de la dictée numérique par reconnaissance vocale - COMMUNE CHE EPSAN**
3. **Migration univers MAC vers Windows : (CHE)**



## Axe 2 : Promouvoir les services numériques auprès des patients et des professionnels

Le précédent schéma directeur s'adressait avant tout aux techniciens de l'informatique. Cette nouvelle version **concerne en premier lieu les usagers du système d'information** : prendre en compte les besoins fonctionnels, garantir un bon niveau de service aux utilisateurs en cas d'indisponibilité du système d'information, associer l'utilisateur dans les projets, déployer les nouvelles solutions avec une communication plus adaptée dans une dynamique partagée entre acteurs des deux établissements.

Le numérique apporte de **nouveaux services aux usagers** pour l'organisation du séjour (prise de RDV ou paiement en ligne), pour le confort de leur séjour (accès wifi, ...) ou l'accès sécurisé au dossier médical (espace numérique de santé, DMP...).

Il peut **contribuer au bien-vivre des patients au sein de l'établissement** : les nouvelles technologies participent à la volonté d'ouverture de la psychiatrie et peuvent favoriser un parcours de soins désormais plus complexe car adapté aux besoins des patients.

Le numérique doit également offrir un **bouquet de services facilitant l'exercice des professionnels** en renforçant leur coordination par des outils **sécurisés, interopérables, simples d'utilisation**. Il est, par ailleurs, un élément de réponse aux **besoins croissants de mobilité**. Les nouveaux services numériques participent ainsi directement à la mise en œuvre de deux orientations majeures du projet d'établissement : le virage ambulatoire (besoin croissant de mobilité) avec l'importance de la téléconsultation mise en exergue avec la crise de la COVID 19 et l'ouverture de l'établissement sur la ville et son territoire.

En outre, le programme numérique du projet de loi « Ma santé 2022 » prévoit que le numérique apporte de **nouveaux services aux usagers** pour qu'ils disposent de leurs données personnelles et de l'information nécessaire pour être acteurs de leur santé. C'est l'objet des futurs espaces numériques de santé. D'ici le 1er janvier 2022, chaque Français bénéficiera d'un compte personnel unique donnant accès à un portail personnalisé de services, qui a vocation à s'enrichir : dossier médical partagé, applications de santé référencées, messagerie sécurisée....

De plus, de nouveaux outils spécialisés propres aux acteurs de la Santé sont proposés dorénavant par le **GIP Pulsy**, groupement d'appui au développement de la E-Santé de la région Grand Est, bras armé spécialisé de l'ARS Grand Est.

Enfin, nos établissements sont d'ores et déjà **résolument engagé dans le développement de la télémedecine** et vont poursuivre leur engagement pour développer son offre. Dispositif qui présente de très nombreux intérêts grandissant pour nos professionnels. Qui bénéficie avant tout aux patients en ouvrant **l'accès à des expertises médicales** qui ne sont pas installées à proximité de leur lieu de résidence, jusque dans les EHPADs qui sont des structures très demandeuses.

## **Axe 2 : Promouvoir les services numériques auprès des patients et des professionnels**

Le Centre Hospitalier d'Erstein et l'EPSAN développent par ailleurs une offre de téléconsultation en psychiatrie à l'attention de différentes structures qui accueillent des patients pris en charge au sein de l'établissement. La prochaine étape consiste à **déployer la téléconsultation à l'attention des patients hospitalisés pour des disciplines somatiques.**

Une autre étape consiste à **déployer la téléconsultation à l'attention de nos patients hospitalisés** pour des disciplines somatiques.

3 Fiches action projet :

4. **Mise en place de la télé-consultation commune CHE EPSAN**
5. **Mise en place de la visio conférence Pulsy - CHE**
6. **Mise en place de la télé-consultation somatique – UPSS – CHE**

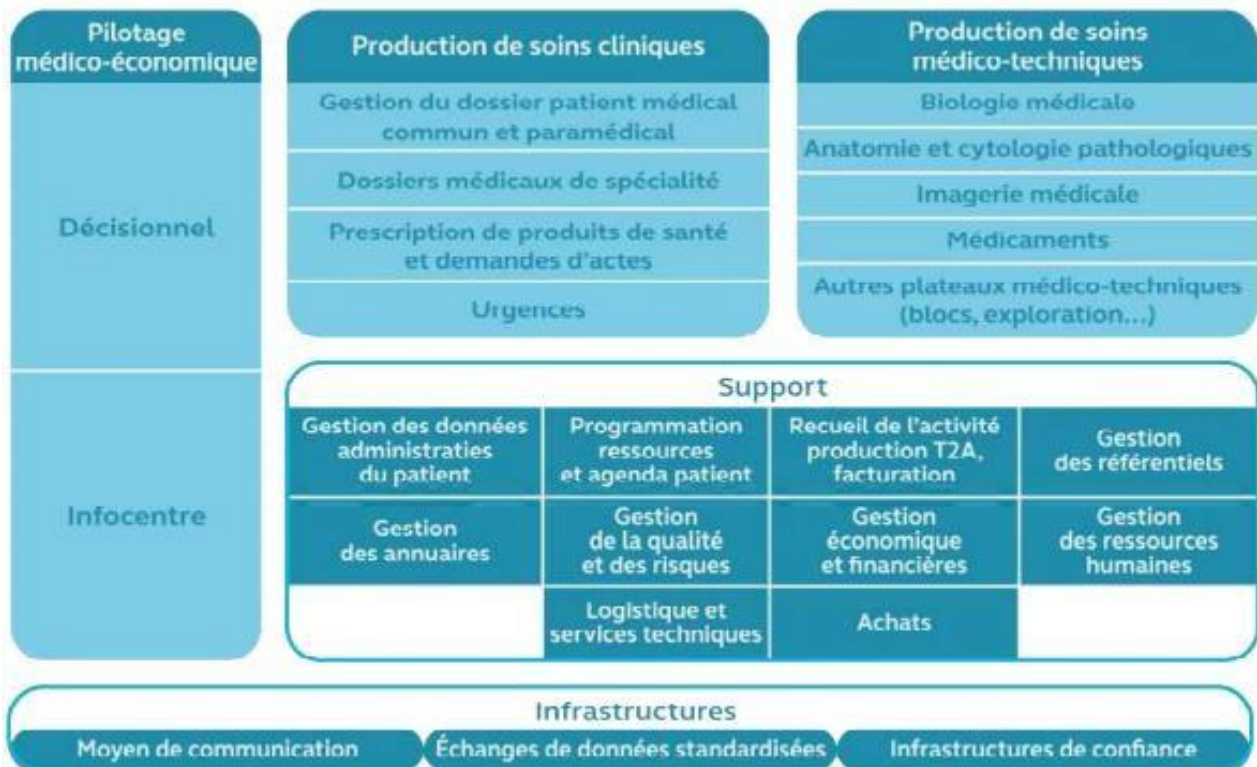
## Axe 3 : Mener les projets dans une approche GHT

Le volet SIH de nos deux établissements s'inscrit désormais dans le schéma directeur du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle.

Cette nouvelle donne implique une **participation pleine et entière aux projets communs du GHT**, et une prise en compte systématique du **principe de convergence réglementaire**, validé dès 2018 par le comité stratégique du GHT n°10.

La convergence des systèmes d'information présente plusieurs intérêts : homogénéisation des outils informatiques pour les utilisateurs, continuité de la « prise en charge informatique » des patients, capitalisation sur les retours d'expérience des autres établissements, synergies dans la mise en œuvre de projets mutualisés et économies d'échelle.

**Schéma n° 2 : périmètre fonctionnel d'un SI hospitalier**



Source : DGOS

### **Focus sur la convergence des dossiers patients**

Le dossier patient est un outil clé d'échange pour les professionnels du GHT dorénavant, que ce soit entre établissements du GHT, au sein du même établissement, avec des partenaires externes au GHT, ou même avec les patients. Au fil de l'informatisation des services, il est devenu, pour la plupart des établissements, le réceptacle d'une importante partie de l'information médicale du GHT. Par ailleurs, il est l'outil quotidien d'un très grand nombre de professionnels médico- soignants, ce qui le place au cœur de l'enjeu de convergence des Systèmes d'Information du GHT.

## Axe 3 : Mener les projets dans une approche GHT

La convergence des dossiers patients des établissements du GHT notamment de la filière psychiatrie a donc été évaluée en termes de valeur ajoutée attendue et de capacité à mettre en œuvre ces projets. Une analyse des flux de patients au sein du GHT a été réalisée avec les représentants des DIM du GHT. Elle a notamment consisté à caractériser ces flux en situation de parcours inter-établissements et au regard de leur champ d'origine et de destination. Cette analyse a mis en évidence pour la filière psychiatrique :

- Dans un volume beaucoup plus réduit, une très large majorité d'échanges avec le MCO pour les champs PSY et SSR (pour ce dernier champ, les échanges sont quasi-exclusivement avec le MCO)
- Pour la Psychiatrie une part significative d'échanges de patients intra-champ
- **La convergence des dossiers patient de Psychiatrie** : actuellement deux établissements PSY sur trois (en comptant le service de Psychiatrie Santé Mentale des HUS) possèdent un outil du même éditeur (Cariatides du GIP Symaris). Une base unique Cariatides est actuellement en cours de création pour ce dossier patient, ouverte ensuite au service de Psychiatrie Santé Mentale des HUS.  
CF Fiche action Axe 1

### ***Une instance dédiée pour piloter la mise en œuvre : le bureau SI du GHT***

**La mise en œuvre et le suivi du Schéma Directeur, comme ses évolutions, nécessitent un pilotage opérationnel qui sera assuré par le bureau SI du GHT.**

**Le bureau SI adapte la feuille de route en fonction des évolutions qui pourraient découler d'un nouveau contexte budgétaire, réglementaire ou organisationnel et de nouvelles opportunités.** Il proposera au comité stratégique de GHT les adaptations ou évolutions aux orientations ainsi qu'un suivi synthétique de l'avancement du schéma directeur.

**Le pilotage opérationnel des projets validés est assuré par le DSI de GHT.** Outre un soutien aux missions du bureau de GHT (animation, instruction, suivis, éléments d'apports aux arbitrages), il jouera le rôle d'un coordonnateur SI de projets et de ressources. Le DSI de GHT sera sous la responsabilité fonctionnelle de l'établissement support et les Directeurs et Responsables des SI des autres établissements n'auront pas de lien hiérarchique avec lui. Il rapportera au bureau SI et assurera la permanence de l'activité (suivi et pilotage de la mise en œuvre des projets convergents) selon le mandat de gestion que lui donnera le bureau. Il sera garant du respect des budgets et des plannings définis pour les projets convergents.

Des moyens au service de la convergence

- **Socle technique**

Le GHT doit mutualiser les infrastructures coûteuses, celles nécessaires aux projets convergents et les expertises rares dont la maîtrise est indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des projets convergents du GHT et notamment la dimension d'hébergements de données, **et plus particulièrement les données médicales.**

## **Axe 3 : Mener les projets dans une approche GHT**

- **Utilisateurs, accès et habilitations**

Le GHT doit mettre en place une politique commune de gestion de la confidentialité. Elle sera servie par un serveur d'habilitations centralisé gérant comptes et habilitations avec le niveau d'automatisation exigé et sera en lien avec les solutions d'authentification unique (SSO).

- **Sécurité du SI**

Le GHT doit élaborer une politique commune de sécurité du SI en lien avec l'établissement support CHRU tenant compte des nombreux enjeux comme la RGPD, et mettre à disposition des expertises Sécurité du SI et RGPD pour les établissements qui en ont besoin.

## Axe 3 : Mener les projets dans une approche GHT

### *Organisation des DSI et catalogue de service*

**La convergence progressive du Système d'Information du GHT BASM va transformer progressivement la façon dont les équipes informatiques travaillent et collaborent**, notamment dans leur activité opérationnelle de construction et d'exploitation des Systèmes d'Information. Confrontés à une capacité faible en équipes informatiques, les établissements doivent envisager aussi pour organiser de nouveaux modes de travail en s'appuyant sur les opportunités que permet le travail en commun à l'échelle du GHT.

**A l'exception des HUS, chaque établissement seul ne dispose pas de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer les projets et garantir l'atteinte de nombreuses exigences (réglementaires, conformités, certification, innovation) qui portent sur les Systèmes d'Information. Et lorsqu'elles existent, aucun établissement ne peut pas les solliciter autant que le nécessiterait la réalisation des projets** (convergenents ou locaux). Le GHT va permettre de spécialiser des ressources et d'optimiser leur utilisation au service de projets communs pour tous les établissements. **Ces ressources partagées seront mises à disposition au travers d'un centre de ressources SI, associé à un catalogue de services SI.** Les responsabilités des projets seront donc réparties entre ce centre de ressources et les établissements.

**Le centre de ressources regroupera les moyens fonctionnels ou techniques nécessaires à la réussite des projets de Systèmes d'Information convergenents.** Il pourra s'agir de moyens projets, ou de ressources rares des établissements mises à disposition de tous dans des conditions définies.

A l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2021 fixée dans la loi de 2016 **l'établissement support du GHT10 BASM aura de nouvelles attributions en matière de responsabilité** à déléguer aux établissements membres ensuite.

### **2 Fiches action projet :**

- 1. Mise en œuvre du SI du GHT – COMMUNE CHE EPSAN**
- 2. Mise en œuvre de la sécurité du SI et de la RGPD – COMMUNE CHE EPSAN**

## Axe 4 : Faire évoluer ensemble les ressources et les infrastructures

Un système d'information à commencer hospitalier est avant tout « un ensemble organisé de ressources qui permet de **collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information** ». **Ces ressources sont d'ordre humain dans sa dimension quantitative et qualitative, matériel et technique.**

**Les ressources humaines** sont et seront un enjeu majeur ces toutes prochaines années. Visible. Pour nos deux établissements mais aussi dans l'évolution en cours avec le GHT n°10 et son établissement support. Le premier choix est d'engager rapidement une réflexion pour **converger vers une seule équipe du système d'information de nos deux hôpitaux**, établissements spécialisés en santé mentale. Si le principe s'impose presque naturellement compte tenu des très nombreuses similitudes, il faut réussir à construire et finaliser ce projet ensemble en confiance, qui permettra des évolutions et une attractivité pour les professionnels informaticiens.

**Les projets techniques** constituent eux la partie immergée du volet système d'information. Ils ne nécessitent pas une participation active des usagers et ont peu d'incidence visible au quotidien sur leur activité. Ils n'en demeurent pas moins essentiels dans la mesure où ils permettent de garantir le **maintien en conditions opérationnelles** du système d'information. Ils mobilisent d'importantes ressources financières. Certains projets d'envergure seront poursuivis ou engagés sur la prochaine période, comme de détaillent les fiches actions.

En marge des projets techniques, la vigilance de **sécurité informatique** reste l'enjeu majeur. Assurer la sécurité et continuité du système d'information, c'est garantir que les données personnelles concernant les patients et les professionnels ne sont pas exposées aux menaces. La sécurité est **une question technique** (audit de sécurité, sécurisation de l'administration, gestion des accès logiques, internet...), mais elle repose aussi et surtout sur les utilisateurs : 90 % des incidents de sécurité sont liés aux pratiques des utilisateurs. Les actions d'information et de sensibilisation se poursuivront. Se renforceront.

### 2 Fiches actions :

1. **Evoluer vers un SI commun EPSAN et CHE/ CHEV**
2. **Finaliser politique et gestion des équipements**